

Bioética



DESDE UNA PERSPECTIVA CUBANA

Bioética



DESDE UNA PERSPECTIVA CUBANA

Dr. José R. Acosta Sariego (editor científico)

Epílogo

Dr. Armando Hart Dávalos

Publicaciones Acuario
Centro Félix Varela
La Habana, 2007

Edición científica: Dr. José Ramón Acosta Sarriego
Cuidado de la edición: Emilio Hernández Valdés
Diseño y composición: Carlos F. Melián López
Ilustración de la cubierta: *Escaleras al cielo*, de David «Santa Fe» González Valdés. Óleo/Cartulina, 70 x 50 cm. Mención Certamen Iberoamericano de Ética Elena Gil, 2006.

Primera edición: Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, 1997

Segunda edición: 1998

Para la presente edición:

© Tercera edición, ampliada y revisada

Publicaciones Acuario, 2007

© José R. Acosta Sarriego y los autores de los textos incluidos, 2007

Todos los derechos reservados. Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta obra sin la autorización por escrito de los autores. Las opiniones expresadas por estos no necesariamente son compartidas por el Centro Félix Varela.

ISBN: 978-959-7071-41-9

Publicaciones Acuario
Centro Félix Varela
Calle 5ª # 720, esq. a 10, El Vedado,
Plaza de la Revolución, C.P. 10400,
La Habana, Cuba.

Teléfono: (53-7) 836 7731, Fax: (53-7) 833 3328

Correo electrónico: acuario@cfv.org.cu

Sitio web: <http://www.cfv.org.cu>





Sobre los autores / 15
Prefacio de la tercera edición / 23
Nota a la segunda edición / 27
Nota a la primera edición / 29
Prefacio a las ediciones anteriores / 31

Capítulo primero: Bioética fundamental / 35

- Texto y contexto bioético cubano / 37
José Ramón Acosta Sariego
- Hacia una bioética latinoamericana / 91
Rafael Araujo González
- Fundamentar la bioética desde una perspectiva nuestra / 103
Marcelino E. Pérez Cárdenas y América Pérez Sánchez
- ¿Metabioética? / 113
Thalia Fung Riverón
- ¿Es una bioética separada de la política menos ideologizada que una bioética politizada? / 121
Pedro Luis Sotolongo Codina
- Hacia una ética de la ciencia: problemas e interrogantes / 133
Luis R. López Bombino
- En torno al pensamiento martiano y algunos aspectos de la bioética / 165
Josefina Toledo Benedit
- Raíces históricas del pensamiento bioético y de la investigación médica en sujetos humanos en Cuba / 177
Gregorio Delgado García

Capítulo segundo: Bioética puente

Primera parte: Ética de la investigación científica / 191

- Investigación, ética y sociedad / 193
Ismael Clark Arxer y Daniel Piedra Herrera
- La ética del científico en Cuba / 205
Ernesto Bravo Matarazzo
- La versión de la Declaración de Helsinki de Edimburgo 2000. Análisis y controversias / 211
Raúl Fernández Regalado
- Ética e investigación social en la salud / 217
Ariel Barreras Enrich y Rafael Dujarric Pullés
- La investigación comunitaria y los valores éticos / 227
Silvia Martínez Calvo
- Ética en la investigación básica biomédica / 239
Alina Alerm González y Ubaldo González Pérez
- La utilización de modelos animales en biomedicina. Disyuntiva ética actual / 265
Nibaldo Hernández Mesa y Roberto de la Peña Pino
- La investigación clínica en seres humanos en Cuba / 283
Santa Deybis Orta Hernández y María Amparo Pascual López
- Bases éticas de algunas dicotomías en el contexto de los ensayos clínicos / 303
Jorge Bacallao Gallestey
- Aspectos éticos de la divulgación de resultados científicos / 309
Agustín Vicedo Tomey
- La calidad de la investigación clínica. Papel de los comités de ética / 317
Olga Ma. Rodríguez Núñez
- Comités de ética institucionales para la investigación clínica / 325
Gilberto Fleites González, Jorge L. Soriano García y Olga Torres Gemeil

Segunda parte: Bioética médica / 339

- La nueva dimensión de la relación médico-paciente en nuestros días / 341
Ricardo González Menéndez
- La comunicación humana y la calidad de la atención médica / 355
Radamés Borroto Cruz y Ramón Aneiros-Riba
- La ética clínica / 377
Varán von Smith Smith
- Problemas éticos del diagnóstico clínico / 385
Jorge M. Otero Morales y Ana María Suárez Conejero
- Consentimiento informado. Experiencias en su aplicación en neurociencias en Cuba / 399
Nancy Pavón Fuentes y Marianela Heredia Leyva

- Bioética: el médico un educador / 417
Fernando Núñez de Villavicencio y Porro
- Retos de la ética médica en la atención primaria de salud / 431
Elia R. Lemus Lago, Félix Sansó Soberat, Julio C. Castellanos Laviña y Gladys de la Torre Castro
- Dilemas éticos del diagnóstico prenatal / 445
Bárbara Barrios García
- La prevención de enfermedades genéticas: un dilema ético en el tratamiento de parejas de alto riesgo de sicklemia / 453
Sandra Ayala Serret
- Consideraciones sociológicas y éticas sobre aspectos del aborto demandado / 463
María A. Amarillo Mendoza y Ubaldo González Pérez
- Bioética en pediatría. Análisis de algunos aspectos / 481
Rafael Torres Acosta y Julio Grave de Peralta Mesa
- El derecho cubano ante el debate bioético del principio de la vida / 495
María Cristina González Trujillo y José Ramón Acosta Sariego
- Aspectos éticos en cirugía / 515
Marco Taché Jalak
- Hacia un nuevo paradigma ético de la atención de enfermería / 525
Dalgis Ruiz Reyes, Katiuska Navarro Bustamante, Aleida Ballesteros Ramos e Hilda Katia Sarmiento Rivero
- Acompañamiento integral a los enfermos / 537
Raúl Suárez Ramos
- Bioética, ancianos y calidad de vida en Cuba / 549
María Elena Fernández Roque y Armando S. García Martínez
- La ética de la atención a la tercera edad / 577
María del Carmen Amaro Cano
- Derechos humanos y psiquiatría en Cuba / 585
Alberto E. Galvizu Borrell
- Fundamentación bioética del cuidado al paciente grave / 601
René Zamora Marín
- La atención al paciente terminal / 611
Bertha Serret Rodríguez
- Dilemas éticos en torno al cáncer / 627
Jorge L. Soriano García y Gilberto Fleites González
- Comunicación de malas noticias en medicina: el derecho a conocer la verdad / 641
Gilberto Fleites González
- ¿Cómo definir la muerte humana? / 655
Calixto Machado Curbelo

- Muerte encefálica y estado vegetativo persistente.
Controversias actuales / 673
Ricardo Hodelín Tablada
- Principios para la determinación y la certificación de la muerte en Cuba.
Consideraciones de *lege data* / 693
Leonardo B. Pérez Gallardo
- Ética del trasplante. Reflexiones en el campo de la nefrología / 705
Alexánder Mármol Sónora, Raúl Herrera Valdés y Alexis Pérez Rodríguez
- Las donaciones de órganos y tejidos. *Status legal* / 725
Neylia L. Abboud Castillo y Leonardo B. Pérez Gallardo
- ¿Qué entender por responsabilidad médica? / 743
Jesús Armando Martínez Gómez
- Estado actual y perspectivas de la nueva deontología médica cubana / 757
Francisco Ponce Zerquera y Roberto Suárez Mella

Capítulo tercero: Bioética profunda y global / 767

- La ética de la ciencia, la responsabilidad moral y la desaparición de las especies / 769
Luis R. López Bombino
- Una última mirada al gen egoísta del mundo global / 785
José Ramón Acosta Sariago
- Los enigmas de la vida diseñada: biotecnología, saber científico y ética / 801
Carlos Jesús Delgado Díaz
- Manipulación genética en humanos / 823
Ana Rosa Casanova Perdomo y Rina Pedrol Troiteiro
- ¿En busca del perfeccionamiento humano? / 839
Mayra Garí Calzada, Bárbara Barrios García, Irene Barrios Ozuna y José R. Acosta Sariago
- Algunas reflexiones en cuanto a la temática ambiental / 847
María Teresa Pérez Pino
- Bioética y protección del medio ambiente: reflexiones sobre el caso cubano / 871
Jorge Mario García Fernández y Argelia Fernández Márquez
- El derecho a un medio ambiente sano como un derecho humano fundamental. Su protección jurídica / 881
Rufina Hernández Rodríguez
- La calidad de vida como problema de la bioética. Particularidades en la salud humana / 911
Ubaldo González Pérez, María A. Amarillo Mendoza y Jorge Grau Ábalo
- Bioética y sanología tras la búsqueda de «la ciencia única del hombre» / 933
Jorge Aldereguía Henriques y Ruth Daysi Henriques Rodríguez

- Impacto social de las nuevas tecnologías de la información / 941
Nerys González García, Eneida Garriga Sarría, Esperanza O'Farrill Mons y Rafael Pozo Lauzán
- Información, tecnologías y ética en la salud / 955
María Vidal Ledo
- El SIDA traspone la puerta del tercer milenio / 967
Francisco Alberto Durán García
- Bioética y drogas en América Latina / 979
Armando S. García Martínez, y María Elena Fernández Roque
- Tendencias y controversias en la incorporación de la medicina natural y tradicional al sistema moderno de salud pública / 995
Eduardo Francisco Freyre Roach
- La categoría equidad en salud / 1007
Ana María Gálvez González
- Una reflexión marxista de la categoría justicia a través del desarrollo histórico-social / 1023
Julia García Capote, Dámaso Gómez Plasencia y Juan Dávila Pérez
- La problemática global y la bioética / 1035
Daniel Piedra Herrera

Epílogo

- La ética en José Martí / 1053
Armando Hart Dávalos

Bioética
DESDE UNA PERSPECTIVA CUBANA

*A los que ya no están,
y sin embargo nos siguen acompañando:*

Rafael Antonio Dujarric Pullés
María Antonia Amarillo Mendoza
Bertha Serret Rodríguez
Varán von Smith Smith
Ramón Aneiros-Riba

Sobre los autores



Abboud Castillo, Neylia L. Jurista. Jueza de lo Civil y lo Administrativo del Tribunal Provincial de La Habana. Profesora Adjunta de la Facultad de Derecho de la Universidad de La Habana.

Acosta Sariego, José Ramón. Médico. Especialista en Salud Pública. Profesor Titular de la Universidad Médica de La Habana. Magíster en Bioética. Coordinador Académico de la Maestría de Bioética de la Universidad de La Habana. E-mail: joseacosta@giron.sld.cu

Aldereguía Henriques, Jorge. Médico. Especialista en Salud Pública. Doctor en Ciencias Médicas. Investigador del Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humano de la Universidad de La Habana. E-mail: cesbh@matcom.uh.cu

Alerm González, Alina. Médico. Especialista en Fisiología Normal y Patológica. Profesora Titular de la Universidad Médica de La Habana. Vicedecana de Investigaciones del Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas Victoria de Girón. E-mail: alina.alertm@infomed.sld.cu.

Amarillo Mendoza, María Antonia. Socióloga. Especialista de trabajo educativo y extensión universitaria del Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas Victoria de Girón. †

Amaro Cano, María del Carmen. Licenciada en Historia. Profesora Consultante y Directora del Centro de Estudios Humanísticos de la Universidad Médica de La Habana. E-mail: amaro@infomed.sld.cu

Aneiros-Riba, Ramón. Médico. Especialista en Fisiología Normal y Patológica. Profesor Titular de la Universidad Médica de La Habana. †

Araujo González, Rafael. Doctor en Ciencias Filosóficas. Profesor Titular y funcionario de la Vicerrectoría de Investigaciones de la Universidad Médica de La Habana. E-mail: rearaujo@infomed.sld.cu

- Ayala Serret, Sandra. Médico. Especialista en Genética Clínica del Centro Provincial de Genética de Santiago de Cuba.
- Bacallao Gallestey, Jorge. Matemático. Especialista en Estadística. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular de la Universidad Médica de La Habana. E-mail: bacallao@infomed.sld.cu
- Ballesteros Ramos, Aleida. Licenciada en Enfermería. Profesora Auxiliar (r) de la Universidad Médica de La Habana. Diplomada en Bioética. E-mail: aleida@giron.sld.cu
- Barreras Enrich, Ariel. Licenciado en Filosofía. Profesor Titular (r) de la Universidad Médica de La Habana.
- Barrios García, Bárbara. Bióloga. Doctora en Ciencias Biológicas. Profesora de la Universidad Médica de La Habana e Investigadora (r) del Centro Nacional de Genética Médica. E-mail: producción@infomed.sld.cu
- Barrios Ozuna, Irene. Doctora en Ciencias Filosóficas. Profesora de la Universidad Médica de La Habana. E-mail: irene.barrios@infomed.sld.cu
- Borroto Cruz, Radamés. Médico. Especialista en Salud Pública. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular y Director de la Escuela Nacional de Salud Pública. E-mail: rborroto@infomed.sld.cu
- Bravo Matarazzo, Ernesto. Biólogo. Bioquímico especialista en Virología. Doctor en Ciencias Biológicas. Profesor Consultante la Universidad Médica de La Habana. E-mail: ebravo808@yahoo.com
- Casanova Perdomo, Ana Rosa. Bióloga. Profesora Auxiliar de la Facultad de Biología de la Universidad de la Habana. Master en Biología Vegetal. E-mail: casanova@fbio.uh.cu
- Castellanos Laviña, Julio César. Médico. Especialista en Medicina General Integral. Profesor y Decano de la Facultad de Ciencias Médicas Calixto García de la Universidad Médica de La Habana. E-mail: jcesarc@infomed.sld.cu
- Clark Arxer, Ismael. Médico. Especialista en Bioquímica Clínica. Doctor en Ciencias Médicas. Presidente de la Academia de Ciencias de Cuba. Co-Presidente del Comité Nacional de Bioética. E-mail: clark@ceniai.inf.cu
- Dávila Pérez, Juan. Licenciado en Filosofía. Profesor Auxiliar de la Universidad Médica de La Habana. Diplomado en Bioética. E-mail: davila@giron.sld.cu
- De la Peña Pino, Roberto. Biólogo. Investigador Agregado del Centro Nacional de Genética Médica. Profesor Instructor de la Universidad Médica de La Habana. Diplomado en Bioética. E-mail: roberto@giron.sld.cu
- De la Torre Castro, Gladis. Médico. Especialista en Medicina General Integral. E-mail: gdelatorre@infomed.sld.cu
- Delgado Díaz, Carlos Jesús. Doctor en Ciencias Filosóficas. Profesor Titular de la Universidad de la Habana. Profesor Titular Adjunto del Instituto Superior Pedagógico Enrique José Varona. Miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Cubana de Estudios Filosóficos. Miembro del Tribunal

- Nacional de Grados Científicos en Ciencias Filosóficas y Políticas. E-mail: olga.delgado@infomed.sld.cu
- Delgado García, Gregorio. Médico. Especialista en Microbiología. Historiador Oficial del Ministerio de Salud Pública. Profesor Auxiliar y Jefe del Departamento de Historia de la Salud Pública de la Escuela Nacional de Salud Pública. Miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Cubana de Historia de la Medicina. E-mail: gregodg@infomed.sld.cu
- Dujarric Pullés, Rafael Antonio. Psicólogo. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular de la Universidad Médica de La Habana. †
- Durán García, Francisco Alberto. Médico. Especialista en Epidemiología. Profesor Auxiliar de la Universidad Médica de La Habana. Director de Docencia Médica Superior del MINSAP. Ex Director Provincial de Salud en Santiago de Cuba y del programa de control del SIDA en dicho territorio. E-mail: duran@infomed.sld.cu
- Fernández Márquez, Argelia. Licenciada en Informática. Especialista del Centro de Información, Gestión y Educación Ambiental del Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente. E-mail: argelia@ama.cu
- Fernández Regalado, Raúl. Médico. Doctor en Ciencias Médicas. Especialista en Bioquímica Clínica. Profesor Titular de la Universidad Médica de La Habana. Presidente del Comité de Ética de la Investigación del Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas Victoria de Girón. E-mail: raul.fernandez@infomed.sld.cu
- Fernández Roque, María Elena. Licenciada en Tecnología de la Salud. Profesora Asistente de la Universidad Médica de La Habana. Diplomada en Bioética. E-mail: marilen@giron.sld.cu
- Fleites González, Gilberto. Médico. Cirujano General. Cirujano Oncólogo. Investigador Auxiliar. Miembro de las Sociedades Cubanas de Cirugía, Oncología e Historia de la Medicina. Miembro de la Sociedad Europea de Cirugía Endoscópica. Secretario del Comité Médico Cubano por la Supervivencia Global (IPPNW-Cuba). E-mail: gfleites@infomed.sld.cu
- Freyre Roach, Eduardo Francisco. Doctor en Ciencias Filosóficas. Profesor Titular y Presidente de la Cátedra de Bioética de la Universidad Agraria de La Habana. E-mail: edufrey@yahoo.com
- Fung Riverón, Thalía. Doctora en Ciencias Filosóficas. Doctora en Ciencias. Profesora e Investigadora Titular de la Universidad de La Habana. Presidenta de la Sociedad Cubana de Investigaciones Filosóficas. E-mail: thf@ffh.uh.cu, thaliafung@yahoo.com
- Gálvez González, Ana María. Economista. Máster en Estadística Económica. Profesora de la Escuela Cubana de Salud Pública. Miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Cubana de Economía de la Salud. E-mail: econ@ensap.sld.cu
- Galvizu Borrell, Alberto E. Médico. Especialista en Psiquiatría. Profesor Titular Consultante de la Universidad Médica de La Habana. Presidente de la

- Cátedra de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas Manuel Fajardo.
E-mail: agalvizu@infomed.sld.cu
- García Capote, Julia. Licenciada en Filosofía. Profesora Titular Consultante de la Universidad Médica de La Habana. E-mail: jgc41@yahoo.com
- García Fernández, Jorge Mario. Doctor en Ciencias Técnicas. Profesor Titular Adjunto del Instituto Superior Politécnico José Antonio Echeverría. Investigador. Director de Cuencas Hidráulicas del Instituto Nacional de Recursos Hidráulicos. Vicepresidente del Comité Cubano sobre Medio Ambiente de la UNESCO. E-mail: jorgem@hidro.cu
- García Martínez, Armando S. Médico. Especialista en Psiquiatría del Hospital Hermanos Ameijeiras. Diplomado en Bioética. E-mail: armandos.garcía@infomed.sld.cu
- Garí Calzada, Mayra. Médico. Especialista en Embriología. Profesora Titular de la Universidad Médica de La Habana. E-mail: gari552002@yahoo.com
- Garriga Sarría, Eneida. Matemática. Especialista en Estadística. Máster en Informática en Salud. Profesora Auxiliar del Centro de Cibernética Aplicada a la Medicina de la Universidad Médica de La Habana. E-mail: eneida@cecam.sld.cu
- Gómez Plasencia, Dámaso. Licenciado en Filosofía. Profesor Auxiliar de la Universidad Médica de La Habana. Profesor Principal de Filosofía de los Centros de Educación Médica Superior. Diplomado en Bioética. E-mail: damaso@giron.sld.cu
- González García, Nerys. Matemática. Especialista en Sistemas Digitales. Máster en Informática en Salud. Profesora Titular y Subdirectora Docente del Centro de Cibernética Aplicada a la Medicina de la Universidad Médica de La Habana. E-mail: nerys@cecam.sld.cu
- González Menéndez, Ricardo. Médico. Especialista en Psiquiatría. Doctor en Ciencias Médicas. Jefe del Servicio Docente Rogelio Paredes del Hospital Psiquiátrico de La Habana. Profesor Titular de la Universidad Médica de La Habana. Presidente de la Sociedad Cubana de Psiquiatría y de la Comisión Nacional de Ética Médica. E-mail: isaric@infomed.sld.cu
- González Pérez, Ubaldo. Psicólogo. Profesor Auxiliar de la Universidad Médica de La Habana. Jefe del Departamento de Psicología del Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas Victoria de Girón. Miembro de la Comisión Nacional de Calidad de Vida. E-mail: ubaldo.gonzalez@infomed.sld.cu
- González Trujillo, María Cristina. Licenciada en Derecho. Profesora Adjunta de la Facultad de Derecho de La Universidad de La Habana. Diplomada en Bioética.
- Grau Ábalo, Jorge. Psicólogo. Profesor e Investigador Titular del Instituto de Oncología y Radiobiología. Jefe del Grupo Nacional de Psicología del Ministerio de Salud Pública. Presidente de la Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud. E-mail: psico@infomed.sld.cu

- Grave de Peralta Mesa, Julio. Médico. Especialista de Segundo Grado en Pediatría. Profesor Asistente de la Facultad de Ciencias Médicas de Holguín. Diplomado en Bioética. E-mail: jgrave@hpuh.hlg.sld.cu
- Hart Dávalos, Armando. Jurista. Miembro del Comité Central del Partido Comunista de Cuba. Diputado a la Asamblea Nacional del Poder Popular y miembro del Consejo de Estado. Ministro de Educación (1959-1965). Ministro de Cultura (1976-1997). Director de la Oficina del Programa Nacional Martiano y presidente de la Sociedad Cultural José Martí. E-mail: jmarti@cubarte.cult.cu
- Henriques Rodríguez, Ruth Daisy. Doctora en Ciencias Químicas. Profesora de Mérito, Presidenta del Comité de Bioética y Directora del Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humano de la Universidad de la Habana. E-mail: cesbh@matcom.uh.cu
- Heredia Leyva, Marianela. Médico. Especialista en Psiquiatría. Centro Provincial de Salud Mental de Ciudad de La Habana. Diplomada en Bioética. E-mail: eacostaher@yahoo.com
- Hernández Mesa, Nibaldo. Médico. Especialista en Fisiología Normal y Patológica. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular de la Universidad Médica de La Habana. E-mail: nibaldo@infomed.sld.cu
- Hernández Rodríguez, Rufina. Jurista. Presidenta del Tribunal Provincial de La Habana. Presidenta de la Unión de Juristas de la provincia La Habana. Master en Criminología E-mail: tpphab@tsp.cu
- Herrera Valdés, Raúl. Médico especialista en Nefrología. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular de la Universidad Médica de La Habana. Investigador Titular del Instituto de Nefrología. E-mail: nefrodir@infomed.sld.cu
- Hodelín Tablada, Ricardo. Médico. Especialista en Neurocirugía. Profesor Instructor y Presidente de la Cátedra de Bioética de la Universidad Médica de Santiago de Cuba. E-mail: rht@sierra.scu.sld.cu
- Lemus Lago, Elia Rosa. Médico. Especialista en Medicina General Integral.
- López Bombino, Luis R. Doctor en Ciencias Filosóficas. Profesor Titular y Presidente de la Cátedra de Ética Aplicada de la Universidad de La Habana. E-mail: bomby@ffh.uh.cu
- Machado Curbelo, Calixto. Médico. Especialista en Neurofisiología. Doctor en Ciencias Médicas. Investigador y Profesor Titular del Instituto de Neurología y Neurocirugía. Presidente del Simposio Internacional sobre Muerte y Coma. Coordinador de la Red Internacional de Diagnóstico de la Muerte de la Asociación Internacional de Bioética. E-mail: braind@infomed.sld.cu
- Mármol Sónora, Alexander. Médico especialista en Nefrología. Jefe del Servicio de Trasplante del Instituto de Nefrología. E-mail: alex.marmol@infomed.sld.cu
- Martínez Calvo, Silvia. Médico. Especialista en Epidemiología. Doctora en Ciencias Médicas. Profesora Consultante e Investigadora de Mérito de la

- Escuela Cubana de Salud Pública. Asesora Temporal de la Organización Panamericana de la Salud. E-mail: silvia@ensap.sld.cu
- Martínez Gómez, Jesús Armando. Licenciado en Filosofía y Derecho. Máster en Globalización y Derecho. Profesor auxiliar y presidente de la Cátedra de Derecho Médico del Centro Universitario de Sancti Spiritus José Martí y Pérez. Miembro del Comité Nacional Cubano de Bioética. Diplomado en bioética. E-mail: jesusamg@yahoo.es
- Navarro Bustamante, Katiuska. Licenciada en Enfermería. Profesora Auxiliar de la Universidad Médica de La Habana. Jefa del Departamento de Enfermería del Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas Victoria de Girón. Diplomada en Bioética. E-mail: katiuska.navarro@infomed.sld.cu
- Núñez de Villavicencio y Porro, Fernando. Médico. Especialista en Psiquiatría. Profesor Consultante de la Universidad Médica de La Habana. Presidente Fundador de la Cátedra de Bioética del ICBP Victoria de Girón. E-mail: fernando.porro@infomed.sld.cu
- O'Farrill Mons, Esperanza. Médico. Especialista en Salud Pública. Profesora Titular Consultante del Centro de Cibernética Aplicada a la Medicina de la Universidad Médica de La Habana. Presidenta de la Sociedad Cubana de Informática en Salud. E-mail: esofarr@infomed.sld.cu
- Orta Hernández, Santa Deybis. Médico. Especialista en Bioestadística. Doctora en Ciencias Médicas. Especialista en Registro de Medicamentos del Centro para el Control Estatal de la Calidad de los Medicamentos. E-mail: derbis@infomed.sld.cu
- Otero Morales, Jorge M. Médico. Especialista en Medicina Interna. Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar Carlos J. Finlay. Profesor Auxiliar de la Universidad Médica de La Habana. E-mail: jmotero@infomed.sld.cu
- Pascual López, María Amparo. Médico. Especialista en Bioestadística. Profesora de la Universidad Médica de La Habana. Investigadora Titular y Directora del Centro Coordinador de Ensayos Clínicos. E-mail: map@infomed.sld.cu
- Pavón Fuentes, Nancy. Médico. Especialista en Inmunología. Investigadora del Centro Internacional de Restauración Neurológica (CIREN). Diplomada en Bioética. E-mail: nancy@neuro.ciren.cu
- Pedrol Troiteiro, Rina. Bióloga. Profesora Auxiliar (r) de la Facultad de Biología de la Universidad de la Habana. Máster en Biología Vegetal. E-mail: rpedrol@fbio.uh.cu
- Pérez Cárdenas, Marcelino E. Doctor en Ciencias Filosóficas. Profesor Titular de la Escuela Nacional de Salud Pública. E-mail: marcel@ensap.sld.cu
- Pérez Gallardo, Leonardo B. Doctor en Ciencias Jurídicas. Profesor Auxiliar del Departamento de Derecho Civil y Familia de la Facultad de Derecho de la Universidad de La Habana. E-mail: gallardo@lex.uh.cu
- Pérez Pino, María Teresa. Licenciada en Educación Primaria. Doctora en Ciencias Pedagógicas. Subdirectora de Investigaciones y Posgrado de la

- Sede Universitaria Municipal de la UNAH Caimito, provincia La Habana.
E-mail: mtppcai@rimed.cu
- Pérez Rodríguez, Alexis. Médico. Especialista en Nefrología. Investigador del Servicio de Trasplante del Instituto de Nefrología. E-mail: alex.perez@infomed.sld.cu
- Pérez Sánchez, América. Doctora en Ciencias Filosóficas. Profesora Titular de la Escuela Nacional de Salud Pública. E-mail: america@ensap.sld.cu
- Piedra Herrera, Daniel. Licenciado en Química. Doctor en Ciencias Biológicas. Profesor Adjunto de la Universidad Médica de La Habana. Secretario Ejecutivo del Comité Nacional Cubano de Bioética. E-mail: piedra@ceniai.inf.cu
- Ponce Zerquera, Francisco. Médico. Especialista en Medicina Legal. Profesor Titular Consultante de la Universidad Médica de La Habana. Presidente de la Cátedra de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas Calixto García. E-mail: fponcez@infomed.sld.cu
- Pozo Lauzán, Rafael. Ingeniero en Telecomunicaciones. Especialista en Sistemas Digitales. Máster en Informática en Salud. Profesor Auxiliar del Centro de Cibernética Aplicada a la Medicina. E-mail: rplauzan@yahoo.com
- Rodríguez Núñez, Olga María. Médico. Especialista en Inmunología. Centro Nacional Coordinador de Ensayos Clínicos. Diplomada en Bioética. E-mail: olga@cencec.sld.cu
- Ruiz Reyes, Dalgis. Licenciada en Enfermería. Profesora Auxiliar de la Universidad Médica de La Habana. Segunda Jefa del Departamento de Enfermería del Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas Victoria de Girón. E-mail: dalgis@giron.sld.cu
- Sansó Soberat, Félix. Médico. Especialista en Medicina General Integral. E-mail: fsanso@infomed.sld.cu
- Sarmiento Rivero, Hilda Katia. Licenciada en Enfermería. Profesora Auxiliar de la Universidad Médica de La Habana. Diplomada en Actividad Pedagógica y Educación Avanzada y en Educación Médica Superior. E-mail: hilda.katia@infomed.sld.cu
- Serret Rodríguez, Bertha. Médico. Especialista en Medicina Interna. Profesora Titular de la Universidad Médica de Santiago de Cuba. Vicepresidenta de la Sociedad Cubana de Medicina Interna. †
- Soriano García, Jorge L. Médico. Especialista en Oncología. Investigador Agregado. Miembro de la Sociedad Europea de Oncología Médica y de la Sociedad Cubana de Oncología. Miembro del Grupo Nacional de Oncología y Coordinador del Programa Nacional de Garantía de Calidad en Oncología Médica. Miembro del Comité Editorial de la revista *Cancer: Chemotherapy and Review*. Jefe del Servicio de Oncología del Hospital Hermanos Ameijeiras. E-mail: soriano@infomed.sld.cu
- Sotolongo Codina, Pedro Luis. Doctor en Ciencias Filosóficas. Miembro del Buró Ejecutivo del Comité Nacional Cubano de Bioética. Presidente de la Cátedra

- para el Estudio de la Teoría de la Complejidad del Instituto de Filosofía del Ministerio de Ciencia Tecnología y Medio Ambiente. E-mail: pedro.soto-longo@infomed.sld.cu
- Suárez Conejero, Ana María. Médico. Especialista en Medicina Interna. Servicio de Medicina Interna del Hospital Militar Carlos J. Finlay. Profesor Asistente del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. E-mail: sconejero@infomed.sld.cu
- Suárez Mella, Roberto. Médico. Especialista en Medicina Legal. Profesor de la Universidad Médica de La Habana. Jefe de la Comisión de Responsabilidad Penal del Trabajador de la Salud de Provincia La Habana. E-mail: sosuro@infomed.sld.cu
- Suárez Ramos, Raúl. Pastor bautista. Director del Centro Memorial Martin Luther King, Jr. Vicepresidente del Centro Félix Varela. E-mail: rsuarez@cmlk.co.cu
- Taché Jalak, Marco. Médico. Especialista en Cirugía General. Profesor Titular Consultante de la Universidad Médica de La Habana. E-mail: tachejalak@yahoo.es
- Toledo Bedit, Josefina. Doctora en Ciencias Históricas. Investigadora (r) del Centro de Estudios Martianos. E-mail: jtoledo@cubarte.cult.cu
- Torres Acosta, Rafael. Médico. Especialista en Pediatría y Salud Pública. Profesor Titular de la Facultad de Ciencias Médicas de Holguín. Diplomado en Nutrición. Magíster en Bioética. E-mail: torres@cristal.hlg.sld.cu
- Torres Gemeil, Olga. Médico. Especialista en Fisiología Normal y Patológica. Investigador Auxiliar. Jefe de Buenas Prácticas Clínicas (BPC) en el Centro de Inmunología Molecular (CIM). Profesor y Coordinador de entrenamientos y cursos nacionales en BPC en el CIM. Miembro de la Society for Clinical Trials de los Estados Unidos. E-mail: olga@ict.cim.sld.cu
- Vicedo Tomey, Agustín. Médico. Especialista en Bioquímica Clínica. Doctor en Ciencias Médicas. Profesor Titular de la Universidad Médica de La Habana. E-mail: vicedo@infomed.sld.cu
- Vidal Ledo, María. Licenciada en Cibernética-Matemática. Profesora Auxiliar del Centro de Cibernética Aplicada a la Medicina de la Universidad Médica de La Habana y de la Escuela Nacional de Salud Pública. Máster en Informática de la Salud. E-mail: mvidal@infomed.sld.cu
- Von Smith Smith, Varán. Médico. Especialista de Segundo Grado en Medicina Interna. Profesor Titular Consultante y Presidente de la Cátedra de Bioética de la Universidad Médica de Santiago de Cuba. †
- Zamora Marín, René. Médico. Especialista en Medicina Interna. Servicio de Terapia Intermedia del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. Director del Centro de Bioética Juan Pablo II. E-mail: rzamora@infomed.sld.cu

Prefacio a la tercera edición



Cuando a mediados de 1996 preparaba la primera edición de *Bioética. Desde una perspectiva cubana*, ni siquiera podía sospechar la avidez con que el lector cubano recibiría la obra, que definitivamente vería la luz en 1997, y que requeriría casi de inmediato una reimpresión en 1998.

Durante su década de existencia, *Bioética. Desde una perspectiva cubana* se convirtió en obligado referente del pensamiento bioético cubano. Ha servido de enlace y modesto contrapeso a la avalancha de literatura foránea sobre estos temas, y abrió el camino para que numerosos autores de nuestro país se interesaran por la bioética y nuevos textos emergieran de su intelecto, lo que permite hoy disponer de una producción nacional, si bien aún modesta en número de títulos, lo suficientemente significativa en cuanto a su alcance conceptual para consolidar la perspectiva cubana de la disciplina, que ha sido el propósito que desde su génesis animó la obra de la que ahora Publicaciones Acuario del Centro Félix Varela entrega su tercera edición. Con ella se salda una deuda de gratitud con este libro, pionero de la bioética en nuestro país.

Desde que en 2002 trabajaba en esa otra obra querida, *Bioética para la sustentabilidad*, la comparativamente superior calidad conceptual y formal en relación con la primera, me hizo arribar a la convicción de que *Bioética. Desde una perspectiva*

cubana merecía una nueva edición que fuera representativa de los avances experimentados y que, al mismo tiempo, superara tanto mi inexperiencia como editor científico en aquel entonces, como la precariedad material de aquellos años de plena crisis económica que obligaron a una muy modesta presentación de las dos primeras ediciones. Precisamente en ello pensaba cuando en el prefacio de *Bioética para la sustentabilidad* hacía patente mi esperanza de encontrar una nueva oportunidad de trabajar junto al equipo que integraba con el editor Emilio Hernández Valdés y el diseñador y emplanador Carlos Melián, con quienes comparto criterios conceptuales y estéticos que sin duda favorecen la fluidez del agotador esfuerzo que la producción de libros de tal envergadura significa para todos.

La idea de una tercera edición de *Bioética. Desde una perspectiva cubana* fue acogida con entusiasmo por el Centro Félix Varela, así como también por los autores cubanos convocados, que de poco más de cuarenta en las primeras ediciones, duplican esta cifra en la presente. La voluntad de conservar todo lo que mantuviera vigencia, e incorporar temas no tratados –fundamentalmente los de bioética global, cuya presencia en las primeras ediciones fue discreta–, e incluso segundas opiniones de algunos aspectos que lo merecían, ha elevado la extensión del manuscrito a más de mil cuartillas. Comprenderá entonces el lector lo dilatado del proceso de edición científica y literaria de esta tercera edición, que comenzó en 2002, mientras me encontraba en misión académica en la Universidad de Adén, Yemen, gracias a las facilidades que ofrecen las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones, y que terminará cuando se tecleen las últimas palabras de este prefacio que escribo cuando ya el resto del libro está editado y en proceso de emplane.

El gran volumen que ha adquirido *Bioética. Desde una perspectiva cubana* obliga a que la primera versión de esta tercera edición se realice en soporte digital, lo que permitirá su rápida entrega al lector.

En cuanto al contenido del libro, prefiero excusarme de hacer referencia a él por el momento, debido a que en el artículo que inicia el Capítulo Primero, «Texto y contexto bioético cubano», me explayo sobre el mismo, y de esta manera trato de superar una carencia de las ediciones anteriores, las cuales constituyen en sí mismas libros de opinión de principio a fin, sin considerar la necesidad de una introducción general que tanto agradece el lector neófito, aspiración que este artículo incorporado ahora trata de colmar.

La estructura adoptada para la presentación de los contenidos ha sido totalmente intencionada, con en el fin de evitar cualquier tipo de reduccionismo, ya bien en el sentido de asumir la bioética solo como una ética biomédica, o en el de considerarla mecánicamente como una ética ambientalista. Apelar a denominaciones introducidas por Van Rensselaer Potter para titular los capítulos no ha sido gratuito, expresa la voluntad de significar el holismo, flexibilidad y vigencia del pensamiento potteriano.

El cuerpo del texto está organizado en tres grandes capítulos: «Bioética fundamental», «Bioética puente» (subdividido en dos partes, Bioética médica y Ética de la investigación), y «Bioética profunda y global». Aquel que conozca las ediciones anteriores notará la traslocación que han experimentado temas como los de VIH-SIDA, la salud de los trabajadores y la controversia entre la industria del medicamento y las prácticas tradicionales, entre otros, los cuales aparecían dentro del capítulo de «Ética médica» y ahora lo están en el de «Bioética profunda y global». Huelga explicar que estos fenómenos de la vida contemporánea tienen tan alto grado de impacto social que este rebasa con mucho la tradicional organización sanitaria y se reflejan necesariamente en las políticas públicas, lo cual constituye punto de mira para la bioética global.

No puedo finalizar sin que, en nombre del Centro Félix Varela y su sello editorial Publicaciones Acuario, los autores y en el mío propio, agradezca al doctor Armando Hart Dávalos el que haya dedicado parte de su valioso tiempo a escribir el epílogo de este libro, que más que tal constituye el preámbulo de un renovado esfuerzo por trazar las debidas tangencias entre el pensamiento cubano, desde los fundadores de nuestra nacionalidad hasta el presente, con los referentes de la bioética, lo que de hecho puede constituir una contribución más a nuestro proyecto social y al futuro que estamos construyendo «con todos y para el bien de todos».

Resulta simbólico también que este libro, dedicado a una temática tan sensible para el mundo contemporáneo como la bioética, haya sido concluido precisamente un día en que los cubanos hemos cantado una vez más por la vida y la solidaridad entre los hombres.

José Ramón Acosta Sariego
La Habana, 1º de mayo de 2007

Nota a la segunda edición



Desde hace algunos años, el Centro Félix Varela ha venido promoviendo el conocimiento de la bioética, como espacio transdisciplinario que debe convocar a cada esfera de nuestra sociedad, y a cada ciudadano. Por ello ha divulgado su entendimiento en varias publicaciones, y ha apoyado de diversos modos a los iniciados en su estudio.

Ya en 1994 el fundador de nuestro Centro, el doctor Juan Antonio Blanco, señalaba en su libro *Tercer Milenio. Una visión alternativa de la posmodernidad*, que la bioética no podía ser «asunto exclusivo de científicos», ni quedar confinada solamente «a la relación humana con el entorno». En ese ensayo explicaba cómo la revolución del pensamiento, específicamente la del pensamiento ético, constituye uno de los temas centrales del tránsito civilizacional que ahora enfrentamos: «Para dar una respuesta feliz a nuestras interrogantes, la humanidad está llamada a erigir una cultura diferente a las ya ensayadas. Una “cultura de liberación” para un proceso civilizatorio liberador [...] Solamente el surgimiento de una cultura de nuevo tipo podrá poner en marcha un proceso civilizatorio de nuevo tipo.»

El Centro sintió la urgencia de publicar este volumen, además, porque la bioética es una de las ciencias actuales más urgidas de la interrelación del conocimiento acumulado, en la búsqueda por un mundo mejor para todos en esta tierra. Como apreciará el

lector, médicos, ingenieros, juristas, sociólogos, historiadores, filósofos, biólogos, religiosos, científicos, ingenieros, licenciados en enfermería, intelectuales cubanos en general, abordan la bioética en este libro desde una óptica propia, desde nuestras circunstancias.

Es por haber constatado la necesidad de transmitirles a los lectores cubanos y extranjeros nuestra propia visión, que nos empeñamos en la publicación de estos textos.

Por ello, también, quisiéramos nos disculparan los lectores cualquier error, que estamos seguros nos hizo cometer la premura de ver estos trabajos en sus manos. Desearíamos en ese caso, nos hicieran llegar sus observaciones y sugerencias.

Gracias.

Centro Félix Varela.

Nota a la primera edición



El Centro Félix Varela ha sentido la urgencia de publicar este volumen, donde médicos, ingenieros, juristas, sociólogos, historiadores, filósofos, biólogos, religiosos, científicos, ingenieros, licenciados en enfermería, intelectuales en general, abordan uno de los temas de más actualidad, en este mundo en pleno tránsito civilizacional. Es la bioética, precisamente, una de las disciplinas más urgidas de la interrelación del conocimiento acumulado, en aras de intentar un mundo mejor para los humanos y la naturaleza en esta tierra.

Es por haber constatado la necesidad de los lectores cubanos y extranjeros de contar con una visión de la bioética, dada desde una óptica propia, dentro de nuestras circunstancias, que nos apresuramos a sacar a la calle esta edición. Es también por contribuir a crear conciencia de que la bioética «no es asunto exclusivo de científicos, ni puede confinarse a la relación humana con el entorno»; debe ser asunto que trascienda y llegue a cada esfera de cada sociedad, y a cada ciudadano. Así lo ha advertido el Centro mediante diversos trabajos, desde hace años.

Por todo ello nos empeñamos junto al doctor José Ramón Acosta en publicar estos textos.

Por ello, también, quisiéramos nos disculparan los lectores cualquier error, que estamos seguros nos hizo cometer la premura de ver este libro en sus manos. Desearíamos en ese caso, nos hicieran llegar

sus observaciones. A los autores, les pedimos su indulgencia y, además, que nos hagan llegar las rectificaciones pertinentes para cualquier futura publicación, la cual en esa oportunidad no pasará por alto pasos imprescindibles en un trabajo de edición profesional y minucioso.

Gracias.

Centro Félix Varela

Prefacio a las ediciones anteriores



La abrumadora profusión de literatura científica y popular procedente de las sociedades posindustriales, fundamentalmente de origen anglosajón, que inunda el espacio creado por la bioética, ha favorecido la instauración de paradigmas e incluso de dogmas propios de estos contextos, y se ha internacionalizado a través del proceso de globalización de la cultura y la imposición de símbolos del centro a la periferia, característico del intervalo epocal contemporáneo dado en llamarse posmodernidad.

La bioética, como movimiento intelectual no es un monolito ideológico. Sus diversas tendencias o corrientes de pensamiento se sustentan en variadas construcciones filosóficas y teorías éticas. Por tanto, el mismo objeto es reflejado de forma diferente de acuerdo con la apreciación subjetiva determinada por condicionamientos contextuales económicos, sociales, y espirituales. La aspiración transcultural de la bioética se encuentra, entonces, necesariamente mediatizada por una realidad multicultural.

Las últimas décadas del actual milenio han sido escenario de un debate ético, que trasciende las fronteras de campos particulares, ya que el poder alcanzado por el hombre sobre la naturaleza y la sociedad –como resultado del modelo civilizatorio moderno– no lo ha hecho espiritualmente mejor, de lo cual dan fe la injusticia e inequidad del entorno mundial finisecular.

Por motivos distintos y temores compartidos acerca del destino de la vida misma, Norte y Sur se han visto precisados a reconstruir el discurso ético, desde posiciones con axiomas comunes en algunos casos, aunque como regla mantengan puntos de vista contrapuestos, en términos de enfoque integral.

La infancia de la bioética en América Latina y el Caribe estuvo marcada por un acusado mimetismo de las concepciones provenientes de la cultura anglosajona. En la medida en que estos esquemas fracasaron teórica y funcionalmente en nuestro contexto periférico, se ha ido gestando de manera progresiva un enfoque propio, sobre los verdaderos problemas que acerca de la salud y la vida confrontan nuestras sociedades. En la actual década, esta tendencia ha cobrado cuerpo como una visión alternativa, multicultural y de abigarrado signo ideológico también, pero de franca orientación socializadora y solidaria como denominador común.

Hoy, ya se puede disfrutar de una producción científica latinoamericana y caribeña, aún incipiente, pero sólida. Instituciones y autores de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, México, Puerto Rico, Perú, República Dominicana y Uruguay, entre otros, han divulgado libros y mantienen publicaciones científicas periódicas sobre estos temas.

Que Cuba se sume a este esfuerzo de nuestro continente y nuestra cultura latina, es no solo deseado y necesario, sino también históricamente justo, por nuestra tradición de pensamiento, vocación humanista y el aporte realizado al cumplimiento de los derechos humanos, en el campo de la salud y la vida, al calor del proyecto social que ha constituido la Revolución cubana.

Abordar, entonces, el mundo de los valores generado por nuestra obra en este terreno, resulta un complejo y riesgoso compromiso. Lo que para algunos hermanos latinoamericanos es solo objeto de la especulación futuroológica, para nosotros es realidad objetiva. Por esa razón, la pretensión del presente volumen de ofrecer el punto de vista cubano acerca de la experiencia acumulada alrededor de estas cuestiones, tiene que ser por obligación amplia y recorrer casi todos los campos, que por tradición se tratan en los libros dedicados a la bioética.

Bioética. Desde una perspectiva cubana, no es una mera compilación más o menos organizada con cierto orden lógico, sino responde a una concepción estructurada a priori de lo que a nuestro juicio constituye el objeto de estudio de la disciplina, de acuerdo con la experiencia teórica y práctica en nuestro país.

Casi la totalidad de los trabajos fueron escritos originalmente por los autores para este libro, ante una solicitud temática del editor y, en algunos casos, se incluyeron ponencias inéditas en letra impresa, que por su trascendencia, ajuste al espíritu de la obra y valor científico y metodológico, resultaban imprescindibles en nuestro empeño de ofrecer al lector un fresco del pensamiento ético cubano contemporáneo en este campo.

Las cinco partes que componen el contenido de este libro expresan dos superobjetivos fundamentales:

La bioética es asumida en su interpretación original, en cuanto al abordaje de la globalidad e integralidad de las cuestiones éticas relacionadas con la salud y la vida, en las condiciones económicas y sociales del mundo contemporáneo.

Nuestra cultura latina, característicamente deontológica, no puede segregar el aspecto normativo moral en el análisis y tratamiento de estos temas.

Estas esencias pueden resultar polémicas, o ser consideradas las primeras, politizadoras, y conservadoras las segundas, en otras latitudes. Sin embargo, asumimos esto con la íntima convicción de que es el único enfoque válido desde la óptica del Tercer Mundo, de nuestra región y de nuestro país en particular. A esclarecer la opinión de los autores sobre estas premisas se dedica la primera parte, «Objeto y fundamentos», que obviamente marca el derrotero del resto del texto.

La «Ética de la investigación científica en seres humanos» constituye la segunda parte, y aspira a profundizar en el sentido mismo de la investigación científica como función social, en las diferentes vertientes de su desarrollo en Cuba, así como en las particularidades de su organización normativa y consultiva.

La tercera parte, «Ética médica», distingue tres cuestiones cardinales para la atención de salud en Cuba: la comunicación interpersonal, la educación en salud y la solidaridad.

El impacto ético-social de la alta tecnología, es el objeto de la cuarta parte, «Cuestiones éticas emergentes», donde se reflexiona acerca de los pilares del progreso científico actual en la biomedicina, o sea, en la confluencia de la biología molecular y las biotecnologías, por una parte, y la informática, telecomunicaciones y audiovisuales, por otra, también en las implicaciones de su asimilación, e incluso desarrollo autóctono, así como la connotación de poder y temor que comportan.

«Civilización, medio ambiente y salud», trata de culminar la visión integradora de los factores económicos y sociales en los fenómenos de la salud, la calidad de vida y el derecho de las generaciones presentes y futuras a un medio ambiente sano, desde la perspectiva de la equidad, la justicia social y la convicción de la viabilidad e impostergabilidad de un modelo de desarrollo éticamente sostenible.

Como obra colectiva, y primera aproximación cubana, a lo que pudiera denominarse una «bioética crítica» de la propia bioética, el lector avezado detectará insuficiencias. No vea en la extensión de este texto pretensión de grandilocuencia épica, sino el afán de informar a los interesados en estos temas, tanto de Cuba como del extranjero, acerca de cómo pensamos y hacia dónde vamos.

Por último, quisiera agradecer al Centro Félix Varela la decisión ética de haber emprendido este proyecto editorial, y a los autores consagrados y noveles la confianza demostrada al depositar en mis manos su prestigio y sus sueños.

Dr. José Ramón Acosta Sariego
La Habana, 1997.

Bioética
DESDE UNA PERSPECTIVA CUBANA

Capítulo primero

BIOÉTICA FUNDAMENTAL

Texto y contexto bioético en Cuba

José Ramón Acosta Sariego



Bioética. Desde una perspectiva cubana, en la génesis de su primera edición, que data de 1997, y como su título lo sugiere, se concibió como un libro dedicado a mostrar las particularidades distintivas que el discurso bioético había adquirido en el contexto social y cultural de nuestro país. Pensada así, se constituyó en una obra de opinión que requería para su total comprensión de un lector con cierta información previa acerca de las tendencias y controversias teóricas y metodológicas experimentadas por la disciplina en su devenir histórico. No obstante, la aceptación y avidez con que se propagó en Cuba rebasó al público para el que originalmente fue dirigida y se extendió hasta para quienes la primera referencia que recibieron sobre bioética fue precisamente a través de nuestro texto. Esto ha tenido su cara positiva en el hecho de que dichos lectores neófitos recibieron una imagen de la bioética mediada ya por el criterio de autores cubanos, los cuales habían partido para sus análisis de nuestras tradiciones de pensamiento y realidades concretas, lo que en cierto sentido protegió a nuestra opinión pública del mimetismo extremo de las propuestas bioéticas anglosajonas del que adoleció la infancia de la disciplina en otros lares; sin embargo, ese desconocimiento absoluto o relativo del marco referencial general restó alcance y disfrute a una necesaria lectura crítica que pudiera aquilatar plenamente los aportes

originales, divergencias y coincidencias que nuestro libro puso en la liza del debate bioético internacional.

Huelga decir que en muchos de los artículos constitutivos de las dos primeras ediciones de *Bioética. Desde una perspectiva cubana* aparecen reiteradas alusiones a sus referentes internacionales, a los que pudieran considerarse clásicos o trabajos de impacto para el progreso teórico de la disciplina, pero si se pretende comprender a profundidad el desarrollo del pensamiento bioético en Cuba, así como la consecuente reflexión sobre fines, medios, consecuencias y circunstancias relacionadas con el uso del conocimiento y su influencia en la salud y la vida, es necesario analizarlo desde su inserción en el contexto internacional en que surgieron y evolucionaron estas ideas y modos de actuación autóctonos. Esta reflexión es posible acometerla ahora que existe una relativa distancia histórica, así como la madurez de los aportes originados en los casi diez años que median entre la primera y la presente edición de *Bioética. Desde una perspectiva cubana*. El objetivo de este artículo es tratar de sistematizar la tendencia general que ha caracterizado a la bioética cubana hasta el momento. Partiré entonces del planteamiento general del problema desde sus antecedentes históricos internacionales, para después evaluar su impacto en Cuba, y de este modo poder fundamentar los elementos que distinguen nuestro razonamiento ético en la interpretación de las cuestiones planteadas como objeto de la disciplina.

El debate en torno al objeto de la bioética

La era del conocimiento en la que nos adentramos requerirá de nosotros una apertura de pensamiento que los estrechos marcos heredados de la modernidad no pueden contener.

La tradición cultural occidental ha sido recurrente en atenerse al ancestral mandato de enseñorearse sobre las bestias, las plantas y todo producto de la mítica creación. Durante milenios, la principal preocupación moral acerca del sentido de la vida del hombre fue su propia conducta, la de su familia, su tribu, su ciudad y, más modernamente, su estado y su clase social; o sea, solo lo humano o el producto de la actividad social humana como, por ejemplo, el derecho, el arte o la religión, fueron considerados objetos de regulación moral y, por tanto, merecedores de atención por parte de la reflexión ética.

En todo el largo intervalo de la época premoderna la capacidad transformadora del hombre fue tan limitada que sus acciones raramente podían causar daños que no fueran potencialmente autorreparables por la naturaleza. Por esta razón, las principales corrientes del pensamiento ético que nutrieron nuestra cultura partieron del supuesto de que la naturaleza cuidaba de sí misma, no consideraron la obligación moral de preservarla y solo le concedieron a esta un papel subalterno, una modesta condición de medio, del cual se podía disponer en nuestro provecho.

Immanuel Kant (1724-1804), fiel exponente de la ética moderna, nos dejó explícito en el legado de sus imperativos categóricos, que solo los hombres son fines morales en sí mismos y no medios, por tanto, para el sabio de Königsberg, la naturaleza no humana es un medio perfectamente delimitado de los sujetos morales, como reza en su aserto: «El cielo estrellado sobre mí, la ley moral dentro de mí.»

La ética premoderna fue una ética del presente. Su esencia radicó en la prescriptiva de las relaciones interhumanas sobre la expectativa de hechos que pueden tener lugar en la inmediatez. Incluso las comunidades religiosas que trataron de anticipar el reino de Dios, solo intentaron cumplir en términos morales una utopía prefijada por la palabra divina. Aún en pleno apogeo de la modernidad, la visión de las diferentes construcciones éticas predominantes seguían bebiendo de los viejos odres de una ética esencialmente interhumana y centrada en el presente.

Los movimientos políticos, ideológicos y sociales que durante el siglo XIX dieron origen al socialismo marxista promovieron una eticidad con características distintivas que, aunque compartió el optimismo tecnológico del paradigma civilizatorio donde surgió, centró su atención en la acción dirigida a un futuro que debía construirse, no a partir de preceptos prefijados, sino de las leyes objetivas del desarrollo. El contexto moral venidero pasó a ser una incógnita que debía ser develada en el proceso de búsqueda activa y construcción de una nueva sociedad.

El siglo XX fue escenario de la competencia entre las dos alternativas de progreso en que se resumió la modernidad, socialismo y capitalismo, lo que contribuyó decisivamente a que la ciencia y la tecnología fueran demoliendo barreras y reinstalando permanentemente las fronteras del conocimiento y el dominio de los procesos naturales, hasta que la invasión del micromundo por la física y la biología enfrentaron a la humanidad ante la perplejidad de su propia soberbia.

La intrusión de la física atómica y la biología molecular en el recinto de las esencias de la realidad objetiva, trajo consigo la certeza acerca de que la interpretación que los occidentales habíamos hecho de la relación moral del hombre con la naturaleza debía reevaluarse a tenor del trascendental impacto que las nuevas tecnologías –surgidas en el afán de perfeccionamiento de su dominio– podían tener sobre los ecosistemas. El hombre, lejos de contribuir al incremento de la calidad de la vida, estaba interviniendo decisivamente en la destrucción del medio ambiente y, con ella, de la suya propia.

Una temprana manifestación de la toma de conciencia acerca de los peligros desatados, fue la llamada crisis moral de los físicos, quienes en la década de 1950 protagonizaron un movimiento intelectual y de activismo político que abjuró de su contribución al desarrollo de las armas nucleares y abogó por la proscripción de la utilización de esta fuente de energía con fines bélicos, así como de las consecuencias de su uso civil indiscriminado. Sin embargo, en las últimas

décadas, el progreso científico de la biología molecular ha sido tan impresionante que el impacto potencial sobre el medio ambiente de la tecnología asociada a este, si bien menos espectacular que las destructivas explosiones atómicas, puede alcanzar proporciones peligrosamente mayores y más permanentes.

Por primera vez en la historia, la biosfera, que hasta el momento parecía inmutable, empezó a emitir evidentes señales de lo que significan las reiteradas intervenciones depredadoras del hombre. De ahí la creciente preocupación moral de las últimas décadas por la cuestión ambiental que ha dado lugar a dos posiciones fundamentales, aquella sustentada en el punto de vista de lo que esta actitud irracional puede significar para la existencia del propio hombre, o desde una visión más holística de nuestra responsabilidad –como únicos animales conscientes del alcance de nuestras acciones– con la preservación de la vida y de los ecosistemas en general.

Por todo lo expresado aquí es que se está produciendo una recomposición del pensamiento humanista contemporáneo, que justiprecia el discurso ético; implica una nueva perspectiva, que reconoce la ampliación de los sujetos morales; rebasa lo propiamente humano y se extiende a toda la biosfera. La naturaleza ha ascendido, de simple medio, a ser considerada fin moral.

En las décadas de 1960 y 1970 estas preocupaciones resultaron muy evidentes en el seno de las sociedades industriales y progresivamente se extendieron a las contradictorias relaciones de dominación económica y política Norte-Sur. Sin embargo, fue en el contexto norteamericano donde esta crisis moral se hizo más aguda; a esto contribuyeron infinidad de factores generales presentes en la sociedad estadounidense de aquellos años, signados por la desaceleración económica, las luchas por los derechos civiles, los movimientos contraculturales, el síndrome de Vietnam y la falta de credibilidad ciudadana ante los magnicidios políticos y el desprestigio del sistema democrático que eclosionó con el escándalo de Watergate; así como también factores de orden particular como las revelaciones de investigaciones científicas conducidas sin recaudos éticos, casos clínicos de difícil decisión, encarecimiento de los servicios de salud y deshumanización de la atención médica, entre otros.¹

Los avances tecnológicos de las ciencias de la salud y la biomedicina fueron tan trascendentales que a mediados del siglo xx la ética médica tradicional se vio incapaz para dar respuesta a los complejos problemas que este desarrollo trajo aparejados. Agudos conflictos de valores morales surgieron en la medida que determinadas aplicaciones tecnológicas fueron puestas a punto en ramas tales como la reproducción humana asistida, la reanimación cardiorrespiratoria y la medicina intensiva, el diagnóstico de la muerte y la transplantología, la genética médica y las terapias moleculares, la terapia fetal, la imagenología y la bioinformática, entre

¹ J.R. Acosta Sariego. «Tendencias del debate bioético contemporáneo.» *Boletín del Ateneo Juan César García* [La Habana], 1995; 3 (3-4): 35-49.

otras, así como el surgimiento de graves problemas globales de salud como la pandemia del SIDA, la reemergencia de enfermedades que parecían vencidas y la evidente incapacidad de los servicios para responder ante demandas cuya probable solución rebasaba el marco de la organización sanitaria.

Estos hechos y procesos fundamentan el surgimiento de las dos tendencias principales en cuanto a la interpretación del objeto de la bioética. Quienes como Van Rensselaer Potter pusieron su atención en el todo, la concibieron como una ética ambientalista donde la salud y supervivencia de la especie humana no pueden desligarse de la del resto de los organismos vivos y la biosfera en su conjunto. Quienes como André Hellegers y Tristram Engelhardt la entendieron como una ética concentrada en la multitud de problemas que el desarrollo tecnológico había acarreado al uso del conocimiento biológico y el ejercicio de la medicina, pusieron su atención en los peligros que esto representaba para la esencia humanista de la atención de salud. No es de extrañar entonces que en *Bioethics: Bridge to the Future*, el primer libro sobre el tema escrito por Potter, que viera la luz a principios de 1971, su autor definiera la bioética como una disciplina de encuentro de saberes para alcanzar una cultura de la supervivencia; y, a mediados de ese propio año, André Hellegers, en su discurso de inauguración como primer director del Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics de la Universidad de Georgetown redefinió la disciplina como una ética biomédica.

Lo perentorio de los conflictos éticos propios de la atención de salud y la fuerza del pensamiento utilitarista en la ideología de la sociedad norteamericana dieron al traste con que esta segunda tendencia, la biomédica, prevaleciera casi absolutamente durante al menos los primeros cinco lustros de existencia de la bioética como disciplina.

El paternalismo médico como patrón de excelencia profesional

En el seno de la cultura occidental el paternalismo constituyó el canon de excelencia de la relación médico-paciente durante los veinticinco siglos que median desde su conceptualización por la escuela hipocrática –cuyos documentos más antiguos conocidos datan del siglo V a.n.e.–, hasta bastante bien entrado el pasado siglo XX. Esa manera de entender la práctica de la medicina promovió la elevación del principio de beneficencia a nivel de deber moral perfecto, lo que requirió del médico hacer el bien a ultranza, actuar en el mejor interés del paciente de acuerdo con su criterio profesional, sin tomar en cuenta para ello las opiniones y deseos de este, sus familiares o representantes válidos.

La cosmovisión de la antigüedad grecolatina fue esencialmente naturalista, y por tanto, concibió el *kosmos* u orden de las cosas como *isonomía* o equilibrio de las potencias. Entendida desde ese holismo, la salud constituía el orden del cuerpo. Lo sano era, pues, sinónimo de lo bello y lo moral. Solo quienes nacían

con una buena naturaleza podían alcanzar la belleza y la moralidad. Aunque no bastaba poseerla, esta debía ser educada hasta alcanzar la *areté* o virtud de hacer bien lo que bien debía ser hecho, porque incluso hasta aquellos mejor dotados podían ser conducidos por los vicios y la corrupción de los hábitos al *kaos*, o desorden, y con ello a la enfermedad. Solo desarrollando las virtudes de prudencia y templanza era posible alcanzar el ideal moral de *eudaimonía*, la felicidad.

Es comprensible entonces que para griegos y romanos la función del médico como guardián del cuerpo fuera mantener el orden, regulando o ajustando la vida, y como el enfermo era considerado un incapacitado –temporal o definitivo– tanto físico como moral, quien ejerciera el arte de curar debía conducirse además como un moralista. Por tanto, la única actitud prudente y éticamente aceptable por parte del médico era tratar al paciente con el amor y desinterés con los que un padre trata a un hijo pequeño y desvalido.²

En un pasaje de uno de los libros más antiguos constitutivos de la colección conocida como *Corpus Hipocraticum*, y posiblemente el único que haya sido escrito personalmente por Hipócrates de Cos, se refleja claramente esta actitud paternalista y de relaciones interpersonales característicamente asimétricas entre médico y paciente: «Que haga su examen –el médico– con cierto aire de superioridad. Pues esto, cuando se presenta en raras ocasiones ante unas mismas personas, es apreciado.»³

Sin embargo, el legado más trascendente de la escuela nucleada alrededor del ilustre médico de la isla de Cos, es el llamado *Juramento Hipocrático*, el más antiguo código ético dirigido a regular la práctica médica –el Código de Hammurabi es cronológicamente anterior, pero su carácter es jurídico, no ético. En su compromiso, los médicos hipocráticos dejaron claro los dos principios que animaban su conducta, y que a la larga se convertirían en el patrón de excelencia de la medicina occidental, a saber,

- *El principio de beneficencia*: hacer todo en el mejor interés del paciente de acuerdo con el criterio del propio médico, y
- *El principio de no maleficencia*: abstenerse de provocar daño alguno al paciente.⁴

Esta forma de concebir las relaciones entre médico y paciente se mantuvieron incólumes a pesar de que la humanidad transitó de la civilización agrícola a la industrial, de la formación económico social esclavista a la feudal, de esta a la capitalista e incluso a la socialista; y de que estas ideas se transmitieran de la cultura grecolatina, tanto a la judeocristiana, como a la islámica. Esa perdurabilidad de la hoy llamada ética médica tradicional es explicable por dos razones;

² D. Gracia. *Fundamentos de bioética*. Madrid, Editorial Eudema Universidad, 1989: 63-70.

³ C. García (editor). *Tratados hipocráticos*. Madrid, Editorial Gredos, 1986, vol. II: 176.

⁴ D. Gracia. «El Juramento Hipocrático en el desarrollo de la medicina.» *Dolentium Hominum*, 1996; 31, XI (1): 22-8.

de una parte, el discreto avance tecnológico experimentado por la medicina desde la antigüedad hasta bien entrada la modernidad y, por otra, la organización de fraternidad misterica que adoptó la profesión médica en Occidente desde sus albores y hasta su investidura como profesión liberal dentro del contexto de las relaciones económicas del capitalismo de libre concurrencia.

Ya en la modernidad, daría comienzo un largo proceso que definiría el nuevo estatus y carácter cada vez más científico del arte de curar. La fundación de facultades de medicina en las universidades europeas de fines de la Edad Media y el establecimiento de requerimientos de acreditación para acceder al ejercicio de la práctica médica, fueron importantes precedentes de este nuevo espíritu que se expresaría a través de un profesional gentilhomme, prudente y educado, así como su forma apropiada de conducirse en sociedad, la *etiqueta médica*. Esta renovada imagen quedó ya esbozada en los textos de Rodrigo de Castro (1614) y Fredirich Hoffmann (1738). Sin embargo, fue la obra *Medical Ethics*, de Thomas Percival (1803), donde se delinea definitivamente el perfil social y profesional del médico burgués.

Con el advenimiento de la industrialización y las relaciones monetario mercantiles propias del capitalismo, inevitablemente los médicos devinieron en pequeños empresarios que ofrecían sus servicios de acuerdo con la ley económica de la oferta y la demanda. La competencia por el mercado de los pacientes y el ánimo de lucro incrementaron las llamadas «*unfair practices*». Como respuesta a estas circunstancias, las sociedades o colegios profesionales trataron de establecer nuevos códigos de conducta que regularan las relaciones entre médicos y pacientes, así como de los propios médicos entre sí. En ese contexto es que las ideas de Percival experimentaron rápida acogida, primero dentro de los países de raíz cultural anglosajona y después se extendieron por todo el mundo. Su ideario puede resumirse en los tres principios básicos que a su juicio debían regir la conducta del médico:

- En relación consigo mismo, un modo de vida honesto.
- En relación con el paciente, ante todo no hacerle daño, «*Primum non nocere*».
- En relación con otras personas y la sociedad en general, actuar con justicia y equidad.

A pesar de que el *Código de Percival* está escrito en términos de beneficencia, como consecuencia de las preocupaciones y sistema de valores morales predominantes en la época, es comprensible que en cuanto al paciente el paternalismo burgués pusiese atención en primer término en el principio de no maleficencia, a diferencia del modelo antiguo que había preferenciado el de beneficencia.

El espíritu del *Código de Percival* impregnó al National System of Medical Morality, el código ético de la American Medical Association de los Estados Unidos de América (1847) y, posteriormente, a la mayoría de sus similares de

otros países. Según Diego Gracia, Percival propugnó un enfoque jurisprudencial de la ética médica, al orientar una actuación afectuosa, firme, condescendiente y autoritaria para inspirar en el paciente gratitud, respeto y confianza.⁵

Durante la segunda mitad del siglo XIX, el paternalismo médico moderno se afianzó, pero ya desde las primeras décadas del siglo XX comenzó un proceso de cuestionamiento que se haría evidente en las postrimerías del segundo milenio.

La crisis del paternalismo médico y el tránsito hacia un nuevo paradigma

El cambio de paradigma de las relaciones interpersonales en el campo de la salud comenzó en el seno de la sociedad norteamericana, dado que el uso indiscriminado de los avances tecnológicos en el contexto de una medicina liberal llevó a algunos pacientes a reclamar sus derechos como tales, así como a cuestionar las prerrogativas y deberes de sus médicos. Varias decisiones judiciales establecieron precedentes legales acerca del derecho de los pacientes a la información e indemnización por daños ocasionados por sus médicos, como fueron los casos de *Mohr vs. Williams* (1905), *Pratt vs. Davis* (1906), *Rolater vs. Strain* (1913), *Schloendorff vs. Society of New York Hospitals* (1914).⁶

El mayor interés por los factores psicológicos y sociales presentes en el proceso salud-enfermedad y su papel en las relaciones entre médicos y pacientes que se puso de manifiesto desde comienzos del pasado siglo constituyó lo que Laín Entralgo denominó el «proceso de humanización de la medicina», patente a través de las obras del Círculo de Viena, la Escuela de Heidelberg y la Medicina Psicosomática.⁷

El advenimiento del régimen nazi (1933-1945) y la puesta en práctica de su reaccionario programa político resumido en la obra *Mein Kampf* de Adolf Hitler, suscitó una verdadera limpieza étnica ejercida contra el propio pueblo alemán que se tradujo en el sacrificio de miles de judíos y otras minorías, así como minusválidos físicos y mentales, al implementarse una aberrante política de eugenesia de Estado que asegurara la hegemonía económica y social de la gran burguesía germana. Durante la Segunda Guerra Mundial (1939-1945), bajo supuestas necesidades militares, los nazis desarrollaron horribles experimentos en seres humanos utilizando para ello a prisioneros de guerra de los países ocupados. En el curso de esas investigaciones, cientos de personas fueron inoculadas con enfermedades infecciosas, sometidos a hipotermia

⁵ *Ibidem* 2: 90-3.

⁶ P. Simón. «El consentimiento informado y la participación del enfermo en las relaciones sanitarias.» En A. Couceiro (editor). *Bioética para clínicos*. Madrid, Editorial Tricastela, 1999: 136. [Colección de Humanidades Médicas, 3.]

⁷ J.Á. Bustamante. *Psicología Médica*. T. II. *Psicología y medicina*. La Habana, Edición Revolucionaria, 1967: 13.

o bajas presiones atmosféricas, como resultado de lo cual la mayoría de ellas murieron.⁸ Tras la derrota del nazi-fascismo y los juicios llevados a cabo en la ciudad de Nuremberg por un tribunal internacional que juzgó a los criminales de guerra (1945-1946), la Asociación Médica Mundial promulgó el llamado *Código de Nuremberg* en 1947, que estableció los diez principios éticos rectores de las pesquisas que involucraran a sujetos humanos,⁹ de los cuales pueden distinguirse tres ideas básicas que conferirían validez moral a una investigación: su valor social; el consentimiento absolutamente voluntario de los sujetos de experimentación y su correcto diseño científico, así como la adecuada calificación de los investigadores que la llevarían a término.

Otra nefasta consecuencia de la segunda conflagración mundial fue el uso bélico de la energía atómica, que propició la llamada «crisis moral de los físicos», quienes vieron con horror cómo los avances científicos en manos irresponsables e inescrupulosas podían servir al chantaje político y constituirse en potencial peligro para la propia autodestrucción de la especie humana.

Durante la segunda mitad del siglo xx, las tecnologías médicas alcanzaron un alto poder resolutivo, pero al mismo tiempo invasivo, del cuerpo y la privacidad de las personas. Los servicios médicos se hicieron más costosos, tanto para los Estados que los ofrecían como prestación gratuita o compensada en parte por sus ciudadanos, como para los pacientes que en el contexto de una economía capitalista liberal debían acudir a aseguradoras privadas o asumir de su propio peculio la totalidad de los costos. Por esas razones, se recrudecieron las demandas en cuanto a una mayor participación ciudadana en el proceso de decisión de las situaciones de salud que les afectaban, así como de las políticas públicas referentes a la asignación y uso de recursos para la salud. Así las cosas, el modelo paternalista de la ética médica tradicional, muy centrado en las relaciones interindividuales, a todas luces requirió ser reevaluado.

En 1956, Thomas S. Szasz y Marc H. Hollender publicaron en la revista *Archives of Internal Medicine* su antológico trabajo «*A Contribution to the Philosophy of Medicine*»,¹⁰ donde enuncian sus tres modelos de relación médico-paciente (activo-pasiva, cooperación guiada y participación mutua) que tanta difusión alcanzaron en Cuba a través de la obra *Psicología médica* (en tres tomos) de José Ángel Bustamante. La identificación de un tipo de relación médico-paciente simétrica en los roles, como es el caso de la participación mutua, resultó algo novedoso y significativo de las nuevas concepciones que se abrían camino y se apartaban del paradigma paternalista tradicional.

⁸ R.L. Berger. «Ethics in Scientific Communication: Study of a Problem Case.» *Journal of Medical Ethics*, 1994; 20: 207-11.

⁹ E. Shuster. *The Nuremberg Code: Hippocratic Ethics and Human Rights*. *Lancet*, 1998; 351: 974-7.

¹⁰ T. Szasz, M. Hollender. «A Contribution to the Philosophy of Medicine. The Basic Models of Doctor-Patient Relationship.» *Archives of Internal Medicine*, 1956; 97: 585-92.

En la sentencia del caso *Salgo vs. Lealand Stanford Jr. University Board of Trustees*, promulgada por un juez norteamericano en 1957, se reconoció explícitamente el derecho de un paciente a tomar decisiones informadas sobre sus alternativas diagnósticas y terapéuticas. Por primera vez se utilizó la expresión de consentimiento informado.¹¹

El estallido de grandes escándalos de mala conducta en el campo de la investigación conmovieron tanto a la comunidad científica como a la opinión pública en general, lo que evidenció que el desarrollo científico-técnico ya alcanzado –y muy especialmente en las condiciones del capitalismo monopolista–, hacía necesario un control social más estrecho sobre la industria de la biomedicina. Entre estos nefastos ejemplos resaltan el de los devastadores efectos teratógenos del somnífero Cortergán (Talidomida) descubiertos en 1961, así como el llamado *Estudio Tuskegee de Sífilis*, conducido durante décadas (1932-1972) por instituciones públicas norteamericanas con el objetivo de establecer la historia natural de esa enfermedad, para lo cual privaron de tratamiento a más de 400 enfermos, varones pobres de la raza negra. Estos y otros muchos casos mostraron que los preceptos enunciados en el *Código de Nuremberg* aún estaban lejos de ser cumplidos, incluso por científicos provenientes de las potencias que participaron de la condena histórica de los crímenes cometidos por los médicos y científicos nazis.

La inoperancia del *Código de Nuremberg* y la incansable labor de Henry Beecher condujeron a que la Asociación Médica Mundial, en su 18^{va} Asamblea de 1964, aprobara la *Declaración de Helsinki* que dio continuidad al proceso de control externo independiente de las investigaciones que involucraban a sujetos humanos. Por otra parte, escándalos como el ya mencionado de Tuskegee y el de Willowbrook (la infección intencional con el virus de la hepatitis a alumnos de una escuela pública norteamericana para retrasados mentales), entre otros, motivaron la aprobación de la ley conocida como *National Research Act* por parte del Congreso de los Estados Unidos, a cuyo amparo se creó en 1974 la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, la cual culminó sus trabajos cuatro años después con la publicación, en 1978, de un informe conclusivo conocido como *Belmont Report* (Informe Belmont), donde por primera vez se articulan en un sistema los tres principios éticos que a la postre se convertirían en recurrente referencia de la reflexión moral contemporánea, a saber, beneficencia, respeto a las personas o autonomía, y justicia. Ese sistema ético de inspiración utilitarista, originalmente concebido como guía de la investigación en sujetos humanos, fue recreado posteriormente por Thomas Beauchamp y James Childress en su libro *Principles of Biomedical Ethics*, que vio la luz en 1979, a fin de aplicarlo a la atención de salud en general.

¹¹ *Ibidem* 6: 137.

En enero de 1976, la Corte Suprema del estado de Nueva Jersey, EE.UU., dictó sentencia autorizando a desconectar la asistencia artificial de las funciones vitales a una paciente que desde abril de 1975 permanecía en estado de coma. Karen Ann Quinlan, una joven de 21 años, había caído en esa situación clínica como consecuencia de la ingestión combinada de drogas ansiolíticas y bebidas alcohólicas. Fueron sus propios padres quienes iniciaron el proceso legal ante la negativa de los médicos de asistencia del Newton Memorial Hospital a la solicitud de estos en cuanto a suprimir el soporte técnico que mantenía las funciones biológicas de Karen.¹² Esta decisión judicial sentó jurisprudencia en el sistema de Common Law norteamericano y ha sido precedente aplicado con matices algo diferentes en el caso de Nancy Cruzan años más tarde, y así sucesivamente en otros, como el reciente caso del estado de la Florida de 2005. Otro aspecto interesante aportado por el caso Quinlan fue que el juez de primera instancia en la Corte del Condado de Nueva Jersey, Robert Muir, antes de dictar sentencia se asesoró de un comité independiente integrado por un representante de cada parte en litis, dos teólogos y un médico prestigioso no relacionado con la institución hospitalaria o la paciente. Estos dos elementos, el cuestionamiento del ancestral carácter sagrado de la vida sustentado en el polisémico concepto de calidad de vida, así como la aceptación de la deliberación colectiva e independiente en una situación de conflicto de valores, hacen del caso Quinlan un prolegómeno del cambio de paradigma en cuanto a los conceptos hasta ese momento predominantes.

Con estas acciones y reacciones, los elementos esenciales que caracterizaron la crisis del paternalismo se habían hecho patentes, y también las alternativas de solución que aportó esta primera fase del debate ético entablado en las sociedades industriales acerca de los criterios en cuanto a la asignación de recursos escasos en salud, la cuestión de la persona como sujeto moral ante tecnologías que removieron las ancestrales fronteras de los confines de la vida humana y la invasión de la privacidad desde lo social hasta lo genético, así como los modelos de relación médico-paciente o sanitarista-usuario más adecuados para las diferentes situaciones de salud.

Ya en los albores de la década de 1970, no estaba tan claro qué era el bien y qué el mal para un paciente ante tecnologías y procedimientos invasivos y complejos; las fronteras del principio y el final de la vida se difuminaron, mientras que, por otra parte, el desarrollo de la conciencia pública sobre los derechos humanos evidenció la necesidad de una participación autónoma y activa de los pacientes y usuarios en general de los servicios de salud en las decisiones concernientes a su propio bienestar, sus familias y comunidades.

La mayor instrucción general y educación sanitaria relativas de la población—dada la brecha existente entre los países centrales y la mayoría de los periféricos, así como entre las diferentes clases sociales, independientemente del lugar

¹² G.E. Pence. *Classical Cases in Medical Ethics*. 2ª ed. Nueva Cork, McGraw-Hill, 1995: 8-16.

donde habitasen— había subvertido el cómodo modelo paternalista hipocrático, reclamó una mayor simetría de estas relaciones, así como más participación de los usuarios en cuanto a las decisiones acerca de su salud, la de su familia e incluso de su comunidad.

Por otra parte, el desarrollo de las tecnologías médicas avanzadas, de probables consecuencias indeseables a largo plazo y elevados costos, también potenciaron el interés público por el ejercicio del principio de autonomía como salvaguarda de los derechos individuales. Si bien la promoción efectiva de los derechos y responsabilidades de los pacientes es un elemento que puede regularse a través de la observancia de códigos deontológicos, la mayor parte de los conflictos de valores morales de las relaciones sanitarias contemporáneas, como revelan investigaciones provenientes de contextos muy diferentes,^{13, 14} se vinculan con los procesos comunicativos y la ignorancia por parte de los profesionales de la salud de los sistemas de valores predominantes, por lo que se constituye en deber de justicia a nivel microsociedad ofrecer lo que el usuario requiere y espera desde el punto de vista informativo y afectivo, como componente consustancial a cualquier consideración seria de la calidad de la atención de salud y el bienestar de la población.¹⁵

Vale afirmar que ya nadie niega, al menos formalmente, que es imprescindible, en materia de prestaciones médicas, considerar el reflejo en los individuos y grupos humanos concretos de los procesos psicológicos y sociales propios de una determinada cultura y sus valoraciones acerca del bienestar, la felicidad, la salud y la vida. Por tanto, la calidad de los servicios de salud trasciende la disponibilidad de los recursos materiales y la competencia científico-técnica de los recursos humanos, incluso de la organización institucional, para adentrarse en el terreno de los procesos comunicativos presentes en las relaciones sanitarias.

Una ética médica centrada solo en la relación asimétrica médico-paciente paternalista, puramente deontológica y punitiva entre los profesionales de la salud al estilo percivaliano, resultaba un marco referencial insuficiente para dar solución a tan peliagudos problemas. La bioética fue la tabla de salvación para esta crisis estructural del pensamiento médico contemporáneo, pero significó la castración de su concepción original.

Un elemento insoslayable para entender el derrotero anglosajón de la bioética es el contexto ideológico en el que tuvo lugar, la tradición predominantemente

¹³ C. Laine *et al.* «Important Elements of Outpatient Care: A Comparison of Patients' and Physicians' Opinions.» *Annals of Internal Medicine*, 1996; 125 (8): 640-5.

¹⁴ J.R. Acosta Sariego. *Transculturación e identidad en la perspectiva cubana de la bioética* [tesis para optar por el Grado de Magister en Bioética]. Santiago de Chile, Universidad de Chile, 1998.

¹⁵ R. García, A. Alfonso. «Disimilitudes en las actitudes y conductas de los cubanos frente a los factores de riesgo para la salud.» En L. Íñiguez, O. Everlén Pérez (comps.). *Heterogeneidad social en la Cuba actual*. La Habana, Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humanos, Universidad de La Habana, 2005: 195-222.

utilitarista y de magnificación del individualismo propios del pensamiento y actuar norteamericanos. No es de extrañar que la llamada «mantra» de Georgetown resultara la fundamentación filosófica y metodológica «fisiológicamente» aceptada. Me refiero al llamado principalismo anglosajón, la teoría utilitarista enunciada en el Informe Belmont y desarrollada más tarde por Thomas Beauchamp y James Childress en su libro *Principles of Biomedical Ethics*, de 1979, que puso internacionalmente de moda el famoso sistema de principios de beneficencia, autonomía, no maleficencia y justicia; así como los procedimientos para hacerlos efectivos –metodología característica de toda buena construcción utilitarista–, a saber, ponderación de los riesgos y los beneficios, consentimiento informado y selección equitativa de los sujetos.

El sistema de Beauchamp y Childress resultó un instrumento eficaz para la llamada ética decisionista de la clínica médica, adecuado para el afrontamiento de decisiones límites, propias de los servicios de urgencia, unidades de cuidados intensivos, situaciones de elección de medios diagnósticos y terapéuticos, así como para la aceptación de la participación de individuos humanos como sujetos en investigaciones médicas.

El colofón de esta apropiación de la bioética por la medicina fue la definición que se consignó en la primera edición de la *Enciclopedia de Bioética*, editada por Warren Reich, también en 1979: «Estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y la atención de salud, en la medida en que esta conducta se examine a la luz de valores y principios morales [...]»¹⁶

El modelo principalista anglosajón fue asimilado y mimetizado acríticamente por otros contextos culturales, incluido el nuestro. A pesar de que en el propio escenario norteamericano fueron surgiendo otras propuestas teórico-metodológicas, definitivamente se impuso con fuerza de canon el sistema perfilado por Beauchamp y Childress a partir del Informe Belmont. Durante años el debate bioético se centró casi exclusivamente en los dilemas propios de la atención de salud y la investigación biomédica, sesgados por la propensión norteamericana a la reafirmación de la individualidad, lo que daba como resultante una vocación extrema por la cuestión del respeto y ejercicio de la autonomía, así como el procedimiento utilitarista para garantizar su ejercicio, el consentimiento informado.

La participación de los diferentes actores sociales en el proceso de toma de decisiones en el campo de la atención de salud fue objeto de la atención de numerosos estudiosos y generó otros diversos enfoques en concordancia con los puntos de partida filosóficos de sus autores. Todas estas nuevas propuestas teóricas y metodológicas ampliaron el horizonte ético en cuanto a la consideración y solución de los problemas y conflictos de valores morales relacionados con la salud y la vida desde el estrecho marco interindividual característico de

¹⁶ S. Shölle, H. Fuenzalida-Puelma. «Introducción.» En *Bioética. Temas y perspectivas*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud. 1990: IX. [Publicación Científica N° 527]

la ética médica tradicional hacia el más abarcador, que incluye a la sociedad y el medio ambiente en general. La ruptura con el viejo paradigma paternalista fue ya irreversible.

En la década de 1980, la bioética se expandió y se introdujo en Europa, donde prealecía una tradición de pensamiento más preocupada por la virtud y la justicia; y, posteriormente, llegó a América Latina, donde las condiciones objetivas socioeconómicas distaban mucho de las existentes en los escenarios precedentes.

En la medida en que estos esquemas importados fracasaron en nuestro contexto periférico, más urgidos de dilucidar los problemas de la justicia social, se ha ido gestando una visión propia que nos regresa al análisis potteriano de la salud y la vida, de su interrelación integral con el entorno natural y social.

La cuestión de la justicia y la calidad en la atención integral de la salud

Un aspecto ya esbozado en los párrafos anteriores, pero que requiere de mayor profundización, es el de la relación entre justicia social y calidad de la atención de salud. Los problemas y peligros para la salud acumulados por siglos de injusticia social son de tal extensión y gravedad que rebasan con mucho el estrecho marco de la organización sanitaria y de las consideraciones éticas propias de la clínica y la investigación biomédica. ¿Cómo pretender centrar la discusión bioética sobre cuestiones de autonomía cuando no se tiene garantía de acceso a los servicios de salud y cuando diversas amenazas hacen muy inestable el equilibrio de los ecosistemas?

Por otra parte, la salud internacional en su conjunto se enfrenta a retos tales a comienzos del tercer milenio que ni los propios países desarrollados están adecuadamente preparados para darles respuesta.

La interpretación que se haga de lo justo constituye una cuestión moral de primer orden en el proceso de determinación de objetivos de los esfuerzos sociales para la atención integral de la salud, así como en la evaluación de la eficiencia y eficacia de los resultados obtenidos. La indagación realizada a mediados de la pasada década de 1990 a la población del estado norteamericano de Oregón sobre el destino de los fondos públicos dedicados a prestaciones de salud, demostró las diferencias marcadas que pueden existir entre el criterio técnico-profesional y el de los usuarios acerca de las prioridades en materia de asignación de recursos.

En el contexto contemporáneo se está manifestando una contradicción evidente del discurso —aún socialdemócrata— de muchos académicos occidentales, inspirado en la justicia vista como equidad al estilo de John Rawls, al que apelan todavía algunos políticos de las llamadas democracias representativas, y la dureza de la realidad impuesta por el neoliberalismo. Las reformas económicas que se aplicaron en la mayor parte de América Latina a fines del siglo xx fueron consecuentes con

estos principios que tienden a minimizar el papel del Estado en cualquier actividad productiva o de servicios. Revertir este caos estructural de los servicios de salud es uno de los principales objetivos programáticos de la nueva izquierda latinoamericana, tanto desde el poder institucional como desde la sociedad civil.

La cuestión de la atención integral de la salud no puede considerarse al margen del resto de los procesos sociales concomitantes. Cada vez más los mínimos decentes de la asistencia sanitaria previstos en la concepción socialdemócrata, ahora en el contexto neoliberal, son más mínimos y han dejado de ser decentes, si alguna vez lo fueron. La aplicación mecánica de los criterios de eficiencia a la gestión de salud ha viciado la imprescindible consideración moral en el análisis de la relación costo/beneficio del momento teleológico que constituye la distribución y utilización óptima de recursos escasos. Si la economía de la gestión de salud es esencial para cumplir con el principio de justicia, el utilitarismo duro atenta contra la integridad y la dignidad humanas.

La actual preocupación por la calidad y eficiencia de la gestión de salud, si bien no es un fenómeno nuevo, en los últimos años ha adquirido un cariz particular en la medida en que se han incorporado cada vez con más fuerza criterios económicos como parte de los indicadores que sirvan para la evaluación de sus resultados, lo que favorece la instauración de un nuevo modelo de gerencia sanitaria que rebasa el sector privado y se extiende también al público, el cual, en gran medida, ha estado signado por el producto más acabado de la tercera reforma organizativa de los servicios de salud en los Estados Unidos de América, el «*managed care*», o medicina gerenciada.

La estructura de la situación de salud en el mundo indica que las necesidades más perentorias de la población tienen su solución en el nivel primario de atención y no en los hospitales. La privatización galopante de los servicios reincorpora las prestaciones de salud a los mecanismos del mercado como lo fue en el capitalismo liberal, pero ahora con un cariz corporativo, lo cual conlleva un interés marcado por las actividades más rentables que son las curativas, consumidoras de complicados y costosos medios diagnósticos y terapéuticos, especialmente aquellas que requieren de un régimen estacionario porque incluyen las ganancias adicionales provenientes de la «hotelería hospitalaria», en detrimento de las acciones de prevención y promoción de salud que restarían potenciales clientes en un sistema médico empresarial.

La virtual desaparición de la atención primaria de salud en los países de economía neoliberal disminuye sustancialmente las acciones de promoción y prevención, rompe la continuidad de la atención del paciente crónico y debilita las posibilidades de la rehabilitación. Por tanto, este desconocimiento consciente de la evidencia científica, claramente conceptualizada desde la Conferencia de Alma-Atá (1978), limita la eficacia, ya que se recargan servicios secundarios y terciarios con cuestiones que oportunamente pudieron ser resueltas en el nivel primario, se recibe un paciente con un mayor deterioro, con menor educación

sanitaria y se dispone de escasas posibilidades de conocer a más corto plazo la dinámica familiar y comunitaria que puede estar incidiendo en un caso concreto.

Actuar a sabiendas, escudándose en la falacia de que el libre mercado en la época de las transnacionales a la larga traerá el desarrollo económico, mejorará las oportunidades, y que es un sacrificio necesario someter a las generaciones actuales al desamparo, más que una conducta irresponsable, raya en la maleficencia.¹⁷

A pesar de que la reforma neoliberal de la atención de salud ha sido recurrente en hacer casi sinónimos eficiencia y calidad, no debemos caer en el error de anatemizar el concepto y su posible reinterpretación. Si la eficiencia se aborda desde el principio utilitarista de generalidad, implicaría obtener el mayor beneficio, para el mayor número de personas con el menor costo posible, y esto abre el paso a una concepción economicista que somete toda actividad asistencial a la obtención de óptimos resultados en la reducción de costos para el sector público y aumento de ganancias en el privado; aberrante falacia originada por la medicina gerenciada.

En economía se considera que una vez obtenido el nivel óptimo de eficiencia, el aumento del empleo de recursos va en detrimento de esta porque aumenta los costos de producción. Si se aplica esto miméticamente a la práctica de salud, un esquema de tratamiento que la evidencia científica ha probado como eficaz para una determinada indicación, en un caso concreto puede resultar económicamente ineficiente si traspasa los límites esperados de costos.

Este ejemplo nos muestra que en el caso de la atención de salud, la eficiencia económica puede entrar en controversia con la eficacia, entendida esta como la capacidad de lograr objetivos, y con la calidad, y por tanto, nos conduce al aserto de que la eficiencia no es necesariamente sinónimo de calidad, sino un componente más de esta, y en algunas ocasiones contradictoria con una conducta humanista consustancial a la atención integral de la salud. Sin embargo, la eficiencia tiene contenido ético en tanto deber de justicia, porque el empleo racional de los recursos en materia de salud es una obligación para con el bien común y los derechos individuales.¹⁸

«Es evidente –plantea Diego Gracia– que todos tenemos la obligación de optimizar los recursos, sacando de ellos el máximo beneficio posible. Se trata de una obligación de justicia, dado que los recursos son siempre y por definición limitados. No optimizar los recursos supone beneficiar a unos en perjuicio de otros.»¹⁹

¹⁷ J.R. Acosta Sariego. «Justicia sanitaria y calidad de la atención de salud en los albores del Tercer Milenio.» En J. Martínez (comp.). *Temas de filosofía, sociedad y economía*. Sancti Spiritus, Ediciones Luminaria, 2004: 111-25.

¹⁸ C. López. «Eficacia, eficiencia y equidad en salud. Editorial.» *Revista Cubana de Salud Pública* [La Habana], 2004; 30 (4): 293-4.

¹⁹ D. Gracia. «Ética de la eficiencia.» En *Profesión médica, investigación y justicia sanitaria. Ética y vida 4*. Santafé de Bogotá, Editorial El Búho, 1998: 180.

El neoliberalismo ni siquiera cumple con el principio utilitarista de generalidad de Bentham del «mayor beneficio para el mayor número posible», tal parece travestirse en la antinomia del «mayor beneficio para el menor número posible». El utilitarismo bioético, por elemental sentido humanista, es un utilitarismo suave, inclinado a aceptar el principio de universalidad de Kant. Sea sustentado en el principio de universalidad kantiano o el marxista de igualdad, en las condiciones actuales, los retos que enfrenta la humanidad en materia de salud rebasan con mucho la tradicional organización sanitaria, solo serán efectivas si el Estado asume un papel activo en la movilización y asignación de recursos humanos y financieros, así como en el apoyo técnico y profesional necesario, y encontrarán su solución a través de la participación de la población en las decisiones e implementación de políticas sanitarias.

Adoptar el principio de universalidad o el de igualdad implica reconocer la responsabilidad colectiva con la problemática de salud de todos y cada uno de los miembros de la comunidad y, por tanto, el papel del Estado en la garantía de la asistencia médica. Únicamente así, la búsqueda de la eficiencia redundaría en el bien común y en la calidad de la asistencia sanitaria. Se podrá argumentar que este noble propósito tendría la restricción objetiva de la disponibilidad de recursos, y es innegable que siempre existirá un límite impuesto por el nivel del desarrollo material y científico-técnico de la sociedad. Sin embargo, importantes autores se inclinan por privilegiar la justicia sobre la ficticia libertad de elección.

«Una medicina sostenible no sería capaz de ofrecer lo último en innovación tecnológica o la mejor calidad posible de cuidado de la salud. Su progreso médico sería más lento que en el pasado, menos orientado tecnológicamente y tendría diferentes metas, tales como la de la población más que de la salud individual»,²⁰ con esto afirma Daniel Callahan que la sustentabilidad de la salud parte de la promoción y la prevención y no de la aplicación de complejas tecnologías.

Los resultados sanitarios poblacionales —expresa Arboleda Flores— se alejan de la salud individual como el foco más importante, para centrarse en los temas de determinantes sociales que implican que las personas no se enferman al azar, sino que sucumben ante todo aquello que los ata a sus circunstancias particulares. Los determinantes sociales de la salud indican que el pobre, el inculato, el privado de los derechos civiles, el habitante de los barrios marginales, el que no tiene poder, todos ellos son más propensos a enfermar y morir que los más afortunados.²¹

²⁰ D. Callahan. «La inevitable tensión entre la igualdad, la calidad y los derechos de los pacientes.» En F. Lolas (editor). *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos*. Santiago de Chile, Programa Regional de Bioética, División de Recursos Humanos OPS-OMS, 2000: 99. [Serie de Publicaciones 2000]

²¹ J. Arboleda-Flores. «Equidad y asignación de recursos: Donde la ética y la justicia social se interceptan.» En F. Lolas (editor). Ob. cit.: 63.

Otro elemento esgrimido en las consideraciones actuales sobre la calidad de la atención integral de salud es la cuestión del respeto de los valores de todos los actores inmersos en las relaciones sanitarias y, por tanto, al principio de autonomía. Afirmo James Drane que: «La autonomía individual unida al capitalismo de libre mercado crea una visión que transforma la atención sanitaria en algo que cada persona costea de su propio bolsillo. Bajo esta visión nadie, sin embargo, está obligado a pagar por alguien más. La igualdad, en efecto, especialmente el acceso igualitario a la atención sanitaria, desaparece.»²²

Estas reflexiones conducen a concluir que la tendencia más extendida actualmente es considerar que lo justo en materia de la atención integral de la salud es el bienestar de todos y no solo el de una parte de la población, incluso aunque, hipotéticamente, esa parte fuera la mayoría. Sin embargo, lamentablemente hay una abismal brecha entre el discurso académico y la práctica política de los grandes centros de poder mundial, aún hoy unipolar.

De la bioética médica a la bioética global sustentable

Para valorar lo sucedido durante los últimos diez años en cuanto a la evolución de la bioética en Cuba, es necesario retornar a los orígenes de la disciplina y el proceso de su expansión y consolidación en América Latina, dado que ha sido precisamente en este período en el que se han difundido en nuestra región las ideas que animan la tendencia originaria y más holística de la bioética. Parafraseo a continuación algunos pasajes de mi artículo «*La bioética de Potter a Potter*»,²³ ya que engarzan bien con la progresión lógica del presente trabajo.

Van Rensselaer Potter (1911–2001), oncólogo especializado en la bioquímica del cáncer de los Laboratorios McArdle, de la Universidad de Wisconsin, fue el creador del término bioética. Es en «*Bioethics. The Science of Survival*», artículo aparecido en 1970 en la revista *Perspectives in Biology and Medicine*, donde Potter utiliza el neologismo bioética por primera vez. No obstante, este no trascendió efectivamente al vocabulario científico hasta la publicación del famoso libro *Bioethics: Bridge to the Future*, aparecido a principios de 1971 a instancias de Carl Swanson, que dirigía la colección Biological Sciences Series para el editor Prentice Hall, y donde se compilan trece artículos de Potter escritos entre 1962 y 1970.

Potter confesó que en la época en que escribió los diferentes textos que componen su primer libro ignoraba la obra de Aldo Leopold, otro profesor de Wisconsin, en particular su *land ethics* (ética de la tierra) enunciada en *A Sand Country Almanac* (1949), de la cual la bioética parece ser continuadora. Comparte Potter con Leopold la idea de que el respeto por la naturaleza es esencial para la

²² J. Drane. «El desafío de la equidad. Una perspectiva.» En F. Lolas, (editor). Ob. cit.: 83.

²³ J.R. Acosta Sariego. «La bioética de Potter a Potter.» En J.R. Acosta Sariego (editor científico). *Bioética para la sustentabilidad*. La Habana, Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, 2002: 13–23.

supervivencia como categoría fundamental de una meta-ética, colofón o tercera fase de la evolución de la ética desde su origen hasta nuestros días, y que según Leopold se resume en un proceso acumulativo que primero pretendió regular las relaciones entre los individuos, después agregó la prioridad dominante por las relaciones de los individuos con la sociedad, hasta la actual, en la que el objeto es regular la relación del hombre con la naturaleza en su conjunto. Potter considera a la ética de la tierra de Leopold como el principal antecedente y referente de la bioética. Por esta razón, casi en el momento de estarse imprimiendo *Bioethics: Bridge to the Future* logró introducir una dedicatoria a Leopold; y en su segundo libro, *Global Bioethics* (1988), agrega el subtítulo *Building on the Leopold Legacy*. O sea, Potter pretende dejar claro que su visión global de la bioética está erigida sobre el legado de su colega de Wisconsin.

En uno de los últimos viajes que realizara fuera de los Estados Unidos, Potter dictó una conferencia ante más de quinientos estudiantes japoneses en la cual resume lo que para él había constituido el desarrollo de la bioética.

[...] la teoría original de la bioética –bioética puente– era la intuición que señalaba que la supervivencia de gran alcance de la especie humana, en una civilización decente y sustentable, requería del desarrollo y del mantenimiento de un sistema ético. Tal sistema es la bioética global, basada en instituciones y razonamientos sustentados en el conocimiento empírico proveniente de todas las ciencias, pero en especial del conocimiento biológico. En esta observación utilizo la palabra empírico en el sentido usual: el conocimiento empírico es el conocimiento basado en las observaciones o experimentos que son independientemente verificables. En la actualidad, este sistema ético propuesto sigue siendo el núcleo de la bioética puente con su extensión a la bioética global, en la que la función de puente ha exigido la fusión de la ética médica y de la ética medioambiental en una escala de nivel mundial para preservar la supervivencia humana.²⁴

Para la concreción práctica de la bioética global, según Potter, es necesario despojarse de la aspiración competitiva de «winners» y «losers» que prevalece en la sociedad capitalista. Además, la reticencia de la ética médica al diálogo interdisciplinar y la tendencia entronizada en el ámbito médico de interpretar la bioética como ética biomédica, convenció a Potter de que los puentes bioéticos debían extenderse también hacia lo que él denomina como ética agrícola, ética social, ética religiosa y ética capitalista. Para clarificar más el pensamiento potteriano permítaseme citar su interpretación de cuál es el significado de la ética social y la ética capitalista para la bioética.

La ética social se reduce a una búsqueda de soluciones al conflicto entre los más privilegiados y los menos privilegiados. Toda otra materia depende de ese conflicto: el avance de los más privilegiados *versus* la lucha por la supervivencia. Muchos países

²⁴ V.R. Potter. «Bioética puente, bioética global y bioética profunda.» *Cuadernos del Programa Regional de Bioética* [Santiago de Chile], diciembre de 1998; (7) : 24.

grandes en Asia y África parecen los ejemplos más remotos de un grupo reducido de privilegiados que ignora las necesidades básicas de alimentación, abrigo, educación, empleo y dignidad humana para la multitud menos privilegiada [...]. Sin embargo, al final de este milenio, aquí, en los Estados Unidos, podemos observar ejemplos del dilema no solo de países lejanos, sino también en nuestro propio jardín trasero [...] En el año 1988, en el libro *Bioética global...*, me extendí sobre el tema de que una demanda por una salud humana a nivel mundial para todos los habitantes del globo, y no solo para los escogidos, con tasas de mortalidad reducidas y reproducción humana controlada a voluntad, forma parte de la bioética global [...].

[...] La ética capitalista [...] exige que la filosofía de libre mercado sea un instrumento para un desempeño social bueno, mediante la así llamada mano invisible del auto interés que Adam Smith, un economista escocés, describió en 1776. Sin embargo, en efecto, es la mano rapaz la que opera en el libre mercado de una economía global que reduce la selva tropical y que vacía el mar de sus peces. La ética, así como es, no ha podido resolver el dilema de la simple justicia que equilibra los derechos humanos contra la ganancia máxima de una minoría.²⁵

Queda convencido Potter de que en las condiciones del capitalismo salvaje sus aspiraciones para una bioética global no son posibles, y de hecho se está pronunciando contra la ética del utilitarismo «duro» o economicista, dado que la época del capitalismo de libre competencia visionada por Adam Smith, y que se refrenda en la ética de Bentham, Mill, Hare y Moore, «del mayor beneficio para el mayor número posible», no es el capitalismo neoliberal global del grupo de Chicago que tuvo oportunidad de conocer el creador de la bioética en el que el «mayor número posible» se reduce a un mínimo de privilegiados.

Por esta razón, el pensamiento potteriano evoluciona y se radicaliza, en el sentido de percatarse de que los puentes entre conocimientos empíricos de las ciencias naturales y sociales no son suficientes para concretar el ideal bioético de supervivencia, y toma como ejemplo la disparidad de los avances en la genética molecular en relación con la reflexión en cuanto a la repercusión económica y social de sus potenciales beneficios y riesgos. Por todo ello, Potter considera que la tercera fase en el desarrollo de la disciplina es la bioética profunda.

Según Potter, las ideas básicas de la bioética profunda están presentes en las consideraciones de Peter Whitehouse sobre ecología profunda, aunque las complementa con argumentos provenientes del teólogo alemán Hans Kung (*Una ética global para una política global y económica*, 1988) y del profesor Haykudai Sakamoto (*Una nueva base para la bioética de Asia*, 1996), de la Universidad Nihon.

De Whitehouse asume la imposterizable urgencia de acometer una reflexión más profunda sobre el bien y el mal que trascienda los datos concretos cuantificables actuales y se proyecte al futuro en el sentido de evitar el error fatal de priorizar los beneficios a corto plazo en relación con la prudencia a largo plazo,

²⁵ *Ibidem* 24: 28-9.

en términos de evitar la extinción. De Kung asume la necesidad de compromiso político de los Estados nacionales, aunque le critica su antropocentrismo judeocristiano. De Sakamoto incorpora su aserto acerca de que la naturaleza no es algo que se conquiste, sino con lo que convivimos, y su exigencia de que la bioética global requiere de una metodología precisa que evite la universalización de los patrones euro-norteamericanos.

«Así, necesitamos combinar la bioética profunda –resume Potter– que explora los nexos entre los genes y la conducta ética, con la bioética global, que va mucho más allá del legado de Aldo Leopold para aceptar un amplio diálogo entre Hans Kung y Haykudai Sakamoto.»²⁶

Este es, según Potter, el «último círculo» de la espiral del desarrollo bioético: la bioética global, temática que asumió la red internacional creada por él en 2001, la última empresa bioética que acometió antes de su fallecimiento.

Como se puede apreciar, el pensamiento potteriano es una amalgama de diferentes tendencias del saber humanístico contemporáneo, en el cual se evidencia una progresiva radicalización desde la bioética puente hasta la bioética global sustentable, pero que adolece de no presentarnos una teoría ética consistente. Creo incluso que el propósito de Potter no haya ido más allá de enfrentarnos a su visión del problema en vez de tratar de construir una teoría ética en regla. No obstante, el carácter revolucionario para la ética del legado de Potter puede resumirse en los siguientes aspectos:

- Ampliación del fin moral de la ética de lo estrictamente humano hacia la biosfera.
- Su función no es la mera reflexión sino la solución de problemas.
- Acción dirigida al futuro. Consideración de las consecuencias remotas de los actos presentes y los derechos de las generaciones venideras.
- Confluencia de los distintos saberes en un nuevo saber que permita el mejor uso del conocimiento alcanzado por la humanidad.
- Cultura de la supervivencia de la vida.

En una videoconferencia realizada por Potter pocos meses antes de morir, y que dirigió a los participantes en el Primer Congreso Mundial de la Sociedad Internacional de Bioética, celebrado en Gijón en junio del 2000, el visionario de Wisconsin expresó: «La ética tradicional trata sobre interacciones de la gente con la gente. La bioética trata de la interacción entre la gente y los sistemas biológicos. La bioética política es esencial para la saludable toma de decisiones y la creación de políticas acertadas [...] Necesitamos acción política. Necesitamos que nuestro liderazgo logre una bioética global humanizada orientada hacia la sostenibilidad bioética a largo plazo.»²⁷

²⁶ Ibidem 24: 31.

²⁷ V.R. Potter. «Temas bioéticos para el siglo XXI.» *Revista Latinoamericana de Bioética*, enero de 2002; (2): 150-7.

En América Latina las ideas de la bioética como la concibió Potter fueron relativamente desconocidas. En un texto raigal y al que mucho le debe la difusión de la disciplina en nuestra región, *Bioética. Temas y perspectivas*, que bajo la conducción editorial de Susan Shölle Connor y Hernán H. Fuenzalida-Puelma publicara la Organización Panamericana de la Salud en 1990,²⁸ el énfasis casi absoluto se haya centrado en temas de bioética médica y las referencias a temas de bioética global no directamente relacionadas con cuestiones de justicia sanitaria son tangenciales.

Después del fortísimo impacto inicial de la bioética médica, en el ámbito latinoamericano diversos autores comenzaron a mostrarnos la riqueza del pensamiento potteriano. Inevitable es recordar las vivencias de Alonso Llano Escobar, S. J., Sophie Jakowska y Juan Pablo Beca Infante, que dialogaron directamente con el bioquímico de Wisconsin. De especial importancia para la difusión de las ideas de Potter fue el número 7 de los *Cuadernos del Programa Regional de Bioética OPS-OMS*, el cual dedicó a su vida y obra varios de los artículos que conformaron aquella edición.

Diversos trabajos publicados en América Latina durante la última década van apuntando hacia la justa valoración de la bioética global sustentable de Potter, o lo que Diego Gracia denomina macrobioética, así como la responsabilidad y solidaridad como sus principios éticos «*prima facie*». Por lo ya extenso de este trabajo solo citaré algunos autores y publicaciones a modo de ejemplos representativos de este tránsito hacia un mayor equilibrio entre bioética médica y bioética global sustentable.

Gilberto Cely Galindo S. J., en uno de sus aportes a la segunda edición de esa obra pionera en que se ha constituido *El horizonte bioético de las ciencias* (1995) expresa:

Todos los seres vivos –vegetales, animales y humanos–, tenemos derecho a la vida y a la calidad de vida. Este derecho es inherente a la vida misma, como un logro inalienable de la materia altamente organizada a través de una larguísima evolución físico-química constitutiva de leyes biológicas que valen por sí mismas y merecen respeto [...].
[...] La propiedad y el uso privado de los recursos naturales son éticamente inaceptables. El bien común y universal prima sobre los derechos territoriales, sean personales o estatales, porque todos los ecosistemas conforman uno macroestructural [...].²⁹

Llama la atención cómo Cely Galindo, en fecha tan temprana, de hecho está aplicando términos propios del pensamiento complejo al análisis del patrimonio

²⁸ *Bioética. Temas y perspectivas*, que apareció como la Publicación Científica 527 de la OPS/OMS, en realidad es una nueva edición en formato de libro del Número Especial del *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* correspondiente a mayo-junio de 1990. (Nota del autor.)

²⁹ G. Cely. «Ecología humana nueva urdimbre para el discurso ético.» En G. Cely (editor). *El horizonte bioético de las ciencias*. 2ª ed. Santafé de Bogotá, Centro Editorial Javeriano, 1995: 362-4. [Colección Textos y Manuales]

biológico de la humanidad, así como el concepto de *comunes* que hoy día está siendo objeto de profunda reflexión por parte de la ecología política. En la propia obra, Gustavo García Cardona afirma:

Podemos deducir que las anomalías o problemas centrales que invocan la emergencia de un nuevo paradigma, o mejor de una nueva revolución científica en la economía, son las siguientes interrogantes:

- a) ¿Cómo vivir en una tierra finita?
- b) ¿Cómo vivir con una buena calidad de vida en una tierra finita?
- c) ¿Cómo vivir una buena vida en una tierra finita en paz y sin desajustes destructivos?

Estos tres interrogantes implican, en primer término, la exigencia de que los economistas tienen de empezar a sentir la necesidad de que se experimente un cambio revolucionario de paradigma, sacrificando los enormes intereses creados de índole intelectual y material en sus teorías de crecimiento perpetuo e ilimitado, típicos de los últimos treinta años, antes de que se vean abocados a enfrentar las consecuencias de un eventual holocausto ecológico como fruto de su miopía intelectual; el replanteamiento sugiere la tesis del desarrollo sostenible [...].³⁰

Para completar la reflexión anterior sobre la relación entre el progreso material y la calidad del entorno natural, asomémonos a cómo es tratado por Miguel H. Kottow en su *Introducción a la bioética*, también publicada en 1995:

Empobrecer la naturaleza podrá o no herir intereses específicos de generaciones venideras, pero en todo caso limita sus opciones, castigando la autonomía de futuros seres que la necesitarán tanto o más que los contemporáneos. Por lo tanto, nada autoriza a destruir el medio ambiente o a administrarlo de una forma no sustentable con la disculpa de que los efectos no se presentarán hasta un futuro lejano e imprevisible.³¹

Ambos autores, García y Kottow, dejan claro la responsabilidad moral con el futuro, posición tan cara al ideal de la bioética global sustentable, que alerta de la necesidad objetiva de establecer un límite al crecimiento material y propone revertir los hábitos depredadores consumistas de la sociedad capitalista contemporánea.

Una «ética del ambiente» o «ecoética» debe encontrarse en la agenda de todo planificador de la ciencia y la técnica futuras –asegura Fernando Lolas. Los controles adecuados, la necesaria limitación a la depredación excesiva e inútil del planeta, el riesgo a la salud de las poblaciones presentes y futuras constituyen aspectos sustantivos de una ética ambiental. Precisamente la emergencia de poderosos intereses económicos hace de esta área de razonamiento moral un imperativo del desarrollo.³²

³⁰ G. García. «Hacia una bioética ambiental: una visión prospectiva.» En G. Cely, (editor). Ob. cit.: 386-7.

³¹ M. Kottow. *Introducción a la bioética*. Santiago de Chile, Editorial Universitaria, 1995: 88. [Colección El Mundo de las Ciencias]

³² F. Lolas. *Bioética*. Santiago de Chile, Editorial Universitaria, 1998: 73.

La cuestión de la responsabilidad moral con el futuro en la que insiste Lolas, había recibido un sustantivo apoyo teórico con la publicación de *El principio de responsabilidad* de Hans Jonas (1979). Varios bioeticistas latinoamericanos han recurrido a las ideas del filósofo judío en la búsqueda de argumentos para sus propios criterios en términos de bioética global. Un buen ejemplo entre ellos ha sido José Eduardo de Sequeira, quien dedicara su tesis de Magíster en Bioética, defendida en 1998, al estudio de la obra de Jonas, y que posteriormente ha publicado varios trabajos sobre el tema.

Al formular su imperativo de responsabilidad, Jonas está pensando no tanto en el peligro de la pura y simple destrucción física de la humanidad, sino de su muerte esencial, aquella que adviene de la desconstrucción y la aleatoria reconstrucción tecnológica del hombre y del medio ambiente. Hay una interacción entre la investigación y el poder. Esa nueva ciencia lleva a un conocimiento anónimo, que ya no es un hecho para obedecer la verdadera función del saber durante toda la historia de la humanidad, la de ser incorporada a las conciencias en la búsqueda meditada y ponderada de la calidad de vida.³³

¿Cómo lograr esa meditada y ponderada calidad de vida que propone Jonas en las circunstancias políticas, sociales y económicas de un mundo desigualmente escindido?; ¿cómo contrarrestar el poder tecnológico que mueve los hilos de anónimas transnacionales? Preguntas insoslayables para el discurso bioético en general y en particular de Latinoamérica, que es la región del mundo donde esas desigualdades son más agudas.

La Universidad El Bosque, sita en Santafé de Bogotá, bajo la acertada rectoría de Jaime Escobar Triana desde hace varios años, desarrolla un programa formativo, investigativo y editorial en bioética. Como parte de estas acciones ha celebrado varios seminarios internacionales sobre bioética y medio ambiente. Del rico material producido por el quinto de esos eventos, publicado por la colección Bios y Ethos, extraemos dos citas que tratan de responder preguntas similares a las que nos provocó la reflexión de Sequeira sobre la alerta de Jonas acerca de la pérdida de esencialidad que constituye la desconstrucción del ambiente natural.

A mi modo de ver –refiere Carlos Eduardo Maldonado–, la importancia de la ecología en general y de la vida artificial en particular, radica en que debemos aprender, además y principalmente, la idea de la solidaridad de la vida, la solidaridad de la cadena de la vida, y consiguientemente, la no jerarquía de la vida en la naturaleza. La naturaleza como tal no sabe de jerarquías de niveles de vida, sino de interdependencias, con todo y el ya evidente desarrollo de una complejidad creciente de la vida [...] Mi propia tesis al respecto consiste precisamente en que debemos poder desarrollar la bioética específicamente a partir de la idea y la práctica de la solidaridad, la cual

³³ J.E. de Sequeira. «El principio de responsabilidad de Hans Jonas.» *Acta Bioethica*. 2001; VII, (2): 280.

es, esencialmente una categoría horizontal: no es posible ser solidarios y cobrar por los gestos y actos de solidaridad. La solidaridad es por definición gratuita y desinteresada.³⁴

En otro de los aportes al V Seminario Internacional sobre Bioética y Medio Ambiente, Azucena Couceiro Vidal, española de nacimiento y latinoamericana por adopción, argumenta lo que ella denomina el reto de una *ecología solidaria*:

Es necesario compatibilizar el derecho de los pueblos a alcanzar ciertos niveles de vida, con la necesidad de racionalizar el uso de los recursos materiales propios de un país, y aquellos que son de uso general de toda la humanidad, como la capa de ozono, los océanos, o el oxígeno atmosférico [...]
[...] También lo es repartir entre todos la responsabilidad. Alguien tiene que empezar a practicar un consumo racional, compatible con la limitación de los recursos y la vulnerabilidad del medio ambiente, y ese alguien tienen que ser los países más ricos, los que con años de desarrollo y derroche de recursos han dañado irreversiblemente la capacidad del planeta de generar vida y conservarla [...].³⁵

Es decir, que tanto Maldonado como Couceiro coinciden en que el actuar responsable implica la práctica de la solidaridad del hombre para con el ambiente, donde lógicamente él mismo está incluido. Azucena Couceiro se expresa en un aspecto que enlaza el pensamiento bioético con la ecología política, la cuestión de la deuda ecológica contraída por las sociedades industriales desarrolladas como consecuencia de la expropiación de que han hecho objeto a la naturaleza y al resto de la humanidad, y al enrumbar por ese camino coincide con Potter en que bajo las condiciones del capitalismo neoliberal, los ideales de la sustentabilidad bioética no pueden ser alcanzados. Se requiere entonces que el discurso bioético sea coherente con la realidad.

En su artículo editorial para el primero de los dos números que la *Revista Latinoamericana de Bioética* dedicó en 2004 al estado de la bioética en el mundo, Fabio Garzón refiere: «El primer imperativo es que la ética reconozca la unión entre la humanidad y el mundo de la naturaleza. Una sobrevivencia que salve la calidad es posible solo si los sistemas éticos son compatibles con el mundo real, y eso requiere una dolorosa reorientación de nuestro modo de pensar y de comportarnos, una revisión de antiguas y arraigadas creencias.»³⁶

³⁴ C.E. Maldonado. «Lugar y significado de la vida artificial en la bioética y en la ecología.» En *Bioética y medio ambiente*. Santafé de Bogotá, Ediciones El Bosque, 2000: 159. [Colección Bios y Ethos, no. 12]

³⁵ A. Couceiro. «Bioética, ecología y solidaridad en América Latina.» En *Bioética y medio ambiente*. Ob. cit.: 255.

³⁶ F. Garzón. «Tránsito de una bioética clínica a una bioética global. Reto para el nuevo milenio.» *Revista Latinoamericana de Bioética*, enero de 2004; (6): 10.

Es decir, para Fabio Garzón esa concordancia del discurso con la realidad impone a la bioética la tarea de incidir sobre los modos de actuar y pensar a escala social. Difícil, pero insoslayable encargo en un contexto donde el único polo de poder político-militar está subordinado dócilmente al capital transnacional.

[...] vivir en una sociedad capitalista es toda una empresa económica de por sí. La vida humana, para que valga la pena vivirla en una sociedad capitalista debe ser costo-efectiva. Por eso es que los pobres ya no son costo-efectivos; por eso es que los ciudadanos con impedimentos no son costo-efectivos; por eso es que la justicia no es costo-efectiva. Lo costo-eficiente es aquello que genera el máximo de beneficio económico con un mínimo de gasto. Un ciudadano que padezca de una condición crónica o catastrófica, no es costo efectivo. De hecho lo costo-eficiente sería que se muriera lo más pronto posible...

[...] El mercado hecho fetiche, se ha encargado de reinterpretar la valía de lo humano y de la vida en general.³⁷

Esta cruda reflexión de Leonides Santos y Vargas nos aboca a que la bioética global sustentable tiene que jugar un papel activo como conciencia moral que coadyuve a conjurar esta alineación de lo humano por el capital. Este nuevo talante de la bioética es el que algunos autores denominan «*hard bioethics*» o «bioética de la intervención».

Ese mundo desigual en el que algunos tienen la posibilidad de sentir el placer mientras que a otros solo les resta estar sumergidos en el sufrimiento, configura el panorama que justifica una bioética de intervención —expresan Volnei Garrafa y Dora Porto. Una propuesta que, quebrando los paradigmas vigentes, reinaugure un utilitarismo reorientado a la búsqueda de la equidad entre los segmentos de la sociedad, capaz de disolver esa división estructural centro-periférica del mundo y asumir un consecuencialismo solidario que encuentre la superación de las desigualdades.³⁸

Volnei Garrafa, Sergio Ibiapina Ferreira Costa y Gabriel Oselka, en un trabajo temporalmente anterior, instrumentan las ideas de la cita precedente.

Existe un núcleo de cuestiones que precisan ser reconducidas dentro de reglas de carácter moral y no sancionadas jurídicamente; y otro, que deben ser más rígidamente sancionadas y, por tanto, codificadas. El primer aspecto se refiere al pluralismo, la tolerancia y la solidaridad, prevaleciendo la idea de legitimidad; el segundo, es el respeto, la responsabilidad y la justicia, donde prevalece la idea de la legalidad.³⁹

³⁷ L. Santos y Vargas. «Validación bioética del proyecto genoma humano.» *Acta Bioethica*, 2002; VII, (1): 118.

³⁸ V. Garrafa, D. Porto. «Bioética, poder e injusticia: por una ética de la intervención.» En J.R. Acosta Sariego (editor científico). *Bioética para la sustentabilidad*. Ob. cit.: 200.

³⁹ V. Garrafa, S. Ibiapina, G. Oselka. «La bioética en el siglo XXI.» *Bioética*, 1999; 7, (2): 211.

En resumen, del conjunto de estas citas se puede colegir que la bioética global sustentable, según la visionan estos autores, se fundamenta en los principios de responsabilidad y solidaridad; tiene que enfrentar la ingente tarea de contribuir a través de la educación a la reconstrucción valórica de la sociedad contemporánea para alcanzar el ideal moral de una cultura de la vida digna y, al mismo tiempo, desarrollar una activa participación política que coadyuve con todas las fuerzas de buena voluntad a la reversión del desastre ambiental y moral al que está abocada la humanidad.

Una perspectiva desde Cuba del nuevo paradigma de relaciones sanitarias

Desde la instauración definitiva del Real Tribunal del Protomedicato de La Habana en 1711 –después de una efímera experiencia previa casi ochenta años antes–, con lo que comienza a regularse efectivamente el ejercicio de la medicina en nuestro país, pasando por las Reales Juntas Superiores Gubernativas y las Juntas de Sanidad del siglo XIX, la Secretaría de Sanidad y Beneficencia y las asociaciones o colegios médicos regionales de principios del pasado siglo, y hasta la fundación primero de la Federación Médica de Cuba en 1925, y, posteriormente de su continuador, el Colegio Médico Nacional, en 1944, autodisuelto en 1966, el modelo cubano se correspondió con el paradigma clásico paternalista, aunque con matices propios que aun en las etapas colonial y seudorrepública le distinguieron.

Sin embargo, determinadas personalidades nacionales encarnaron posiciones de vanguardia en sus respectivas épocas. Carlos Juan Finlay Barrés es un genuino representante de la nueva actitud ética con respecto a la relación entre investigación científica y práctica médica que comenzó a gestarse en el siglo XIX. En ninguna de las 104 inoculaciones efectuadas por él entre 1879 y 1901 en voluntarios sanos que se prestaron para sus experiencias para probar su teoría metaxénica de la transmisión de enfermedades, tuvo que lamentar formas graves o letales de fiebre amarilla. Caso bien distinto al ocurrido durante el experimento controlado con iguales fines conducido en La Habana durante 1900 por la IV Comisión Médica del Ejército de los Estados Unidos para el Estudio de la Fiebre Amarilla, bajo la dirección de Walter Reed, que culminó en un éxito científico al corroborar la teoría de Finlay, pero en un desastre moral, al llevarse a término a pesar de la muerte de siete voluntarios sanos.

Las negativas experiencias de los daños humanos causados tanto por la investigación antes descrita como la que con similares fines condujera Juan Guiteras Gener un año más tarde (1901) en el hospital Las Animas, convirtieron al propio Guiteras en un acérrimo opositor al uso de humanos como sujetos de investigación, actitud que resultó muy influyente como muro de contención moral durante las primeras décadas del siglo XX en Cuba.

Titánico fue el trabajo de los grandes epidemiólogos cubanos durante la República neocolonial, de Juan Guiteras Gener a Gustavo Aldereguía Lima. Primero, tratando de restañar las heridas de la Guerra de Independencia y la paupérrima situación higiénica que nos legó el colonialismo español en los estertores de su dominio, en especial las consecuencias de la genocida política de la Reconcentración ordenada por el Capitán General Valeriano Weyler; y después de los relativos avances alcanzados en las primeras décadas del siglo xx, enfrentando la recidiva en este deterioro como resultado del entreguismo de la economía cubana al capital norteamericano y la sobreexplotación de nuestras masas trabajadoras.

En aquellos primeros años de la pasada centuria, fundamentalmente a partir de 1910, se desarrolló en Cuba una rama de la medicina que por sus implicaciones éticas no puede soslayarse. Me refiero a la eugenesia u homicultura, impulsada en nuestro país por dos eminentes galenos, Eusebio Hernández Pérez y su discípulo Domingo F. Ramos Delgado. Dados los referentes, tanto del enfoque original del inglés Francis Galton, como por la manera en que se ejerció la eugenesia de Estado por parte del régimen nazi –a lo que ya se hizo referencia anteriormente en este trabajo–, es inevitable que esta propuesta de eugenesia a la cubana haya sido vista con cierta reserva por parte de algunos autores. Por ejemplo, Enrique Beldarraín Chaple, en su reciente y magnífico ensayo *Los médicos y los inicios de la antropología en Cuba* la cataloga –a mi juicio injustamente– de neofascista.⁴⁰ En esta obra, el propio Beldarraín reconoce que el objetivo de Hernández y Ramos era mejorar los cuidados de las embarazadas y niños pequeños para obtener personas sanas y robustas, pero iban más allá en su alcance social, al proponer como parte de su concepción la ampliación de los servicios de salud, asilos, laboratorios, museos, bibliotecas y archivos, combinado esto con la realización de campañas higiénicas y un amplio sistema de premios, legislaciones, propaganda y enseñanza bajo la única dirección de una institución que ellos denominaron Palacio de la Homicultura. Lejos de parecerse al «mejoramiento genotípico» violento, forzoso e inhumano que practicaron los nazis, este proyecto cubano –tal vez utópico para su época– se convierte en antecedente histórico, en lo que a políticas de salud se refiere, de nuestro actual Programa Materno-Infantil, y, en lo teórico, de la contemporánea concepción sanológica de Jorge Aldereguía Henriques.

En la década de 1950, la accesibilidad a los servicios de salud se polarizó cada vez más, y mientras las clases explotadoras de los grandes núcleos urbanos disfrutaron de los mayores y mejores recursos humanos y técnicos, la generalidad de la población se vio obligada a aceptar las migajas politiqueras de un sector público cada vez más obsoleto, insuficiente y dantesco. Como denunciara el entonces joven abogado Fidel Castro en su alegato de autodefensa en el juicio

⁴⁰ E. Beldarraín. *Los médicos y los inicios de la antropología en Cuba*. La Habana, Fundación Fernando Ortiz, 2006: 182-211. [La Fuente Viva, no. 28]

a los asaltantes del Cuartel Moncada, la involución del cuadro higiénico-epidemiológico, así como la falta de acceso geográfico y económico a la atención de salud, fue una de las tantas causas que tornaron insoportable la realidad nacional para la Generación del Centenario que llevó a cabo la insurrección armada contra la tiranía de Fulgencio Batista.

En tanto esto ocurría en el seno de la convulsa sociedad cubana prerrevolucionaria, tras las puertas del Colegio Médico Nacional se debatía la cuestión de una supuesta plétora médica y la necesidad de reclamar la restricción de la formación de nuevos profesionales en las dos únicas facultades de medicina que existían en el país en ese momento. El Código de Moral y el Juramento de Honor del Colegio Médico Nacional «de indiscutible vigencia en su época» –al decir de Gregorio Delgado⁴¹ no escaparon de la etiqueta burguesa impuesta por el paternalismo moderno al estilo de Percival.

La justicia como solidaridad

El advenimiento del poder revolucionario revirtió totalmente el escenario nacional al preconizar el principio marxista de igualdad en el acceso a los servicios de salud como derecho humano. Esto implicó en la práctica la ampliación y modernización de las unidades de salud y con ello el incremento exponencial de la formación de recursos humanos.

El Colegio Médico Nacional devino en escenario ramal de la intensa lucha de clases que se desarrollaba en toda la sociedad cubana. El enconado debate entre quienes defendían mezquinos intereses gremiales y los que propugnaban el bien común culminó con una crisis y la autodisolución de la institución.

Tras la desaparición del Colegio Médico Nacional, y por casi veinte años, la normatividad ética en el campo de la salud quedó a cargo del Ministerio de Salud Pública, hasta que a mediados de la década de 1980 se promulgaron los *Principios de la ética médica* cubana y tuviera lugar el proceso de constitución de las *comisiones de ética médica* en todas las unidades y niveles organizativos del Sistema Nacional de Salud.

La consolidación de un sistema nacional de salud unificado y público a fines de la década de los sesenta –habitualmente se toma como fecha 1969, año en que el último reducto de la organización de los servicios de salud prerrevolucionarios, las unidades del subsistema mutualista, se integraron definitivamente al sector estatal–, creó las condiciones para rebasar el criterio socialdemócrata de buscar la equidad entre desiguales, o sea de que aquellos que más tienen contribuyan con más a la seguridad social para suplir las falencias de los menos favorecidos al estilo *rawlsiano* de ofrecer «tratamientos desiguales a sujetos desiguales para

⁴¹ G. Delgado. «Raíces históricas del pensamiento bioético y de la investigación médica en sujetos humanos en Cuba.» En J.R. Acosta Sariego (editor). *Bioética. Desde una perspectiva cubana*. Ob. cit.: 43-52.

crear igualdad de oportunidades». La atención de salud revolucionaria optó por el compromiso moral de inspiración martiana de «con todos y para el bien de todos», donde no se dona lo que sobra, sino se comparte lo que se tiene.

La cuestión para el modelo cubano no estuvo entonces en definir y asegurar un *mínimo decente* de atención de salud para todos, y que a partir de este, la gestión por la propia salud se remitiera al interés y posibilidades económicas individuales, como se planteó la socialdemocracia amparándose en el principio de universalidad kantiano, sino que el máximo de todas las posibilidades tecnológicas y profesionales disponibles estuvieran dirigidas al acceso jurídico, económico, geográfico y cultural de todos los ciudadanos.

Estas diferencias entre el enfoque cubano y el de la llamada *sociedad de bienestar* explican por qué países desarrollados cuyo *mínimo decente* tiene una amplia cobertura, no incluyan entre estas prestaciones servicios tales como los estomatológicos y psicológicos, los cuales en cambio son parte inalienable de la atención de salud en Cuba.

La adopción de un sistema sustentable de salud por un país pobre y asediado como Cuba necesariamente ha tenido que basarse en una amplia red de atención primaria y en la participación de la población en la construcción de su propia salud. La voluntad política de ofrecer la más amplia y avanzada cobertura posible ha requerido de la deliberación y la concertación con los ciudadanos para asumir sacrificios y carencias en otras esferas de la vida en aras de alcanzar metas sociales como el pleno acceso al empleo, la educación y la atención de salud, entre otros.

El caso cubano ha demostrado que el desarrollo pleno de la atención primaria de salud disminuye la presión asistencial sobre el resto de los niveles de atención, con ello la demanda de recursos, y, de hecho, la eficacia y eficiencia del sistema en su conjunto. En el contexto de una voluntad política para el cuidado integral de la salud, los servicios públicos pueden dar respuesta a una atención de calidad que incluya también la tecnología de punta verdaderamente necesaria. Se ha constatado que es más importante el desarrollo de los recursos humanos para un modelo de medicina sustentable que la tecnología en sí misma.

«[...] La equidad en salud significa iguales oportunidades de acceso a los recursos disponibles, una distribución democrática del poder y de los conocimientos en el sistema de salud, una política de salud que beneficie a todos sin consentir privilegios debido a diferencias de raza, género, territorio, discapacidad u otro rasgo distintivo grupal o personal.»⁴²

Esta situación es totalmente diferente a lo que sucede lamentablemente en la mayor parte del mundo de hoy, donde se han creado límites artificiales

⁴² E. de la Torre, C. López, M. Márquez, J. Gutiérrez, F. Rojas. *Salud para todos sí es posible*. La Habana, Sociedad Cubana de Salud Pública, Sección de Medicina Social, 2004: 200.

impuestos por el mercado, mientras millones de personas sufren y mueren innecesariamente debido a avaros intereses económicos y la falta de solidaridad. Muchos de los problemas de salud actuales son de tal magnitud que traspasan las fronteras nacionales y su posible solución requiere de la cooperación y colaboración internacional.

Desde la ayuda brindada a Chile en 1960 o Argelia en 1963, hasta la ofrecida a los damnificados de los desastres naturales que asolaron a la Cachemira paquistaní en 2005 e Indonesia en 2006, una vocación de servicio ha impregnado la impronta histórica de la medicina revolucionaria en la contribución a la solución de problemas locales y globales de salud. Entendido así, el deber de justicia no puede encontrar otra mejor expresión que la solidaridad.

La beneficencia como responsabilidad

Resolver en lo esencial el problema de la justicia en el acceso a la atención de salud es requisito indispensable, pero no suficiente, para que exista un trato justo también en el nivel de las relaciones interindividuales.

Desde la propuesta de reforma universitaria de Francisco Arango y Parreño de principios del siglo XIX, existió el propósito de incluir la enseñanza de la ética profesional en los estudios de medicina en Cuba. Sin embargo, esta intención requirió de mucho tiempo para ser implementada en la práctica. Determinante fueron, en lo general, las conferencias de Enrique José Varona sobre los *Fundamentos de la moral* dictadas dentro de los cursos que impartió entre 1880 y 1882 en la Real Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de la Habana; y, en lo particular, la actividad docente de Antonio Jover Puig, Raimundo de Castro y Allo, Raimundo de Castro y Bachiller y Francisco Lancís y Sánchez en la enseñanza de la ética y los deberes morales del médico.⁴³

El influjo de las ideas acerca de la incorporación de los factores psicológicos y sociales en la consideración del proceso salud-enfermedad que estaba teniendo lugar en el plano internacional, así como las nuevas condiciones creadas por la Revolución en cuanto a universalidad en el acceso a los servicios y la progresiva extensión de las acciones de promoción y prevención del subsistema de atención primaria, reenfocaron la gestión de salud hacia la perspectiva de la medicina social y favorecieron que la universidad cubana desde principios de la década de 1960 fuera una de las primeras del orbe que comenzara a enseñar las llamadas *humanidades médicas o ciencias sociales aplicadas a la salud*, innovación inspirada por el liderazgo académico de José López Sánchez, José Ángel Bustamante y Leopoldo Araujo Bernal. Las obras *Historia de la medicina*, de José López Sánchez (1963), *Psicología médica*, de José Ángel Bustamante (tres tomos) (1967), la serie de folletos de la Unidad General «El hombre y su medio», bajo la dirección

⁴³ *Ibidem* 41.

editorial de Leopoldo Araujo Bernal (1969), y, posteriormente *Psicología para médicos generales*, de Ricardo González Menéndez (1979),⁴⁴ constituyeron el sustrato bibliográfico cubano de estas entonces novedosas ideas.

Un paso revolucionario fue la concepción del conocido como Plan de Estudios Integrado puesto en vigor en 1969, en el cual la Unidad General El Hombre y su Medio fungió como su columna vertebral o eje vertical. Esta innovadora enseñanza, que mucho debió al liderazgo de Fidel Ilizástegui Dupuy, Roberto Douglas Pedroso y el propio Leopoldo Araujo Bernal, significó un tremendo paso de avance teórico y metodológico, tal vez no suficientemente comprendido en su momento, pero que puso en el centro del discurso académico la consideración de los sistemas de valores individuales y grupales en el diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud.

En el terreno político social, los procesos preparatorio del XIII Congreso Obrero, el Primer Congreso del Partido y la construcción de los órganos del Poder Popular ocurridos todos en la década de 1970, perfeccionaron los mecanismos de la participación ciudadana en la deliberación, toma e implementación de las decisiones de la vida económica y social del país. Investigaciones de la época sobre el grado de satisfacción de la población con los servicios de salud demostraron que a pesar de todo lo que ya se había avanzado en el terreno de la justicia social y la equidad en salud, aún persistían problemas en el terreno subjetivo, fundamentalmente en el de las relaciones interpersonales, que obstaculizaban el pleno despliegue de las posibilidades creadas para alcanzar una óptima calidad de la atención médica.

La incorporación, en el curso académico 1978-1979, de *Ética y Deontología Médica*, por primera vez en la historia de la educación médica cubana como asignatura independiente, fue un reflejo del interés de la universidad en dar respuesta a las necesidades identificadas por la sociedad. El libro de texto, de igual nombre que la asignatura, proviene de la autoría de Daniel Alonso Menéndez, que fue su principal promotor, Varán von Smith Smith, Abelardo Ramírez Márquez y Ana Ortega. Esta obra puede considerarse temprana en relación a cómo se iban moviendo las ideas del nuevo paradigma ético en el contexto internacional. Baste recordar que *Principles of Biomedical Ethics*, de Beauchamp y Childress, se publicó en ese mismo año de 1979. Los autores esbozan algunos criterios que se desarrollarían por ellos mismos y otros investigadores en obras subsiguientes.

Debemos aceptar –afirma el texto– que las ciencias naturales no contemplan, en sí mismas, reglas o normas específicas que definan el uso de procedimientos a aplicar, en la práctica, los avances científicos y es posible que, en determinadas circunstancias, la utilización incorrecta de nuevas técnicas puedan interpretarse, o constituyan en sí, actos de deshumanización [...]

⁴⁴ R. González. *Psicología para médicos generales*. La Habana, Editorial Científico-Técnica, 1979.

[...] El conocimiento por parte del enfermo, que se someterá al examen, de las molestias que pueda ocasionarle y de la necesidad de realizarlo, no solo deben ganar su aprobación, si no también ganar su confianza y obtener su colaboración.⁴⁵

Queda planteada así una visión del consentimiento informado muy particular, que debe ser desarrollado en el marco de unas relaciones interpersonales caracterizadas por la confianza. Esta perspectiva cubana empieza a alejarse ya del paternalismo clásico. Años después, en un ensayo de 1988, dos prestigiosos autores, Edmund Pellegrino y David Thomasma, definirían este tipo de relación como «beneficencia de confianza».⁴⁶

La toma de conciencia en cuanto a los cambios de la situación de salud de la población cubana que ya eran patentes al filo de la década de 1980, y la capacidad de respuesta en general exitosa del sistema en condiciones de emergencia, puesta a prueba con la introducción terrorista del dengue hemorrágico en nuestro país (1982-1983), evidenciaron también determinadas vulnerabilidades y con ello la necesidad de implementar nuevas estrategias y acciones. En el terreno de la normatividad moral profesional se hicieron públicos los *Principios de la ética médica* (1983) y se realizó la constitución de las comisiones de ética médica en todas las unidades y niveles del Sistema Nacional de Salud; en lo jurídico se promulgó la Ley de Salud Pública (1983);⁴⁷ en la organización de los servicios desde 1984 se inició la experiencia del Médico y la Enfermera de la Familia, cuyo perfeccionamiento devino en el sistema de medicina familiar actual; finalmente, en lo académico, se puso en vigor un nuevo plan de estudios (1985) estructurado sobre la base de los problemas y necesidades de salud identificados.

Los *Principios de la ética médica* constituyen el primer código de conducta profesional redactado bajo las condiciones económicas y sociales creadas por la Revolución, y eso le confiere un alto valor histórico en sí mismo. Si bien su redacción conserva un estilo aún paternalista, aunque adecuado a las nuevas circunstancias, se introducen determinados preceptos que reflejan ya un cambio de enfoque de las relaciones interpersonales en el marco de la atención de salud.

«Mantener, en los casos de enfermedades de curso fatal, absoluta o relativa reserva sobre el diagnóstico y pronóstico en relación con el paciente y seleccionar a quién se debe dar esa información con el tacto necesario.»⁴⁸

Es decir, que solo se establece reserva relativa en la información a pacientes y familiares para el caso de enfermedades de curso fatal. Deja a discreción del

⁴⁵ D. Alonso, V. von Smith, A. Ramírez, A. Ortega. *Ética y deontología médica. Texto básico*. Edición provisional. La Habana, Ministerio de Salud Pública, 1979: 107-13. [Colección del Estudiante de Medicina]

⁴⁶ E. Pellegrino. «Metamorfosis de la ética médica. Cuadernos del Programa Regional de Bioética, septiembre de 1995; (1): 16-35.

⁴⁷ Ley N° 41/83 (Ley de Salud Pública). La Habana. Editorial del MINSAP, 1988.

⁴⁸ *Principios de la ética médica*. La Habana, Editora Política, 1983: 4.

equipo de salud la decisión de quién será depositario de la mala noticia, de lo cual no se excluye al propio paciente si las características de su personalidad así lo permitieran. Si bien en la época en que se elaboró este documento primaba el criterio empírico de que la mayoría de los pacientes no eran capaces de soportar este tipo de información, investigaciones recientes realizadas, y que el lector podrá apreciar más adelante en este propio libro, indican que ese supuesto patrón de conducta, al menos en las muestras estudiadas, ha cambiado ostensiblemente.^{49,50}

Otro elemento en la consideración del principio de autonomía por parte de los *Principios de la ética médica* es el del consentimiento informado. En relación con este particular se expresa: «Obtener, antes de aplicar cualquier medida diagnóstica o terapéutica, que pueda significar un alto riesgo para el paciente, su consentimiento o el de sus familiares, excepto en los casos de fuerza mayor.»⁵¹

Es decir, se incluye el consentimiento voluntario, aunque no se precisa cuán informado será este y lo prescribe para los procedimientos riesgosos y no a todos, como ya se discutía en aquellos momentos en otros ámbitos socioculturales. El solo hecho de que un documento incluyera esta cuestión, independientemente que lo haya hecho de forma limitada, debe ser apreciado como un avance, si consideramos que vinculó a todos los profesionales de la salud cubanos con su cumplimiento y se originó en el contexto de una sociedad de raíz cultural latina enfrascada en la construcción del socialismo, en cuyo seno la cuestión de la autonomía individual no tiene igual connotación que para los anglosajones de sociedades capitalistas desarrolladas.

También la década de 1980 fue escenario de la expansión de las investigaciones biomédicas, la introducción y producción autóctona de tecnologías médicas de punta, motivo de que la reflexión ética en este campo adoptara definitivamente temas y discutiera los conflictos de valores morales que le han sido característicos hasta la actualidad. De inestimable valor fue la labor de Ernesto Bravo Matarazzo al promover el coloquio sobre Problemas Filosóficos de la Medicina, que, comenzado en 1983, se extendió por varios ciclos y años. Las ponencias presentadas fueron publicadas en fascículos por la editorial del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. El solo leer el índice de estos materiales nos introduce en un universo temático hasta ese momento tratado fragmentaria o aisladamente, o simplemente desconocido, como eran las cuestiones teórico-filosóficas del origen y esencia de la vida, la genómica, las neurociencias, el diagnóstico médico amparado en las nuevas tecnologías, entre otros. De estos trabajos, «Problemas éticos en el desarrollo de la biología y la

⁴⁹ J.L. Soriano, G. Fleites. «Dilemas éticos en torno al cáncer.» En J.R. Acosta Sariego (editor científico). *Bioética. Desde una perspectiva cubana*. 3ª ed. La Habana, Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, 2007. CD-ROM.

⁵⁰ G. Fleites. «La comunicación de malas noticias en medicina.» En *Ibíd.*

⁵¹ *Ibíd.* 48.

medicina contemporáneas», de Abelardo Ramírez Márquez y Raúl Herrera Valdés,⁵² es suficientemente abarcador y representativo del conjunto de problemas que se discutieron en estas reuniones, porque trata los conflictos éticos de la investigación científica, los de la genética médica, el diagnóstico de la muerte y la donación y trasplante de órganos y tejidos.

La primera reflexión teórica realizada por un autor cubano sobre la nueva tendencia del pensamiento ético que representaba la bioética fue expuesta por Antonio de Armas durante el III Internationales Wissenschaftliches Symposium Über Leitung und Planung Soziale Prozesse im Territorium, celebrado en Rostock, antigua República Democrática Alemana, en 1985, y que fuera publicado años más tarde en Cuba bajo el título de *En torno a la orientación filosófica de la bioética*.⁵³

Continuando esta tendencia, y como actualización del apoyo bibliográfico de la asignatura Ética y Deontología Médica, se publicó *Temas de ética médica* en 1986, redactado por un colectivo de autores integrado por Francisco Lancís y Sánchez, Radamés Borroto Cruz, Humberto Martínez Ordaz, Tomás Reynoso Medrano, Antonio Iglesias Camacho y Fernando Núñez de Villavicencio y Porro. Este libro se acerca al pensamiento bioético, porque ofrece una visión más holística de la interrelación hombre-naturaleza y de los factores económicos y sociales en el proceso salud enfermedad que el libro de texto precedente.

[...] la contradicción que se genera al usar indiscriminadamente el desarrollo científico-técnico por las consecuencias que esto trae para el hombre tiene su solución con el uso energético y consciente de ese desarrollo científico-técnico dirigido a realizar una actividad profiláctica permanente en el medio social para lograr la reposición y equilibrio de la naturaleza, obteniendo así un normal desarrollo del ambiente ecológico del hombre a punto de partida de transformaciones en su medio social.⁵⁴

Los propios autores identifican varios peligros que acechan a la calidad de la relación médico paciente, a saber:

- Peligro de deshumanización por la interferencia posible de la tecnología en la relación afectiva y el proceso de comunicación e individualización de la relación.

⁵² A. Ramírez, R. Herrera. «Problemas éticos en el desarrollo de la biología y la medicina contemporáneas.» En *Problemas filosóficos de la medicina*. Coloquio. T. I. La Habana, Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, 1984: 157-81.

⁵³ A. de Armas. «En torno a la orientación filosófica de la bioética.» *Revista Cubana de Ciencias Sociales* [La Habana], enero-abril de 1989; año VII (19):190-5.

⁵⁴ R. Borroto, F. Núñez de Villavicencio, H. Martínez. «Repercusión de la revolución científico-técnica sobre el proceso salud-enfermedad y la organización de la salud pública. En *Temas de ética médica 1*. La Habana, Departamento de Psicología, Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas Victoria de Girón, Ministerio de Salud Pública, 1986: 113.

- Peligro de realizar una percepción no integral del individuo enfermo.
- Peligro de enfoques nosológicos incorrectos debido a una marcada dependencia de la tecnología.
- Peligro en el nivel de riesgo de producir iatrogenia.

Un lector aguzado podría detectar en párrafos anteriores de este mismo trabajo cómo se reconoce que estos elementos ya estaban presentes en el pensamiento médico cubano desde décadas anteriores y se podrían constatar en los trabajos de Bustamante, Araujo, Ilizástegui y González, pero lo novedoso de la forma en que están planteados en el texto que ahora se analiza es su sistematización desde el punto de vista de la connotación ética y los conflictos de valores morales que comportan.

Cuando tres años después (1989) se diseñó la trama curricular de la entonces nueva carrera universitaria de Tecnología de la Salud, la dirección del Área de Docencia del MINSAP estaba apercibida de la necesidad de dotar a la formación de los recursos humanos en ese campo de una amplia cobertura de las ciencias sociales aplicadas a la salud. Un equipo de trabajo, bajo la dirección del entonces viceministro José B. Jardines Méndez, e integrado por Radamés Borroto Cruz, Tomás Reynoso Medrano, Humberto Martínez Ordaz, Andrés Cruz Acosta, Fernando Núñez de Villavicencio y Porro, Ubaldo González Pérez y José R. Acosta Sariego, tuvo la tarea de elaborar los programas de estudio de las asignaturas que conformaron una disciplina genéricamente denominada Salud. La tercera y última de estas asignaturas, de acuerdo con su ubicación en el segundo año de la especialidad, Salud III, constituyó el primer programa de bioética implementado en la educación superior de pregrado en nuestro país –vigente desde el curso 1989-1990 hasta el 2002-2003–, y posiblemente también fue el primero de su tipo en América Latina. En este programa se engarzaron temas secularmente tratados por la ética médica con los propios del nuevo enfoque bioético.

El fascículo que funcionó como libro de texto, conformado con las conferencias del colectivo de profesores, se caracterizó por evitar el predominio del enfoque deontológico y por extenderse hacia el análisis de problemas y conflictos propios del uso indiscriminado de la tecnología. Lamentablemente, la crisis que empezaba a afectar la economía cubana provocó que el material no se reeditara. El programa de 40 horas lectivas incluía los siguientes temas: Dimensión ética de la salud pública; La labor educativa y la comunicación como cuestión ética en salud; Ética y humanismo en la relación con el hombre sano, el paciente, su familia y la comunidad; Iatrogenia, error profesional y confidencialidad; Impacto de la revolución científico-técnica en la atención de salud; Problemas éticos del principio de la vida; Problemas éticos del final de la vida; Calidad y satisfacción con los servicios de salud. Los resultados del primer lustro de aplicación del programa fueron publicados en las memorias del Tercer Taller Internacional del Programa Regional de Bioética para América

Latina y el Caribe OPS/OMS, celebrado en La Habana en noviembre de 1995, que fue dedicado al tema de Ética de la Investigación Científica.⁵⁵

Si bien la especialidad de Tecnología de la Salud, por lo escaso de su matrícula durante sus primeros quince años de existencia, objetivamente tuvo un impacto limitado en el contexto general de la educación médica cubana, en 1994 se adoptó un paso trascendente al transformar el antiguo programa de Filosofía, de universal aplicación para todas las carreras de las ciencias médicas en el país, en otro de mayor vinculación de la teoría a la práctica, Filosofía y Salud. Este nuevo programa encaró la reflexión ético-filosófica de situaciones similares a las anteriormente abordadas en la signatura Salud III.

Por otra parte, en el campo del control social sobre las aplicaciones médicas de los avances científico-tecnológicos, resultó de gran importancia la creación del Centro para el Control Estatal de la Calidad de los Medicamentos (1989) y el Centro para el Control Estatal de los Equipos Médicos (1992), que constituyen nuestras agencias estatales, las cuales fueron subordinadas desde 1996 al Buró Regulatorio de la Salud. La fundación del Centro Coordinador de los Ensayos Clínicos (1991) promovió la formación de comités de revisión y ética para cada ensayo clínico –fundamentalmente los multicéntricos–; y la puesta en vigor de las *Normas de buenas prácticas clínicas* promulgadas por primera vez en 1992, modificadas en 1995 y perfeccionadas nuevamente en 2000;⁵⁶ así como la promulgación del *Código de ética de los trabajadores de la ciencia*, en 1994, estimularon el interés de los investigadores y directivos por el estudio de los fundamentos ético-filosóficos de la investigación, de los procedimientos estandarizados para la evaluación de proyectos, y con ello el surgimiento de los órganos que velaran por su cumplimiento, los comités institucionales de ética de la investigación científica.

La celebración en Cuba del Primer Simposio Internacional sobre Muerte Encefálica –posteriormente renombrados como de Muerte y Coma– en 1992, atrajo la participación de importantes personalidades de la bioética a nivel internacional. De este intercambio surgieron las ideas que concretaron los dos primeros cursos internacionales efectuados en nuestro país, La Universidad Médica ante los Problemas Bioéticos Actuales, celebrado en 1993 en la sede del entonces Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico, cuyas actividades docentes fueron asumidas por profesores cubanos y norteamericanos; e Introducción a la Bioética, ofrecido en 1994 en la sede de la entonces Facultad de Salud Pública por Juan Carlos Tealdi, en representación de la Escuela Latinoamericana de Bioética con sede en Buenos Aires, Argentina.

⁵⁵ Área de Docencia del MINSAP. «Informe sobre el desarrollo de la bioética en Cuba.» En J.P. Beca (comp.). *Ética de la investigación científica*. Tercer Taller Internacional del Programa Regional de Bioética OPS/OMS, La Habana, noviembre de 1995. Santiago de Chile, Ediciones del Programa Regional de Bioética OPS/OMS, 1996: 18-34.

⁵⁶ Comisión Asesora de Ensayos Clínicos. *Normas de buenas prácticas clínicas*. La Habana, Centro para el Control Estatal de la Calidad de los Medicamentos, 2000.

Esa primera mitad de la década de 1990 fue testigo de la creación de cátedras de Bioética en los Centros de Educación Médica Superior, así como del proceso de discusión del borrador de la *Declaración Universal del Genoma y los Derechos Humanos*, que devino en la fundación del Comité Nacional Cubano de Bioética en 1996. Bajo el auspicio de instituciones católicas, comenzó a circular la primera publicación periódica dedicada a temas de bioética, la hoy desaparecida revista *Ethos*, y en 1998 se fundó el Centro de Bioética Juan Pablo II, que promovió la celebración de una Jornada Anual de Bioética, así como la publicación de una revista, primeramente nombrada *Anales del Centro Juan Pablo II*, hoy rebautizada como *Bioética*.

Todos estos precedentes explican la rápida difusión y la aidez con que fue recibida la primera edición del libro *Bioética. Desde una perspectiva cubana*, que vio la luz a fines de 1997. Esta obra, fruto del talento de más de cuarenta autores cubanos, representa la continuidad del pensamiento nacional en torno a las cuestiones éticas relacionadas con la salud y la vida que se ha desarrollado en torno al proyecto humanístico de la Revolución, y a la vez marca una ruptura con el modelo clásico hegemónico médico desde la óptica de nuestra tradición de pensamiento, que no exalta la individualidad, como ha sido típico y tópico en la literatura bioética anglosajona, sino que reconoce el papel del individuo en tanto participa de la responsabilidad colectiva con el bienestar de todos.

De *Bioética. Desde una perspectiva cubana* pueden extraerse infinidad de ejemplos que confirman este punto de inflexión, pero en aras de la economía de espacio solo se mostrarán algunos de los más representativos.

Al analizar la nueva dimensión de la relación médico-paciente en nuestros días, Ricardo González Menéndez afirma:

Los sustanciales y recientes cambios en el concepto, objetivo y funciones, así como en la relevancia de los diferentes aspectos por considerar en esta relación, la colocan actualmente en una situación de tránsito, donde tanto el profesional como el sujeto y objeto de su atención —el hombre sano o enfermo— deben ir modificando sus ancestrales concepciones acerca de la gestión médica [...].

[...] Se trata, por tanto, de un proceso que pone en tensión nuestras responsabilidades como educadores médicos, pero que también —y aquí toma de referencia al texto de *Medicina General Integral* de Orlando Rigol— somete a prueba a todas las instancias del sistema de salud en nuestro medio, así como a los propios usuarios, simbolizados ahora por el colectivo familiar.⁵⁷

Ricardo González trae a colación un aspecto que más adelante en el texto sería desarrollado con mayor énfasis por Núñez de Villavicencio: la responsabilidad del médico como educador, o sea, que el beneficio verdadero del paciente sano solo se alcanza si se le hace consciente sus propias necesidades de salud. Lejos de la

⁵⁷ R. González. «La nueva dimensión de la relación médico-paciente en nuestros días.» En J.R. Acosta Sariego (editor científico). *Bioética. Desde una perspectiva cubana*. Ob. cit.: 106.

coerción propia del modelo paternalista o de la información no comprometida del modelo autonomista más puro, involucrar al profesional de la salud con la educación sanitaria del usuario –en la más amplia acepción del término–, obliga a un proceso deliberativo y a decidir juntos las mejores opciones de solución. Aceptar esto implica una ruptura con el paradigma paternalista tradicional.

La necesidad de una mayor simetría en las relaciones interpersonales propias de la atención médica contemporánea es precisada por Varán von Smith Smith:

El paciente siempre respeta al médico en primera instancia, debido a la condición de dependencia temporal en que se encuentra; mas el respeto del médico hacia él deberá ser más amplio y polifacético debido a la propia naturaleza de su encargo social. El médico, como dirigente principal del «equipo de salud», deberá exigir respeto para el paciente a todos los participantes en su atención. Y se guiará por el principio martiano consagrado en nuestra Carta Magna, «el culto a la dignidad plena del hombre» [...] Dentro de la ética clínica gana un lugar preponderante el respeto a la integridad del individuo, y esto se ejercerá en cualquier ámbito clínico donde se encuentre y sea cual fuere su afectación.⁵⁸

Es muy significativo que Varán von Smith no haya puesto límites a la observancia de la integridad plena y con ella al respeto de la capacidad y competencia moral del paciente o sano. La idea de que el tipo de relación interpersonal en la atención de salud depende del momento de la situación clínica, de forma tal que en diferentes momentos de un mismo caso pueden aplicarse diferentes modelos de atención, como fue planteado por Thomas Szasz y Marc Hollender (1956), y desarrollado posteriormente por Ezequiel y Linda Emmanuel (1992).⁵⁹ Lo interesante es que Von Smith recomienda ejercerlo en cualquier ámbito y ante cualquier afectación, y lo relaciona con el encargo social del profesional de la salud, con su responsabilidad.

Radamés Borroto Cruz y Ramón Aneiros-Riba profundizan en esta cuestión del respeto a la dignidad, traducido en una comunicación responsable que sustente una relación sanitaria de calidad y satisfaga las expectativas de los usuarios:

La esencia del quehacer médico se resume en la satisfacción de las necesidades de salud del hombre. Nadie puede ser feliz en la ignorancia, y mucho menos si se trata de aquello relacionado con su propia salud. El paciente solo estará satisfecho cuando conozca todo cuanto desee sobre su salud o su enfermedad. Nadie como el médico tiene la posibilidad de acercarse a lo más íntimo y sensible del ser humano. Tiene el privilegio de la confianza que el paciente deposita en él y la recompensa mayor de quien se dedica a las ciencias del hombre: el propio hombre disfrutando de sus posibilidades plenas.⁶⁰

⁵⁸ V. von Smith. «La ética clínica.» En *Ibidem*: 124.

⁵⁹ E. Emmanuel, L. Emmanuel. «Four Models of the Physician-patient Relationship.» *JAMA*, 1992; 267 (16): 221-6.

⁶⁰ R. Borroto, R. Aneiros. «La comunicación humana y la calidad de la atención médica.» En J.R. Acosta Sarriego (editor científico). *Bioética. Desde una perspectiva cubana*. Ob. cit.: 118.

El dominio de los procesos comunicativos es la vía para acercarse a «lo más íntimo y sensible», como preconizan estos autores, estableciendo un vínculo entre lo propiamente técnico y lo moral al nivel de las relaciones interpersonales. Reiteran que la responsabilidad social del profesional de la salud es hacer la beneficencia al satisfacer todas las necesidades de salud del paciente, y no solo las biológicas, como ha sido tendencia común de la medicina curativa.

Para finalizar este breve paneo por las atractivas ideas contenidas en las primeras ediciones de *Bioética. Desde una perspectiva cubana*, resulta imprescindible mencionar lo aportado por Fernando Núñez de Villavicencio en cuanto a su concepción de que el proceso de consentimiento informado debe ser esencialmente una acción educativa en la que el respeto de la autonomía sea conciliado con las necesidades de salud del paciente o sano.

No debemos plantear un límite a hacer el bien o a luchar por la salud –afirma este autor–; el problema está en alertar al médico de que si prioriza solo los aspectos del equilibrio biológico, habrá ocasiones en que sus acciones de beneficencia en este sentido, puedan estar produciendo desequilibrios psicológicos y sociales de una intensidad mayor. Autorizarlos a imponer su beneficencia en estos casos sería autorizarlos a hacer acciones contra la salud [...].

[...] Al analizar el principio de autonomía, sin embargo, no nos encontramos en la misma situación. Este derecho del paciente de ser informado, consultado y a participar en las acciones tomadas en relación con su propia salud, lo cual en esencia es incuestionable, requiere de limitaciones bien precisas para evitar que su uso inadecuado concluya en un desastre para el propio paciente.⁶¹

Núñez de Villavicencio critica la beneficencia biologicista a ultranza que obvia los procesos psicológicos del usuario, y, por otra parte, se pronuncia porque el proceso de consentimiento informado y el respeto de la autonomía del paciente o sano tiene que estar absolutamente comprometido con el bienestar del usuario, donde el criterio técnico del profesional de la salud y el sistema de valores del mismo deben arribar a la mejor decisión para todos a través de la deliberación. No elude el debate con los defensores del autonomismo acerca de que, visto así, el proceso de consentimiento informado puede prestarse para la manipulación y apela a que el actuar responsable del profesional de la salud sea la salvaguarda ante posibles coerciones e imposiciones.

El análisis de los puntos de confluencia de estas y otras contribuciones al libro hacen evidente que si bien todas se alejan del paternalismo clásico, tampoco caen en los brazos de un autonomismo a ultranza para proponer un modelo alternativo en que el bienestar del usuario se alcanza desde el actuar responsable de quien presta la atención de salud y la confianza mutua entre todos los actores del proceso.

⁶¹ F. Núñez de Villavicencio. «Bioética: el médico un educador.» En *Ibíd*em: 129.

Bioética. Desde una perspectiva cubana representa la consolidación de la bioética en nuestro país, así también lo confirmó la fundación a fines de la década de 1990 de nuevas instituciones que incluían la disciplina como objeto de su misión como lo son el Centro de Estudios de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de Holguín, que celebra jornadas científicas con participación internacional; el Centro de Estudios Humanísticos del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, que mantiene una programación sistemática de sesiones científicas y ha celebrado dos talleres nacionales dedicados fundamentalmente al tema de la educación en bioética y el Comité de Bioética de la Universidad de La Habana, que en coordinación con la Escuela Latinoamericana de Medicina comenzó a celebrar anualmente desde 2002 un Encuentro de Bioética de la Educación Superior.

La formación de recursos humanos en bioética se fue perfeccionando también, y a los tradicionales cursos introductorios se sumaron asignaturas curriculares en las maestrías de Genética Médica e Informática de la Salud, así como cursos sobre Ética de la Investigación Científica, el primero de estos últimos auspiciado por el Instituto Finlay de Vacunas y Sueros (1999). Se inició la formación especializada en bioética a nivel de diplomado, abierta casi al unísono durante el curso académico 1998-1999 en el Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas Victoria de Girón y la Facultad de Ciencias Médicas de Holguín, a las que se sumaría más tarde la Facultad de Ciencias Médicas de Sancti Spíritus. Bajo el auspicio del Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humano de la Universidad de La Habana, a fines de 2006 fue aprobado por el Ministerio de Educación Superior un programa de Maestría en Bioética. Es imposible soslayar la intensa actividad editorial en temas de bioética desarrollada por el Centro Félix Varela, que ha sido determinante para la divulgación de los autores nacionales.

La bioética médica cubana no reniega del aporte que para la ética clínica ha representado el sistema de principios de Beauchamp y Childress, si se les aplica la jerarquización preconizada por Diego Gracia, pero le confiere un color propio al destacar la responsabilidad con que debe ser ejercida la beneficencia, así como la solidaridad como máxima expresión de la justicia. La década transcurrida entre la primera edición y la presente de *Bioética. Desde una perspectiva cubana* ha sido testigo tanto del debate acerca de la validez del discurso bioético en nuestro medio, como de la evolución desde el restrictivo enfoque biomédico hacia la más abarcadora visión ambientalista potteriana.

Aportes desde Cuba a la bioética global sustentable

En la producción ensayística cubana sobre ética anterior a 1996, quienes ya en esa época nos dedicábamos a temas propios de la bioética –la mayoría profesores de facultades de Ciencias Médicas o centros de investigación vinculados a la

salud y la biomedicina— aún nos concentrábamos en el análisis de los conflictos de valores morales en el campo de una bioética médica con el rasgo distintivo que le confería el contexto de una salud pública socializada y humanista. Un documento trascendente por la profundidad teórica de la mayoría de las contribuciones que lo conforman, el *Boletín del Ateneo Juan César García* correspondiente a julio-diciembre de 1995, el cual se dedicó íntegramente al tema de filosofía y salud, significó un real aporte a la discusión nacional sobre la cuestión de la relación objeto-sujeto en la consideración de la determinación de la salud humana, así como de diversos aspectos de la política social y las políticas sanitarias y los factores de conservación y cambios de los paradigmas médicos, entre otros temas. Aunque el análisis de las tendencias del debate bioético de entonces fue incluido, y se me asignó la tarea de desarrollarlo, hoy estimo que no rebasé el enfoque biomédico y me concentré demasiado en los problemas de la micro y macrobioética médica.

La primera edición de *Bioética. Desde una perspectiva cubana*, que se realizó a fines de 1997 y vio la luz a principios del siguiente año, empieza a marcar tímidamente el punto de inflexión hacia la búsqueda del equilibrio necesario entre bioética médica y bioética global. Ya en ese momento se estaba produciendo una toma de conciencia acerca de la importancia de la bioética global potteriana para el desarrollo teórico y metodológico de la disciplina en Cuba, y como editor científico de la obra tuve la intención de que existiera al menos una modesta presencia de ese enfoque en el libro. Hasta cierto punto esto se logró, e incluso se acopió material suficiente para conformar un capítulo que se tituló «Civilización, medio ambiente y salud».

En uno de nuestros aportes al libro, el artículo «El escenario postmoderno de la bioética», al reflexionar sobre la encrucijada de la noción de progreso al que condujo el desarrollo material a ultranza típico de la modernidad, y que ya en esos momentos sufría el desboque del capitalismo neoliberal, planteamos claramente la necesidad de una bioética de la intervención:

Si existe la real voluntad de salvar a la humanidad del holocausto ecológico, y de emprender el camino del desarrollo sostenible, se precisa de una nueva mentalidad, de un compromiso eficaz con el hombre y con la vida, de una «nueva cultura» planetaria «con todos y para el bien de todos» [...]

[...] Crear conciencia en el campo espiritual, y reclamar cambios en lo social y económico, es el gran reto de corrientes de pensamiento actuales como la bioética, la ecosofía y la ecología política, pero más que de estas, es el gran desafío de la humanidad contemporánea, si no quiere dejar de serlo.⁶²

En otro trabajo contenido en el libro, Rafael Araujo González propone un sistema de principios alternativo a la «mantra» de Georgetown; accesibilidad,

⁶² J.R. Acosta Sariego, M.C. González. «El escenario postmoderno de la bioética.» En *Ibídem*: 21.

participación y equidad son a su juicio más adecuados para nuestro contexto periférico, y lo argumenta de la siguiente manera:

En sociedades desarrolladas, donde la garantía de un *status* de vida medio, incluida la salud, no constituye una preocupación para la mayoría de la población, es aceptable como cuestión perentoria, la discusión sobre el enfrentamiento beneficencia-autonomía-justicia, como principios que conduzcan a la discusión bioética [...] Pero cuando se evalúa la necesidad de un cambio estructural en nuestras sociedades subdesarrolladas y socialmente desprotegidas, el problema en discusión no encuentra solución en las relaciones interpersonales [...] sino en el plano social global.⁶³

Un criterio coincidente con el anterior, y con el cual finalizo este muestreo de los atisbos de bioética global sustentable de las dos primeras ediciones de *Bioética. Desde una perspectiva cubana*, es el que expresan Ubaldo González Pérez, Jorge Grau Ávalo y María Antonia Amarillo Mendoza al criticar el énfasis en cuanto a las cuestiones de la calidad de vida individual presentes en los eventos clínicos al principio y final de la vida humana, que son aún hoy tópico recurrente de la bioética médica.

[...] si en bioética se reconoce y se trabaja encomiásticamente en relación a la calidad de vida en el momento de la muerte [...]

[...] Se debe priorizar la polémica a todos los problemas globales, sociales, grupales e individuales que afectan la vida, el ecosistema y la calidad de vida del género humano, y también focalizar sobre qué condiciones socioeconómicas de vida, qué garantías jurídicas y qué educación moral necesita el hombre para que sus decisiones no constituyan una violación de los principios morales de la cultura universal.⁶⁴

En 1999 se publican dos libros que marcan el proceso de confluencia plena del pensamiento ambientalista y bioético cubano en la consolidación de una visión propia de la bioética global sustentable. Los textos son *Ecología y sociedad. Estudios*, bajo la edición científica de Carlos Jesús Delgado Díaz y Thalía M. Fung Riverón,⁶⁵ y *Cuba verde. En busca de un modelo para la sustentabilidad*, también con la edición científica de Carlos J. Delgado. En los aportes que hice a ambas obras evidencí la vocación de la bioética médica por concentrarse en la cuestión de las relaciones interindividuales de la atención de salud y la investigación biomédica, criterio coincidente con los de otros autores anteriormente

⁶³ R. Araujo. «Hacia una bioética latinoamericana.» En *Ibidem*: 30.

⁶⁴ U. González, J. Grau, M.A. Amarillo. «La calidad de vida como un problema de la bioética.» En *Ibidem*: 285.

⁶⁵ Un texto de similar título y bajo el cuidado de los mismos editores había sido publicado en 1996 por la Editorial del Centro Nacional de Investigaciones Científicas y la Sociedad Cubana de Investigaciones Filosóficas, pero dado que esa edición fue limitada y los trabajos sobre bioética esencialmente son los mismos, prefiero adoptar la fecha de la publicación por la Editorial José Martí, que lo difundió a través del sistema comercial y con ello puso estos conocimientos a disposición del gran público. (*Nota del autor.*)

citados en cuanto a la necesidad de ampliar el horizonte bioético. Lo expresado puede resumirse en la siguiente cita:

[...] la bioética fundacional se ha enmarcado en el horizonte de la bioética médica [...]
 [...] Realmente poco haremos si nos ocupamos de los problemas particulares de la salud y no los enfrentamos en su integralidad, en la compleja urdimbre de sus relaciones con los procesos económicos, sociales y culturales del desarrollo [...].⁶⁶

En el propio año 1999, y auspiciado por la editorial ELFOS del Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología, se celebró en La Habana el Primer Taller Nacional sobre Organismos Modificados Genéticamente, las ponencias presentadas fueron publicadas en la prestigiosa revista *Biotecnología Aplicada*. De mi aporte al evento extraigo estas citas en las que considero se expresa un intento de ofrecer un punto más de referencia a la fundamentación ética del análisis acerca del impacto medioambiental de los organismos vivos artificialmente diseñados.

La observancia del principio de responsabilidad, al favorecer la preservación del bien común, contribuye a crear un contexto material y social adecuado al equilibrio del hombre y la naturaleza, garantizando así que los valores y derechos individuales puedan tener realización efectiva [...]
 [...] El principio de justicia será efectivo en materia de investigación y utilización de los OMG y de las biotecnologías en general, si se alcanza la necesaria equidad en: compartir los beneficios, evaluar y enfrentar los riesgos potenciales, el acceso a la información genética acumulada y la transferencia de tecnologías. Este propósito solo será posible si se establece la necesaria cooperación Norte-Sur, lo que implicaría superar la injusta concepción neoliberal de la justicia...
 [...] Responsabilidad y justicia constituyen el imperativo ético para las investigaciones y ulterior utilización de los OMG. La observancia de ambos principios es consustancial para que este logro de la cultura repercuta en el beneficio de la sociedad en su conjunto y no se convierta en un aditamento más del ejercicio de un poder hegemónico.⁶⁷

Es evidente que un enfoque global de la bioética no puede soslayar los problemas del desarrollo y las relaciones económicas y sociales que subyacen en las aplicaciones tecnológicas a la vida social, para lo cual el marco teórico-metodológico que ha funcionado en el ámbito de la bioética médica resulta aquí insuficiente. Si bien ya Araujo había planteado un sistema referencial diferente para el análisis y solución de los problemas propios de una macrobioética médica (accesibilidad, equidad y participación), en el presente

⁶⁶ J.R. Acosta Sariego. «Bioética, civilización y desarrollo sostenible.» En Carlos J. Delgado (editor científico). *Cuba verde. En busca de un modelo para la sustentabilidad*. La Habana, Editorial José Martí, 1999: 77-8. [Colección Tierra y Espacio]

⁶⁷ J.R. Acosta Sariego. «Los organismos modificados genéticamente. El poder blando del Tercer Milenio.» *Revista Biotecnología Aplicada* [La Habana], 1999; 16 (no. especial): E29-E31.

aporte se precisa que el actuar justo debe ser también responsable, dado que los procesos en juego van más allá de la salud humana –aunque la incluyen– y se extienden a la estabilidad de los ecosistemas y la supervivencia de la vida en general.

En el *Glosario de bioética* de Rafael Torres Acosta, publicado en 2001, aparecen definidos los términos de bioética ambiental, bioética global y bioética profunda,⁶⁸ lo que es un elemento más que apunta al reconocimiento de la visión holística de la disciplina en nuestro país. Sin embargo, *Bioética para la sustentabilidad*, que vio la luz en 2002, representa la eclosión de la bioética global sustentable en Cuba, no solo porque en todo el libro flote un aura de homenaje a Potter, sino también, e independientemente de las desigualdades de toda obra colectiva, por sus aportes a la consolidación de la perspectiva ambientalista de la disciplina. De los muchos y muy variados trabajos de calidad que conforman la obra, traigo a colación dos que me parecen imprescindibles. Jesús Armando Martínez Gómez en su artículo «Proyectos para una bioética global» perfila definitivamente los principios que deben regir los destinos de una interpretación integradora de la disciplina.

La bioética médica ha insistido más en la solidaridad grupal, fundada en la ética del tener, que en la solidaridad global basada en el modo de ser [...]

[...] Desde la perspectiva señalada sería muy difícil desarrollar una responsabilidad global solidaria. Un principalismo donde el respeto a la autonomía sea considerado un principio de jerarquía superior, será muy difícil de insertar en el contexto de una responsabilidad verdaderamente solidaria, con proyecciones globales y no individuales o grupales [...]

[...] El puente concebido por Potter fue el desarrollo de una ética global, pero las vigas o cimientos de este puente no pueden ser otros que la solidaridad y responsabilidad globales.⁶⁹

El matiz que anteriormente habíamos atribuido a la perspectiva cubana de la bioética médica de interpretar la beneficencia con responsabilidad y la justicia como solidaridad, ahora en el caso de la bioética global sustentable, queda plenamente considerado al entender Jesús Martínez que dichos principios (responsabilidad y solidaridad) son los adecuados para servir de punto de partida a un proceso de deliberación y búsqueda de soluciones moralmente válidas a los conflictos de valores morales propios de la aplicación del conocimiento en las condiciones de un mundo desigualmente escindido. Se establece así una tangencia entre lo que ha ido produciendo el pensamiento bioético de América Latina y el Caribe con el generado en Cuba.

Bebiendo de la idea de Diego Gracia acerca de la jerarquización de los principios éticos, en esta abigarrada propuesta de autores latinoamericanos se

⁶⁸ R. Torres. *Glosario de bioética*. La Habana, Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela. 2001: 14.

⁶⁹ A. Martínez. «Proyectos para una bioética global.» En J.R. Acosta Sariego (editor científico). *Bioética para la sustentabilidad*. Ob. cit.: 228-31.

puede colegir que cada visión de la bioética, sea esta médica o global, requiere de un sistema propio aunque necesariamente interdependientes el uno del otro, ya que solo interpretan niveles diferentes de una misma complejidad.

La concepción global de la bioética y su interrelación con la sustentabilidad del desarrollo conduce inevitablemente a la biopolítica, la acción ciudadana para alcanzar que la responsabilidad solidaria se materialice en políticas que necesariamente incluyen la participación protagónica tanto de la sociedad civil como de los Estados y las organizaciones internacionales de carácter gubernamental o no. Lograr la vertebración y coherencia de estos esfuerzos transita por un cambio sustancial de la educación en valores donde lo moral deja estar separado del conocimiento y pasa a ser parte constitutiva de este. La bioética, así interpretada, es una cuestión de toda la sociedad y no una temática de la discusión académica entre una elite de iniciados.

La bioética formulada por Potter representa una ruptura cultural profunda. Se exige del hombre la reconciliación de la moralidad y el saber como entidad única; que lo moral sea incorporado al conocimiento como componente importante de la objetividad y legitimidad del saber. Una propuesta de acciones para la formación de sujetos responsables en un entorno cultural de cambio. Ella está llamada a producir una revolución del saber humano, y fue definida por su autor en términos que enfatizan este reclamo [...].⁷⁰

El problema así planteado por Carlos Delgado acerca de la responsabilidad de cada miembro de la sociedad con el destino del conocimiento es tratado en otra faceta por Luis López Bombino, que en «El saber ético de ayer a hoy» retoma el tema desde la legitimidad moral del trabajo científico y su ineludible compromiso social. Para este estudioso de la educación en valores, la misión de la formación ética del científico se plantea de la siguiente manera:

Pensar en la ciencia y la tecnología es también meditar en la responsabilidad de quienes la hacen y la ejecutan, pues ¿qué sería de la creatividad científica si no se piensa en sus consecuencias sociales y morales? No es por gusto que el culto por la novedad, por lo original, no puede descuidar su significado axiológico, pues la apetencia por cosas nuevas ha guiado al hombre de ciencia a extremas angustias.

La ciencia no puede permanecer al margen de los conflictos sociales y humanos, por eso la función del científico no es solo la de producir saber objetivo, neutral, sin que su trabajo sea influenciado por la sociedad en que vive trabaja y crea.⁷¹

Quiere esto decir que esta revolución cultural hacia la responsabilidad solidaria en el uso del conocimiento implica un replanteo del papel social de la ciencia y la tecnología. En una época en que el conocimiento biológico y digital marcan

⁷⁰ C. J. Delgado. «Cognición, problema ambiental y bioética.» En *Ibidem*: 153.

⁷¹ L.R. López Bombino. «Ética, ciencia y responsabilidad.» En L.R. López Bombino (comp. y coord. académico). *El saber ético de ayer a hoy*. T. II. Editorial Félix Varela, La Habana, 2004: 81.

el paso del progreso científico, resulta inaceptable que estos «comunes» estén siendo objeto de un proceso de privatización galopante que margina a quienes carecen de acceso a ellos y nutre a difusos entes corporativos que mueven los hilos de un poder blando y avasallador.

Por ejemplo, las despiadadas presiones políticas y económicas que las transnacionales de las biotecnologías han ejercido a través de sus agentes, los gobiernos de los países industrializados, con el fin de obtener patentes de bioprospección sin que se asegure la compensación debida a los dueños de estos recursos, los países del Sur, se ha constituido en una tendencia evidenciada en los procesos negociadores de tratados de libre comercio entre Estados Unidos de América y varios países de Centro y Suramérica, a despecho de lo previsto en el Convenio sobre la Diversidad Biológica en cuanto a la obligación de compartir los riesgos y beneficios.

[...] la bioética fue promovida bajo la conciencia de establecer barreras morales a las nuevas formas de intervención en los procesos biológicos que acarreaban serios biopeligros —plantea Eduardo Freyre Roach—. Pero no se debe olvidar que en la connotación que ha alcanzado la bioética en la actualidad intervienen otros factores, por ejemplo, el interés en que exista un orden más justo de distribución de los beneficios de la ciencia y la técnica.⁷²

Insiste Freyre en un planteamiento recurrente de la producción de literatura bioética de América Latina, la cuestión de la interrelación entre bioética y biopolítica, y con ello al tema de las desigualdades de acceso a los frutos del conocimiento. Carlos Delgado, en su aporte a ese magnífico texto, «Heterogeneidad social en la Cuba actual», asegura que tres de los puntos de ruptura que la bioética ha introducido al pensamiento ético contemporáneo tienen valor metodológico para el análisis de las desigualdades sociales. Son estos:

- La consideración de la naturaleza y la sabiduría que emana de su estudio como fuente de moralidad.
- La exigencia de considerar integradas la perspectiva social general, la comunitaria y la individual.
- La orientación valorativa a la búsqueda de estados sociales sustentables que superen los presupuestos políticos de la ética capitalista.⁷³

La bioética global sustentable representa entonces la síntesis de estos presupuestos y enlaza al pensamiento bioético con la ecología política en la búsqueda de modelos de organización social sustentables como alternativa al capitalismo neoliberal. El siglo XXI, afirmó Potter, debe ser el siglo de la bioética global, o de

⁷² E. Freyre. «La bioética: enfoque imprescindible.» En L.R. López Bombino, A. de Armas, M.E. Porto (comps.). *Por una nueva ética*. La Habana, Editorial Félix Varela, 2004: 277.

⁷³ C.J. Delgado. «Bioética, desigualdad y política.» En L. Íñiguez, O. Everleny Pérez (comps.). Ob. cit.: 325-6.

lo contrario presenciará el holocausto de la sexta extinción. Pedro Luís Sotolongo es optimista al respecto:

Y quizás marchando a lo largo de ese camino epocal arribemos a la tierra prometida de una visión holística de la vida (humana y otras). Enfoque integral y global de lo que atañe a la vida, cuya metáfora básica sea no la de la lucha y la competencia (la supervivencia del más apto), sino la de la fraternidad y la cooperación entre los seres humanos en aras de la preservación global de esa vida. Para ello también hará falta una bioética global.⁷⁴

La búsqueda de un modelo de sociedad sustentable es uno de los pilares de la concepción del pensamiento cubano acerca de la bioética global. Las profusas citas que soportan este trabajo permiten aseverar la certeza de que para los autores cubanos el ideal potteriano solo es posible de ser alcanzado en un entorno de responsabilidad solidaria ejercida concertadamente desde toda la sociedad, Estado y sociedad civil, hacia adentro y hacia afuera de las fronteras nacionales, haciendo valer como brújula la máxima martiana de que «Patria es humanidad», trasmutada tal vez en que «Patria es la biosfera», por la cual, y en la cual, la humanidad existe.

Cuba, que se encuentra a la misma distancia –tan lejos o tan cerca– que los demás países del mundo, de la creación de una teoría bioética global, holística y unificada, es uno de los países periféricos que [...] está haciendo –a pesar de estar sometida al más prolongado y férreo bloqueo– una esforzada contribución a la práctica bioética [...].⁷⁵

La bioética como nuevo saber, ¿ética aplicada o metaética?

La introducción de los nuevos referentes de la bioética originó una primera línea de debate nacional centrada en la validez de su discurso para las condiciones objetivas y subjetivas de la Cuba de los años 90, inmersa en profundos cambios económicos y sociales encaminados a lograr la supervivencia del proyecto social revolucionario.⁷⁶ Finalmente, ha prevalecido una tendencia mayoritaria de los autores cubanos que reconocieron el signo positivo de la bioética a pesar de una partida de nacimiento rubricada en un contexto central de cultura anglosajona y economía capitalista liberal, el cual le imprimió características que requerían ser recreadas desde nuestra realidad.

El reconocimiento definitivo de la validez de la bioética para Cuba, por el extremo alcance que este ha tenido hacia nuestra opinión pública, provino del

⁷⁴ P.L. Sotolongo. «La bioética como una disciplina crítica.» En J.R. Acosta Sariego (editor científico). *Bioética para la sustentabilidad*. Ob. cit.: 84-5.

⁷⁵ D. Piedra. «La intervención bioética.» *ILÉ. Anuario de ecología, cultura y sociedad* [La Habana], 2004; 4, (4): 178.

⁷⁶ M. Pérez, J.L. Flores, C. Singh, G. Paredes. «Ética médica y bioética.» En *Lecturas de filosofía, salud y sociedad*. La Habana, Editorial de Ciencias Médicas, 2000: 157-8.

curso televisivo *Ética y sociedad*, que se transmitió en 2006 por las emisoras de alcance nacional dentro del programa de cursos de *Universidad para Todos*. En el tabloide de apoyo bibliográfico a dicho curso, elaborado bajo la redacción general de Nancy L. Chacón Arteaga, y que circuló profusamente en todo el país, se consigna lo siguiente:

La bioética se está convirtiendo en un idioma universal de dimensiones éticas relevantes. En su empeño de resaltar el papel benéfico que ha de desempeñar la ciencia para el bienestar de la humanidad, ofrece soluciones interdisciplinarias y se opone al irrespeto, a la corrupción y a cualquier intento discriminatorio que afecte a la humanidad, a la dignidad del ser humano y repercuta nefastamente en el medio ambiente. En esta perspectiva es que constituye una necesidad que la bioética debe llegar a todos los ciudadanos como un nuevo saber. Para ello es imprescindible educar a la población sobre los principios fundamentales de la bioética en la esfera de la educación y sus derechos como sujetos potenciales de investigación en todos los campos del saber.⁷⁷

No obstante lo anterior, es lógico que como toda disciplina en desarrollo, la bioética, aunque responda a una determinada necesidad social tenga insuficiencias y límites. Thalía Fung Riverón, presidenta de la Sociedad Cubana de Estudios Filosóficos, en un seminario sobre el tema auspiciado por la Sociedad Cultural José Martí, hizo un equilibrado análisis sobre el lugar de la bioética en el pensamiento contemporáneo, del cual transcribo algunas ideas.

¿Posee un espacio sustantivo la bioética en el pensamiento filosófico contemporáneo? Definitivamente sí. En el caso de las ciencias médicas, donde ocupa un espacio mayor de reflexión y de aplicación, ha asumido la característica de rescatar los valores humanos ante la preeminencia de los científicos (saber) y de los tecnológicos (procederes). Sin embargo, nos sentimos obligados a augurar que ella tendrá que proyectarse en el futuro como una disciplina rectora para los problemas éticos que plantean las ciencias médicas, con una dimensión de mayor identidad al tratar la ética en relación con las ciencias de la vida y como integrante de una ética ambiental. Dicho camino tendrá que seguir, a la vez, una relación sucesiva y sincrónica. Mientras, la ética biomédica significará una concientización acerca de los desafíos nuevos que enfrentan las ciencias médicas, de los cuales no es, ni remotamente el menor, el elitismo de sus receptores principales.⁷⁸

Una crítica recurrente que ha recibido la bioética es una supuesta inconsistencia de su método. Se le imputa un cierto relativismo ético al admitir el código múltiple para el análisis y búsqueda de solución a los problemas que considera. Esto, lejos de ser un defecto sería una virtud en las condiciones del mundo de hoy,

⁷⁷ *Ética y sociedad*. Tabloide del curso de Universidad para todos. Editado por *Juventud Rebelde*. La Habana, 2006: 9.

⁷⁸ T. Fung. «¿Posee un espacio sustantivo la bioética en el pensamiento filosófico contemporáneo?» Conferencia dictada en el Seminario-Taller del ciclo Cuba-Estados Unidos. La Habana, Sociedad Cultural José Martí, junio de 2000: 4-5.

caracterizado por la preponderancia de un modelo hegemónico y del dominio casi absoluto de las culturas centrales de los medios de difusión científica y masiva. Parece cumplirse aquí lo expresado por Esperanza Guisán en su *Introducción a la ética*, acerca de que no hay una única respuesta con respecto a este saber, no existe una ética, sino diversos e incluso antagónicos puntos de vista acerca de la disciplina. La bioética funciona entonces como una formación reactiva de reafirmación multicultural. Por ejemplo, en el texto del borrador de la *Declaración Universal del Genoma y los Derechos Humanos* aparecía recurrentemente la palabra democracia en una interpretación signada por las escalas de valores y los símbolos occidentales. El debate en el seno del Comité Consultivo Intergubernamental de Bioética esto fue superado. De haber permanecido como originalmente estaba consignado, hubiese significado la imposición del modelo democrático burgués occidental como único espacio posible para el ejercicio pleno de los derechos humanos en materia genética. Pero esta decisión sería contraria al espíritu de la bioética en sí mismo, por lo que se decidió retirar toda alusión de ese tipo del documento definitivamente aprobado por la Asamblea General de la UNESCO a fines de 1997.

A pesar de estos avances en cuanto al reconocimiento de la legitimidad de la bioética como disciplina en el contexto cubano, la discusión teórica nacional sobre el alcance de la disciplina, de su lugar dentro de la estructura de la ética, no es un asunto concluido. Prestigiosas personalidades de los estudios éticos como Luís López Bombino consideran que configura como una ética aplicada a los problemas y conflictos de valores morales presentes en los usos tecnológicos del saber científico y su impacto en la cultura y la sociedad contemporánea. Sin embargo, Thalía Fung entiende que:

[...] el saber bioético está en plena construcción [...] uno de los elementos característicos de dicho saber es conocer la vinculación entre la concepción y la instrumentación, en lo cual se diferencia de gran parte de la filosofía contemporánea. Su carácter global y local lo emparentan de modo cercano con el «ambiente» y padece de las mismas dificultades operacionales que aquejan a este último, a la vez que conjuga, también como él, lo teórico y lo empírico, lo absoluto y lo contaminado con ciencias diversas, la circularidad de sus conceptos y su papel mediatorio tanto horizontal como de modo vertical.

Este tipo de saber engloba no solo los fenómenos específicos de la vida, sino también su interrelación con los componentes no orgánicos. Luego, de hecho, se hace presente en toda la reflexión científica y trasciende al carácter normativo, pero no puede excluirlo. Entonces, en esta red amalgama ¿dónde encontraríamos su identidad sustantiva y metodológica? En la totalidad. En ello se diferencia de la generalización filosófica propiamente dicha, pero recorre la subjetividad y la naturaleza, sin que podamos darle prioridad a ninguna de las dos, porque ambas constituyen lo uno, con una preeminencia diversa contextualizada por el devenir.⁷⁹

⁷⁹ T. Fung. «La bioética: ¿un nuevo saber?» En J.R. Acosta Sariego (editor científico). *Bioética para la sustentabilidad*. Ob. cit.: 48.

Carlos Jesús Delgado Díaz ha defendido el estatuto de la bioética como un nuevo tipo de saber, como un nuevo enfoque de cómo comprender el conocimiento científico a través del prisma de los valores.

[...] Es sumamente significativo que la propuesta de un nuevo saber desde la práctica de la vida –la bioética holística de Potter–, coincidiera en su versión definitiva con las ideas elaboradas por el ambientalismo, y se proyectase así, como una ética ambiental, ecológica.⁸⁰

En una de sus obras más recientes, aún en prensa, *Hacia un nuevo saber. La bioética en la revolución contemporánea del saber*, que obtuvo el prestigioso premio de ética Elena Gil en 2005, Carlos Delgado realizó un análisis lógico histórico del desarrollo de la bioética como disciplina desde su doble alumbramiento como bioética médica y bioética global, y en el transcurso de su exposición profundiza la idea de que lo distintivo de la bioética como teoría y aplicación ética es haberse constituido en un nuevo tipo de saber que trasciende la racionalidad moderna.

La bioética global completa la integración del nuevo saber y la ruptura con la racionalidad clásica realizada de conjunto en la epistemología de segundo orden, el pensamiento de la complejidad y el holismo ambientalista [...]

[...] En fin, la superación de las nociones tradicionales de superioridad humana basadas en el conocimiento científico, el rescate del hombre como persona y la integración de su mundo social y natural.⁸¹

Este debate cubano acerca de lugar la bioética en la estructura de la ética es del más alto vuelo teórico y su propia existencia constituye una contribución al desarrollo de la disciplina.

Conclusión

La bioética como disciplina irrumpió en Cuba inicialmente como ética biomédica. Sin embargo, en el proceso de recreación teórica y práctica de la disciplina, aun dentro de ese estrecho marco, se ha desarrollado una tendencia que, partiendo de la propuesta principalista anglosajona y su jerarquización por niveles introducida por Diego Gracia, ha generado una reinterpretación autóctona donde el principio de justicia, entendido desde la solidaridad, representa la elevación a nivel de deber moral perfecto de la obligación de compartir lo que se tiene en materia de recursos para la salud, es un paso más allá de la clásica distribución de «darle a cada cual lo suyo», por el de «darle a cada cual lo que necesita», con el solo límite marcado por la eficaz y eficiente utilización de lo disponible de acuerdo con el

⁸⁰ *Ibidem* 69: 154.

⁸¹ C.J. Delgado. *Hacia un nuevo saber. La bioética en la revolución contemporánea del saber*. Premio Iberoamericano de Ética Elena Gil 2005. La Habana, Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, 2006. (En prensa)

resultado de la deliberación entre los criterios individuales y sociales acerca de las necesidades objetivas y subjetivas de salud que resulte en soluciones justas para todos y la garantía del bien común. Practicar la beneficencia con responsabilidad implica la consideración del derecho de autonomía de los usuarios de los servicios de salud dentro del respeto general por su integridad biológica, psicológica y social. Actuar con responsabilidad requiere de la aceptación de los valores individuales y al mismo tiempo del deber de educar a las personas y grupos en el reconocimiento de sus necesidades y en la cultura del diálogo deliberativo.

Durante la última década, la acepción de la disciplina como bioética global sustentable ha repuntado con tal fuerza que se ha ido equiparando en cuanto a producción científica con la biomédica. Una contribución devenida de este esfuerzo intelectual ha sido la comprensión de la bioética como un nuevo tipo de saber que trasciende los estancos legados por la racionalidad moderna y reconcilia al hombre con la naturaleza. La necesidad de un punto de partida, de un momento ontológico, que se corresponda con la problemática ambiental global ha constituido a la responsabilidad y la solidaridad como sus principios rectores y guía de esta bioética global pensada a la cubana, comprometida con una acción biopolítica enrumbada al uso racional y equitativo de los «comunes» en el marco de una sociedad sustentable y un orden mundial justo.

Bibliografía

- Beauchamp, T.L., James F. Childress. *Principles of Biomedical Ethics*. 5ª edición. Nueva York, Oxford University Press, 2001.
- Castro Díaz-Balart, F. *Ciencia, tecnología y sociedad*. La Habana, Editora Política, 1991.
- Chacón, N. *Moralidad histórica, valores y juventud*. La Habana, Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, 2000.
- Couceiro, A. (edit.). *Bioética para clínicos*. Madrid, Editorial Tricastela, 1999.
- D'Angelo, O. *Sociedad y educación para el desarrollo humano*. La Habana, Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, 2001.
- . *Autonomía integradora y transformación social: el desafío ético emancipatorio de la complejidad*. La Habana, Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, 2005.
- Díaz Canals, T. *Moral y sociedad. Una intelección de la moral de la primera mitad del siglo XIX cubano*. La Habana, Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, 2002.
- . *Ver claro en lo oscuro. El laberinto poético del civismo en Cuba*. La Habana, Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, 2003.
- Elizalde, A. *Desarrollo humano y ética para la sustentabilidad*. Buenos Aires, PNUMA-Universidad Bolivariana-CACID Editora, 2004.
- Engelhardt, T. *Los fundamentos de la bioética*. Barcelona, Paidós, 1995.
- Fuentes, M. *Mediación en la solución de conflictos*. 2ª ed. La Habana, Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, 2001.
- García, G., F. Garzón (comps.). *Bioética e investigación científica. La protección de la vida, un compromiso ético y científico*. Santa Fe de Bogotá, Universidad Militar de Nueva Granada, 2002. [Serie Pedagógica y Humanística, 4.]

- García, J.M., O. Rey. *Foros de negociación e instrumentos jurídicos internacionales en materia de medio ambiente y desarrollo sostenible*. La Habana, Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, 2005.
- Garzón, F. *Bioética. Manual interactivo*. Bogotá, 3R Editores, 2000. [Colección Bioética.]
- Hart, A. «La cultura para el desarrollo. Un desafío de estos tiempos.» *Cultura y Desarrollo* [La Habana], 2000; vol. 1, febrero.
- . *Marx, Engels y la condición humana. Una visión desde Cuba*. La Habana, Editorial de Ciencias Sociales, 2005.
- Heineke, C. (comp.). *La vida en venta: Transgénicos, patentes y biodiversidad*. San Salvador, Ediciones Heinrich Böll, 2002.
- Jecker, N.S., A.R. Jonsen, R.A. Pearlman (editores). *Bioethics. An Introduction to the History, Methods and Practice*. Sudbury, Massachusetts, Jones and Bartlett Publishers, 1997.
- Lage, A. «La ciencia y la cultura: las raíces culturales de la productividad.» *Cuba Socialista* [La Habana], 2000; (20): 14.
- Lolas, F. *Bioethics. Moral dialog in life sciences*. Santiago de Chile, Editorial Universitaria, 1999.
- Lolas, F., Á. Quezada, E. Rodríguez (editores). *Investigación en salud. Dimensión ética*. Santiago de Chile, Centro Interdisciplinario de Estudios de Bioética, Universidad de Chile, 2006.
- López Bombino, L.R., L. Fernández. *Ética, profesión y humanismo. Cinco intentos interpretativos*. Rosario, Argentina, Editorial Futuro, 1995.
- Martínez Heredia, F. *En el horno de los 90*. Buenos Aires, Ediciones Barbarroja, 1999. Hay edición cubana (Editorial de Ciencias Sociales, 2005.)
- Morin, E. *Los 7 saberes necesarios para la educación del futuro*. París, UNESCO, 1999.
- Pellegrini Filho, A., R. Macklin (editores). *Investigación en sujetos humanos: experiencia internacional*. Santiago de Chile, Programa Regional de Bioética OPS-OMS. 1999. [Serie Publicaciones]
- Sotolongo, P.L. *Teoría social y vida cotidiana. La sociedad como sistema dinámico complejo*. La Habana, Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, 2005.
- Villarreal, J., S. Helfrich, A. Calvillo [comps.]. *¿Un mundo patentado? La privatización de la vida y el conocimiento*. San Salvador, Ediciones Heinrich Böll, 2005.

Hacia una bioética latinoamericana

Rafael Araujo González



No es propósito de este trabajo plantear la creación de una disciplina científica para una región geográfica determinada, sino dirigir el análisis bioético hacia las peculiaridades esenciales de la realidad latinoamericana en que vivimos. Se trata de desarrollar valores que correspondan a las características de la realidad donde ellos existen, y no de importarlos desde realidades distintas a las nuestras, sin menoscabar su universalidad.

La inmersión en el mundo teórico de la bioética, como nueva disciplina científica, y la participación continuada en diversos foros relacionados con ella, me han conducido al intento teórico de responder a preguntas surgidas de su reciente nacimiento y desarrollo ascendente. Estas están relacionadas con la legitimidad del propio término «bioética»; con el carácter, adecuado o no, del instrumental conceptual que viene de los países centrales o desarrollados bajo las condiciones de los periféricos o subdesarrollados y con la fundamentación, o no, a partir de lo anterior, de la necesidad de la existencia de una bioética latinoamericana.

Los orígenes de la bioética pueden remontarse a los resultados de algunas prácticas fascistas en seres humanos durante la Segunda Guerra Mundial. Como consecuencia de esto fue dictado el Código de Nuremberg, en 1947, el cual resaltaba la necesidad del «consentimiento voluntario» del paciente en la

realización de cualquier tipo de investigación o práctica con seres humanos. A los principios de la beneficencia y no maleficencia contenidos desde la antigüedad en el juramento hipocrático, se le añadía ahora la autonomía del paciente como principio irrecusable de la práctica médica.

En 1964 se aprobó la Declaración de Helsinki por la Asociación Médica Mundial, que ha sido modificada en sucesivas Asambleas Médicas Mundiales, hasta la más reciente de Edimburgo 2000. Este instrumento internacional ha establecido progresivamente diversas precisiones en las reglamentaciones y normativas relativas a las investigaciones médicas que involucran a seres humanos.

Por otra parte, en 1966, fueron aprobados por la ONU otros instrumentos jurídicos, como los pactos internacionales sobre derechos económicos, sociales y culturales y de derechos civiles y políticos; mientras que las Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas y la Organización Mundial de la Salud aprobaron, en 1993, las Normas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos.

En medio de todo este proceso de normativas y reglamentaciones necesarias para garantizar la continuidad del desarrollo racional y humanizado de las investigaciones biomédicas, el desarrollo científico-técnico en la esfera de la medicina trajo consigo nuevos problemas de connotación ética que era necesario enfrentar y resolver. Los problemas derivados de las nuevas condiciones del paciente moribundo bajo las circunstancias de los cuidados intensivos, la trasplantología, la maternidad subrogada, la aparición del SIDA, entre otros, constituyeron problemáticas que hicieron necesario precisar y reconceptualizar la muerte, la vida, la maternidad, la paternidad, la libertad y los derechos del hombre. El enfrentamiento del médico a tales problemas y la necesidad de la toma de decisiones condujeron a un proceso de consideraciones acerca de lo bueno y lo malo, lo correcto y lo incorrecto en la actitud del médico frente a ellos.

En el contexto de este conjunto de hechos y valoraciones, el oncólogo norteamericano V. R. Potter propuso, entre 1970 y 1971, el término «bioética» para resaltar el enorme desarrollo de los hechos biológicos en la segunda mitad del siglo xx y la necesidad de compensarlo con una evolución de la dimensión de los valores. Se propuso así, «una disciplina que enlazara la biología con las humanidades en una “ciencia de la sobrevivencia».¹ De manera que bioética significa reflexión sobre los valores emanados del desarrollo biológico o de las ciencias de la vida. Es precisamente en este punto donde se presenta la primera cuestión polémica.

La legitimidad del término

Desde la antigüedad, la existencia de la ética como ciencia filosófica y de la ética médica como sistema de conceptos morales acerca de los procedimientos del médico

¹ M.H. Kottow. *Introducción a la bioética*. Santiago de Chile, Editorial Universitaria, 1995: 52.

incluidos ya en el Juramento Hipocrático, constituyen el primer obstáculo planteado al uso del prefijo «bio» en la nueva terminología propuesta; se plantean así varias interrogantes: ¿Se necesita usar este prefijo para designar el papel de los valores morales en la toma de decisiones frente a los nuevos problemas emanados del desarrollo médico-biológico?; ¿acaso no puede ser esto resuelto con la actualización de la vieja ética médica tradicional mediante el análisis de los nuevos problemas surgidos del desarrollo científico-técnico?

La ética médica tradicional estaba basada fundamentalmente en la relación médico-paciente, en los procedimientos del médico frente los enfermos, y distinguía en última instancia los problemas emanados de esta relación, de los que resultaban de la relación médico-personal paramédico y/o médico-terceras personas vinculadas al enfermo. Las nuevas situaciones derivadas del desarrollo de la ciencia y la tecnología médicas descubren nuevos problemas de significación ética que van más allá de la vieja consideración de partida de la ética médica tradicional. La definición de la muerte frente al fenómeno muerte encefálica, la decisión de la filiación frente a una maternidad subrogada en litigio, la elección del receptor frente a un grupo de pacientes que esperan un trasplante, todos son ejemplos que rebasan las viejas consideraciones ético-médicas tradicionales.

La necesidad de la discusión bioética es indiscutible cuando en el perfeccionamiento de la práctica médica se precisa no solo determinar la científicidad de los hechos, sino también analizar el papel de los valores humanos en el acto médico. La calidad de la atención médica se adquiere no solo con adecuados procedimientos con suficiente capacidad científico-explicativa, sino hace falta también que esos hechos estén acompañados de acciones ética y humanamente justificadas. Los valores se fundamentan sobre los hechos, existen a través de los hechos y se apoyan en ellos, pero al mismo tiempo se presentan desdoblados, pueden ser buenos o malos, correctos o incorrectos, y tienen su jerarquía propia de acuerdo con las peculiaridades socioculturales, las características socioclasistas y las peculiaridades del grupo donde tengan su existencia. Los hechos se perciben, los valores se estiman. La comprensión de tal conceptualización ayudará a entender la importancia vital de lo ético en la toma de decisiones acerca de los nuevos problemas aparecidos con el desarrollo científico-técnico en la medicina y la biología.

Por otra parte, Potter pretendía desarrollar una disciplina humanista que fuera más allá del conocimiento médico, abarcadora también de las implicaciones de los resultados del enorme desarrollo biológico logrado por el hombre y su influencia sobre la vida, no solo humana sino también vegetal y animal. La reducción de la bioética a la clínica, condujo a Potter más tarde a proponer el término «ética global», donde incluía problemas relacionados con la ética y la ecología, el desarrollo sostenible, el desarrollo de las generaciones futuras y el respeto por igual a todos los seres humanos, entre otros.

También George Alleyne, entonces director general de la OPS, durante la clausura del Seminario-Taller Bioética e Investigación –celebrado en la Habana

en 1995—, señalaba que la bioética no es más que la «ética de las cosas que tienen que ver con la vida».² En este sentido que lo abarca todo, holístico, es aceptable el término «bioética» en tanto disciplina que rebasa los límites de las estrechas relaciones interpersonales en la relación médico-paciente. La bioética, por definición, trasciende los límites de los problemas históricamente planteados por la ética médica tradicional.

Pero, ¿qué tendencias han presidido la bioética y su desarrollo en sus casi 35 años de existencia?

Tendencias de su desarrollo

En todo este período, el desarrollo de la bioética ha estado caracterizado por un pensamiento ético clínico, destinado a dirimir dilemas médicos existentes en los hospitales —sobre todo en el Primer Mundo—, como resultado de la aparición de nuevos problemas presentados y éticamente no resueltos antes. Así, el punto de partida de los análisis establecidos ha sido el llamado principalismo anglosajón, constituido por normas o reglas generales que han de conducir el debate en la toma de decisiones bioéticas. Su esencia consiste en la existencia de principios y reglas que dirigen desde un punto de vista metodológico la discusión bioética como elemento de partida.

La discusión de cada caso concreto ha de tener en cuenta, ante todo, las reglas del consentimiento informado, la veracidad y la confidencialidad, así como los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Este sistema de reglas y principios constituye un instrumento eficiente en la pragmática de la toma de decisiones ante los dilemas médico-clínicos; además, no debe olvidarse que «la bioética nace formalmente en los Estados Unidos, donde el utilitarismo ha tenido vigencia irrestricta y ha sido especialmente cultivado en su forma de pragmatismo —James, Dewey, Peirce».³

Las valoraciones de estas reglas y principios señalados se fundamentan en concepciones teóricas preexistentes que pueden ser predominantemente deontológicas o utilitarias. En Europa prevalecen con frecuencia los enfoques deontológicos, basados en principios que no dependen de contingencias externas y, al mismo tiempo, son siempre válidos. Tal conceptualización parte del imperativo categórico kantiano que «se diferencia de los imperativos hipotéticos en que estos son solo válidos en determinadas circunstancias».⁴ Estas son las llamadas éticas racionalistas o éticas del deber.

En los Estados Unidos de América, por el contrario, predomina el utilitarismo a partir de una concepción pragmática de la realidad, concepción profundamente

² G. Alleyne. «Discurso de clausura». Seminario-Taller «Bioética e Investigación». Programa Regional de Bioética OPS/OMS. La Habana, 1995.

³ *Ibidem* 1: 28.

⁴ *Ibidem*: 25.

arraigada en la vida sociopolítica norteamericana. Tal consideración, fiel reflejo del liberalismo extremo del sistema socioeconómico norteamericano, justifica lo moral de acuerdo con los fines que se persigan y la utilidad de las acciones, entendidas estas en un sentido subjetivo, individual.

Por ejemplo, la bioética norteamericana prioriza, como regla, el respeto de los valores individuales de las personas, por encima de la beneficencia o la justicia, como resultado de la operacionalidad de estos principios en una sociedad donde predomina el individualismo. En cambio, la posición europea es diferente, donde es importante y se resalta el valor «justicia», de manera preponderante.

Como regla, puede observarse una tendencia al predominio de un principio sobre otro y viceversa bajo determinadas circunstancias, pero en ocasiones encontramos criterios que los jerarquizan de manera universal. Tal es el caso de Diego Gracia, quien establece una jerarquía entre estos principios y los divide en dos niveles: 1) la ética de mínimos, que incluye la no maleficencia y la justicia, a los que señala como perfectos y públicos (deber), y 2) la ética de máximos, que incluye la autonomía y la beneficencia, a los cuales considera imperfectos y privados (felicidad).⁵ Esta jerarquía pone de manifiesto en el enfoque europeo cierta tendencia a la primacía de la justicia sobre la autonomía en el enfoque norteamericano.

Al reflexionar sobre nuestras realidades, parece ser que el enfoque europeo se acerca más a las características de nuestra cultura al partir de la justicia que el individualista norteamericano. Pero se trata de precisar cómo operan tales principios bajo las condiciones de nuestras sociedades latinoamericanas.

Necesidad de una bioética latinoamericana

Tratemos de discernir cómo opera el principalismo anglosajón bajo las condiciones distintas de nuestros países subdesarrollados. La conceptualización basada en el principalismo se dirige predominantemente a las relaciones interindividuales. Mientras la beneficencia y la no maleficencia privilegian la actuación del médico, la autonomía da preferencia a los intereses, deseos y decisiones de los pacientes. Solo la justicia, en tanto principio, está referida a la significación de las relaciones respecto a grupos sociales, cuando no se dirige a terceras personas al considerar cualquier problema bioético.

Es válido aquí lo expuesto por Diego Gracia cuando señala que la bioética aspira a la universalidad y va más allá de los convencionalismos sociales y morales. Tal conceptualización se refiere, entre otras cosas, al hecho de que la bioética, como evaluación moral, ha de trascender los estrechos marcos de la ética clínica para acercarse al concepto más amplio del propio creador del término al considerarla

⁵ D. Gracia. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid, Eudema Universidad, 1991.

como ética global. La expansión de la amplitud de la bioética, como disciplina científica a través de su matiz de universalidad, la sitúa más al centro de la problemática social real de nuestros pueblos.

La situación social –y, dentro de ella, la de salud– en América Latina es bien diferente a la que existe en los países del Primer Mundo. Colonialismo, influencia eclesiástica predominante, sociedades de privilegio con escasez de recursos y asimetría en la distribución, es la herencia histórica que encontramos en nuestros países, según Kottow.⁶

No hace falta un análisis muy pormenorizado para constatar cómo en los años ochenta América Latina experimentó un grave retroceso económico, acompañado de grandes procesos inflacionarios y la profundización de las diferencias sociales. Pero si analizamos el fundamento económico de nuestros países en la década de los noventa del pasado siglo, encontramos tres características básicas: alta inflación –altos precios de los productos de primera necesidad en relación con los ingresos predominantes–, alto endeudamiento externo –freno para el desarrollo, pobreza, desempleo– y la más desigual distribución del ingreso en el mundo.⁷

Por otra parte, la actual crisis de paradigmas que tiene lugar en todo el globo terráqueo se refleja de manera especial en el sector salud, a partir del desmontaje ejercido por los llamados «Estados de malestar», como resultado de la influencia de las descarnadas políticas neoliberales en salud. Sus consecuencias han sido: selectividad en el uso de los magros recursos que se destinan; privatización de los servicios; privilegio del gasto privado sobre el público; subvención dirigida a canastas básicas; soluciones tecnocráticas ante los problemas de salud existentes; utilización de créditos de los países desarrollados y de los organismos financieros internacionales sobre la base de los intereses de estos y no de la situación social y de salud de nuestros países. En fin, «políticas sociales y de salud» privilegiadas por la salud de las monedas.⁸

Es significativo el hecho de que la deuda de los Estados Unidos o la de Canadá es mucho más considerable que la de los países latinoamericanos, tanto en cifras absolutas como relativas. En este sentido, Leseman señala que el problema de la deuda es más un problema político que económico, porque «hoy en día ningún partido político –en un país desarrollado–, puede seriamente correr el riesgo electoral de reducir en forma drástica los programas sociales».⁹ De manera que son los países en desarrollo los que aguantan sobre sus espaldas el precio de las

⁶ M.H. Kottow. «Peculiaridades de la bioética latinoamericana». Conferencia dictada en el Curso Internacional «Bioética: dos enfoques, dos realidades». La Habana, 1996.

⁷ E.S. Bustelo. «La producción del Estado de malestar: ajuste y política social en América Latina». En *Salud Internacional. Un debate Norte-Sur*. Washington, D.C., OPS, 1992: 7.

⁸ R. Granados. *Reforma de los sistemas de salud*. Tegucigalpa, OPS/OMS, julio de 1995: 82.

⁹ F. Leseman. «Políticas económicas y políticas sociales». En *Salud Internacional. Un debate Norte-Sur*, Washington, D.C., OPS, 1992: 33.

políticas de ajuste financiero. Como regla, en el Primer Mundo existe una ética histórica de contención de los recortes, sea por su significado social o político, pero existe. A este respecto, los países periféricos no tienen historia, o al menos es la del hambre, la miseria, el sojuzgamiento, la enfermedad y la muerte. La diferencia de resultados en los indicadores de salud de Costa Rica y Cuba, en relación con el resto de América Latina, pese a las diferencias existentes entre sus sistemas sociales, muestran cómo la voluntad política y el enfoque ético que le sirve de base traen consigo resultados diametralmente opuestos, en particular en lo relacionado con la garantía de salud de la población. El carácter mercantilista o tecnocrático que gobierna a menudo la administración de la salud en nuestros países pone de manifiesto la ausencia de una ética que garantice la vida saludable de sus ciudadanos.

Otra evidencia de la importancia y la necesidad de la política y la ética en la garantía de la salud de nuestros pueblos lo constituye el hecho de que mientras algunos países buscan mecanismos económicos para intentar salir de la crisis y consideran la privatización de sus sistemas de financiamiento a la atención de salud, en los Estados Unidos de América, país que posee uno de los sistemas más privatizados del orbe, se solicita el apoyo político del sector público para el financiamiento y control de sus servicios de salud.¹⁰

Por otra parte, «en todos los países del continente, así como en el resto del mundo, los servicios curativos reciben alta prioridad, mientras que los servicios preventivos reciben solamente las migajas». ¹¹ ¿Es un error de política o un criterio de valoración ética la causa principal de este hecho? Es que en la esfera de los servicios curativos –y en la industria médico-farmacéutica– tiene lugar el gran negocio del sector médico. La esencia del problema está menos vinculada a un defecto de valoración ética en el uso de las monedas para la salud que a una ética de intereses, de salud de las monedas.

No es adecuado importar de manera acrítica los modelos conceptuales de otras latitudes, creados como resultado de condiciones históricas bien distintas y que han conducido a una escisión de realidades también diferentes. En primer lugar, hay que «comprender el callejón sin salida al cual nos han llevado los modelos de desarrollo actuales, en los que se ha mostrado escaso interés por el impacto del desarrollo sobre los seres humanos». ¹²

Las condiciones objetivas reales que rodean a nuestros países –condiciones de crisis estructurales– constituyen el basamento material esencial condicionante de la

¹⁰ E.R. Brown. «Los problemas de los costos de la cobertura del seguro y de la atención a la salud en los Estados Unidos». En *Salud Internacional. Un debate Norte-Sur*. Washington, D.C., OPS, 1992: 69.

¹¹ M. Terris. «La situación de salud en las Américas». En *Salud Internacional. Un debate Norte-Sur*. Washington, D.C., OPS, 1992: 85; J. Frenk, A. Donabedian. «State Intervention in Medical Care: Types, Trends and Variables». *Health Policy and Planning*, (2), 1987: 17-31.

¹² L. Gravel, P.A. Lamarche. «Reflexiones sobre Salud Internacionales». En *Salud Internacional. Un debate Norte-Sur*, Washington, D.C., OPS, 1992: 114.

llamada crisis de la salud pública. Esta crisis, pese a su carácter global, encuentra por supuesto su expresión más alta en los países en vías de desarrollo.

A partir de las condiciones económicas, políticas y sociales predominantes en América Latina señaladas con anterioridad, se intenta darles soluciones paliativas con un ropaje de democracia participativa. La política de participación comunitaria es un ejemplo de ello. Se hace evidente que esta, en su expresión más pura, debiera contribuir al desarrollo de la autonomía de las comunidades en la planificación, control y solución de sus problemas de salud. Pero ello dependerá de las políticas y las actitudes éticas que presidan tales acciones, en tanto «la participación puede ser usada localmente para disfrazar sistemas autoritarios y legitimar desigualdades».¹³

La manifestación de las diferentes acciones concretas que se realizan en salud, pasan por el tamiz de las relaciones de poder. «Muchos líderes en los campos de la Medicina y la Salud Pública integran una elite retrógrada que administra escasos recursos con base en su propia omnisciencia profesional.»¹⁴

Según el punto de vista materialista, es evidente que las relaciones materiales, y en este caso los intereses, constituyen el fundamento y el motor propulsor de las acciones humanas en la sociedad. Pero de ningún modo debe ser olvidado el papel activo que pueden desempeñar los valores morales en la base de esas acciones y su papel regulador en las relaciones sociales.

Se está tratando de cambiar la situación existente en nuestros pueblos, se habla de crisis estructural. Pero, ¿cómo reformar la sociedad?, ¿cómo perfeccionar las estructuras existentes para encontrar una solución viable al agobio social predominante en nuestros países? La solución sin dudas está más allá de la salud pública.¹⁵ Los cambios no pueden sobrevenir de otro modo que con revoluciones de las sociedades, resultantes de explosiones sociales inevitables, o con reformas paulatinas en las políticas —sobre la base de una ética humana y democrática—, dirigidas al mejoramiento de la calidad de vida de nuestros pueblos. No se trata de un discurso político ni de la expresión de un hecho de devoción religiosa, sino de la necesaria búsqueda de un atajo al callejón sin salida en que nos encontramos.

Los cambios que tengan lugar deberán ocurrir también sobre la base de las peculiaridades socioculturales de cada pueblo y de sus valores sociales predominantes. No es posible pensar en recetas generales comunes y válidas para todos. Vale aquí la afirmación de Nájera: «[E]s mejor morir apuñalado por celos a una edad temprana o suicidarse por aburrimiento a una edad mayor. El

¹³ P.R. Motta. «Análisis de la infraestructura de salud (1987-88)». En *La crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate*. Washington, D.C., OPS, 1992: 24.

¹⁴ R.F. Badgley. «Salud Pública: tendencias y desafíos». En *La crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate*. Ob. cit.: 62.

¹⁵ P.Townsend, N. Davidson, M. Whitehead. *Inequalities in Health: The Black Report and the Health Divide*. Londres, Penguin Books, 1988.

riesgo “amor” frente a la falta de riesgos tendrá valoraciones muy diferentes en diferentes ámbitos sociales.»¹⁶

Hemos moldeado una situación especial para América Latina en materia de salud, bajo un conjunto de condicionantes sociales distintas en calidad y cantidad a las de los países centrales. De modo que de aquí se desprende lo inadecuado de una copia acrítica de los paradigmas teóricos provenientes del mundo desarrollado.

En materia de reformas de los servicios de salud se habla hoy de accesibilidad, producción social de la salud (concertación y negociación), calidad total en el desenvolvimiento de los servicios, descentralización e intersectorialidad, como principios que deben presidir los cambios en materia de salud en el mundo de hoy. Los tres primeros son los que tienen mayor connotación ética, a nuestro modo de ver, los dos últimos ya tienen un carácter más organizativo-administrativo.

Diego Gracia, desde una posición europea, diferente a la norteamericana, privilegia el valor «justicia», frente a los demás principios. Por tanto, considera la justicia sanitaria como el inicio, desde el punto de vista de la macroética (más allá de la ética clínica). Es de vital importancia tal consideración en el marco de una bioética latinoamericana, porque sin desvirtuar el valor de la discusión ético clínica, esta pasa a un segundo plano cuando el enfermo ni siquiera tiene la posibilidad de llegar al hospital, cuando el acceso no existe, que es el caso más común en nuestra región.

Gracia expone una metodología que reconoce el enfoque deontológico y el teleológico (utilitario) como momentos de la valoración de la justicia sanitaria.¹⁷

El momento deontológico contiene, respectivamente, cuatro interpretaciones distintas del valor justicia: proporcionalidad natural, libertad contractual, igualdad social y bienestar colectivo. La justicia como proporcionalidad natural –según se concebía desde la Grecia del siglo v a.C. hasta la Europa xvii– considera que las cosas son justas por naturaleza y cualquier tipo de desajuste constituye una desnaturalización. En este sentido, existe la justicia distributiva como rectora de las relaciones del gobernante con sus súbditos, y la justicia conmutativa, que regula las relaciones de las personas privadas entre sí. Para nosotros es de especial interés la justicia distributiva, en tanto es precisamente ella la que justifica las más importantes diferencias existentes entre los hombres en la sociedad. La justicia distributiva parte de la premisa del reconocimiento de forma natural de las diferencias entre los hombres, por lo tanto no es cuestionable que unos sean inferiores en relación con otros. En el plano de la salud, el médico encarna el bien común, mientras que el enfermo busca un bien particular, la salud. Entre

¹⁶ E. Nájera. «La Salud Pública, una teoría para una práctica. ¿Se precisa su reconstrucción?». En *La crisis de la Salud Pública: reflexiones para el debate*. Ob. cit.: 130.

¹⁷ D. Gracia. «¿Qué es un sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos». En *Bioética, temas y perspectivas*. Washington, D.C., OPS, 1990: 187-201.

el médico y el enfermo no cabe la justicia conmutativa, por lo que las relaciones entre ellos serán de dominación-subordinación.

La justicia como libertad contractual (Locke, 1690) tiene por objetivo proteger los derechos que ya tienen los hombres desde el principio; se consideran los más importantes, entre ellos: el derecho a la vida, a la salud o integridad física, a la libertad, a la propiedad y otros. Por supuesto, en una sociedad liberal el derecho a la propiedad preside todo el conjunto de los demás derechos, y su peso dependerá de su carácter más o menos liberal. Este punto de vista conduce a la consideración de un Estado minimalista, el cual concibe el derecho a la salud como derecho individual que debe ser protegido por el Estado, pero solo en sentido negativo. Es decir, el Estado debe garantizar la asistencia sanitaria frente a todo aquello que pueda dañar de alguna manera a los individuos, pero nunca tendrá esta responsabilidad de oficio.

La justicia como igualdad social (Marx y Engels) parte de juzgar a todos los hombres como iguales, y la distribución a cada uno según sus necesidades. La definición clásica de justicia dada por Justiniano I, «Justicia es la perpetua y constante voluntad de dar a cada uno lo suyo» (*Iustitia est constans et perpetua voluntas ius suum cuique tribuens*), tiene dos interpretaciones diferentes: para el liberalismo, lo suyo es lo propio, para Marx es lo necesario. De este modo, la salud es capacidad (bien de producción) y la enfermedad necesidad (bien de consumo). Por ello la enfermedad hay que combatirla a toda costa y es responsabilidad del Estado revertirla en salud. Hay que tener en cuenta que este modo de pensamiento, pese a su carácter globalmente justiciero, llevado a extremos conduce a no considerar la responsabilidad individual ante los resultados de las acciones lesivas y conscientes de las personas.

La justicia como bienestar colectivo (sociedades capitalistas democráticas o socialismo democrático) se debe al surgimiento del llamado Estado de bienestar, que propugna el Estado maximalista, protector no solo de los derechos negativos, sino también de los positivos. De este modo, la salud no ha de ser considerada un problema privado, sino cuestión pública que ha de ser protegida por el Estado. De tal conceptualización surgieron luego los conceptos de equidad (Rawls, 1971) y calidad de vida de las generaciones futuras (Green).

En nuestras sociedades las dos últimas interpretaciones del valor justicia distan mucho de adecuarse como regla a nuestras realidades. Las condiciones socioeconómicas, políticas y culturales en que nos desenvolvemos son la base de una justicia por lo general basada en la libertad contractual, cuando no en la proporcionalidad natural emanada de un capitalismo salvaje, como sucede en algunos países. Encontramos también excepciones en nuestras políticas de salud, pero la media está ubicada en la libertad contractual. Bajo este fundamento ético en la base de las políticas de salud existentes, a través de las cuales la accesibilidad es limitada y cuando existe es pobre, no es permisible, desde el punto de vista ético, importar instrumentos conceptuales foráneos que proclaman la

autonomía y la libertad individual de decidir, cuando la lectura de este enfoque en nuestras condiciones es autonomía o libertad de morir, o cuando menos, de escoger la forma de sufrir.

La situación planteada hace necesario encontrar un principalismo que actúe como instrumento metodológico de nuestras realidades. Si contamos con condiciones de alta inflación (altos precios de los productos de primera necesidad en relación con los ingresos predominantes), alto endeudamiento externo (freno para el desarrollo, pobreza, desempleo), la más desigual distribución del ingreso en el mundo y accesibilidad, producción social de la salud (concertación y negociación) y calidad total en el desenvolvimiento de los servicios como fundamento de la prestación de salud, los principios que han de operar tienen que corresponderse con tal estado de cosas.

De hecho la «accesibilidad» constituye el primer principio que permite la garantía de la prestación. A partir de ella puede comenzar a hablarse de posibilidad de autonomía. La accesibilidad es un valor colectivo que debe ser garantizado por el Estado en cualquiera de sus variantes. Cuando hablamos de garantizar nos referimos a la planificación, control y exigencia del acceso, sea realizado directamente por el Estado, exigido a la sociedad civil o compartido por ambos.

Frente a la accesibilidad como valor colectivo, la «participación» es el principio que garantiza la libertad de tomar parte en la planificación, control, organización y disfrute de las acciones en salud. Constituye la base de la producción social de la salud frente al concepto de «salud para todos». Es «salud con todos y para todos», mediante la cual «la sociedad organizada es sujeto de su propia historia y conductora de los procesos para producir o mantener la salud».¹⁸

Junto a la accesibilidad y a la participación la «equidad», como valor, garantiza la justicia, la cual, desde nuestro punto de vista, debe ser comprendida en salud, como «darle a cada cual lo suyo», entendido esto como lo necesario en cada caso. En el plano social, en materia de salud no es correcto valorar la adecuación de una acción de salud a las responsabilidades individuales del enfermo cuando de por medio se encuentra la decisión de la existencia misma del paciente. Mucho menos debe ser subordinada la atención a razones pecuniarias que muchas veces no dependen siquiera de la voluntad de la persona que debe ser asistida. La exigencia de la responsabilidad individual debe tener una solución global, más allá del cumplimiento de la justicia sanitaria.

Por último, la consideración de la calidad total –fundamento de los servicios de salud– es un factor prioritario que involucra al usuario, al prestador y a la sociedad, donde el usuario es identificado en términos de satisfacción y, a su vez, calidad y satisfacción de los usuarios se convierten en sinónimos que los involucran a todos.¹⁹ El concepto de calidad total es teleológico; es la continuación del

¹⁸ R. Granados, R. Capote. *La Salud Pública en el siglo XXI: tendencias y escenarios* [mimeo]: 29.

¹⁹ R. Capote. *Fortalecimiento de los servicios y sistemas de salud. La gestión por la calidad total en el ámbito local*. Washington, OPS/OMS, 1995: 8.

de producción social de la salud, en lo referente a la eficiencia de sus resultados. Es, en última instancia, la expresión socializada del principio de justicia visto, también, en sentido teleológico.

Esta última consideración es importante, de acuerdo con la conceptualización de Diego Gracia acerca de la importancia del momento teleológico, referido a las consecuencias de los actos en la consideración de la justicia. Según este autor, cuando dos o más principios en una situación concreta resultan incompatibles, entonces es necesario jerarquizarlos; casi siempre en este caso, para establecer un orden jerárquico correcto, es necesario tener en cuenta las razones llamadas teleológicas, es decir, las consecuencias de los distintos actos posibles.

Consideraciones finales

En las sociedades desarrolladas, donde la garantía de un *status* de vida medio, incluida la salud, no constituye una preocupación para la mayoría de la población, es aceptable, como cuestión perentoria, la discusión sobre el enfrentamiento beneficencia-autonomía-justicia como principios que conduzcan a la discusión bioética. Ya en el plano de la asistencia misma, esta discusión es del todo insoslayable. Pero cuando se evalúa la necesidad de un cambio estructural en nuestras sociedades subdesarrolladas y socialmente desprotegidas, el problema en discusión no encuentra su solución en las relaciones interpersonales que tienen lugar en la asistencia, sino en el plano social global. Aquí las consideraciones bioéticas acerca de la atención o solución de dilemas clínicos pasan a un segundo plano, porque no existe o es limitado el acceso.

Sin un enfoque poblacional y comunitario no han de resolverse los problemas de nuestros países latinoamericanos, que tienen en su trasfondo un significado no solo político, sino también ético. Accesibilidad es beneficencia social, participación es autonomía comunitaria y equidad es justicia, no individual, sino para toda la sociedad: tres principios de una macroética latinoamericana. Sin menospreciar el enorme valor que tiene para la asistencia médica el llamado principalismo anglosajón en la solución de los cada vez más crecientes problemas derivados del desarrollo científico-técnico en el área médico-biológica, por los caminos planteados nos hemos de acercar a la construcción de una bioética latinoamericana, en tanto corresponden más a la solución de los grandes problemas latinoamericanos en el sector salud. Nuestra bioética no debe ser otra cosa que la ética de las cosas que tienen que ver con nuestra propia vida.

Fundamentar la bioética desde una perspectiva nuestra

Marcelino E. Pérez Cárdenas y América Pérez Sánchez



El surgimiento de la bioética tiene lugar durante los últimos años de la década de los sesenta y los primeros años de los setenta en los Estados Unidos de América. Las conductas poco éticas en la realización de experimentos médicos con seres humanos y los dilemas éticos derivados del impacto de los avances tecnológicos en la esfera de la atención médica constituyeron los resortes principales de este proceso.¹

El acelerado desarrollo ulterior de la bioética en ese país transcurrió en dos direcciones principales: la ampliación de su objeto de estudio (extensiva a problemas sociales vinculados con la salud, ambientales y relacionados con el bienestar de los animales de experimentación) y su fundamentación teórica (filosófica y ética).

El resultado más importante de esta labor de fundamentación lo constituyó la identificación de los principios éticos de beneficencia-no maleficencia, autonomía y justicia, los cuales, a partir de ese momento, actuarían en calidad de núcleo duro del discurso bioético.

Sin embargo, el contexto sociocultural donde tales avances tuvieron lugar, incluidas las particularidades del desarrollo de la medicina y los servicios de salud, determinó que la bioética norteamericana

¹ US Congress, Office of Technology Assessment. «Biomedical Ethics in US Public Policy» [documento]. Washington, D.C., 1993: 2-5.

se estructurara preferentemente en torno al principio de autonomía, adoptara como orientación principal la defensa de los derechos individuales del paciente y adquiriera, como consecuencia de todo ello, un fuerte matiz legalista. Quedarían así establecidas las bases de la primera escuela de pensamiento bioético: la anglosajona.

La difusión de la bioética en el continente europeo no significaría su asimilación pasiva. Factores de la misma índole que los antes señalados imprimirían su huella en el discurso bioético allí producido, aunque caracterizado –salvo excepciones– por su orientación beneficentista. La labor de fundamentación se encargaría de ir delineando, cada vez con mayor nitidez, los perfiles de la escuela europea de bioética.

El desarrollo de la bioética en América Latina, así como en otras regiones del mundo, se inicia con casi un cuarto de siglo de retraso. Con la excepción de esfuerzos anteriores de personalidades e instituciones aisladas en algunos países, no es hasta la década de 1980 que se logra vertebrar un movimiento intelectual y organizativo capaz de incentivar la reflexión y el quehacer bioético en la región.² Es en esta década cuando en Cuba también se generan movimientos similares de relativa importancia.

Los esfuerzos realizados en el país han propiciado la familiarización de un grupo variado y creciente de especialistas con la problemática bioética. Se asimilan con avidez las producciones intelectuales más disímiles desde el punto de vista de su orientación filosófica y ética, se conocen los principales dilemas bioéticos y también las soluciones propuestas para estos en distintas latitudes. Comienzan a identificarse los problemas propios y se constata la imposibilidad de resolverlos si se apela a fórmulas foráneas particulares.

Los defensores a ultranza de la universalidad de la bioética han hecho caso omiso de su difusión en el mundo, lo que ha ido conformando distintas escuelas de pensamiento bioético. Al mismo tiempo, han ofrecido la alternativa de apelar a teorías, valores, principios o reglas de carácter universal, los cuales, por cierto, no siempre los distinguen.

La apelación a los intereses y valores universales, desligada de la heterogeneidad de condiciones objetivas en que estos actúan, está condenada de antemano a quedarse solo en el plano de la abstracción. Los valores universales y los intereses humanos-generales no existen en abstracto, sino de manera concreta, ligados y a través de otros valores e intereses menos universales, regionales, nacionales, clasistas.³ Necesitan, por tanto, estar contextualizados. Sin esta condición, el empleo de tales construcciones universales en la solución de problemas concretos no solo resulta estéril, sino también nociva.

² Programa Regional de Bioética para América Latina y el Caribe. *Bioética en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile, 1995: 52-92.

³ J.R. Fabelo. «Valores universales y problemas globales». En *Filosofía y salud* [compilación de temas]. La Habana, MINSAP, 1994; t. 2: 419.

De este modo, el tránsito de los dilemas a las soluciones auténticas en bioética pasa de manera inexorable por el camino de la fundamentación. Recorrerlo significa, ante todo, elaborar las bases generales que brinden sustento y orientación al quehacer bioético en nuestra cultura. Por ello, la introducción de la bioética en nuestro contexto debe asumirse, no como un proceso de simple adopción, sino de sustancial recreación, lo cual no supone desdeñar los resultados del quehacer bioético en distintas regiones del planeta sino, por el contrario, emplearlos creadoramente.

Se impone pues, como única opción posible, asumir esta disciplina desde la perspectiva de nuestra identidad cultural. Pero, ¿podrá el discurso bioético encontrar dentro de nuestra cultura suelo fértil donde afianzar sus raíces?

Dar respuesta a esta interrogante constituye hoy la principal tarea de la labor de fundamentación. Su cumplimiento supone el examen de al menos cuatro sectores de nuestra cultura de particular significación para determinar la viabilidad de la inserción de la bioética en ella. Estos son el pensamiento filosófico (y cosmovisivo en general), político-social, ético y médico, considerados también a partir de los valores reales que su influencia ha logrado fomentar en la sociedad, sobre todo en los grupos sociales, profesionales y en las instituciones.

Estos temas, por su amplitud y complejidad, demandan un minucioso análisis que rebasa las posibilidades del presente trabajo. Por lo que hemos preferido realizar un acercamiento inicial a ellos, primero mediante el examen de un fenómeno social con reconocidas propiedades integrativas respecto a las distintas formas de la conciencia social: la ideología; y, por último, de la ética médica, esfera del pensamiento médico con la cual la bioética se encuentra íntimamente relacionada.

Es precisamente en estas dos áreas donde se podrían generar los cuestionamientos más significativos relacionados con las posibilidades de inserción de la bioética en nuestra cultura.

Bioética e ideología

La ideología constituye el más importante factor espiritual de cohesión social. Su fin es la producción del vínculo social, de las relaciones sociales entre los hombres, de manera ideal, como formas sociales de conciencia (política, jurídica, moral, filosófica o religiosa). Es la expresión consciente de determinado interés social (grupal, clasista, popular-general o nacional), en forma de principios de significación general, en aquellos modos de conducta capaces de regular la interrelación de los hombres en la sociedad. Su tarea fundamental consiste en aunar voluntades individuales en la acción de los hombres, en lograr una orientación única tendiente al logro de objetivos e ideales comunes mediante la conformación de comunidades psicológicas a

escala de grupos sociales y de toda la sociedad nucleadas alrededor de determinados valores sociales.⁴

La bioética, por su parte, se propone el redimensionamiento ético de las relaciones humanas (interpersonales y sociales) que tienen como objeto la salud humana y la vida en general. Con este fin, promueve nuevos valores y actitudes en relación con los referidos fenómenos. Constituye por ello no solo un proyecto de reformas éticas dirigido al interior de determinada profesión, sino también un proyecto cultural de amplias dimensiones, cuyo carácter ideológico no debiera suscitar duda alguna.

Sin embargo, la negación de lo anterior resulta frecuente. En oportunidades la bioética se encuentra asociada a la asignación de determinado contenido del controvertido término de ideología. Al reconocer la existencia de distintas ideologías y la necesidad de contextualizar la bioética, se critica que se le atribuya a esta un carácter ideológico. La contradictoria posición asumida tiene su explicación cuando se conceptualiza la ideología –de manera errónea– como formación espiritual orientada hacia la adecuación y distorsión de la verdad⁵ o «conciencia falsa».

La mayor parte de las veces, lamentablemente, la promoción de una bioética «desideologizada» tiene otras causas: la ignorancia de la dialéctica de lo universal y lo particular en el discurso bioético, a lo que ya hicimos referencia. Con frecuencia esto se vincula a la nociva influencia de la falaz concepción del fin de las ideologías, la cual se extendió mucho más allá del pensamiento bioético y afectó al pensamiento filosófico, ético, sociopolítico y médico.⁶

Promover una bioética «desideologizada y universal» significa adoptar y difundir, consciente o inconscientemente, la proyección ideológica de determinada escuela de pensamiento bioético. Tal ideologización del discurso bioético sí representa una distorsión de la verdad. Asumir una bioética así orientada constituye un esfuerzo estéril y nocivo para el receptor que entraña el peligro del debilitamiento de los lazos ideológicos cohesionadores de la sociedad en cuestión. Esto se comprende cada vez mejor en distintas latitudes.

La bioética anglosajona, por razones ya apuntadas, es la que ha alcanzado mayor difusión en el mundo. La exaltación del principio de autonomía que la caracteriza, enmarcada a menudo en un discurso bioético «desideologizado y universal», ha motivado legítimos cuestionamientos en el plano ideológico –y también en otros–, tanto en los propios Estados Unidos como en otras regiones del planeta, en particular del mundo subdesarrollado, incluyendo a Cuba.

Como señala Pellegrino, de manera acertada, «la autonomía convertida en un derecho absoluto conduce al atomismo moral, al privatismo y a la anarquía

⁴ M.E. Pérez. *Ideología e ideologización. Aspectos conceptuales*. La Habana, Facultad de Ciencias Médicas Dr. Salvador Allende, ISCM-H, 1996: 10-14.

⁵ M.H. Kottow. Introducción a *la bioética*. Santiago de Chile, Editorial Universitaria, 1995: 17, 55.

⁶ J.A. Mainetti. *La transformación de la medicina*. La Plata, Editorial Quirón, 1992: 9-13.

[...] El tejido de la sociedad puede rasgarse y la existencia de la misma sociedad verse amenazada si los individuos se guarecen en una moralidad privada e independiente de la comunidad».⁷

La proyección contra tales peligros no exige la renuncia al principio de autonomía. Este, como tal, no entraña peligro alguno. La real amenaza proviene de importar modelos de pensamiento bioético centrados en la absolutización de dicho principio. El mejor escudo protector lo constituye la contextualización, tanto de este como del resto de los principios o valores que inspiran a la bioética como movimiento cultural. Ellos deben ser redimensionados desde la perspectiva de nuestra ideología y cultura, lo cual los dotaría de la autenticidad necesaria para su funcionamiento eficaz en nuestra realidad.

De este modo, los principios de la bioética deben ser asumidos como formas organizadoras del pensamiento bioético, como presupuestos generales que sirven de base a la teoría bioética. Ellos se constituyen en elementos capaces de regular la conducta de modo eficaz solo después de haber sido debidamente contextualizados. Esto implica su entrelazamiento jerárquico, determinado por la acción de principios de nivel superior emanados de un contexto sociocultural dado.

Nuestra ideología, surgida de la fusión del pensamiento marxista y el martiano, constituye un proyecto de elevado contenido humanista donde la emancipación social y nacional se conciben como las vías fundamentales para el logro de la emancipación plena del individuo, al cual se le asigna el papel de sujeto activo de tales procesos.

La ejecución de tan ambicioso proyecto, no obstante errores e insuficiencias y las adversas condiciones en las que le ha tocado desarrollarse, lograría hacer prevalecer en nuestra sociedad una ética solidaria y colectivista, donde el sentido de dignidad y justicia social alcanzarían lugares cimeros.

La dura prueba de supervivencia que viene enfrentando este proyecto se expresa, entre otras cosas, en la urgencia por revertir el proceso de deterioro ético que tiene lugar. Para ello no es menester enarbolar valores diferentes a los defendidos hasta ahora. Se trata, por el contrario, de reorientar adecuadamente la labor de las diferentes instancias del todo social hacia su consolidación efectiva.

Así, por ejemplo, para la educación cubana se plantea la necesidad de fijarle como finalidad estratégica «la formación de una ética solidaria, guiada por el amor a la justicia, la autonomía moral desde valores humanistas y el apego a la independencia nacional».⁸

Estos son los principios sobre cuyas bases deberá realizarse el proceso de recreación de la bioética para poder lograr su inserción armónica en nuestra cultura. Los principios o valores que la animan no solo no los contradicen, sino

⁷ E.D. Pellegrino. «La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica». En S. Shölle Connor, H. Fuenzalida (editores). *Bioética: temas y perspectivas*. Washington, D.C., OPS, 1990: 14-15. [Publicación Científica 527]

⁸ Centro Félix Varela. «Ética y nación» [documento]. *Acuario* [La Habana], 1995; (6): 8.

que contextualizados de manera adecuada pueden contribuir a su afianzamiento y, con ello, al fortalecimiento a que aspiramos de nuestra identidad, tanto en el ámbito ideológico como en el cultural en general.

Bioética y ética médica

Las relaciones entre la bioética y la ética médica son examinadas con frecuencia en su aspecto lógico formal. Desde este ángulo, algunos las consideran disciplinas diferentes, aunque relacionadas. Para otros, en cambio, representan una y la misma disciplina: la ética médica, entendida como una parte específica de la ética general, o como el resultado de su aplicación a la actividad médico-científica.⁹ Por último, un tercer grupo trata la ética médica como parte de la bioética, la cual, de acuerdo con esta concepción, abarca otros muchos fenómenos calificados como extra médicos.¹⁰

Tal tratamiento del problema resulta poco útil en el plano científico. El enfoque lógico-dialéctico, en cambio, ofrece mejores posibilidades para una comprensión adecuada. La ética médica por lo general es calificada de tradicional, debido a que sus postulados fundamentales permanecieron prácticamente intactos desde su formulación por Hipócrates 2 500 años atrás hasta nuestros días. Su contenido está conformado por un conjunto de normas morales orientadas a la regulación de las relaciones del médico con el paciente (no maleficencia, beneficencia, confidencialidad y demás) y otras de elemental corrección y urbanidad que deben presidir el ejercicio de la profesión, junto con exhortaciones al médico para llevar una vida pura, virtuosa.¹¹

La ética médica durante todo ese tiempo mantuvo como preocupación central establecer los deberes específicos de los profesionales de la salud y velar por su observancia. Se desplegó, en otras palabras, como deontología médica.

Mientras la sociedad, la propia medicina y los servicios de salud se desarrollaban a ritmos cada vez más acelerados, la ética médica tradicional permanecía casi indiferente a tales transformaciones. En ella lo social se petrifica al plasmarse en normas casi invariables y al no participar entonces como elemento activo en el proceso de toma de decisiones clínicas.

Tales decisiones son consideradas como de exclusiva competencia médica. Al «paciente», como indica el término, solo le corresponde esperar y cumplir el mandato profesional de manera exacta. El médico es considerado como el único capacitado, tanto desde el punto de vista técnico como moral, para decidir lo que es bueno o malo para el paciente. Este último participa solo en calidad de ente pasivo de la relación, por lo que esta con justicia ha sido calificada de paternalista.

⁹ A. Polaino-Lorente *et al.* *Manual de bioética general*. Madrid, Ediciones Rialp, 1994: 83.

¹⁰ *Ibidem* 5: 53.

¹¹ E.D. Pellegrino. «La metamorfosis de la ética médica». *Cuadernos del Programa Regional de Bioética*, 1995; (1): 23.

Desde su surgimiento, el campo de acción por excelencia de la bioética se ha visto como el de la ética médica. La totalidad de esta sería sometida, como nunca antes lo fue, a un proceso de investigación filosófica.¹² Como resultado de este, lo social penetraría con amplitud y profusión en la ética médica, con lo cual, a partir de ese momento, se constituiría en elemento activo del proceso de toma de decisiones clínicas. La inclusión de los principios éticos de justicia y autonomía, junto con los tradicionales de beneficencia y no maleficencia, significaría la incorporación de la perspectiva de la sociedad y del paciente, y con ella de sus dimensiones cultural, humana y ética al referido proceso.

El camino así emprendido sería el de la socialización del pensamiento médico y la superación del positivismo y el biologicismo en él reinantes. La bioética constituye, por tanto, un proyecto de extensión del pensamiento médico-social a la esfera de la ética médica.

Las relaciones entre los distintos sujetos de salud, que por distintas razones se habían tornado complejas y conflictivas, encuentran, en las formas participativas que promueve la bioética, una vía adecuada para la solución de los conflictos generados en sus marcos. De este modo, la relación de la bioética con la ética médica tradicional debe ser concebida en términos de continuidad y ruptura. La bioética, desde esta perspectiva, no es otra cosa que ética médica, pero revolucionada, no tradicional. Las revoluciones son procesos que afectan también, sin distinciones, a todas las formas del saber humano. La ética médica no constituye una excepción. Estamos en presencia, pues, de un cambio revolucionario de paradigmas en esta esfera del pensamiento médico.

El nuevo paradigma representado por la bioética constituye un estadio superior del pensamiento ético en medicina que incorpora, como momento superado, los elementos del paradigma tradicional. Al hacerlo no lo descalifica, solo restringe su campo de acción, con lo cual, incluso, contribuye al fortalecimiento de sus posiciones.

El surgimiento de la bioética debe ser entonces comprendido como un proceso de diferenciación del pensamiento y el quehacer ético en medicina. Con su aparición comienzan a delimitarse de manera precisa dos campos, vertientes o ramas de la ética médica: la deontología médica y la bioética. Corresponden a cada una de ellas funciones y formas organizativas específicas que se complementan mutuamente. Ambas resultan imprescindibles para poder abarcar los múltiples y complejos problemas de orden ético que se plantean hoy ante la humanidad en la esfera de la salud humana.

Tales transformaciones están teniendo lugar también en la ética médica de nuestro país. Pero, ¿se encuentra preparado el pensamiento médico nacional para asumirlas?

¹² *Ibidem*: 21.

La profunda transformación del sistema de relaciones y valores sociales iniciada con el triunfo revolucionario en 1959 se extendió también a los servicios de salud y a la medicina y provocó cambios radicales en ambos. El acceso universal y gratuito de la población a los primeros, y la orientación hacia la prevención y promoción de salud de esta última tendrían su repercusión en la esfera de la ética médica.

En muchos países, en particular del mundo subdesarrollado, la bioética es asumida con la esperanza de que pueda contribuir a la implementación de formas más justas de distribución de los escasos recursos de salud de que se dispone e, incluso, al incremento de las asignaciones estatales al sector.

La obra de la Revolución Cubana en el campo de la salud, en particular en materia de justicia distributiva, le ha dado solución, en un nivel social general, al dilema bioético más serio que enfrenta el mundo de hoy: el acceso de la población a los servicios de salud. En nuestro caso, no solo se ha brindado acceso universal y gratuito a ellos, sino que se ha elevado su nivel científico-técnico de forma acelerada, se ha extendido hasta las zonas más intrincadas del país y se ha acercado a los lugares de residencia, trabajo y estudio de la población, con lo cual se ha desarrollado una labor tanto curativa y de rehabilitación, como preventiva y de promoción de salud. Cuba es, por ello, precursora de la bioética en el mundo.

La ética médica cubana ha recepcionado adecuadamente las transformaciones que, en la sociedad en general, y en el sector de la salud en particular, han tenido lugar en materia de justicia. Esto no significa que sea superfluo trabajar en la actualidad por el perfeccionamiento de los criterios y mecanismos de justicia, en un nivel micro distributivo.

La labor preventiva y de promoción de salud se acentúa con el fortalecimiento del subsistema de atención primaria. Su desarrollo exige la activación de mecanismos dirigidos hacia la comunidad, la familia y el individuo como sujetos de salud, lo cual implica su consideración como agentes morales autónomos.

La ética médica cubana ha reflejado débilmente y solo a nivel teórico esta necesidad.¹³ La práctica médica en el país y los principios éticos sobre los cuales se asienta se caracterizan por su orientación paternalista. Esto pudiera no haber sido así si la rigidez y el esquematismo ideológicos, junto con el paternalismo reinante en otras esferas de la actividad social, no se hubieran extendido al quehacer ético en la esfera de la salud y no hubieran generado conservadurismo y poco interés de profesionales y estudiantes por estos problemas.

Valorar la magnitud de la problemática ética en salud atendiendo a la cuantía y carácter de las quejas y reclamaciones ante distintas instancias conduce a la complacencia y al quietismo. Es necesario ir a la búsqueda y la investigación de las situaciones de esta índole que acontecen en la práctica cotidiana de salud,

¹³ D. Alonso *et al.* *Ética y deontología médica*. La Habana, Editorial Pueblo y Educación, 1989: 17.

lograr su concientización por parte de los profesionales, desarrollar en estos la destreza, pericia y sensibilidad necesarias para darles solución y asesorar, tanto a ellos como a las instituciones de salud, en la toma de decisiones respecto a las situaciones de mayor complejidad o que, sencillamente, no puedan ser resueltas al aplicar las normas vigentes. Estos serán, entre otros, los beneficios que traerá consigo el desarrollo de la bioética en nuestro medio.

Por fortuna, la ética médica en nuestro país no se desarrolló de modo tan «tradicional» como en otros países. De su seno pudo haber nacido la bioética, pero el proceso de su gestación quedó, por los factores apuntados, a mitad de camino.

El trayecto recorrido nos sitúa en condiciones privilegiadas para asumir la bioética, en comparación con otros países, y alcanzar posiciones de avanzada en la esfera de la ética médica en la región y en el mundo.

Los esfuerzos mancomunados de las dos vertientes de la ética médica cubana, la deontológica y la bioética, conducirán al perfeccionamiento sustancial de la gestión de salud de nuestro sistema y, con ello, al logro de su objetivo supremo: el mejoramiento del estado de salud de nuestra población y la elevación del grado de satisfacción de esta con los servicios de salud que recibe.

Todo proceso de transformación siempre trae aparejado riesgos, los cuales se asumen en aras de obtener determinados beneficios. La introducción de la bioética en nuestra cultura constituye la lógica culminación del proceso de transformaciones que ha tenido lugar en la ética médica cubana desde el triunfo de la Revolución. Llevarlo a feliz término conlleva riesgos, pero estos son mínimos en comparación con los beneficios esperados. La balanza se inclinará, desde el comienzo, a favor de estos últimos, si somos capaces de brindarles sin reservas nuestro apoyo y orientarlos adecuadamente.

Nuestra historia patria confirma que no hay mejor brújula que la del ideario martiano. En él nuestra cultura nacional ha encontrado las pautas que le han permitido nutrirse del acervo cultural de la humanidad sin debilitar su identidad. Asímas la bioética, pues, desde la perspectiva martiana de injertar en nuestras repúblicas el mundo, siempre y cuando el tronco sea el de nuestras repúblicas.¹⁴

¹⁴ J. Martí. *Nuestra América*. La Habana, Editorial Extramuros, 1991: 9-10.

¿Metabioética?

Thalía Fung Riverón



La bioética como ética global, en el sentido potteriano, plantea retos pluridimensionales. Ya no se trata solo de enfrentarse con una de sus salidas privilegiadas, como es la o de buscar la argumentación necesaria para abstraerse de una de las formas de la ética aplicada –lo que de hecho supondría la existencia de una supraética–, sino que con todas dichas aristas se construye una globalidad que responde a la globalidad de los problemas que afronta, cada vez de mayor entidad.

Si la bioética surge como un resultado de la unión de la ciencia y el valor,¹ cuyas premisas en Cuba se encuentran a lo largo del siglo XIX en los filósofos Varela, Luz y Caballero, José Martí, e incluso en la recién descubierta filósofa spenceriana² María Luisa Dolz, en relación especial con los valores morales, ahora a la luz de la epistemología de segundo orden³ adquiere connotaciones casi absolutamente nuevas. Nos parece que en la tendencia a la unificación de los tenidos hasta ahora como polos incommunicables y con una asimetría en favor de la ciencia, se producirá una reconceptualización en los códigos disciplinarios.

¹ C. Delgado. *Hacia un nuevo saber*. La Habana, 2004. [Inédito]

² N. López. *Las ideas filosóficas acerca de la educación de la mujer en el siglo XIX: plurales dimensiones del pensamiento de María Luisa Dolz* [tesis para optar por el grado científico de Doctora en Filosofía]. La Habana, 2003.

³ C. Delgado. Ob. cit.

Sin duda alguna, la especialización ha traído inúmeros resultados científicos y la estructuración en disciplinas ha favorecido la formación de conjuntos de científicos que han incidido en el desarrollo de áreas específicas del saber; pero asimismo ha llevado consigo, como un elemento despreciable por la atribución que se le ha hecho no solo de escasa importancia sino de acientificidad, la pérdida de totalidades cognitivas frente a las totalidades reales. Fue tan rechazado el examen unitario del fenómeno que con las especialidades tendió a desaparecer también el crédito del concepto de totalidad que adquirió el minusvalor de metafísico, sin excluir de dicha conceptualización a la filosofía.

Se sabe que con la teoría de la complejidad, el concepto de totalidad volvió a ser considerado dentro del ámbito del pensamiento científico, lo cual es también un resultado de la tendencia a considerar la indisoluble unidad de la ciencia y el valor. Este último, al principio, poseyó un carácter instrumental y holístico. No obstante, poco a poco volvió a alcanzar posibilidades heurísticas de mayor entidad dinámica y dejó de ser un término considerado como especulativo para encontrar su lugar en el tejido del conocimiento científico. En ese proceso reconstructivo-constructivo, también la filosofía aumentó su papel. Sin embargo, sus posibilidades comprensivas solo comienzan a explotarse débilmente, y no solo en las ciencias que siguen con su patrón disciplinario en la academia, sino también en la filosofía.

La bioética ha rescatado el papel cognitivo del valor en la ciencia junto a otras disciplinas como resultado de las revoluciones tecnológicas, aunque este enfoque tendría que hacer repensar no solo a científicos, sino también a filósofos e historiadores de la filosofía y de las ciencias respectivas. Un lugar particular correspondería a la propia historia de la filosofía, que se identifica mundialmente con la evolución de los problemas de la filosofía originada en Occidente y, a excepción de Marx, con una tendencia progresiva en especial a partir del XVIII, a divorciar la cognición del juicio de valor, y con ella, a deslindar con carácter absoluto el nivel del conocimiento científico y la aprehensión totalizadora del conocimiento común.

Ahora, ¿en qué ha incidido y puede incidir la bioética global en el cambio del enfoque hacia una valoración totalizadora de fenómenos, acontecimientos, procesos, historias, comunicación y argumentación? En nuestro criterio, podríamos avanzar en: a) la debilitación del distanciamiento con lo considerado otredad, no-yo; b) en la negación de la apreciación de la naturaleza como objetivación enajenada; c) la valoración creciente de la biodiversidad en el planeta y la aceptación, aunque fuera tímida, de la necesidad humana de la sociodiversidad; d) la no separación del hombre común de los resultados científicos, con lo cual se democratiza la ciencia y, a la vez, crece la cientificidad por el incremento de la totalidad cognitiva en el propio ámbito de la ciencia; e) la unidad del conocimiento sustantivo y de los procederes; f) el papel aceptado de la responsabilidad del hombre y su actividad en relación

con la naturaleza, y la valoración de la actividad de la naturaleza como sujeto sin ética y conciencia, aunque sí con un comportamiento vario cuyas dimensiones pueden destruir a algunos de sus propios productos, como sucedió con la aniquilación de un calculado 70% de las formas de vida hace alrededor de 245 millones de años.

Si en la integración de una totalidad planetaria todo ello cuenta, eso también sucede con totalidades subcósmicas, terráqueas, humanas, espirituales. En esa intradirección, la propia filosofía tendría que, ella misma, ser tratada como una totalidad, cuya especificidad es la no exclusión de la actividad del ser humano en cualesquiera contextos y tiempos históricos. La bioética me ha enseñado a repensar la relación hasta ahora estatuida y, al parecer, inviolable, de la codificación de la filosofía y la prefilosofía.⁴

El cualificado pensamiento prefilosófico toma como punto de partida el modo de pensar que se instaura con la reflexión socrática –aunque algunos especialistas no excluyen el pensamiento pluralista griego anterior–, porque la totalidad tendente al sistema en Sócrates tiene al hombre y a su capacidad reflexiva como el asunto filosófico primordial y se distancia de los primeros principios de sus predecesores. Ello, que tiene importancia por la contaminación más directa del pensar griego con otros precedentes, y que, en cierto sentido, fueron reconocidos como sus fuentes, tanto en los aportes científicos como en los mitos, de todos modos tiende a separar progresivamente la naturaleza humana de la no humana, no solamente integradas en el pensamiento egipcio, mesopotámico, indio y chino, sino representantes de lo uno en lo diverso, lo cual todavía pesó en los primeros filósofos griegos.

Aunque encontramos el pensar sobre la naturaleza en Platón –contaminado con los pitagóricos–, en Aristóteles, en un grado superior en Epicuro, no obstante dicha reflexión se dirigía más a lo que será sustantivo posteriormente en el pensamiento de las ciencias que en un enfoque metodológico de la relación naturaleza humana o no humana en la filosofía.⁵

La bioética me permitió romper con la tradición de la racionalidad clásica, *ab initio* quizás, sin una verdadera propuesta teórica, al debilitar primero y descalificar después el método filosófico que, al decir de muchos especialistas, permitió separar la prefilosofía de la filosofía,⁶ y cuestionar la pertinencia de la existencia de la filosofía antes del pensamiento socrático, o por lo menos griego, además de oponer la totalidad de la naturaleza no humana y humana a la totalidad espiritual, de la cual la considerada otredad naturaleza, en el mejor de los casos, era el trasfondo de contextualización. Ello llevaba consigo, asimismo, que la contextualización exigida por las ciencias sociales de hoy –concepto devenido no en especificación, sino en exclusión, que actualmente también se encuentra

⁴ T. Fung *et al.* *Filosofía ¿Quo vadis?* La Habana, 2004. [En proceso editorial]

⁵ *Ibidem.*

⁶ Al respecto, se encuentra en edición el libro citado de T. Fung.

en crisis— implicaba la inclusión de la naturaleza no humana, lo cual pasaría por lo que algún especialista⁷ ha llamado «plus ambiental».

Como hemos planteado en otros trabajos:

[T]anto el saber medioambiental como el bioético parecen haber aportado a la unificación de la ciencia contemporánea códigos culturales y científicos que circulan en las distintas disciplinas, lo cual, en cierto modo, había sido precedido por la utilización de métodos científico-generales y, asimismo, por los préstamos metódicos entre las ciencias [...].⁸

Y más adelante:

La naturaleza humana incorpora entonces un pensar sobre la naturaleza no humana y una ética conminada por los imperativos de la vida y de la supervivencia del planeta, con lo cual hay, de modo evidente, una traslación de sentidos que posee la cualidad de iniciar una dimensión del proceso de desenajenación del hombre [...].⁹

Todo lo anterior implica un cambio metodológico de trascendencia sustantiva que influiría en la epistemología actual, en todas las ciencias y, por supuesto, con un especial énfasis en una ética global y en la propia conformación teórica de dicha ética. A ese nivel cognitivo es al que calificaríamos como metabioética.

La metabioética incluiría, como otras epistemologías, la teoría y la historia de la bioética y su ubicación en el sistema de las ciencias, así como la propia reflexión general sobre la valoración de los cambios que se producen en un saber de las características omnicomprendivas y metodológicas de la bioética, y entre ellas la relación entre el constructo de una conciencia bioética global y la educación de las conciencias plurales, y las respuestas parciales y globales de grupos e individuos, de especialistas y de hombres con conocimiento común y sentido común. No soy de las que destierran a priori el sentido común, por el contrario, entre las tareas epistemológicas primarias habría que examinarlo en profundidad, dado que la sensibilidad y sus significados se encuentran más próximos a la relación entre la naturaleza humana y no humana que la reflexividad teórica.

La proyección de los paradigmas en el análisis de los fenómenos de toda índole nos obliga a pensar en la necesidad de construir un paradigma bioético para estos días que contribuya a cambiar los enfoques de fenómenos, procesos, hechos, validez de los resultados; y dicho constructo no debería eludir la propia

⁷ T. Gómez. *La conciencia ecológica: ¿nueva forma de la conciencia social?* [tesis en preparación para la obtención del grado científico de Doctora en Filosofía]. La Habana, 2004.

⁸ T. Fung. «La bioética y la conciencia planetaria». *Problemas Filosóficos* [La Habana], 2003; (2): 5, 6.

⁹ *Ibidem*.

historia de las metanarrativas, sin excluir a la filosofía, lo cual quizás nos daría un balance más justo de los hallazgos teóricos de su evolución.

Con la bioética se posibilita la formación de una conciencia planetaria; la metabioética nos indicaría la pluralidad de caminos para su consecución, con la inclusión de: a) un nuevo enfoque verdaderamente transdisciplinario –hecho que no puede totalizarse, mientras las disciplinas parecieran comportarse como compartimentos estancos–, con conceptos, códigos y formas de aproximación que sean válidas y, a la vez, se validen en la aprehensión de los resultados de los hallazgos en las llamadas ciencias particulares; b) la posibilidad de hallar puntos comunes en conciencias plurales o conciencias de grupos nacionales, sociales, étnicos, religiosos, raciales, de intereses particulares diversos, ante la macrosituación del riesgo para la vida del hombre y del planeta, así como para la existencia de conflictos que además de la destrucción buscada de los grupos antagónicos, de hecho también conspiran catastróficamente contra la existencia humana y otras formas de vida.

Si consideramos, siguiendo a Potter, a la bioética como ética global, de hecho llegamos a la valoración de que constituye un nuevo tipo de saber omnicompreensivo, metodológico y de acción práctica, donde también se conjugan lo universal y lo local, y en el cual la actividad humana, que puede ser constructiva o destructiva en extremo, ofrece con dicha teoría y práctica la prospectiva de unificar las conciencias plurales en aras de la formación de una conciencia planetaria, en cuyo proceso se contamina íntimamente con la filosofía.

La transdisciplinariedad de la bioética conmina a la formación de otros saberes que participen de esa condición, y ella misma ha sido precedida de pensamientos totalizadores como tiende a ser la filosofía en la mayoría de sus salidas objetivadas en una toma de conciencia en relación con la naturaleza. Su relación casi íntima con el ambientalismo, aunque privilegiada, no es la única vinculación transdisciplinar. La necesaria salida práctica, tanto de una como del otro pasan por la imprescindibilidad que la responsabilidad de la sociedad se exprese de forma pública y privada, colectiva e individual, a través de las plurales ciencias y del conocimiento común, de la conducta predominantemente racional y/o instintiva, y una de las vías preeminentes la constituye la necesaria respuesta al problema por medio de la elaboración y ejecución de políticas públicas adecuadas.

Por supuesto, no puede excluirse la contextualización social de las políticas públicas, pretensión imposible en un mundo política y militarmente unipolar y de diferencias casi abismales entre elites y grupos absolutamente mayoritarios a nivel nacional y global, lo cual no quiere decir que ante riesgos que afecten a todos los seres humanos, aunque sea en plazos diferentes, no pueda y deba construirse una conciencia de responsabilidad humana y planetaria y cambiar los paradigmas de comportamiento ante la naturaleza no humana. Precisamente, ha sido nuestro criterio constante que no puede esperarse para el intento de solución

del problema ambiental la superación de la dicotomía entre los grupos sociales, lo cual dividió durante mucho tiempo a los rojos y a los verdes.¹⁰

Una conciencia planetaria «no puede construirse sin una conjugación de multiplicidad de factores,¹¹ de saberes transdisciplinarios; pero también de disciplinas específicas, porque todavía es largo el camino». En efecto, consideramos que la autopoiesis pasa necesariamente por aparatos conductores y mediaciones que desempeñen un papel comunicativo y ordenador con los grupos sociales y con los individuos, en particular, con los gobiernos, para que estos adquieran una conciencia de grupo en contra de la destrucción del entorno que no es solo el específicamente circundante, sino que concierne a la globalidad.

Ello implicaría dominio de procederes que afecten globalmente, por lo cual a partir de posiciones correctas de determinados gobiernos, sus políticas respecto al ambiente podrán influir en los foros internacionales y su discurso público incidirá en el cambio de paradigma social hacia una tendencia ecológica; aunque aún contra la voluntad política de estos, sus posibilidades de consecución de cambios pasan indefectiblemente por su posición respecto al poder global.

La relación entre lo sustantivo y lo adjetivo, que se traduce en los contenidos bioéticos y en los mecanismos políticos conducentes a convertir aquellos en códigos de comportamiento, pasa por la relación teórica entre dos órdenes de saberes, el bioético y el correspondiente a la ciencia política. A su vez, las relaciones entre estos saberes en un plano cognitivo y formativo-axiológico general—sin excluir el valor de la cognición, sino reiterándolo en otra dimensión— las encontramos en la metapolitología y en la metabioética.

Aunque la metapolitología posee una identidad reconocida como teoría e historia cognitiva de la ciencia política, la definición de la metabioética en el propio perfil se referiría a la teoría e historia de la bioética en tanto ciencia, a los procesos de formación de sus categorías y códigos conceptuales, y a sus relaciones con otros saberes, entre los cuales la metapolitología conduciría a la vinculación de la bioética con los procederes de la conducta política y su posibilidad de diseminación a grupos de hombres cada vez mayores, inclusive, independientemente de las diferencias sociales, étnicas y de género existentes entre ellos e ideológicas y científicas en relación con otras dimensiones del saber.

En esa dimensión del conocimiento bioético y en la ventana que se abre en relación con el análisis de su propia teoría científica o metabioética, un elemento de peso preeminente lo encontramos en la actividad de la naturaleza en respuesta a la sistemática y creciente depredación humana.

Si algún saber posee especial y quizás íntima vinculación con la bioética es el saber ambiental. Es más, las posiciones de la ecología profunda, de la ecología

¹⁰ Una exposición extensa acerca de las posiciones de la ecología profunda, la ecología social y el ecofeminismo se encuentra en la obra ya citada de Carlos Delgado.

¹¹ T. Fung. «La filosofía y su papel en el complejo mundo de hoy». *Problemas Filosóficos* [La Habana], 2003; (2).

social y el ecofeminismo no se distancian entre sí respecto a la necesidad de un nuevo paradigma ecológico¹² ante el existente de destrucción consciente o inconsciente del entorno, causado por el absolutamente dominante patrón antropocéntrico. Según he planteado en anteriores trabajos, «[l]a pluralidad de grupos sociales existentes, incluidas las élites del poder a niveles nacionales, regionales, mundiales con sus conciencias plurales, se enfrenta ante un reto inaplazable: no puede pensarse el mundo en los términos de la dominación preeminentes hasta el siglo xx, y una cuestión global y, a su vez, local, la sustentabilidad del medioambiente, obliga a consensuar a todos, so pena de enfrentarse a un juez inapelable, para el cual el único supervalor es la búsqueda objetiva de su existencia y capacidad transformadora, en otros términos, su actividad avalorativa».¹³

Tanto el saber ambiental como el saber bioético se ven conminados a buscar una salida eficiente en este estadio situacional global actual a través de la actividad comportamental de orden político y de intención política que reúne la actividad jurídica y social de grupos progresivamente mayores de hombres, de colectivos especialmente activos no gubernamentales o gubernamentales y de individuos destacados por su conciencia bioética.

La relación entre la bioética, el ambientalismo y la ciencia política implica el establecimiento de una ecuación radicalmente diferente. Ello se basa en la universalidad de la bioética y el ambientalismo, mientras que la ciencia política en boga, en esencia occidental y resultado de la racionalidad clásica, se caracteriza por su exclusión de la reflexión de todo aquello que no convenga a dicho paradigma, con lo cual se priva de pluralidad, de unidad, de universalidad y de totalidad.¹⁴

El carácter sintético de la ciencia política, su condición vehicular y comportamental la hacen imprescindible para producir cambios efectivos en la relación entre la sociedad y la naturaleza, principalmente, por constituir en la actualidad el motor principal del comportamiento social global, solo que la propia ciencia política tiene que transformar el estado actual de su arte en función de mayor cognición y valoración, para lo cual la primera tarea es considerar el referente real en toda su complejidad, en su unidad planetaria,

¹² C. Delgado. Ob. cit.

¹³ T. Fung. «Conciencias plurales, el saber bioético y el comportamiento humano». *Problemas Filosóficos* [La Habana], 2003; (2).

¹⁴ Un interesante análisis recién estrenado sobre la ciencia política occidental y la posibilidad de establecer una ciencia política ecológica lo encontramos en el libro antes citado de Carlos Delgado. También sobre la cualificación de la ciencia política desde el «Sur político», alternativa que aparece en los libros de un colectivo de autores *Una ciencia política desde el Sur* (Editorial Félix Varela, La Habana, 2004) y *Hacia una ciencia política alternativa* (en edición por la misma editorial), y de un colectivo de autores cubanos y mexicanos, *El estado del arte de la ciencia política* (México, D.F., Colegio Nacional de Ciencia Política y Administración Pública de México/ Academia de Ciencias de Cuba/Universidad de La Habana y otras universidades mexicanas, 2004).

lo cual solo sería posible si se destierra el unilateralismo en aras del multilateralismo y la sociodiversidad.

Pero si se hacen innúmeros esfuerzos en el campo de la ciencia política alternativa, habría que dedicar también espacios a la metapolitología que provocaría una vía privilegiada interactiva entre la bioética y el arte y la ciencia de la política.

¿Tiene futuro la metabioética? En mi criterio es imprescindible su desarrollo, del propio modo que la metapolitología apoyaría la deconstrucción de las dimensiones excluyentes de la ciencia política actualmente dominante y en boga, y la construcción de una ciencia política verdaderamente universal, por el valor epistemológico de ambas tanto en relación con la ciencia política como con la bioética,¹⁵ en un espectro amplio en el cual se privilegia la totalidad del tipo de saber y la posibilidad de pronóstico y de conducir conductas a nivel global.

La tarea de la construcción de la metabioética, por supuesto, tiene que ser el resultado de un trabajo de muchos científicos, ambientalistas y, considero que los filósofos, por su papel decisivo en la epistemología y, en algunas filosofías en el tratamiento de las totalidades, tendrán que desempeñar un importantísimo papel.

¹⁵ El primer capítulo del libro citado de C. Delgado expone ampliamente el papel ideológico de la racionalidad clásica en la vida cotidiana (p. 56).

¿Es una bioética separada de la política menos ideologizada que una bioética politizada?

Pedro Luis Sotolongo Codina



En las pocas cuartillas que siguen, pretendo examinar –en una aproximación primera– una cuestión que cada vez más permea la agenda de las reflexiones y de los debates actuales –y, más aún, las urgencias de la práctica contemporánea– de los bioeticistas latinoamericanos y caribeños:¹ ¿orientarnos hacia una bioética que se demarque de la política –supuestamente «apolítica»– o, por el contrario, construir una bioética «politizada», es decir articulada con la política?

Premisas. A modo de introducción

Desde la lógica, toda conclusión argumentada vale lo que valen *las premisas* en las que se sustenta su argumentación; ello es así por más que sea agudo y bien intencionado el que argumenta. Las conclusiones concernientes a la incompatibilidad o a la compatibilidad de la bioética y la política no

¹ Ver, por ejemplo, V. Garrafa, D. Porto. «Intervention Bioethics: A Proposal for Peripheral Countries in a Context of Power and Injustice.» *Bioethics*, octubre de 2003; 17 (5-6): 399-416; M. Kottow. «Por una ética de protección.» *Revista de la Sociedad Internacional de Bioética*, 2004; (11): 24-34; del mismo autor: *Bioética y biopolítica*; Pedro Sotolongo. «Bioética y complejidad: el tema “de la complejidad” en el contexto de la bioética. (La bioética, su estatuto epistemológico y el nuevo ideal de racionalidad)». En *Proceedings del Simposium El Estatuto Epistemológico de la Bioética*, París, UNESCO, 2005.

constituyen al respecto excepción alguna. Valen lo que valen las premisas en que se sustentan.

Expresaré entonces, desde ya, algunas de las premisas de las que el que esto escribe parte:

– *Desde la epistemología*, en una época signada por una tendencia en el saber contemporáneo hacia la convergencia multi, inter y transdisciplinar, al diálogo entre saberes de muy diversa índole y por el reconocimiento de la articulación de «conocimiento» y «valor», por la reivindicación de la importancia de la vida cotidiana y del saber del hombre y de la mujer de-la-calle, toda conclusión que reafirme la permanencia de la bioética y de la política en compartimientos separados merece, cuando menos, una sospechosa mirada y/o un suspicaz examen *epistemológicos*.

– *Desde la teoría social*, las fuertes evidencias de una indefectible articulación «circular» –aun en las más diarias de las interacciones sociales– entre nuestras prácticas cotidianas de poder, de saber, de deseo y de discurso, tornan *sociológicamente* problemática-en-sí-misma (como una genuina *contradictio in adjectum*) la aspiración a una inarticularidad –más aún si se pretende que ella sea «por principio»– entre bioética y política.

– *Desde las propias ética y política*, su historia permite constatar cómo sus resultados más fructíferos y enriquecedores para los seres humanos han tenido lugar cuando ambas se han articulado coherentemente. *Cuando la política se ha «etizado» y la ética se ha «politizado»*.

– *Desde la bioética misma*, al estar esta al servicio del reconocimiento y la reivindicación de los valores concernientes a la vida, a la propiciación de la sustentabilidad de la vida como tal, ella no puede ser ajena a ninguna realidad social –incluyendo el ámbito de *la(s) política(s)-concerniente(s)-a-la(s)-vida(s)*– en relación con cuál ejercer su labor de crítica, reconstrucción y propiciación del cambio social humanamente enriquecedor .

– *Desde la praxis social*, la constatación –que se impone aun al más inadvertido– desde esa vida cotidiana, de las enormes desigualdades, inequidades e injusticias sociales del mundo en que aún vivimos –particularmente contrastantes en nuestra región– hace a cualquier conclusión que lleve a separar bioética y política parecer –desde su dimensión y alcance *práctico-cotidianos*– al menos, ingenua y riesgosa, cuando no francamente irresponsable.

Desde la epistemología: la reflexividad de todo saber y la articulación conocimiento-valor

En la contemporaneidad se ha ido desarrollando la denominada nueva epistemología (o epistemología «de segundo orden») en la que se ha evidenciado la reflexividad de todo saber; es decir, el indisoluble nexo del «indagador» para con «lo indagado» a través de la indefectible labor objetivadora del sujeto

de indagación. Si en la ciencia clásica tal reflexividad objetivizadora quedaba enmascarada tras la llamada problemática «del-error-de-la-medición» (que es siempre, en realidad, el error *del indagador*), ya en la ciencia no clásica (incluso en la que se ocupa de la naturaleza) dicha reflexividad se hizo patente con toda claridad en la siempre presente relatividad espaciotemporal del indagador para con lo indagado (Einstein) y en la incidencia del indagador hasta en el tipo de ente a indagar (onda o partícula) (Bohr, Heisenberg, Dirac, Schrödinger) a través del diseño experimental escogido. En la ciencia que se ocupa de los problemas sociales y humanos tal reflexividad siempre ha estado patente –otra cosa es que muchos se empeñaran en no verla–, al ser imposible indagar «lo social» y «lo humano» «desde fuera» de toda sociedad y/o «desde fuera» de todo ser humano.

Ello ha ido evidenciando la futilidad –alimentada siempre por el (los) positivismo(s)– de intentar presentarnos un conocimiento ascético, axiológicamente «neutro», incluso en las ciencias calificadas de más «duras». Hoy sabemos ya que *todo* saber queda tramado en su construcción desde los posicionamientos (cultural-civilizatorios, de género, de raza, de etnia, de clase, para nombrar solo los más notorios) de los que construyen ese saber. Lo que evidencia el reconocimiento de la articulación de «conocimiento» y «valor». El saber –los conocimientos– *bioéticos* y los valores *bioéticos* no se exceptúan, por supuesto, de presentar tal articulación.

Por otra parte, cada vez es más perceptible la tendencia en múltiples campos del saber contemporáneo hacia la transgresión de la mentalidad –y la práctica– cognitivas disciplinares. La multidisciplina primero, la interdisciplina después, y más recientemente la transdisciplina, han ido plasmando dicha tendencia hacia un saber cada vez más integrador, abarcante y holístico. Es la transdisciplina –donde, por cierto, se ubica la bioética– junto al permanente diálogo entre saberes que preconiza, la que trasciende más consecuente y radicalmente con tal mentalidad y práctica disciplinar.² Ese «diálogo entre saberes» incluye la reivindicación de la importancia del saber del «no experto» frente al del «experto», del saber del hombre y de la mujer de-la-calle y de la propia vida cotidiana, al reforzar así el reconocimiento de la articulación entre conocimientos y valores.

Desde la teoría social: poder, saber y vida cotidiana

La teoría social contemporánea va poniendo en claro que es desde la vida cotidiana –desde el interaccionar diario de hombres y mujeres– que emergen, por una parte, las estructuras objetivas de relaciones sociales y se constituyen, por otra, las subjetividades individuales y colectivas sociales. Y como ambos procesos dinamizan simultáneamente de la siempre presente «circularidad» (intervinculación

² Ver, por ejemplo, V. Garrafa. «Multi-inter-transdisciplinariedad, complejidad y totalidad concreta en bioética. En *Proceedings del Simposium El Estatuto Epistemológico de la Bioética*. Ob. cit.

de todas con todas) de nuestras prácticas «locales» de poder, de deseo, de saber y de discurso («locales» al transcurrir en los marcos de nuestras situaciones de interacción social cotidianas con copresencia, asociadas a uno u otro de nuestros patrones de interacción social también cotidianos).³

Tales prácticas «locales» de poder, de deseo, de saber y de discurso dimanan (emergen) a partir de ciertas asimetrías sociales generadoras-de-complejidad-social. A saber:

- asimetrías de circunstancias-sociales-en-favor-de-algunos de los involucrados (con nombre y apellidos) y en desfavor-de-otros (también con nombres y apellidos) (en otras palabras: ciertas «cuotas locales» de poder y de contrapoder «locales»);
- asimetrías de satisfacciones (placenteras) e insatisfacciones (displacenteras) sociales de esos involucrados (en otras palabras: ciertos «circuitos-locales-deseantes» [del-deseo]);
- asimetrías en las factibilidades y no factibilidades epistémicas a la disposición de esos involucrados (en otras palabras: ciertos posicionamientos dentro de la «positividad epistémica» [del saber] de la época);
- asimetrías en las factibilidades y no factibilidades enunciativas a la disposición de tales involucrados (en otras palabras: ciertos posicionamientos en una «positividad discursiva» [del discurso] epocal).

articuladas «circularmente» todas con todas.

Para resumir, tenemos que:

El ejercicio de cuotas locales de poder [y de contrapoder] induce circuitos locales del deseo (de «satisfacción» y/o de «insatisfacción») que, a su vez, las alimentan subyacentemente; requiere y propicia la construcción de cuotas locales de un saber que, a su vez, las legitima; profiere y se trama en enunciaci-ones locales de un discurso que, a su vez, tributa a ellas y las difunde inter-subjetivamente, por lo que se constituye así una «circularidad» de articulación a partir del poder con el resto de los ámbitos de prácticas locales que venimos caracterizando. Lo que implica que semejante «circularidad» que acabamos de examinar se plasma siempre a partir del *ejercicio articulado de prácticas so-ciales* [de prácticas de dominio (de poder), de prácticas de búsqueda de placer (de deseo), de prácticas epistémicas (de saber), de prácticas enunciativas (de discurso)] cotidianas.

Todo lo cual produce (y no puede no producir):

- «efectos locales legitimadores» (de poder) provenientes del deseo, del saber y del discurso que ponen localmente en juego (y que no pueden no poner en

³ P. Sotolongo. «Complejidad social y vida cotidiana». *Emergence*, número doble especial dedicado al 1er. Seminario Bienal Internacional Complejidad-2002. La Habana, 7-10 de enero/EE.UU., septiembre de 2002.

juego), y que se añaden a –y refuerzan– los efectos *inmediatos* de sus cuotas locales de poder;

- «efectos locales deseantes» (de deseo) (deseo-de-placer) provenientes del poder, del saber y del discurso que ponen en juego (y que no pueden no poner en juego), y que se añaden a –y refuerzan– los efectos *inmediatos* de sus circuitos locales del deseo;
- «efectos locales de verdad» (de saber) provenientes del poder, del deseo y del discurso que ponen en juego (y que no pueden no poner en juego), y que se añaden a –y refuerzan– los efectos *inmediatos* de sus posicionamientos locales epistémicos (de saber);
- «efectos locales discursivos» (de discurso) provenientes del poder, del deseo y del saber que ponen en juego (y que no pueden no poner en juego), y que se añaden a –y refuerzan– los efectos *inmediatos* de sus posicionamientos locales discursivos (de discurso).

Ello concreta la afirmación acerca de que el poder no es «algo que se posee o se otorga»; por el contrario, siendo inherente a toda práctica social, el poder se ejerce y si no se ejerce por unos, es ejercido por otros. en otras palabras, el poder, en esa plasmación suya en estrategias –y tácticas– atravesadas por uno u otro «cálculo» con vistas a mantener unas u otras circunstancias-en-favor-de-algunos –y en desfavor de otros–, «no deja vacíos» sociales en su trama.⁴

Las prácticas bioéticas no constituyen excepción alguna al respecto: implican siempre la puesta en juego –el ejercicio– de cuotas locales de poder bioético –y de contrapoder bioético–; inducen indefectiblemente circuitos locales de deseo bioético –de «satisfacción» y/o de «insatisfacción» bioéticas– que, a su vez, alimentan subyacentemente aquellas cuotas de poder bioético; requieren y propician la construcción de un saber bioético que las legitima; profieren –y se tramam en– enunciaciones de un discurso bioético que, a su vez, tributa a ellas y las difunde intersubjetivamente, por lo que se constituye así una «circularidad» de articulación a partir del poder bioético con el resto de los ámbitos de prácticas locales bioéticas que venimos caracterizando.

De esta manera, desde las múltiples situaciones de interacción social con copresencia –desde los múltiples escenarios sociales– «locales», se va tejiendo «anónimamente»⁵ toda una trama –articulada junto a las articulaciones de los patrones de interacción social en que están involucradas) de ejercicio de poderes «locales» y de contrapoderes «locales», de correlaciones de fuerzas, de estrategias

⁴ Es Michel Foucault el pensador contemporáneo que a juicio nuestro ha puesto más de relieve –en la teoría social– esta omnipresencia del poder en todos los poros del *socium*.

⁵ «Anónimamente» –entrecomillado– en el sentido de que por ese su carácter extremadamente «local» (o localizado) de una u otra de la miríada de situaciones de interacción social con copresencia que coexisten y se suceden constantemente en todo *socium*, se torna imposible, de hecho, *distinguir las a todas* desde su comienzo mismo, en sus manifestaciones primeras, en sus

–de poder y de contrapoder (resistencias)– sociales «locales» íntimamente ligada a los vínculos sociales generados por los patrones de interacción social (familiares, educacionales, laborales, religiosas, recreativas, de género, de raza, de etnia, de clase, de prácticas bioéticas, etcétera) de que se trate en cada caso. A medida que uno u otro de esos patrones de interacción social se va propagando –espacial y temporalmente– en el socium dado, se irá, a su vez, extendiendo la correspondiente trama de poderes «locales» y contrapoderes «locales», de correlaciones de fuerza, de estrategias de poder y de contrapoder (resistencias) (familiares, educacionales, laborales, religiosas, recreativas, de género, de raza, de etnia, clasistas, de prácticas bioéticas, etcétera).

Esto da lugar, entonces, a los que llamaremos «efectos agregados» de poder –y de contrapoder (resistencia)– sociales, a partir de aquellos poderes «locales» y contrapoderes (resistencias) «locales». Así, a partir de tales «efectos agregados» de poder se van conformando «agregaciones de asimetrías» sociales que, articulando las asimetrías «locales», van produciendo «escisiones» en el tejido social como resultante de tales «efectos agregados»; tales «agregaciones de asimetrías» sociales (o «asimetrías sociales agregadas») pueden –y, de hecho, es común que lo hagan– llegar a constituirse en verdaderas «líneas de falla» o «de fractura» en el socium, a lo largo de las cuales como que «se alinean» los diferentes polos (los favorecidos y los desfavorecidos) involucrados en las asimetrías sociales de que se trate en cada caso, según sea el patrón de interacción social concernido.

Se llegan a conformar así verdaderos «efectos-de-hegemonía» sociales. Son estas hegemonías sociales agregadas –las grandes asimetrías sociales–, las que reconocemos entonces como las grandes dominaciones (familiares, religiosas, educacionales, laborales, de género, de raza, de etnia, clasistas, de prácticas bioéticas y otras muchas) globales sociales. Son los ya más familiares «macro»poderes, con su presencia ya bien inequívoca en el socium y con sus macrocorrelaciones de fuerzas y macroestrategias bien reconocibles. Pero, como hemos argumentado, son no otra cosa que los efectos globales de aquellos poderes «locales», con sus correlaciones «locales» de fuerzas y sus estrategias «locales», mucho menos evidentes y, por lo mismo, menos reconocibles.

primarios efectos-de-poder. Pero *no en el sentido* de que cada una de ellas no involucre siempre a determinados «quiénes» (hombres y mujeres) bien concretos y *con su identidad* individual (con su nombre y apellidos).

Es importante recalcar esta circunstancia para salirle al paso a objeciones –quizás bien intencionadas, pero muy simplistas– de que en semejante enfoque –y se menciona siempre a Foucault– del poder, este como que «cuelga del aire», sin ser ejercido por nadie en concreto. La articulación que hacemos del enfoque «foucaultiano» del poder con los patrones de interacción social de la vida cotidiana «inmuniza» contra tales críticas.

Por otra parte, las ya aludidas asimetrías sociales inherentes a unas u otras situaciones de interacción social con copresencia son *empíricamente descriptibles* por la aplicación de metodologías cualitativas –ampliamente disponibles ya– de indagación al estudio de los escenarios sociales de que se trate en cada caso.

Surgen a menudo tales «macro»poderes o «macro»contrapoderes (resistencias), de hecho, sin que aquellos poderes «locales» y/o contrapoderes (resistencias) «locales» hayan sido considerados «seriamente» o incluso sin que hayan sido «percibidos» socialmente. Es entonces cuando nos preguntamos de súbito: «Pero, ¿cómo (nos) pudo pasar esto?...» Con frecuencia la respuesta a esta interrogante llega ya demasiado tarde.⁶ Es curioso, pero innegable, que, una vez plasmadas, tales «hegemonías» (efectos asimétricos agregados) sociales –esos macropoderes y macrocontrapoderes– por su propia «masividad» y evidencia, como que «invisibilizan» a los propios poderes «locales» y contrapoderes «locales» que las hicieron posibles y de los cuales surgieron.

En semejante contexto, esclarecido por la teoría social contemporánea, se torna particularmente problemática, *sociológicamente* hablando, cualquier aspiración a una inarticulación entre bioética y poder, entre poder bioético y poder político.

Ética y política

Todo régimen social se ve necesitado de hombres y mujeres –con sus subjetividades– que actúen en correspondencia con determinado *ethos* y cierta *politeia*. Es decir, con hombres y mujeres que se comporten en consonancia con un conjunto de valores y de reglas de conducta socialmente aceptadas y propiciadas por dicho régimen social y que tiendan a sostenerlo. Para ello, uno u otro régimen social se institucionaliza, es decir, se dota de instituciones, como ámbitos sociales que construyen concomitantemente cierto régimen de *permissividades* y de *prohibiciones* que tienden, precisamente, a ir plasmando y afianzando ese *ethos* y esa *politeia*.

Semejante ámbito institucional, una vez constituido, se erige como una especie de «inconsciente» social que atraviesa «transversalmente» todas las esferas sociales –la económico productiva, la sociológica, la política y la cultural– signándolas con esa particular dialéctica de mostrar/ocultar, de decir/callar –tan propia de las instituciones– en relación con todo aquello que queda, por lo mismo, concomitantemente permitido o prohibido por ellas en el *socium*.

El ámbito institucional propiamente político, en Occidente, remonta su origen a la antigüedad ateniense, en el siglo v a.C., cuando se plantea ya la cuestión de la *politeia*, es decir, el problema de una constitución que asegurara la *isonomía*, la igualdad ante la ley; lo que *mutatis mutandi* llevó al nacimiento de una nueva forma de gobierno, el «democrático», que constituía una creación eminentemente revolucionaria para la época, a pesar –y no debemos olvidarlo, aunque casi siempre se pasa por alto– de que excluía de todo derecho político

⁶ Un caso paradigmático de ello lo tenemos con el desenlace indeseado de la «perestroika» soviética para quienes la llevaron a cabo con sinceros propósitos de reestructurar aquel socialismo para hacerlo avanzar ulteriormente en un sentido democrático y socialmente enriquecedor para aquella sociedad.

a las mujeres, los extranjeros y los esclavos, es decir, a la aplastante mayoría de la población de Atenas.

Lo que acabo de apuntar nos debe servir de «antídoto» contra los intentos –harto frecuentes y casi siempre provenientes del Norte desarrollado– de proponernos a latinoamericanos y caribeños una democracia abstracta (sin apellidos), como si en algún lugar o tiempo tal cosa haya existido, y no una democracia concreta (con apellidos), que es la que ha tenido siempre existencia real, comenzando con la democracia–para–los nobles atenienses.

El interés por tales cuestiones fue constituyendo el saber político –el origen de la reflexión política, aún con minúscula, pues se desarrollaba en el seno de la filosofía del tiempo de Pericles. En esa filosofía ateniense –Platón y su discípulo Aristóteles incluidos–, no se admitía la posibilidad de la vida social si esta no estaba dirigida por hombres que hubieran recibido una educación especial, una educación dirigida al conocimiento de lo justo, lo bueno y lo bello, como única manera de llegar a la verdad.

Lo bello, lo bueno, lo justo, lo verdadero, eran entonces considerados como las piezas de un sistema de valores irreductible a la sumatoria de sus partes: ellos se reclamaban y se sostenían recíprocamente. La razón teórica, propia de la reflexión cognitiva, era entonces *inseparable* de la razón práctica, propia de la acción política y del obrar moral. Ética y política debían, por lo tanto, practicarse en el movimiento de una reciprocidad irreductible. La política –para aquellos, no lo olvidemos, admitidos a su ámbito, no para los excluidos– no podía pensarse entonces como una esfera de conocimientos y acciones independientes de los valores éticos.

Dicha articulación de ética y política puede aún trazarse a lo largo del Medioevo, si bien refractada (en Occidente) por la subordinación de la filosofía a la teología, de la razón a la fe; en fin, de los asuntos terrenales y carnales a los celestiales y divinos.

Ya en la modernidad (hasta la época de Kant, uno de sus mayores filósofos) ética y política –las institucionalizadas, por supuesto, es decir, las correspondientes con el *ethos* y la *politeia* de la burguesía en ascenso– mantuvieron una similar relación de imbricación mutua. Los seres humanos no solo eran sujetos de conocimiento, sino también sujetos de moralidad; no solo aspiraban a la verdad sobre el reino natural, sino también al conocimiento del mundo moral, que no es otro que el reino de los fines. Kant llamaba cultura a la capacidad o disposición de los seres humanos de proponerse fines a su arbitrio.

Como se ve, política y ética continuaron marchando juntas, y tal unidad, en las sociedades burguesas de la modernidad *temprana*, se había extendido, aunque fuese solo *formalmente*, a todos sus miembros civiles. El ejercicio de la política no era indiferente al conocimiento de los fines y de los valores morales y ninguna de las dos, *ni la ética, ni la política*, se ubicaban fuera de la esfera de la racionalidad.

Tal unidad de la política y de la ética es, pues, *una conquista cardinal* que, aunque no siempre –ni en todo lugar– admitida por todos, hay que salvaguardar

y propiciar su extensión a todo ámbito posible; y no solo formalmente, como lo hace la burguesía, con su proverbial hipocresía y doble discurso de clase explotadora, sino respondiendo a un contenido real y concreto. No todas las épocas, sin embargo, han podido lograrlo.

A partir de Kant se produce una escisión entre razón teórica y razón práctica, y como tal, la escisión es profundizada ulteriormente con el surgimiento, en el siglo XIX, de una racionalidad instrumental que, a su vez, al ser incorporada por la política en nuestra contemporaneidad posmoderna, ha producido una ruptura dentro del propio ámbito de la razón práctica, con lo que se quiebra la unidad de «lo ético» y «lo político».

Paralelamente al acelerado avance de las ciencias naturales a lo largo de los siglos XVIII, XIX y XX, avance que tuviera sus cúspides en la revolución industrial y más adelante en la llamada revolución científico técnica, se va produciendo una alianza cada más estrecha entre la ciencia, sus resultados técnicos y su implementación tecnológica en la industria. Ello, que no fue otra cosa que el surgimiento del modo tecnológico de producción fabrilmecanizado de los bienes materiales, marcó la madurez del sistema capitalista y el inicio del proceso de transformación de la ciencia en una fuerza productiva directa, proceso que ha llegado hoy en día a fases ulteriores y más significativas.

Tal constelación de circunstancias llevó aparejado que el «yo pienso» dejara de ser definitivamente una proclama crítica para comenzar a convertirse, notoriamente ya hacia la segunda mitad del recién finalizado siglo XX, y aún más aceleradamente en el siglo recién iniciado, cabalgando sobre un proceso de globalización –inevitable–, pero neoliberal –evitable–, en una razón humanamente empobrecida, pero poderosa. Una razón limitada a ofrecer el conocimiento de los medios científicos más apropiados para alcanzar eficazmente determinados fines (fines pertenecientes a las empresas, a los Estados, a los que financian aquellas y estos) dirigida, básicamente, a formular prescripciones técnicas en relación con pronósticos. En otras palabras, en una razón *instrumental*.

Solo el abandono de la racionalidad crítica permitió tal escisión entre ética y política; y, por lo mismo, el mejor antídoto para evitarla es su recuperación por el pensamiento contemporáneo, incluyendo el pensamiento bioeticista. Junto a la bioética –especialmente la que se orienta a una bioética «global» o «profunda» de índole potteriana–, otras direcciones de pensamiento y praxis contemporáneas como el ambientalismo holista y la teoría o enfoque «de la complejidad», intentan articular un saber transdisciplinario, holístico y no lineal que, a través de sus más lúcidos representantes, puede coadyuvar a semejante recuperación de una racionalidad crítica y, más aún, a la conformación de un nuevo ideal –no clásico– de racionalidad.⁷

⁷ P. Sotolongo. «Bioética y complejidad: el tema “de la complejidad” en el contexto de la bioética. (La bioética, su estatuto epistemológico y el nuevo ideal de racionalidad). Ob. cit.

Bioética y política. A modo de conclusiones

La bioética es una criatura dimanada de las contradictorias realidades del recién terminado siglo xx, aún no resueltas, sino persistentes en el nuevo siglo recién comenzado y vinculadas a las prácticas vigentes para con –y a la reflexión acerca de– la inserción de la subjetividad, de los valores y de los intereses sociales en la toma de decisiones que atañen a la vida y en las estrategias de su apropiación.

Así, la complejidad de las problemáticas bioéticas se desplaza del terreno epistemológico «ascético» de la vieja epistemología de–primer–orden, donde «lo bioético» era concebido como una totalidad conformada por un espacio teórico constituido por diferentes paradigmas dentro de ese saber bioético, hacia el campo de la nueva epistemología de–segundo–orden, de la reflexividad del bioeticista para con «lo bioético» y de las articulaciones poder bioético–saber bioético, donde las estrategias diferenciadas de la apropiación cognitiva crítica de las realidades bioéticas están indisolublemente imbricadas con estrategias empoderantes (o desempoderantes), deseantes (de satisfacción o de privación) y discursivas (legitimadoras o deslegitimadoras) que van articulando las teorizaciones y los imaginarios sobre «lo bioético» con las prácticas y con los discursos de apropiación, producción y transformación «bioéticas» orientadas por los principios de la sustentabilidad de la vida o por su depredación.

Por lo mismo, «lo bioético» no constituye una mera articulación de ciencias (en una totalidad «objetiva» de conocimientos), sino una articulación de conocimientos, valores y estrategias en un campo antagónico (contradictorio) de intereses sociales en conflicto, de identidades sociales diferenciadas, de relaciones sociales de alteridad. Un campo social conflictual que atañe al desarrollo sustentable de la vida en todas sus manifestaciones, vegetal, animal y humana. Este campo tiene un fuerte e indefectible asidero en esas contradictorias –por injustas– realidades del mundo en que nos ha tocado vivir; y son estas contradictorias realidades las que le otorgan su sentido más legítimo a las prácticas bioéticas.

Es decir, los sentidos que se deben plasmar de «lo bioético» son eminentemente contextuales; dependen de contextos materiales y culturales, económicos, sociales y *políticos* específicos y de las historias–de–vida de los «quiénes» que los construyen. Pueden así distinguirse, *grosso modo*, dos sentidos diferenciales –y diferenciables– de «lo bioético»:

1. *Una bioética–del–consenso–social*, concomitante con una política bioética dirigida a conciliar intereses dentro del *statu quo* social, obviando contradicciones sociales insalvables.
2. *Una bioética–de–las–contradicciones–sociales*, concomitante con una política bioética orientada a revelar las contradicciones de intereses y a subvertirlas en aras de objetivos de justicia y equidad sociales.

Una bioética no articulada con la política –apolítica– resulta entonces no otra cosa que un determinado posicionamiento *político* dentro del movimiento del bioeticismo latinoamericano y caribeño: un posicionamiento político –si consciente o inconsciente, si ingenuo o avisado, son ya otras cuestiones que se deben resolver caso por caso– que tributa objetivamente a favor de una *conciliación de intereses* dentro del *statu quo* social vigente. Cuando se trata de intereses sociales conciliables, acierta; cuando se topa –más temprano que tarde– con intereses sociales inconciliables (de explotación, de marginación, de exclusión social de unos por otros, como los imperantes en muchos lugares a lo largo y ancho de nuestra región latinoamericana y caribeña) yerra y no puede no errar.

Entonces, una bioética-de-las-contradicciones-sociales latinoamericana y caribeña, articulada con la política –politizada– constituye para el que esto escribe un posicionamiento *político* dirigido a revelar las contradicciones de fines, intereses, necesidades e interpretaciones bioéticamente relevantes dentro de nuestro ámbito regional.

Y los intentos de construir una bioética demarcada de la política nos recuerdan a aquella pretensión de: «Soy apolítico(a)» que más de una vez, estoy seguro, todos hemos escuchado. Como si «ser apolítico» no constituyera, desde el principio, un posicionamiento *tan* politizado como cualquier otro...

Hacia una ética de la ciencia: problemas, interrogantes, respuestas

Luis R. López Bombino



La ética de la ciencia: ¿profesional o aplicada?

En efecto, en los últimos tiempos mucho se ha discutido si es posible o no constituir una ética de la ciencia como disciplina con relativa independencia. Para muchos estudiosos del tema, lo más conveniente sería establecer o, más exactamente, argumentar, la pertinencia de una ética profesional del trabajo científico. Así, en la misma medida en que existe una ética médica, jurídica, pedagógica, etcétera, en este mismo sentido se pudiera asumir esta disciplina. De este modo, esta región del saber sería entendida como un componente estructural de la ética profesional. Otra posición la sustentan aquellos que piensan que lo más efectivo es la creación de una disciplina denominada sociología y ética de la ciencia, tanto por la indiscutible vinculación entre ambas, como por su efectividad en la docencia e investigación.

Aunque las distintas posiciones tienen su determinado peso conceptual, a mi juicio, sería en extremo difícil establecer una separación entre ética de la ciencia y ética profesional del trabajo científico. Incluso, toda posición que se asuma tendría que tomar en cuenta los aportes que en esta región de estudio nos brindan la historia, teoría, metodología y sociología de la ciencia tomadas en su conjunto.

A pesar de que la primera posición no excluye la segunda, por ética del científico puede entenderse el

conjunto de principios que guían a este profesional en el proceso de su actividad cognoscitiva y el comportamiento que este asume en el contexto de una comunidad científica determinada.

En un sentido más normativo, puede afirmarse que la ética del científico está configurada por la forma en que el sistema de principios, normas y valores de la moral social se expresan en el comportamiento efectivo del científico, es decir, en qué medida este profesional hace suyo, en mayor o menor grado, el sistema de normas y valores válidos para la sociedad donde desarrolla su actividad profesional.

En la ética del científico importa que este profesional asuma el sistema de valores prevaiente en su cultura a través de la convicción interna, y no de modo externo, mecánico e impersonal, como a veces puede suceder.

Por eso debe atender a «los efectos de las acciones» por las que asume la responsabilidad, como también «las consecuencias no previsibles» que pueden emanar de su investigación y la «cosmovisión por la que se rige» en su vida y práctica profesional. El reclamo de una conciencia moral y de una ética para la ciencia, así como la asunción de sentimientos, valores, normas deontológicas, principios, deberes y responsabilidades para el obrar y el quehacer científico, ha sido una preocupación desde tiempos pretéritos, «Ciencia sin conciencia, no es más que ruina del alma» (François Rabelais, siglo XVI), «El pensamiento sin sentimiento es la gran tragedia de la humanidad» (Adolfo Pérez Esquivel); «La sociedad reposa sobre la conciencia y no sobre la ciencia; el progreso y la civilización son ante todo, una cuestión moral» (Henri Frédéric Amiel); «Si conseguimos perfeccionar la ciencia podemos esperar también perfeccionar la moral, sin la cual el saber no es más que un nombre vano» (Isaac Newton); «Las raíces de la cabeza están en el corazón» (José Ortega y Gasset); «El sentido moral es más importante que la inteligencia; cuando desaparece de una nación, toda la estructura social se resquebraja» (Alexis Carrel).

Con el desarrollo de la ciencia experimental, la antinomia moral descrita por distintos autores (François Rabelais, en los comienzos del siglo XVI la enunció) y olvidada por otros, ha sido preocupación de distintos científicos y ha estado presente en el desarrollo de la ciencia y la tecnología contemporáneas, aunque no con el grado que merece. Ante las esplendorosas promesas suscitadas por el progreso científico y tecnológico, se han afianzado nuevos y múltiples peligros en torno al desarrollo potencial de los seres humanos. La tensión entre «ciencia y conciencia, ciencia y sentimientos, ciencia y valores, ciencia y responsabilidad, técnica y ética, ha llegado a límites que amenazan al mundo en su conjunto».¹

El progreso posee muchas aristas, positivas y negativas. Su presencia nos deslumbra, hasta tal punto que no percibimos las amenazas que penden sobre

¹ En este sentido, sigo las ideas expuestas por Federico Mayor Zaragoza en «Una nueva perspectiva ética». *El Correo de la UNESCO* [París], mayo de 1988; XVI: 4.

nuestras cabezas para advertirnos de la inaplazable necesidad de reconsiderar radicalmente, desde una perspectiva ética universal, el devenir de la ciencia contemporánea. Hemos de tener bien presentes los aspectos negativos, el reverso sombrío de la ciencia, cuando sus aplicaciones carecen de los requisitos culturales profundos y amplios que son imprescindibles, cuando no se tienen en cuenta –según principios de equidad– las necesidades básicas del hombre, cuando no se halla debidamente regulada por su interés social. Y es que, si la ciencia y la técnica pueden contribuir a la sabiduría, sería muy peligroso que intentaran suplantarla. Ya lo dijo con insuperable claridad Bertrand Russell:

La humanidad, gracias a la ciencia y a la técnica, está unificada para el mal, sin que esté todavía unificada para el bien. Los hombres han aprendido la técnica de la mutua destrucción en todo el mundo y no la técnica, más deseable, de la cooperación mundial [...] A cada incremento de conocimiento y técnica se hace más necesaria la sabiduría, y aunque nuestra época ha sobrepasado a todas las anteriores en lo que se refiere a conocimiento, no ha gozado de un aumento correlativo en lo que se refiere a sabiduría.

Y Russell terminaba exigiendo «una nueva perspectiva moral».²

Sin esa perspectiva moral, la hecatombe que nos amenaza podría resultar inevitable. De ahí la necesidad de una revolución científica, que podrá realizarse cuando el saber, en lugar de hallarse supeditado al poder, lo equilibre. El saber sustenta hoy –y cada vez más– el poder. Hoy la ciencia sirve demasiado a la fuerza. La respuesta consiste en que sirva únicamente a la razón. La revolución reside en la juiciosa utilización del saber. Se trata pues de establecer un orden científico que produzca los medios para la supervivencia digna –nutrición, sanidad, cultura...– de todos los hombres. Nuevo orden científico que implicará, sin duda, un gran cambio en el rumbo de la tecnología, una profunda reorientación de las aplicaciones de la ciencia, lejos del horizonte atómico y del desenfrenado consumismo de nuestros días.

Ciencia y conciencia; técnica y ética: responsabilidad, para que no terminemos en la «ruina del alma», que hoy sería pura y simplemente la aniquilación de la humanidad. Esa responsabilidad nos implica a todos, puesto que todos estamos embarcados en la misma nave, pero en particular a los intelectuales, a las personas de pensamiento y de ciencia de cuya labor depende el florecimiento de los saberes teóricos y prácticos. Los científicos, los intelectuales en general, en virtud de la materia misma de su trabajo, deben tener el espíritu abierto a la universalidad –que es la esencia misma de la ciencia– para reflexionar sobre los graves problemas del mundo con el necesario conocimiento de causa y anchura

² Véase I. Kant, «La paz perpetua», en disímiles ediciones. Ver, además, A. Cortina. *Razón comunicativa y responsabilidad solidaria*. Salamanca Editorial Sígueme, 1985; A. Cortina, E. Martínez. *Ética*. Madrid, Editorial Akal, 1996: 116. Consúltese, además, las ideas de Bertrand Russell en F. Mayor Zaragoza. Ob. cit.: 4.

de miras, con equidad, sin dejarse influir por los intereses políticos del momento ni por las justas peculiaridades culturales. Son vigías, capaces de anticiparse, capaces de prever y alertar.

No es fácil determinar de qué modo los científicos pueden influir eficazmente para modificar el sentido en que poderosos intereses orientan e incluso manipulan su quehacer y los frutos que de él se derivan. Pero tienen la responsabilidad de no silenciar –al contrario, poner de realce– los peligros que surgen de la utilización torcida de los conocimientos científicos sin medir las consecuencias sociales, económicas, culturales, en una palabra, humanas (F. Mayor Zaragoza. Ver nota 1).

Aunque en el ámbito de la reflexión científica siempre han predominado, como tendencia, las ideas de corte positivista, estas meditaciones sobre la creación científica demuestran en qué medida pensadores de épocas diversas han estado preocupados por el desarrollo de una ciencia con conciencia y con resortes morales y axiológicos.³

En la asunción de esta ética resultan imprescindibles valores como la honestidad, la autenticidad, la coherencia, la apertura de su personalidad a nuevas ideas, y, por ende, la interiorización de un principio y valor fundamental, que es precisamente *que las palabras respeten las acciones*, esto es, la coherencia entre su discurso y la realidad efectiva. Por lo que no debe suceder que los científicos y demás profesionales y técnicos implicados en el proceso de investigación posean una personalidad oculta y otra manifiesta.

En la ética de la investigación científica resulta vital pensar en la máxima siguiente: ¿el fin justifica los medios?, toda vez que, en múltiples ocasiones, se ha pensado y concretado en investigaciones científicas «el mal aceptado como medio para un fin bueno». Por eso, la ética de la ciencia puede concebirse como una ética de la responsabilidad, a la vez que comparte elementos de «ética profesional» y «ética aplicada».⁴

Los problemas éticos que hoy se generan por el desarrollo impetuoso de la ciencia y la tecnología están signados por agudos dilemas y conflictos morales y existenciales, por eso se aproxima esta rama del saber ético integral a la bioética, que puede ser también comprendida como una especialización o componente estructural de la ética, considerada como saber integral que comprende otras disciplinas éticas como la descriptiva, la aplicada, la ética crítica o metaética, la normativa, la profesional, las éticas deontológicas, las axiológicas, etcétera.

Esta visión no desvaloriza la actual polémica de si la bioética es un saber global o aplicado, esto es, si pertenece al ámbito de la ética teórica o aplicada, si posee una influencia positivista (positivismo lógico en particular), utilitarista, axiológica, humanista, o deontológica, etcétera. Bien vistas las cosas, las distintas

³ Ver el indispensable artículo de F. Mayor Zaragoza anteriormente citado.

⁴ A. Cortina, E. Martínez. Ob. cit.: 166-7.

influencias filosóficas que se han manifestado en la comprensión de esta disciplina en constante desarrollo, han influido en el perfeccionamiento conceptual y han animado el debate actual de este quehacer científico que hoy pugna por un perfeccionamiento de su estatuto epistemológico.

Con respecto al estatus gnoseológico de la ética de la ciencia, en lo que más se ha avanzado es, precisamente, en la identificación de un conjunto de problemas éticos que genera el desarrollo de la ciencia y la tecnología y, en particular, los conflictos morales que se derivan del uso de las ciencias biomédicas, nucleares, etcétera, al enfatizar en los dilemas y conflictos morales que emanan de estos saberes.

De modo que la ética recae en la actividad científica practicada por un profesional de esta esfera en particular, y en la responsabilidad profesional y moral que este asume. No en vano la moral ha sido también concebida como una especie de grado supremo de sabiduría. Sin la verdad la moral no existe, por ello se le considera el fundamento de las grandes cosas que le conciernen al hombre, en tanto interviene, a menudo, como una forma de conocimiento de la realidad social.

Una de las maneras de concebir la moral ha sido considerarla conformada por las buenas costumbres, los hábitos, deberes y responsabilidades que se desprenden de las relaciones establecidas entre los hombres y, también, como hija legítima de la justicia y la conciencia, en tanto modera las pasiones, cultiva las virtudes y reprime los vicios, al asumir a menudo la función de educación del hombre y enseñanza de la virtud. No olvidemos que la moral es también cultura, pues esta incluye el comportamiento general de los hombres, el cual se expresa mediante su modo de vida, su proceder individual y social, y su sistema de valores y creencias.

Los gigantescos progresos de la ciencia y la tecnología contemporáneas demandan hoy, más que nunca, del enfoque ético de la ciencia, de una dimensión humanista del trabajo científico y de la identificación de las vías en las que se expresan la moral, los valores, y las contradicciones en las relaciones entre los científicos, y la dimensión misma de hacer ciencia, esto es, ciencia para quién, a favor de quiénes, pues la ciencia se puede emplear, o para la realización del bien o en función del mal; no olvidemos la clásica tesis de J.J. Rousseau cuando dijo: «los avances en las artes y en las ciencias han corrompido más, que mejorado a la humanidad».⁵

La genética molecular y la energía nuclear pueden producir, según se utilicen, grandes beneficios o grandes destrozos. Todo depende del uso que se haga del conocimiento científico, de su aplicación correcta o incorrecta. La denominada civilización industrial, que ha producido muchas cosas benéficas para la condición

⁵ J.J. Rousseau. «Discurso sobre el origen de las desigualdades entre los hombres» En C. Goicoechea. *Diccionario de citas*. Barcelona, Editorial Labor, 1962: 862. Ver también F. Mayo Zaragoza. Ob. cit.: 4-5.

humana, puede afectar, cuando prevalecen los criterios económicos, esa preciosa entidad de la que hace pocos decenios apenas se tenía conciencia y que se llama el medio ambiente. Por eso la ética del científico, a mi juicio, es una ética de la responsabilidad y de la asunción de un conjunto de deberes por parte de este profesional: cognoscitivos, morales, humanos, como ciudadano específico, y otros, por lo que puede ser comprendida como una rama de la ética aplicada. De aquí se deriva la necesidad de elaborar una ética adecuada a los nuevos problemas que plantea hoy en día el progreso de la ciencia y la técnica.

Interrogantes para una ética de la ciencia

En mi opinión, los problemas éticos que impone la propia dinámica del progreso científico-técnico, y que le dan sentido a una ética de la ciencia son, entre otros, los siguientes:

- ¿Existe una ética de la ciencia, estructurada, argumentada en su sentido amplio?
- ¿Puede existir una ética de la tecnología separada de la ética de la ciencia?
- ¿Cuáles son los problemas éticos que genera el desarrollo de la ciencia y la tecnología contemporáneas?
- De existir una ética de la ciencia y la tecnología, ¿cuál sería su estructura, su objeto, sus problemas fundamentales?
- ¿Qué diferencias existen entre ética de la ciencia y ética del científico?
- ¿Son los científicos y los tecnólogos moralmente responsables de lo que hacen?
- ¿Es el científico moralmente responsable de las aplicaciones de sus resultados científicos?
- ¿Son igualmente responsables el descubridor y el diseñador de tecnologías?
- ¿Se deben fijar límites al desarrollo de la ciencia?
- ¿Todo lo que es técnicamente posible es éticamente deseable?
- ¿Se asumen responsabilidad moral, o más bien grados de responsabilidad, por parte de científicos y tecnólogos?
- ¿Son los científicos y los tecnólogos neutrales en sus respectivos ámbitos profesionales? ¿Cómo analizar el proceso de investigación científica y el de integración de la ciencia, toda vez que ambos constituyen un binomio, aunque en este ámbito se ha hablado históricamente de la responsabilidad operativa del tecnólogo?
- ¿Existe relación entre progreso social, científico técnico y progreso moral?
- ¿Son sinónimos progreso científico técnico y progreso moral?
- ¿Qué consecuencias negativas existen entre el progreso de la ciencia y la tecnología y el progreso moral o espiritual en su conjunto?

- ¿Qué problemas éticos emanan del uso de la propiedad intelectual, así como de la utilización de la información y de la automatización?
- ¿Cuáles son los problemas éticos que se discuten en las ciencias biomédicas? Piense en el trasplante de órganos y la manipulación genética, entre otros.
- ¿Qué normas morales deben tenerse en cuenta en la investigación con seres humanos?
- ¿Cuáles son los problemas éticos de la fecundación *in vitro* y la clonación humana? ¿Qué implicaciones morales, existenciales y sociales tiene la existencia de una madre genética, una uterina y otra social? ¿Cuál es la más importante?
- ¿Por qué «saber es poder»?
- ¿Por qué la ciencia es también cultura? ¿Qué vínculos existen entre ciencia y valores, ciencia y responsabilidad, ciencia y moral, ciencia e ideología y axiología y cultura?
- ¿Qué problemas éticos se derivan de la irrespetuosidad hacia la propiedad intelectual, así como del uso de la información y de la automatización?

Creo que si bien estas interrogantes no agotan los problemas éticos que hoy en día genera el desarrollo de la ciencia contemporánea, estos son suficientes para justificar la mencionada disciplina, al menos en ciernes, y explicar la aparición de diversos códigos morales en el quehacer científico y la práctica profesional.

Intentemos un análisis mínimo de algunos de estos problemas y expliquemos un segundo aspecto no menos importante: la relación ciencia-moral-responsabilidad.

Los códigos morales y la ética profesional del trabajo del científico

El comportamiento moral, situado en los orígenes mismos del hombre como ser social, está sujeto a un conjunto de principios, valores, normas, ideales, cualidades, que orientan la conducta de los individuos y que se desarrollan a partir de la necesidad de conjugar los intereses de estos y de la sociedad en general. El conjunto de normas y principios que regula el comportamiento de los individuos en campos fundamentales de la vida conforma los denominados códigos morales. Estos se caracterizan por su contenido normativo, educativo y clasista.

Todo código moral posee una doble perspectiva. Debe encarnar, por un lado, las normas de conducta que representan logros históricos de la sociedad, y por el otro, el conjunto de requerimientos morales que la sociedad no se encuentra aún en posibilidades de llevar a la práctica de manera generalizada.

A su vez, un código moral es producto de la actividad humana y, en consecuencia, forma parte del progreso histórico-social de la humanidad que incluye, asimismo, un progreso histórico-moral. Así, un código moral se justifica por el lugar que ocupa dentro de ese movimiento progresivo. No puede ser considerado

como algo estático y fijo, sino dentro del movimiento ascensional en el que despliega toda su riqueza. En este sentido, los códigos morales se nos presentan como un peldaño o grado dentro de ese proceso de universalización de la moral.

En el decursar del desarrollo histórico-social, y en la misma medida en que fueron apareciendo colegios, sindicatos, asociaciones, fueron también surgiendo reglamentos y códigos de ética profesional, con el objetivo de regular la conducta moral de los diversos profesionales. Es por ello, entre otras razones, que el surgimiento, desarrollo y consolidación de los códigos de la moral profesional puede ser considerado uno de los índices del progreso moral de la humanidad, en la medida en que históricamente han expresado y reforzado el crecimiento del valor del hombre, confirmando los principios humanistas en las relaciones interpersonales.

Por código de ética profesional se entiende el conjunto de principios, normas y exigencias morales adoptado en un medio profesional determinado, con el objetivo fundamental de regular la conducta moral de los distintos profesionales en su quehacer. Como ejemplo de ello pudiéramos mencionar: la Declaración de Helsinki, la de Ginebra, el Código de Nuremberg y el de la Federación Mundial de Trabajadores Científicos, así como otras experiencias que a nivel de diferentes países se han realizado en América Latina. Todos estos códigos han tratado de explicar el vínculo entre ciencia, moral y valores, y fundamentar cómo estas exigencias son de vital importancia en el ámbito profesional y, particularmente, en la práctica médica.

En su época, se difundió también la idea de Bertrand Russell de crear un código de «ética neutral para científicos», cuya especificidad sería estimular la honestidad, sinceridad y solidaridad, así como lograr la simpatía y comprensión mutua entre la comunidad de científicos. El objetivo de este código –entre otras cuestiones– sería convertir el conjunto de sus prescripciones en una especie de árbitro de los conflictos morales y sociopolíticos de la actualidad.

En su conjunto, pudiera afirmarse que los códigos mencionados han puesto especial énfasis en los problemas éticos que emanan de las ciencias biomédicas, sin tomar en cuenta otras ciencias también portadoras de problemas semejantes.

Mientras los temas anteriores han capturado la atención de científicos y filósofos de los países desarrollados, y en alguna medida en pueblos de nuestra área geográfica, en los subdesarrollados, especialmente en América Latina, la contribución de los científicos a la superación del subdesarrollo ha ocupado un importante lugar en la agenda de discusión. La fuga de cerebros –más aguda que nunca en los tiempos que corren– se ha expresado con especial fuerza en los pueblos, en la ciencia latinoamericana. La enajenación con respecto a las grandes demandas sociales, entre otros, han sido factores que han estimulado un fuerte debate ético en nuestro continente.

En muchos países de América Latina, desde hace bastante tiempo, se están enfatizando los aspectos éticos de la ciencia, lo cual se ha acentuado de modo particular desde los años setenta del siglo xx. Todo esto demanda un esfuerzo

superior de la intelectualidad científico-técnica, un mayor compromiso de fuerte naturaleza ética y política.

En muchos países ha sido formulada la necesidad de elaborar un código de ética profesional de los científicos. Este empeño demanda un examen de sus fundamentos teóricos, la evaluación de diversas experiencias internacionales en este campo y la búsqueda de formulaciones que capten, con la mayor certeza posible, tanto *el ser* como *el deber ser* de la conducta moral de los científicos en relación con las demandas sociales y los ideales de la práctica científica universal.

Es preciso tener en cuenta que la opinión pública –incluida la de los distintos profesionales– es decisiva para reconsiderar, superar y de hecho transformar el conjunto de nociones, normas y valores morales caducos. El sistema de exigencias morales existe en ciernes, desarrollo, decadencia e integración; de lo contrario no podría hablarse de progreso moral. Sin estas consideraciones, es imposible la comprensión del desarrollo de los distintos códigos de ética profesional. Esto no significa negar las posibilidades de un progreso moral y axiológico, pues como se conoce, existen todo un conjunto de resortes morales y valores éticos que se integran en sentido dialéctico al progreso moral y axiológico de la humanidad.

Ahora bien, en la justa medida en que se desarrolla la revolución científico-técnica y aumenta la responsabilidad de científicos y tecnólogos de diferentes profesiones que tienen en sus manos el inmenso poderío científico alcanzado hoy por la humanidad, crece también, de ese mismo modo, la significación de la moral profesional en la vida social, así como las distintas interpretaciones que han existido en este sentido.

La revolución científico-técnica trae como obligada consecuencia el surgimiento de nuevas profesiones, muchas de ellas vinculadas al mundo espiritual del hombre y caracterizadas por la necesidad de observar elevadas exigencias morales y de otro orden, teniendo en cuenta que los valores humanos no se reducen solo a su contenido moral, ya que poseen en muchas ocasiones vínculos con valores de naturaleza axiológica no reducible solo a su dimensión moral.

El desarrollo histórico demuestra que existen diversas profesiones vinculadas a la satisfacción de imperiosas necesidades espirituales del individuo. Ello quiere decir que la sociedad plantea a determinadas profesiones exigencias morales más altas; espera de sus profesionales mayor entrega y desinterés material, mayor capacidad de autocontrol moral, así como una actitud adecuada, tanto en el plano laboral como en la vida privada. Sin embargo, debe considerarse que existen exigencias morales comunes a todas las profesiones y otras que son específicas para ciertos tipos de actividad laboral.

Del conjunto de condiciones concretas que caracterizan a un determinado trabajo, de las particularidades y características psicológicas de quienes participan en este, no debe inferirse que exista, para cada profesión específica, un código moral propio. Estos se han desarrollado en aquellas áreas urgidas de un código moral y donde han existido, desde antaño, personas que han podido

percatarse de la sensibilidad moral y humana de estas profesiones, de sus conflictos morales-profesionales, y han reflexionado sobre la validez de las normas, principios y valores específicos de la práctica profesional que, constantemente, genera un cúmulo importante de dilemas morales válidos para una profesión o varias en su conjunto.

La necesidad de una moral profesional, como conjunto de principios y normas que reflejan la especificidad concreta de un tipo determinado de actividad profesional, adquiere mayor relevancia en aquellas profesiones cuya actividad tiene como objeto –directa o indirectamente– el mundo espiritual del hombre y que se caracterizan por múltiples fines de carácter humanista.

Resulta natural que a ese género de profesionales la sociedad les plantee mayores exigencias morales, pero que, al propio tiempo, les otorgue una gran confianza y eleve el prestigio social y moral inherente a esas profesiones.

Así, los códigos de ética profesional, en los que se incluyen también los de la actividad científica, se desarrollan en aquellas profesiones en las que, con independencia de la capacidad intelectual y vocación profesional indispensables, resultan imprescindibles cualidades morales y valores específicos.

Se torna así cardinal la combinación del rigor científico con la honestidad personal, reconociendo como falsas las ideas o hipótesis cuando no pueden ser comprobadas o sean erradas. De este modo, alterar los hechos para responder a exigencias externas, a autoridades oficiales o al dogmatismo, constituye un acto reprochable desde la ética profesional y aplicada. La sociedad demanda un científico veraz en sus estudios, con firmeza en sus principios y lealtad ante sus obligaciones. Estrechamente vinculada con la honestidad, y en extremo censurable, es la apropiación o utilización de ideas ajenas como propias, así como la mentira o tergiversación deliberada de la realidad. Solamente pueden considerarse legítimos los resultados que emanen del propio esfuerzo creador e investigativo.⁶

Premisa ineludible del progreso científico-técnico es la polémica franca y constructiva de las ideas de los científicos. En este sentido es necesario saber apreciar críticamente el trabajo de los colegas, así como aceptar la crítica y ser capaz de flexibilizar las propias ideas ante nuevos datos o refutaciones, por lo que el debate en este ámbito es de urgencia creciente. Unido a esto, respetar, reconocer los puntos de vista de otros especialistas, es imprescindible para la fluidez en la colaboración científica. Recordemos la clásica idea de Albert Einstein cuando afirmó: «Solo es posible actuar inteligentemente si se intenta comprender los pensamientos y sentimientos de nuestros oponentes, como si viéramos el mundo con sus ojos. El hombre a quien se ha otorgado la bendición de una gran idea creadora, no necesita el elogio de la posteridad, su propia conquista le confiere la más elevada merced.»⁷

⁶ F. Rabelais. «Ciencia con conciencia». *El Correo de la Unesco* [París], mayo de 1988; XLI: 4.

⁷ A. Einstein. «Mis últimos años». Citado En L.R. López Bombino. *El saber ético de ayer a hoy. Antología mínima de las ideas morales*. La Habana, Editorial Félix Varela, 2004, t. I: 105.

El trabajo científico debe caracterizarse también, en el orden ético, por la independencia de juicio, por la actitud constante de búsqueda de pruebas en la labor investigativa. Ello se expresa en el indispensable coraje intelectual, constante defensa de la verdad, crítica del error, denuncia de la farsa, así como asumir la crítica y la autocrítica como un poderoso instrumento de autorregulación moral.

El código de la ciencia supone, también, un profundo amor por la libertad intelectual, así como un sentido de justicia, que incluya la disposición a tomar en cuenta los derechos y opiniones de otros científicos y que evalúe su justeza y fundamentos respectivos.⁸

No en vano, desde tiempos pretéritos, el trabajo científico ha significado servicio, y de él también se han demandado otras virtudes como la eficacia, la modestia, la sencillez, la tenacidad, la capacidad de abnegación, discreción, desinterés, etcétera.

De ahí que la ciencia y los científicos implicados en su quehacer posean su propio código moral que acentúa el valor de la verdad, el respeto a la objetividad científica unido a una posición activa hacia lo social y humanamente justo, así como la autoexigencia, lo cual, vinculado al desarrollo de su capacidad investigativa y al dominio de los aspectos técnicos de su labor, le permitan el despliegue exitoso de su quehacer. Muy unido a esto, la actitud del científico ante su autosuperación, única forma de vibrar acorde al precipitado desarrollo científico y técnico actual. El autoperfeccionamiento del científico es condición indispensable en la eficacia de su labor. Ello se refiere no solo al conocimiento específico de su ciencia, sino a su cultura general.

Carlos Rafael Rodríguez, dirigiéndose a profesores universitarios, expresó: «el especialista inculto, el especialista ignorante de las otras esferas de la ciencia y de la cultura, deberá en un plazo perentorio quedar eliminado de nuestras sillas profesoras.»⁹ Y esto es también válido para los científicos, para los tecnólogos y otros profesionales de este quehacer, de quienes la sociedad, en irrefrenable avanzar, demanda solidez técnica, moral y amplia cultura general.

Por otro lado, todo país que aspire al desarrollo debe desplegar un sistema científico centrado en sus realidades sociales y culturales. La idea de una ciencia nacional se presenta como una opción ante el universalismo abstracto. Sin embargo, la ciencia implicada en el proyecto de desarrollo nacional no puede perder de vista su inserción internacional. La intelectualidad científico-técnica de los países subdesarrollados debe mantener fuertes conexiones con los centros más avanzados de la ciencia en el mundo, en la medida en que las restricciones en el flujo del saber lo permitan.

El científico debe ser capaz de nutrirse de la experiencia internacional, contribuir a ella, afirmando así un proyecto autóctono y socialmente implicado.

⁸ M. Bunge. *Ética y ciencia*. Buenos Aires, Ediciones Siglo XX, s/a: 13.

⁹ C.R. Rodríguez. «La universidad en el socialismo.» En *Letra con filo*. La Habana, Ediciones Unión, 1987, t. 3: 580.

La actividad científica exige la unidad e interrelación entre diversos aspectos. La ciencia es una actividad dirigida a la producción, difusión y aplicación de conocimientos. La investigación en sentido estricto, las prácticas de desarrollo, las aplicaciones y la enseñanza deben articularse estrechamente.

Debe subrayarse que la actividad científica no puede contribuir sustancialmente al desarrollo, si es solo la intelectualidad científica la que está preparada para comprender su significado y emplear sus resultados. En tal sentido, una cultura científico-técnica que abarque a amplios sectores de la población, contribuye al desarrollo cultural que posibilita las interrelaciones fecundas entre la ciencia, la técnica y el desarrollo social.

Esta consideración induce a la conclusión de que el compromiso de la intelectualidad científico-técnica trasciende los límites de las prácticas de investigación y desarrollo, las que deben estar reguladas por la honestidad, el humanismo y la dedicación plena al trabajo, lo cual se extiende a las aplicaciones de los conocimientos (introducción de resultados), la enseñanza y, en general, a la elevación de la cultura científico-técnica del pueblo.

Por otra parte, no debe desestimarse la contribución que el conocimiento acumulado por los productores directos y la sabiduría popular en sentido general, pueden hacer a los profesionales implicados en el trabajo científico y técnico. A medida que el factor humano relacionado con la ciencia y la técnica ha devenido fundamental para el desarrollo, el problema de la responsabilidad social de la intelectualidad científico-técnica se coloca en el centro de la atención. Tal sentido de responsabilidad abarca una amplia gama de compromisos que van desde la superación profesional permanente, hasta el trabajo consagrado consciente y honesto orientado a la producción, difusión y aplicación de conocimientos; en definitiva, a la conversión de la creación en desarrollo social.

Por ello, la ética profesional del científico no puede comprenderse como una expresión espontánea del individuo ante el desempeño de su función profesional, sino como la derivación de un desarrollo educativo que en su carácter histórico consolida el comportamiento de los profesionales, que en su formación van adquiriendo normas, valores y una concepción de la profesión que, altamente individualizada, se convierte en un regulador esencial de su comportamiento moral.

Pasemos entonces al análisis de la relación ciencia-moral-responsabilidad.

La ciencia, la moral y el científico: lo cognitivo y lo axiológico en la ética de la ciencia

En el siglo XVI, F. Bacon expresó la idea de que «saber es poder». Dos siglos después, o más exactamente en la segunda mitad del siglo XVIII, J.A. M. Nicolás, marqués de Condorcet, científico, filósofo y político, señaló que el progreso de las ciencias debe colocarse entre el número de las causas más activas y

poderosas del perfeccionamiento de la especie humana y que al crecer la parte más accesible de las ciencias, aumentará también lo que cada uno necesita saber para conducirse en la vida común y para ejercer su razón con una total independencia.

Ideas como estas nos permiten comprender la íntima vinculación que existe entre ciencia y moral, y, a su vez, en qué medida el progreso científico se ve cada vez más penetrado e influido por la valoración moral.

Ralph W. Emerson y Alexis Carrel expresaron en su tiempo una idea que aún conserva plena vigencia, aunque, claro está, existen discrepancias en este sentido. «La evolución humana es un progreso fundado en la moral; la moral de un pueblo señala su lugar en la escala de la civilización.»¹⁰ Asimismo, Carrel indicaba otra imprescindible tesis al significar cómo «el sentido moral es más importante que la inteligencia; cuando desaparece de una nación, toda la estructura social se resquebraja».¹¹

Es bien conocido que la ciencia es un sistema lógicamente estructurado de conocimientos verdaderos y que su objetivo o propósito fundamental consiste en descubrir las leyes objetivas de los fenómenos y encontrar una explicación de ellos. Sin embargo, en las condiciones actuales se han hecho intentos por lograr un conocimiento que integre lo cognitivo y lo valorativo, y aunque aún no existe un consenso único, se mueven en este sentido imprescindibles contribuciones que se hacen desde distintos ámbitos científicos y, en particular, desde los estudios de ciencia, tecnología y sociedad (CTS).

La moral, en cambio, refleja la realidad desde el punto de vista de las necesidades, intereses y valores humanos, en forma de principios, normas y juicios de valor, de lo que resulta que la propia realidad es además modelada, valorada, vivenciada. Con razón dijo Émile Durkheim que la moral no es una geometría; no es un sistema de verdades abstractas que se pueden derivar de alguna noción fundamental sentada como evidente. Pertenece al orden de la vida, no al de la especulación.¹²

A su vez, el ideal moral apunta hacia la valoración humana de los fenómenos sociales, mientras que las verdades científicas apuntan hacia la comprensión adecuada de la realidad por parte del hombre. Entonces, ¿qué vínculo puede existir entre ciencia y moral? En principio puede parecernos que ninguno. Sin embargo, son múltiples las razones que permiten afirmar la existencia de una íntima relación entre ambas, relación en que una y otra se influyen mutuamente.

Incesantes han sido los esfuerzos de algunos científicos contemporáneos por fundamentar la desvinculación entre ciencia y moral, ciencia y valores,

¹⁰ R.W. Emerson. *Confía en ti mismo*. Barcelona, Ediciones 29, 1997: 20. [Clásicos UCIEZA]

¹¹ A. Carrel. Citado en L.R. López Bombino. *El saber ético de ayer a hoy. Antología mínima de las ideas morales*. Ob. cit., t. II: 131 y ss.

¹² É. Durkheim. Citado en L.R. López Bombino. *El saber ético de ayer a hoy. Antología mínima de las ideas morales*. Ob. cit., t. II: 67.

ciencia y responsabilidad, etcétera. Uno de ellos es la atribución de un carácter neutral a la ciencia, que libera al científico de la responsabilidad moral ante su trabajo y subraya la incompatibilidad de la moral y la verdad. Por supuesto que tal planteamiento solo puede emanar de quienes, a su vez, son responsables del deterioro moral de la ciencia.

Asimismo, al argumentar esta ruptura, se parte de la carencia de contenido objetivo de la esfera moral, así como de la imposibilidad de someter a valoración moral los datos puros de la ciencia. Aquí sería decisivo comprender que en realidad todo conocimiento, por teórico que sea, está relacionado con la vida, con el quehacer práctico, con el destino de las personas, puesto que tal conocimiento pone de manifiesto la realidad y condiciona la posibilidad de influir sobre esta.

En virtud de su conexión con el quehacer práctico, todo conocimiento científico tiene una relación directa con el destino de los hombres. Así se explica que la actitud frente a la ciencia constituya, a la vez, una actitud frente al hombre y tenga, por ende, un aspecto moral. De ahí que toda actividad científica deba orientarse por el reconocimiento del individuo como valor supremo, pues es precisamente el ser humano, su vida, su bienestar y salud, su cultura, su libertad y progreso quien le confiere sentido real a la ciencia.

De esta manera, estamos ante múltiples ángulos de análisis de esta relación. Uno de ellos es la medida en que la moral puede ser objeto de conocimiento científico. En este sentido, podemos decir que el pensamiento humano acerca de las cuestiones morales es bastante remoto, al punto de que la ética como disciplina filosófica es una de las más antiguas.

A su vez, la moral no se agota solo en su dimensión epistémica, racional, incluye la esfera de los sentimientos y las emociones, las normas y los ideales. Por eso cuando la definimos tenemos que tener en cuenta la conciencia y, particularmente, la conciencia moral. La moral es precisamente un sistema de principios, normas, sentimientos, valores y cualidades que tienen como finalidad regular el comportamiento moral de los hombres en sociedad para mantener así cierta coherencia social. Por eso la moral no es solo un asunto de entendimiento, de argumentación racional, sino también de sentimientos, de valores.

La ética puede ser concebida como parte del saber filosófico que estudia el origen, estructura, esencia y regularidades del desarrollo histórico de la moral. Como disciplina filosófica ha estado tradicionalmente dedicada al análisis científico de los procesos, relaciones y comportamiento moral de los hombres en sociedad, así como a investigar, fundamentar y valorar teóricamente el sistema de principios, normas, valores, cualidades e ideales morales desde tiempos preteritos, o para decirlo con otras palabras, como filosofía moral ha estado dirigida a estudiar la valoración moral de los actos humanos.

En nuestros días, la ética constituye una disciplina filosófica de amplio desarrollo en distintos países que integra el carácter científico de sus conclusiones y su sentido práctico-moral, e intenta solucionar así la dicotomía ética-ciencia, en la

cual quedan anquilosados muchos científicos que se apoyan en una cosmovisión positivista y, en particular, la que es propia del positivismo lógico, ampliamente refutado en los tiempos que corren.

En este marco, alcanzan creciente auge las investigaciones vinculadas a la explicación y comprensión de los problemas morales más actuales, tales como el sentido de la vida, o el hombre como sujeto moral. El impacto que en estos momentos produce el desarrollo de la ciencia y la tecnología en la ética, se expresa en la ampliación del saber ético y la creación de nuevos problemas que se manifiestan en el surgimiento de nuevos valores, así como en la forma de plantearse la cuestión de la determinación de las normas. Se desprenden problemas éticos, por ejemplo, de la utilización de la ciencia con fines bélicos, de los propios avances de las investigaciones biomédicas, de los problemas morales y valorativos de la globalización, etcétera.

La estructuración del saber ético no es un asunto que pueda comprenderse solo en su dimensión cognoscitiva, o racional, es un problema donde se imbrican los valores, los sentimientos y las emociones. No por gusto Albert Einstein dijo en su época que los sentimientos son la fuerza fundamental de toda creación humana, por sublime que esta creación aparezca ante nuestros ojos. El éxito no es cuestión de sabiduría o de astucia, sino de honradez y confianza; la moral no puede ser sustituida por el entendimiento.¹³

En este mismo sentido, Alexis Carrel, en sus *Meditaciones*, decía que la inteligencia no comprende la vida, es el sentimiento el que nos pone en contacto con las realidades más profundas en nosotros mismos y en los demás.¹⁴

De modo que el vínculo activo entre ética, cognición, sentimientos y valores, es de vital importancia en la estructuración del saber ético y axiológico en las condiciones actuales, toda vez que en la comprensión de la ética, de la moral y los valores respectivos, no valen solo los argumentos cognitivos, sino también las normas, los ideales, las nociones morales y los juicios de valor. *El progreso de la humanidad y de la ciencia respectivamente, ha tenido un alto precio: trabajo, genio, paciencia y conciencia.* Recordemos aquí, la aseveración de Silvio Villegas en su «Imitación de Goethe»: la ciencia es la fría obra del intelecto; la sabiduría nace del corazón.¹⁵

Esto supone que las actuales condiciones de la ciencia nos proporcionan un conocimiento más amplio de los procesos que nos afectan y, por consiguiente, nos permiten intervenir cada vez con más conocimiento de causa; y, por otra parte, la tecnología nos proporciona el medio de intervenir en niveles y regiones que hasta este momento eran inaccesibles.

¹³ A. Einstein. «Cómo veo el mundo». Citado en L.R. López Bombino. *El saber ético de ayer a hoy. Antología mínima de las ideas morales*. Ob. cit., t.I: 105.

¹⁴ A. Carrel. *Meditaciones*. Citado en L.R. López Bombino. *El saber ético de ayer a hoy. Antología mínima de las ideas morales*. La Habana, Editorial Félix Varela, 2004: 152.

¹⁵ S. Villegas. «Imitación de Goethe». En L.R. López Bombino. *El saber ético de ayer a hoy. Antología mínima de las ideas morales*. Ob. cit., t. I: 105.

Actualmente esto es particularmente sorprendente en la biología. Por ejemplo, durante el tiempo en que no existía la posibilidad de actuar sobre el material genético y se tenía una ignorancia casi total de los fenómenos que subyacen en la herencia, ninguna cuestión ética podía plantearse con este propósito. A partir del momento en que empiezan a conocerse los mecanismos genéticos y se vislumbran diversas posibilidades de intervención a este nivel, un nuevo campo de acción se abre y las iniciativas humanas caen bajo la jurisdicción de la ética.

A juicio de numerosos científicos de las ciencias naturales y estudiosos de los problemas éticos que emanan de la ciencia contemporánea, lo mismo puede afirmarse «de las intervenciones de orden químico o quirúrgico en el sistema nervioso central. Allí donde antes no se podía hacer otra cosa que resignarse pasivamente ante ciertos trastornos o ciertas enfermedades de origen cerebral, puede ahora pensarse en detener o, al menos, disminuir el mal. Pero se sabe que se corren ciertos riesgos, que pueden producirse efectos secundarios, que al destruir ciertas zonas se pueden dañar otras y perjudicar así la personalidad del enfermo. Por consiguiente, se abre un campo importante de decisiones de grave alcance y los conocimientos científicos por sí solos, aunque esclarezcan la acción, no proporcionan todas las posibilidades que les permitirán realizarse con la conveniencia deseada; se necesita un avance ético, ya que se ha abierto un nuevo campo a la responsabilidad».¹⁶

Sin embargo, es preciso recordar que actos morales son aquellos en los que podemos atribuir al sujeto una responsabilidad no solo por lo que se propuso realizar, sino también por los resultados y consecuencias de su acción. Mas, en ese plano, es necesario significar que solo si se admite que la persona tenga cierta libertad de opción y de decisión, cabe hacerle responsable de sus actos.

No es menos cierto que en la esfera moral, la libertad entraña una autodeterminación del sujeto cuando este se enfrenta a varias alternativas de comportamiento, y que justamente autodeterminándose se decide por la que considera la conducta debida, o más adecuada moralmente.¹⁷

Una realidad resulta incuestionable: la responsabilidad por el desarrollo moral del hombre no solo recae sobre la acción que pueda ejercer la sociedad, sino sobre el propio individuo, llámese científico o jurista, puesto que este desarrollo es inconcebible sin sus esfuerzos y búsquedas creadoras, sin su actividad social y moral.

Enfocado así este problema, resulta comprensible que la búsqueda incesante de conocimientos científicos presuponga asumir la correspondiente responsabilidad por los conocimientos producidos, sin llegar a conclusiones dogmáticas ni alarmistas. En este sentido, sería necesario recordar la responsabilidad moral en que se ven inmersos el fisiólogo y el bioquímico en la evaluación de los efectos

¹⁶ J. Ladrière. «El impacto de la ciencia y la tecnología en la ética». En E. Roy Ramírez. *Ética, ciencia y tecnología*. Ob. cit.: 32.

¹⁷ A. Sánchez Vázquez. *Ética*. México, D.F., Editorial Grijalbo, 1979: 180.

que puede ocasionar una droga que posteriormente será usada por el psiquiatra y otros especialistas afines. Otro tanto sucede con el sociólogo, el ingeniero social, el higienista y el urbanista que investigan problemas con parecido significado a los antes mencionados, quienes al establecer determinadas escalas de bienes, de valores, asumen un comportamiento moral.¹⁸

El tema es polémico, pero de aquí se desprende que el intelectual de esta esfera debe tener plena conciencia de la significación social que pueden adquirir los resultados de su trabajo y, en justa correspondencia con ello, actuar como un verdadero creador de valores en la medida en que prevé, alerta y evita toda posible implicación negativa de estos. Pero, ¿cómo entender más adecuadamente este problema? ¿Cuáles son los triunfos y fracasos de la ciencia? Comparto la opinión de que si es posible «alabar a la ciencia por sus triunfos, también sería posible culparla por sus fracasos, y la cuestión de alabarla o culparla presupone que la ciencia es responsable de lo que logra o de lo que no logra».¹⁹

Los fracasos de la ciencia se ocultan en el ámbito de lo que pudo haber sido. Podemos ver el progreso logrado por la ciencia en muchas áreas, pero no sabemos hasta qué punto la ciencia habría tenido éxito en otras áreas si se hubieran investigado más [...] vale por ello significar, que hay regiones de estudio que han sido y son descuidadas por la investigación científica y que los científicos tienen la responsabilidad de tomar esto en cuenta.²⁰

Por supuesto que la ciencia y los científicos, por razones de tiempo y de recursos, no podrán resolver de forma automática todo el conjunto de problemas que hoy afronta el desarrollo y que pudieran ser objetos de investigación científica. Téngase en cuenta que «la ciencia es capaz de incrementar los poderes de la tiranía sobre el hombre y el abuso de la naturaleza hasta límites impensables y ya ha provisto al hombre con el más gigantesco poder para destruir a sus congéneres».²¹

Aunque existe más de un ejemplo en este sentido, «apenas somos conscientes de las nuevas fuentes de poder que pueden utilizarse en la guerra con fines destructivos y, recientemente, nos hemos dado cuenta del gran daño que se puede hacer inadvertidamente con los mismos agentes químicos o biológicos que usamos para combatir las enfermedades [...]. Estos son problemas en los que el científico debe estar interesado si su trabajo ha de tener una dirección racional y una intención moral».²²

¹⁸ M. Bunge. «La ciencia ¿es éticamente neutral?». En E. Roy Ramírez. *Ética ciencia y tecnología*. San José, Costa Rica. Editorial Tecnológica, 1983: 13.

¹⁹ R. Fox. «¿Son los científicos moralmente responsables por la dirección de la investigación científica?». En E. Roy Ramírez. Ob. cit.: 22.

²⁰ *Ibidem*: 23.

²¹ *Ibidem*: 26-7.

²² L. R. López Bombino. *El saber ético de ayer a hoy. Antología mínima de las ideas morales*. Ob. cit., t. I: 15-6.

En tiempos recientes pueden extraerse muchas enseñanzas del tsunami que tanta devastación y pérdida de vidas ha provocado en Asia:

Por desgracia es probable que el calentamiento del planeta destruya algunos de los mismos países asolados por el tsunami. Es probable que islas llanas como Maldivas acaben sumergidas [...]

Los optimistas dicen que la tecnología resolverá el problema. Los realistas observan que en la larga carrera entre el medio ambiente y la tecnología, parece que hasta ahora la tecnología ha ido perdiendo. *La naturaleza, como hemos aprendido con el tsunami, tiene su propio calendario. A no ser que aprendamos a respetarla, todos perderemos el barco.*²³

Debido al inmenso poderío que hoy día se ha alcanzado con el desarrollo del conocimiento científico-técnico, el hombre tiene mejores posibilidades para tomar una decisión de índole moral. El avance de la ciencia ofrece los medios para prevenir un mal o varios males, y permite al hombre estar en una mejor posición para lograr sus propósitos.

Por el cúmulo de conocimientos alcanzados hoy por la humanidad, el profesional tiene que tomar necesariamente una decisión e implicarse en sus posibles consecuencias. Entonces vale la pena plantearse la siguiente pregunta: ¿puede tomarse el conocimiento científico como algo fortuito como algunos, a veces, se esfuerzan por demostrar y hacernos creer?

Aunque aquí es posible aludir a distintas posiciones autorales, «el científico es moralmente responsable por la determinación del curso de su investigación, ya que él, más que nadie, está en capacidad de serlo. Pero hay, al menos, dos problemas prácticos que el científico enfrenta. El primero es la presión externa: hacer lo que otro cree que él debe hacer y el segundo, su propia indiferencia respecto de las consecuencias prácticas de su trabajo».²⁴

En el primero de los problemas, se debe incluir el gran número de científicos que laboran en centros independientes de distintos Estados, incluidas universidades estatales y privadas o transnacionales comerciales, cuya tarea principal consiste en producir lo que tales entidades demanden. «Lo que una dependencia pide es, en la mayoría de los casos, lo que considera que le sería provechoso o lo que serviría a sus propios intereses [...] En tales condiciones se pasa por las áreas promisorias de investigación para dedicarse a lo que está a la mano, y no cabe la menor duda de que alguna investigación ha de suspenderse, no porque sea inútil, sino porque no es útil al organismo en cuestión».²⁵

²³ J.E. Stiglitz. «Enseñanzas de las olas gigantes». *Juventud Rebelde* [La Habana], 4 de febrero de 2005: 3. Joseph E. Stiglitz, Premio Nobel de Economía, es catedrático de la Universidad de Columbia y autor, entre otros libros, de *Los felices noventa*. (Nota del autor.)

²⁴ M. Bunge. «La ciencia ¿es éticamente neutral?». En E. Roy Ramírez. *Ética ciencia y tecnología*. Ob. cit.: 22.

²⁵ *Ibidem*: 25-6.

En tales condiciones, en vez de permitir a los científicos orientar el curso de su trabajo de investigación, estos se ven condicionados a trabajar por intereses de orden económico-político.

En cuanto al segundo aspecto, no resulta ocioso recordar que existen investigadores que argumentan por todos sus medios que las

...aplicaciones prácticas del conocimiento científico no le conciernen en absoluto al científico porque la ciencia es moralmente neutral [...] presumiblemente el científico solo provee el conocimiento y no determina lo que debe hacerse con él. La ciencia es esencialmente neutral. He aquí un cuchillo: que en las manos de un buen cirujano puede operar un apéndice, en las manos de un hombre malo, puede atravesar un corazón sano.²⁶

Conviene por ello insistir, una vez más, en que el científico no puede predecir todos los usos que su conocimiento puede tener, ni es responsable por estos. Todo conocimiento, en cuanto conocimiento, es moralmente neutral y todo conocimiento puede usarse para lograr objetivos buenos y malos. Pero los ejemplos que utilizan para ilustrar la distinción entre conocimiento teórico, puro, y práctico son, a menudo, demasiado simples.

En la práctica, el científico hace constantemente juicios de valor sobre cuáles datos escoger y cuáles pasar por alto, ya que, como parte de su trabajo, él debe determinar lo que es pertinente, significativo o importante. Por otro lado, en no pocas ocasiones expresamos nuestra preferencia por una teoría o una técnica. Asimismo, asumimos criterios o normas que guían la construcción de teorías y la corroboración empírica de estas.

Igualmente importante es la evaluación de hipótesis y procedimientos, o bien el establecimiento de normas a las que deben sujetarse. Más aún, algunas de las evaluaciones que hacen los científicos en el curso de su trabajo específico pueden revestir alcance ético; en un mundo controlado parcialmente por el conocimiento científico, un error en la evaluación de hipótesis, normas o actos basados en conocimientos científicos (por ejemplo, una medida de gobierno), puede ser fatal, de modo que el profesional que efectúa tal evaluación no puede escapar al compromiso moral que esto entraña.²⁷

De manera que los científicos, en distintos momentos de su proceder académico, tienen que asumir juicios valorativos de acuerdo con las posibilidades en las que creen que pueden realizarse, con la lógica que le es inherente a su trabajo de investigación y a la significación que su labor tenga para el hombre y la humanidad, así como con los problemas que tengan un significado para la vida humana.

Es verdad que, en la práctica, un hombre no puede separar plenamente su actuar como científico puro de su compromiso como sujeto moral. No puede

²⁶ R. Seerger. «Ethical Implications of Science». *Phi Kappa Phi Journal*, Summer, 1961: 20.

²⁷ A. Einstein. «Mis últimos años». Citado en *El saber ético de ayer a hoy. Antología mínima de las ideas morales*. Ob. cit., t. 1: 13.

pasar por alto el significado práctico de su trabajo, especialmente en el área que ha escogido como su vocación fundamental. Su trabajo tiene la posibilidad de contribuir o no, en mayor o menor grado, al bien de la humanidad.

Ningún científico, como ciudadano, debe ignorar que sirve a la sociedad que pertenece. «Todos buscamos el conocimiento como un fin y un bien en sí mismo, pero también como instrumento para la obtención de otros bienes.»²⁸

En la misma medida en que se incrementa el conocimiento científico y tecnológico, este se ve cada vez más impregnado de resortes morales y humanistas. Al igual que otros profesionales, el científico tiene que implicarse en juicios morales, que van desde la selección del objeto de investigación hasta la ejecución y aplicación de resultados que emanan de su trabajo de investigación.

El sujeto moral es, en definitiva, el hombre dedicado a la actividad científica y es esta la que puede ser, en última instancia, evaluada moralmente en dependencia de su motivación y el uso que se haga de sus resultados. Por ello, es característico que en determinados momentos del proceso de investigación científica este profesional se vea inmerso en decisiones morales y tenga que asumir una posición ética individual. Para que esto se comprenda, es necesario tener en cuenta que la primera situación dilemática en el orden moral surge a la hora de ejecutar una investigación. Desde ese momento, el científico selecciona la región de estudio y en consecuencia el proyecto de investigación con el cual él va a trabajar.

La segunda situación surge cuando existen métodos diferentes, pero de igual valor científico. Aquí se puede seleccionar entre técnicas de investigación de un mayor o menor grado de humanitarismo, responsabilidad social y consecuencias ecológicas.

En tercer lugar, el científico tendrá que tomar necesariamente en cuenta la esfera de investigación propiamente dicha, es decir, si esta es de finalidad bélica o pacífica.

En cuarto lugar, están los tipos de aplicación y utilización que se realizarán de los resultados de su investigación, si serán conservados o desechados. En ocasiones se diseñan dispositivos y piezas de máquinas que pronto caen en desuso. Esto provoca, en no pocas ocasiones, un conflicto moral en los investigadores implicados en el proyecto.

Entre los elementos necesarios para que se desarrolle con éxito el proceso de investigación, la sociedad en particular debe exigir a la comunidad científica donde se desarrolla la investigación en cuestión, llámese científica o tecnológica, un conjunto de requisitos imprescindibles, como la imparcialidad, la libertad intelectual, así como el derecho a discutir toda sabiduría, incluso la que emana de autoridades profesionales reconocidas, tanto nacional como universalmente, por lo que el diálogo y el debate entre los científicos devienen valores esenciales del saber científico.

²⁸ M Bunge. «La ciencia ¿es éticamente neutral?». En E. Roy Ramírez. *Ética ciencia y tecnología*. Ob. cit.: 27.

Dos de los problemas éticos más acuciantes del momento actual con los cuales se enfrentan los científicos y tecnólogos, son la utilización de la energía e ingeniería nuclear, así como las cuestiones éticas que se desprenden de las ciencias biomédicas. Sin embargo, datos y hechos revelados por otras ciencias demuestran que estas disciplinas no son las únicas tributarias de problemas éticos.

El científico y el tecnólogo expresan su responsabilidad a nivel personal, ante la comunidad científica de la cual forman parte y ante la sociedad en la cual desempeñan su actividad profesional. La responsabilidad profesional está determinada, en buena medida, por el profesionalismo que ambos logren alcanzar por sus esfuerzos cognoscitivos y el uso que hagan de los conocimientos precedentes, cuestión que los convierte, de hecho, en deudores de la sociedad que los ha formado científica y técnicamente.

De manera que si intentáramos realizar un balance de este importante valor que es el profesionalismo, tendríamos que afirmar que este se manifiesta en una dimensión dual de carácter y faz sociomoral.

Es responsable también por las consecuencias que se derivan de la utilización de los resultados de su investigación. Aunque aquí es importante recalcar la idea de que existen diferentes grados de responsabilidad en relación con su trabajo.

El científico, como principal protagonista de la ciencia, tiene entre sus deberes fundamentales la labor educativa hacia la sociedad y especialmente hacia las nuevas generaciones, para lo cual ha de convertirse en un transmisor de los valores inherentes a su propia disciplina, ser modelo conductual, y transmitir experiencia con vistas a una formación más sólida e integral.

Ser científico supone una carga de dignidad personal, de respeto a sí mismo y de comprometimiento moral y político.

De acuerdo con este análisis, se impone una pregunta: ¿qué relación puede establecerse entre el progreso moral y el científico-técnico? ¿Se traduce este último en mejoramiento o en regresión moral?

Tengamos presente la clásica expresión de Ralph W. Emerson: ¿El progreso moral de la humanidad ha corrido parejo con sus adelantos técnicos? ¿El hombre civilizado contemporáneo es mejor que el de hace dos o cincuenta siglos? ¿El coeficiente medio de la moralidad social se ha elevado sobre nuestros antepasados?

Aquí de nuevo emerge el asunto de la responsabilidad, presente en todos los problemas vinculados con la ética de la ciencia y del científico.

La ciencia y la técnica, en su impetuoso andar, irrumpen en la vida del hombre e influyen en su pensamiento, intereses, necesidades y valores. El carácter de esta influencia varía de acuerdo con las particularidades socioeconómicas concretas en que se desarrolla. Así, por ejemplo, la gran urbanización cambia la moral tradicional y la psicología de las grandes masas; el acelerado avance de la medicina, la genética, la cosmonáutica, las comunicaciones, logran modificar muchas nociones morales.

Las concepciones de algunos en torno a la admisibilidad moral de la guerra han variado ante la amenaza del arma nuclear, pero, ¿puede la vida moral, espiritual y material de los hombres ser perjudicada por el progreso científico-técnico? En caso afirmativo, ¿debe y puede la sociedad ejercer su control en este sentido? Estamos, entonces, ante otra arista del problema. Se trata de la penetración de la moral en el ámbito de la ciencia y la técnica, la significación moral de la ciencia y de su uso social.

Los potentes adelantos científico-técnicos en la actualidad se convierten, cada vez más, en fuerzas productivas que coadyuvan a la gratificación de los intereses y necesidades –tanto materiales como espirituales– del hombre y al aumento de su capacidad cognoscitiva. En tales casos, dichos adelantos son utilizados en virtud de la creación y del progreso. Sin embargo, logros científicos similares pueden ser utilizados con fines destructivos. Nos referimos al uso pernicioso de la ciencia cuando está al servicio de objetivos bélicos, del exterminio del hombre o del deterioro de su salud. El espíritu racista y la represión política han estimulado el uso de la ciencia en la esterilización de mujeres, en la tortura y en la vejación del hombre.

Los avances de la energética, la electrónica, la automatización, contribuyen notablemente al progreso social de la humanidad, pero sin dudas, pueden ser también utilizados en perjuicio del hombre en sociedades en las cuales el científico se encuentra, en buena medida, obligado a ajustar su trabajo a los intereses de sus empleadores. Es precisamente el interés de preservar el progreso económico y social de la humanidad, lo que adjudica particular actualidad al análisis del vínculo ciencia-moral en los días en que se torna cada vez más vertiginoso el avance de las ciencias.

Es absurdo someter a enjuiciamiento moral los datos de las ciencias por sí solos, pero sí resulta imperiosa e imprescindible la valoración moral de los modos y fines de aplicación de los datos científicos y, más aún, los procedimientos utilizados para obtener dichos datos.

Asimismo, la transmisión deliberada de información inexacta, o lo que es peor aún, la falsificación a propósito de datos supuestamente científicos, no solo constituye un proceder ajeno al método científico sino, además, una violación de las normas, exigencias y principios de la ética de la investigación científica.

En extremo auténtica es la afirmación de que, en la medida que asciende la participación de la ciencia en el desarrollo social, mayor es la responsabilidad ante los fines de su utilización. Este análisis nos conduce a la consideración de la moral como reguladora de la vida social y actividad profesional del científico. Nos encontramos ante los aspectos relacionados con el contenido moral de la actividad científica y la responsabilidad que asume el especialista en el ejercicio de su profesión y ante las consecuencias sociales que de esta emanan.

En primer lugar, se parte de estimar como humana a la ciencia que considera al hombre como su valor supremo y su bienestar como una fina-

lidad.²⁹ El científico, en su búsqueda de la verdad, debe ayudar al hombre a transformar la naturaleza y la sociedad.

La indiferencia, el desinterés, la pasividad del científico ante el uso de los resultados de sus investigaciones, de sus descubrimientos son en sí mismos un fenómeno amorales. Esto adquiere mayor fuerza aún en aquellas ciencias cuyos resultados poseen una incidencia más directa en el desarrollo de la humanidad. «Si las leyes científicas no llevan en sí una moral, ello no significa que el hombre de ciencia pueda mostrarse indiferente al fin que sirve su ciencia. La utilización de las leyes y los descubrimientos de las ciencias afectan del modo más directo a la conciencia del científico.»³⁰

De la misma forma, los procedimientos que se utilicen para arribar al conocimiento de la realidad deben tener un carácter eminentemente humano. Así, resulta amoral la utilización de métodos y técnicas de investigación que laceren la salud física o psíquica del hombre. El experimento, aunque sea científico, solo es admisible cuando su fin sea inherente a la preservación de la salud del hombre. Por ello, ninguna actividad científica será justificada moralmente si su realización pone en riesgo al hombre, o bien, a alguno de sus atributos fundamentales.

Otro aspecto que merece análisis es el relacionado con la honestidad científica. En el plano teórico, todo lo que obstaculice el conocimiento de la verdad, la altere o impulse premeditadamente hacia la mentira, resulta amoral. Luego, defender abnegadamente la verdad, luchar contra las limitaciones que impidan su conocimiento o contra su sometimiento a favor de intereses personales o de un grupo, es inmanente a la actividad del científico.

Del conjunto de valores que deben regular la práctica profesional, quizás la honestidad constituye uno de los valores y cualidades imprescindibles de la práctica científica. La honestidad debe concebirse como una cualidad imprescindible del quehacer y obrar científico, que refleja uno de los más importantes requerimientos y fundamentos de la moralidad. Incluye la veracidad, la firmeza de principios, la lealtad a las obligaciones aceptadas, la convicción interna (subjetiva) de la justeza de la causa realizada; la sinceridad ante los demás y ante sí mismo, en relación con aquellas motivaciones por la que se guía el hombre; el reconocimiento y cumplimiento de los derechos de los demás, referentes a aquello que legalmente les pertenece.

Entre los contravalores que se oponen a la honestidad se encuentran el engaño, la mentira, el robo, el fraude, la corrupción, la perfidia, la hipocresía, etcétera, que se hacen sentir con frecuencia en la vida cotidiana y en los distintos ámbitos laborales y profesionales. La necesidad de la honestidad está condicionada por lo imprescindible de la actividad conjunta de los seres humanos en el proceso de la práctica social, esto es, por la coordinación mutua de sus acciones y por las necesidades de la

²⁹ Colectivo de autores. *Ética. Apuntes para un libro de texto*. La Habana, Editorial ENPES, MES, 1983: 19.

³⁰ *Ibidem*: 99.

vida diaria en común. La apropiación individual de la honestidad como valor, por parte de los profesionales de distintos ámbitos laborales, constituye un elemento fundamental para la construcción de una sociedad más humana y justa.

Asimismo, la valentía en la oposición al engaño, a la falsedad, al prejuicio, debe primar en la conducta y actividad profesional del científico, unida a la sabiduría y objetividad en la expresión de la verdad. Esto aflora como importante si tenemos presente el ardor con que, en ocasiones, emergen las pasiones del científico y la posible, y a veces inevitable, contradicción de sus resultados con lo habitual, con lo establecido. No rehuyamos, dijo con razón Einstein, la lucha, cuando se trata de preservar el derecho a la dignidad del hombre; solo así podremos congratularnos de pertenecer a la humanidad. Solo es posible actuar inteligentemente, si se intenta comprender los pensamientos y sentimientos de nuestros oponentes, como si viéramos el mundo con sus ojos.³¹

Por otra parte, la verdad científica se prueba, se demuestra. Ello significa que la actividad científica debe regirse por la búsqueda perenne de la verdad. Esto, a su vez, exige del científico asumirla como valor principal que guíe su actividad. En este sentido, la honestidad hacia sí mismo y hacia los demás deviene en cualidad moral imprescindible para la eficacia científica y, en definitiva, para su quehacer profesional.

No olvidemos jamás la tesis de Franz von Papen en sus *Memorias*: «los avances de la técnica tienden a mecanizar el ser humano y la personalidad está en bastante peligro de llegar a ser sumergida en ese vasto proceso revelador».³²

La ética —ha dicho con razón Esperanza Guisán— está llamada, cada vez más, a medida que los pueblos adquieren un nivel de conciencia crítica más desarrollado, a convertirse en el núcleo en torno al cual ha de gravitar todo el proceso de producción cultural, científica y educativa; todo el proceso de ordenamiento político y jurídico.³³

Neutralidad versus responsabilidad

Existe una posición un tanto dicotómica en cuanto a comprender la ciencia y la ética por parte de algunos autores que le confieren a la ciencia y a la asunción de la responsabilidad cierto grado de neutralidad.

J.R. Clark insiste en la idea que afirma: «hay dos mundos: el de la investigación impersonal de causas y efectos, y el mundo de los deseos, ideales y juicios de valor. Las ciencias naturales se ocupan del primero; la ética del segundo».³⁴

³¹ A. Einstein. Citado en L.R. López Bombino. *El saber ético de ayer a hoy. Antología mínima de las ideas morales*. Ob. cit., t. 1: 105.

³² F. von Papen. *Memorias*. En L.R. López Bombino. *El saber ético de ayer a hoy. Antología mínima de las ideas morales*. Ob. cit., t. 1: 105.

³³ E. Guisán. *Introducción a la ética*. Madrid, Editorial Cátedra, 1985: 32.

³⁴ J.R. Clark. Citado por: E. Roy Ramírez, M. Alfaro. *Ética, ciencia y tecnología*. Ob. cit.: 16.

El científico en este caso posee una responsabilidad o competencia de orden cognoscitivo, mientras que el tecnólogo, de orden operativo. De esa forma se crea una dualidad y no una integración en el modo de asumir la ciencia y la tecnología, así como la responsabilidad que suponen para ambos profesionales.

Toynbee e Ikeda formularon en su tiempo una tesis que no ha pasado de moda y que posee valor cognoscitivo, axiológico y práctico para la constitución de una ética de la ciencia y la tecnología, de las éticas aplicadas y de la bioética en su conjunto:

El hombre de ciencia debe asumir la conciencia de que si no responde al desafío moral de la era atómica, el resultado puede ser la aniquilación de nuestra especie. Estamos convencidos de que la supervivencia de la humanidad es hoy más precaria que nunca, desde que el hombre impuso su dominio sobre la naturaleza humana. La amenaza a la supervivencia de la humanidad procede de la humanidad misma; la técnica humana usada para servir a los diabólicos fines de la inequidad (iniquidad), y el egoísmo humanos, constituyen un peligro mayor que los terremotos, que las erupciones volcánicas, que las tempestades, que las inundaciones, que las sequías, que los virus, que los microbios, que los tiburones y los tigres.³⁵

La dimensión moral del trabajo científico es también un asunto dicotómico que a menudo se asume desde distintos ángulos de análisis y están presentes en sus planteamientos cuestiones dilemáticas y conflictivas que se expresan en la realización científica, y que no encuentran una única respuesta por parte de los distintos científicos implicados en el proceso de investigación.

La figura de Albert Einstein y los científicos que participaron en la creación de la bomba atómica, han sido culpados de ser los responsables intelectuales de este hecho, en tanto el primero es creador de la teoría de la relatividad. Ante esta situación pueden plantearse algunos dilemas:

- a) ¿Es responsabilidad de Einstein y de los restantes profesionales esta creación?
- b) ¿Es responsabilidad de los políticos y de otros sectores de la época que defendieron la creación de dicha arma?
- c) ¿Puede y debe culparse a las transnacionales, las universidades y centros de investigación que trabajaron en ella?
- d) ¿Es responsable la época histórica, pues se buscaba hegemonía y dominio del mundo en aquellos tiempos?

¿Cuál es, entonces, el problema moral que debe analizarse? Los autores de distintos ámbitos, y los científicos que han escrito y polemizado sobre esta cuestión sostienen al menos, cuatro posiciones fundamentales:

1. El científico es neutral ante su creación.
2. La responsabilidad es de la entidad empleadora: llámese consorcio, universidad, política dominante de la época, o Estado en cuestión.

³⁵ Toynbee, A., D. Ikeda. *Escoge la vida*. Buenos Aires, Emecé Editores, 1980: 17.

3. Los científicos son moralmente responsables por el curso que tomen sus investigaciones, pues ellos, más que nadie, conocen las consecuencias que pueden emanar del decursar de sus creaciones.
4. Existen en el asunto objeto de análisis, grados de responsabilidad, esto es:
 - Existe responsabilidad por parte del conjunto de científicos implicados.
 - Existe responsabilidad del consorcio o transnacionales en su conjunto.
 - Existe responsabilidad de los políticos que tomaron la decisión.
 - Existe responsabilidad del Estado que decidió su ejecución.

En la discusión de los conflictos y dilemas que emanan del asunto descrito no existen opiniones unánimes al respecto, pero no hay dudas de que el criterio que parece más aceptado es aquel que se fundamenta en la idea de que existen diferentes grados de responsabilidad en la ejecución de una determinada investigación científica.

Pensar en la ciencia y la tecnología es también meditar en los deberes y en la responsabilidad de quienes la piensan y la ejecutan, pues ¿qué sería de la creatividad científica si no se piensa en sus consecuencias sociales y morales? No es por gusto que el culto por la novedad, por lo original, no puede descuidar su significado axiológico y práctico, pues en no pocas ocasiones la apetencia por cosas nuevas ha guiado al hombre de ciencia a extremas angustias.

La ciencia no puede permanecer al margen de los conflictos sociales y humanos. Por eso el científico no solo tiene como función producir *saber objetivo*, neutral, sin que su trabajo sea influenciado por la sociedad en que vive, trabaja y crea.

El científico, llámese social, médico, farmacéutico, o de otra índole, no debe vivir solo para su especialidad. Debe tener ojos también para mirar el mundo en que vive, para conmoverse, sensibilizarse, para compadecerse. Estas son cualidades de imprescindible dimensión humana en los tiempos que corren, sin las cuales el trabajo de estos profesionales queda desprovisto del imprescindible humanismo que debe acompañar el obrar científico.

Quizás, hoy más que nunca, la mayor fuerza, ante la cual las armas nucleares y los portaaviones carecen de efectividad, sea la dignidad y la conciencia moral de nuestros hombres de ciencias.

Debemos enfrentar la molesta verdad, dijo Kofi Annan, de que el modelo al que estamos acostumbrados ha sido muy fructífero para unos pocos, pero negativo para la mayoría. Un camino hacia la prosperidad que devasta el medio ambiente y deja a la mayoría de la humanidad en la miseria será muy pronto un callejón sin salida para todos.³⁶

Solo tenemos un patrimonio intacto –ha señalado con razón Federico Mayor–; allí está nuestra esperanza. Preservemos las tierras vírgenes del futuro:

³⁶ K. Annan. Cumbre sobre el desarrollo sostenible. Johannesburgo, Sudáfrica, s/a: 13. [Material fotocopiado]

sembramos desde ahora los valores del futuro. Cultivémosles. Confiémosles a nuestros sucesores. Así legaremos a nuestros hijos una herencia abierta, viva, una herencia sin testamento.³⁷

Hoy más que nunca resulta inútil comprender la ciencia desvinculada de los sentimientos y valores, de la moral, de la educación, de la ideología. Asumir el hecho científico implica también comprenderlo desde una perspectiva axiológica y una actitud moral.

Entre los valores que deben caracterizar el trabajo del científico pueden mencionarse, entre otros, la honestidad intelectual, la humildad y la sencillez, la solidaridad y el profesionalismo, la imparcialidad, la objetividad, el rigor, la esperanza, la creatividad, la apertura científica, la crítica y la autocrítica; estas son cualidades imprescindibles en el trabajo de este profesional, tanto de ayer como de hoy.

Entre la ética de la ciencia y la bioética. Preguntas para una polémica desde el ámbito filosófico

Desde las perspectivas de una «ética de la ciencia y la tecnología», de la «bioética», e incluso, dentro del desarrollo de las éticas aplicadas, se discute hoy un conjunto de problemas que poseen distintas aristas filosóficas y diferentes niveles de expresión teórica. Cabe, entonces, plantearse las interrogantes siguientes:

- ¿Qué vínculos y diferencias existen entre la «ética de la ciencia y la tecnología», y la «bioética» hoy?
- ¿Qué herencia teórica tiene la bioética de la metaética, de las metaciencias, de las metateorías, de la filosofía y la ética utilitarista, y del positivismo en general y del lógico, en particular?
- ¿Es la bioética un saber aplicado, o pertenece al ámbito de la ética teórica? ¿Considera usted que hoy la bioética se fundamenta más como «ética global», o como ética aplicada? ¿Cómo se explica la polémica que existe en este sentido?
- ¿Qué lugar ocupan la bioética y las éticas particulares (o aplicadas) en la conformación de un saber ético universal, toda vez que este quehacer científico tiende a la configuración de una ética integral?
- ¿La bioética sustentada en sus autores más importantes (Potter, Engelhart y otros) supera la comprensión positivista de la ciencia?
- Se ha dicho que la bioética anglosajona se afianza más en la metaética que en una ética axiológica. ¿Qué hay de sí y de no, en esta afirmación?
- ¿La ética que se elabora en Iberoamérica es más aplicada que global?
- ¿Al existir una bioética global, dejaría de considerarse la existencia de una bioética como rama de la ética aplicada?
- ¿Al existir una bioética global, dejaría de concebirse la ética ambiental como parte de la bioética, debido a que la ética ambiental es un tipo específico de

³⁷ F. Mayor Zaragoza. «Una nueva perspectiva ética». Ob. cit.: 4.

ética aplicada y constituye una rama del saber ético que se ha desarrollado de modo impetuoso en los últimos tiempos?

Pienso que estas cuestiones necesitan de una vasta argumentación cuando se trata de tomar partido sobre la polémica universal existente, relativa a si la ética es global o aplicada, y constituyen temas de imprescindible valor científico en nuestro medio académico que no debemos ignorar.

Los dilemas morales en el inicio y fin de la vida

Dado su nivel polémico en el mundo actual, intentemos abordar un grupo de dilemas y conflictos morales que se manifiestan en la «ingeniería genética» y en la «biotecnología», así como los que se expresan en los «inicios de la vida» y en el «fin de la vida».

Inicio de la vida (calidad de vida)

- ¿Es éticamente aceptable la interrupción del embarazo?
- ¿Cuándo comienza la vida?
- ¿Tienen derechos el embrión y el feto?
- ¿Cuáles son los derechos de la madre?
- ¿Es éticamente aceptable una madre uterina y otra genética?
- ¿Qué importancia humana y moral posee la existencia de una madre social?

Fin de la vida

- ¿Es éticamente aceptable la eutanasia?
- ¿Es éticamente aceptable la distanasia?
- ¿Cuál es el criterio de muerte?
- ¿Cuál es el límite entre estado vegetativo persistente y permanente?

Ingeniería genética y biotecnología

- ¿Es éticamente aceptable la clonación humana?
- ¿Es éticamente aceptable la terapia génica?
- ¿Cuál es el límite entre terapia génica e ingeniería perfecta?
- ¿Es éticamente aceptable la liberación de organismos transgénicos?
- ¿Es éticamente aceptable patentar el genoma humano?

Macrodilemas

- ¿Es éticamente aceptable todo lo que es técnicamente posible?
- ¿Es éticamente aceptable limitar el acceso a los servicios de salud?
- ¿Es éticamente aceptable el monopolio de paliativos del SIDA?
- ¿Es éticamente aceptable subordinar derechos humanos a la lógica del mercado?

Son innumerables las ideas polémicas que se expresan en distintas publicaciones científicas con respecto a los aspectos antes mencionados. No obstante, las principales respuestas se enmarcan en el ámbito de la bioética, de la ética de la ciencia, de las éticas aplicadas, etcétera. Por este motivo, estas discusiones transitan, en lo esencial, entre la ética de la ciencia y la bioética, aunque están también en otras disciplinas que no son precisamente ámbitos específicos del saber ético integral, pero que están próximos a este último.

La bioética es, quizás, uno de los asuntos más discutidos a nivel del saber ético universal, no solo por los conflictos que trae aparejado este saber en los marcos de los profesionales que la aceptan y la desarrollan: biólogos, médicos, juristas, filósofos, científicos sociales, etcétera, sino también por la diversidad de opiniones en torno a su objeto de estudio y dilemas bioéticos.

El debate sobre el saber bioético no ha sido acogido del mismo modo en todas las sociedades, de manera que se han suscitado distintas reflexiones tanto de aceptación como de rechazo. Lo cierto es que este asunto ha despertado una gran polémica y ha generado una cantidad de publicaciones difícil de subvalorar en su dimensión científica y práctica.

En América Latina, la bioética fue desarrollada tardíamente, debido a que algunos científicos se centraron más en el desarrollo de la ética médica y en algunos galenos primó la idea de que las reflexiones que emanaban de la bioética concebían *al hombre como ser biológico*. Esta idea cobró alguna dimensión en nuestra realidad histórica y algunos médicos destacados de nuestra sociedad no la asumieron desde su nacimiento.

Si analizamos varias definiciones de bioética podrá comprobarse cómo algunas demuestran la autenticidad de esta disciplina, sin que esté presente en ellas la idea de que el hombre es un ser biológico.

Definiciones de la bioética en las condiciones actuales

La bioética no es la ética de la biología ni significa lo mismo que la deontología; no se interesa por las prácticas profesionales en sí, sino por sus consecuencias para la sociedad. La bioética no es una mera reflexión sobre las relaciones entre ciencia y sociedad, sino que trata más bien de explicar las relaciones entre el hombre y la naturaleza en su diversidad biológica, comprendida la propia naturaleza humana. (Nöelle Lenoir)³⁸

Bioética: estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y la atención a la salud en la medida en que esta conducta se examine a la luz de principios morales. (*Enciclopedia de bioética*)³⁹

³⁸ N. Lenoir. Citado en D. Gracia. *Fundamentos de bioética*. Madrid, Editorial EDEMA, 1989: 16.

³⁹ W.T. Reich. *Encyclopedia of Bioethics*. La Habana, Universidad de la Habana, Facultad de Filosofía e Historia, 2005: XV-XXII. [Material fotocopiado]

El concepto de bioética: sentido amplio, es decir, la dimensión moral de las ciencias de la vida, se entiende, por lo general, de dos formas. En primer lugar, respecto a las consecuencias morales de cualquier acto relacionado con la biología, o sea, como tarea de creación de un código deontológico para quienes trabajan en ese terreno.

Paralelamente, a través de las especulaciones filosóficas acerca de quiénes, al margen de los individuos, tienen también derechos morales: individuos en ciernes («fetos»), partes de individuos («células u órganos»), conjunto de individuos («especies»), o simplemente individuos en estados de degradación que pueden ser sujetos de eutanasia activa o pasiva.

Los derechos morales de otras especies. Los derechos de los animales pueden ser también objeto de la bioética, aunque su gran auge en los últimos tiempos y la extensión del problema al medio ambiente, en general, han hecho nacer con gran pujanza una nueva disciplina, la ética ambiental, de gran significación en las condiciones actuales.

Algunos de los problemas estudiados por la bioética, como pueden ser los del aborto o la eutanasia, tienen una larga historia a sus espaldas, pero también surgen continuamente otros nuevos, como sucede con las consecuencias del avance de la genética molecular.

Las dudas acerca de si es admisible patentar seres vivos (bacterias, ratones genéticamente manipulados), y los riesgos que implica el proyecto genoma humano, constituyen ejemplos actuales del panorama de las discusiones bioéticas que deben enfrentarse con grandes intereses en juego (las compañías aseguradoras, a través de la secuenciación del genoma, podrían detectar anomalías latentes; los laboratorios farmacéuticos obtendrían beneficios elevados al patentar virus o bacterias útiles para combatir enfermedades). De mayor altura filosófica son cuestiones como los límites de la privacidad del individuo y la definición de ser humano «normal», implicadas también en los resultados que se obtengan sobre el contenido del genoma humano. (Diego Gracia)⁴⁰

En oposición al entendimiento de la bioética como ética de la biología, ética biomédica, o ética clínica, la definimos como campo de reflexión filosófica, investigación científica multidisciplinar y debate académico-público cuyo objeto fundamental es el comportamiento moral de los seres humanos respecto a los problemas tanto globales como locales de salud, alimentación, superpoblación, degradación ambiental, supervivencia y mejoramiento del bienestar y la calidad de la vida humana y no humana, así como los actos deliberados de intervención directa e indirecta en los procesos biológicos. (Eduardo Freyre)⁴¹

De estas definiciones sobre bioética pueden obtenerse importantes ideas, entre ellas, cómo comprender la bioética desde distintos enfoques teóricos, cómo esta

⁴⁰ D. Gracia. *Fundamentos de bioética*. Ob. cit.: 15-9.

⁴¹ E. Freyre. *Por una nueva ética*. La Habana, Editorial Félix Varela, 2005: 156.

contribuye y se integra al desarrollo del saber ético contemporáneo. Sin embargo, ninguna de ellas hace referencia a que el hombre sea necesario entenderlo como un ser biológico, más bien como esta disciplina posee un vínculo con la dimensión social y cultural en la cual hoy se desarrollan las ciencias sociales en general y las distintas disciplinas éticas en particular.

Entre los dilemas bioéticos que se debaten hoy, entre otros, pueden mencionarse los problemas éticos que se derivan de:

- La relación médico-paciente.
- Las investigaciones clínicas y farmacológicas.
- El uso de animales de experimentación.
- La terapia génica.
- La liberación de organismos transgénicos.
- La clonación, muy debatida en el ámbito internacional, que provoca acaloradas ideas divergentes.

El hombre de ciencia, con sus prerrogativas y dificultades, puede elevarse incomparablemente sobre lo que es, crecer en lo personal y adquirir nuevos valores que inspiren y den sentido a su vida. Pero en este último aspecto, asumiendo una posición realista en esta valoración, es imprescindible comprender que el científico también puede asumir posiciones degradantes y llegar, incluso, hasta la descomposición moral. Lamentablemente, la historia de la ciencia y del pensamiento social en general registra algunos ejemplos en este sentido. Trabajemos, pues, porque la ciencia configurada por el propio hombre, se erija en aras de su mejoramiento y bienestar.

El científico no es diferente al resto de los ciudadanos de una sociedad específica, esto es, cumple las mismas restricciones jurídicas y responsabilidad civil, pero al mismo tiempo, responde a exigencias de estricto cumplimiento en el orden profesional, moral y humano.

Hasta aquí he intentado moverme en un análisis limítrofe que intenta vincular y diferenciar disciplinas como la ética profesional, las éticas aplicadas, la ética de la ciencia y la tecnología y la bioética, aunque a veces los límites entre estos saberes es muy difícil de establecer. He intentado, más que dar respuestas cerradas, abrir interrogantes para el debate científico de los puntos de confluencia e interacción entre la ética de la ciencia, la bioética y las restantes éticas particulares que conforman la estructura del saber ético contemporáneo.

Bibliografía

- Born, M. *Ciencia y conciencia en la era atómica*. Madrid, Alianza Editorial, 1971.
- Bunge, M. *Ética y ciencia*. Buenos Aires, Ediciones Siglo XX, s/a.
- Cavaliere, L. *El científico y su responsabilidad social*. Buenos Aires, Ediciones Tres Tiempos, 1984.

- Colectivo de autores. *Código de ética profesional de los científicos cubanos. Anteproyecto*. Facultad de Filosofía e Historia, Universidad de La Habana, 1993.
- Dickson, J. *La ciencia y los investigadores científicos en la sociedad moderna*. Madrid, Fundación Miguel Lillo/UNESCO, 1986.
- Einstein, A., S. Freud. *¿Por qué la guerra?* La Habana, Editorial de Ciencias Sociales, 1991.
- López Bombino, L.R. *El saber ético de ayer a hoy. Antología mínima de las ideas morales*. La Habana, Editorial Félix Varela, 2004.
- López Bombino, L.R., L. Fernández Rius. *Ética, profesión y humanismo*. Rosario, Argentina, Editorial Futuros, 1995.
- Mayeta Padrón, H. «Esbozos para un estudio acerca de la responsabilidad del científico» [trabajo de curso]. La Habana, Universidad de la Habana, Facultad de Filosofía e Historia, 1993.
- Ribes, B. *Biología y ética*. París, UNESCO, 1978.
- Rodríguez, C.R. «La universidad en el socialismo.» En *Letra con filo*. La Habana, Ediciones Unión, 1987.
- Roy Ramírez, E. *Ética, ciencia y tecnología*. San José, C. Rica, Editorial Tecnológica, 1983.
- . *La responsabilidad ética en ciencia y tecnología*. San José, C. Rica, Editorial Tecnológica, 1987.
- Rubinstein, S. L. *El ser y la conciencia*. La Habana, Editora Universitaria, 1965.
- Sánchez Ron, J.M. «La ética del científico ¿conveniencia o convicción?» *Sistema* [Madrid], julio de 1988; (85).
- Sánchez Vázquez, A. *Ética*. México, D.F., Editorial Grijalbo, 1979.
- . *Ensayos marxistas sobre filosofía e ideología*. Barcelona, Editorial Océano, 1983.
- Taverna, C. *Selección de lecturas sobre problemas filosóficos de las ciencias naturales*. La Habana, Editorial del Ministerio de Educación Superior, 1985.
- Taylor, S. «Science and Scientific Thought». En E. Roy Ramírez *Ética, ciencia y tecnología*. Ob. cit., 1983.
- Torres, A. *Moral*. Madrid, Editora Nacional, 1983.

Otras fuentes utilizadas

- Delors, J. *La educación encierra un tesoro*. México, D.F., UNESCO, 1996.
- Ibarra, A., L. Olivé (editores). *Cuestiones éticas en ciencia y tecnología en el siglo XXI*. Madrid, OEI/Editorial Biblioteca Nueva, 2003.
- Ladrière, J. *El reto de la racionalidad*. Salamanca, UNESCO/Ediciones Sígueme, 1977.
- López de la Vieja, M. Teresa. *Principios morales y casos prácticos*. Madrid, Editorial Tecnos, 2001.
- . *Ética, procedimientos razonables*. Pontevedra, Editorial Novo Século, s/a.

En torno al pensamiento martiano y algunos aspectos de la bioética

Josefina Toledo Benedit



El estudio de algunas directrices del pensamiento martiano a la luz de la compleja problemática que el desarrollo científico técnico imprime a la sociedad moderna, ratifica la universalidad de la preocupación hómica del héroe nacional cubano. Ante la insuficiencia filosófica que ha enfrentado este rápido desarrollo, la humanidad ha tenido que crear una nueva disciplina, una nueva ética, más general, que toma de lo anterior, pero que genera sus propios marcos referenciales; y surge así la bioética.

La revolución industrial iniciada en el siglo XVIII, y que alcanza su más alto grado de desarrollo en el siglo XIX con la revolución eléctrica, tuvo en José Martí a uno de sus observadores más lúcidos, mediante su muy intenso ejercicio periodístico, particularmente en la década de 1880.

Este análisis sistemático del proceso de desarrollo científico y técnico de su momento, posibilita su aproximación tangencial a algunos de los problemas encarados hoy por la bioética, y que constituyen justamente el núcleo conceptual de los desafíos ante los cuales se enfrenta el género humano en los albores del tercer milenio.

A la fase superior de la revolución industrial le sucedió –como uno de los fenómenos científicos característicos del siglo XX– la revolución en el campo de la biología, apoyada en las nuevas técnicas. Poderosos instrumentos a disposición de la ciencia, como el

microscopio electrónico, el de barrido *scanner*, así como el desarrollo de la cibernética, los ordenadores, la automatización de la información, los adelantos de la química y la biología molecular abren al hombre vías de desarrollo científico que en el siglo XIX se hubieran tenido por elementos de ciencia ficción, como acertadamente comenta el doctor José Manuel Reverte.¹ La casi totalidad de estas nuevas posibilidades en las direcciones de la investigación científica implican consideraciones éticas de la mayor trascendencia si, como es racional, aspiramos a que este potencial pueda emplearse en bien de toda la humanidad y conlleve al mismo tiempo un crecimiento espiritual auspiciador del desarrollo de cualidades morales positivas en el hombre actual. Ya en su momento advierte José Martí sobre esta gran meta-objetivo de la humanidad cuando formula para su época –y para todos los tiempos– la pregunta afirmación que debiera ser paradigma de todo desarrollo: «¿Para qué, sino para poner paz entre los hombres han de ser los adelantos de la ciencia?».²

En nuestros días, las posibilidades de la ciencia, en general, y de las ciencias médicas en particular, tales como la generación de vida por medio de tecnologías reproductivas, el control de la natalidad, los posibles ensayos eugenésicos, la experimentación en humanos, las manipulaciones genéticas, el sustento artificial de las funciones biológicas vitales, y el trasplante de órganos, entre otros aspectos, deben estar siempre presididos por una correcta deontología científica que informe en cada caso concreto, y en cada nuevo escalón del desarrollo, el deber acorde con la rectitud de principios éticos. Estas preocupaciones que desbordan el contenido tradicional de la ética médica se han venido manifestando con fuerza durante los últimos 35 años y constituyen el núcleo de la bioética como disciplina.³

Ya en el siglo XIX José Martí reflexiona en esta dirección cuando escribe: «[...] la ciencia es toda una [...] en los métodos y en los intereses de una obra que solo en lo final de la libertad puede ser común, y en lo real contemporáneo no lo es».⁴

Establece así una muy lúcida diferenciación entre el concepto gnoseológico de «ciencia», con su inherente carácter universal, y la orientación interesadamente clasista que los diferentes regímenes sociales imprimen a las aplicaciones científicas. El Maestro está convencido de que todo depende, en última instancia, del contenido ético, del carácter y las aspiraciones de la sociedad.

¹ J.M. Reverte Coma. *Las fronteras de la medicina*. Madrid/Barcelona, Ediciones Díaz de Santos, 1983.

² J. Martí. *Obras completas*. La Habana, Editora Nacional de Cuba, 1963-1973, t. 11: 292.

³ La bioética se define como el «estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y la atención de la salud, en la medida en que esta conducta, se examine a la luz de valores y principios morales. Esta disciplina rebasa la ética tradicional, porque la incluye, y, además se ocupa de la justicia en las políticas de salud, las investigaciones biomédicas y de la conducta, el tratamiento a animales de laboratorio y las demandas medioambientales». OPS. *Bioética. Temas y perspectivas*. Washington, D.C. 1990. [Publicación Científica, 527]

⁴ J. Martí. Ob. cit., t. 5: 343.

En esta dirección, José Martí asume los procesos de creación-destrucción y vida-muerte, a partir de su comprensión de dos de las leyes de la dialéctica: la transición de los cambios cuantitativos en cualitativos y la conservación de la energía. Señala: «[...] la naturaleza no es más que un inmenso laboratorio en el cual nada se pierde, en donde los cuerpos se descomponen, y libres sus elementos vuelven a mezclarse, confundirse y componerse».⁵

El análisis martiano transita por la relación armónica –en tanto natural– del hombre con su medio, asumida como premisa indispensable para conservar el equilibrio. Y su profundo amor por estos procesos que aseguran y conservan la vida en los tres grandes reinos de la naturaleza se plasma en estas reflexiones: «Todo camina a la muerte por la senda de la vida, y a cada ser que se hunde responde un ser que se alza [...] No desmiente con eso la existencia humana, cuya obra es formar y destruir para transformar perpetuamente.»⁶ «El amor palpita en cuanto vive: rebosa el ser de amor cuando contempla lo existente.»⁷

La comprensión del necesario equilibrio en la naturaleza se refleja también en su particular forma de asumir la muerte como tránsito o como culminación que la propia vida informa de sentido: «La muerte no es verdad cuando se ha cumplido bien la obra de la vida»⁸ –señala. Esta forma de asumir los ciclos vida-muerte, creación-destrucción en la dialéctica de sus procesos naturales, hace que José Martí se manifieste siempre en defensa de la vida, posición que por inferencia lo sitúa junto a quienes rechazan la eutanasia. En este sentido reflexiona: «Y en verdad, que la muerte es seria y debe ser tratada seriamente [...] Es un crimen no oponer a la muerte todos los obstáculos posibles.»⁹

Esta valoración martiana puede insertarse, con inusitada actualidad, en el debate bioético contemporáneo sobre la contradicción entre el tradicional carácter sagrado de la vida y el moderno concepto de calidad de vida.

Su actitud de lucha por la vida corre paralela a su concepción del dolor –el físico y el moral–, como una de las vías para alcanzar un crecimiento espiritual que ayude a que emerjan las mejores cualidades y las actitudes positivas del ser humano. Le confiere así al dolor una utilidad moral a la que en alguna medida el hombre no puede renunciar. Martí respeta el dolor ajeno y esconde con pudor el propio, porque como plantea en estos versos: «Quien su dolor en público difunde / de su dolor o alivio indigno es / [...] Mas su corona de hombre / Rompe con mano infiel / El que el pudor de su dolor descuida / [...] Con el dolor, el grave compañero, / vivirse debe, y parecer entero.»¹⁰

⁵ *Ibidem*, t. 8: 447.

⁶ J. Martí. *Obras completas. Edición crítica*. La Habana, Centro de Estudios Martianos/Casa de las Américas, 1985, t. II: 102-3.

⁷ J. Martí. *Obras completas*. Ed. cit., t. 2: 147.

⁸ *Ibidem*, t. 6: 420.

⁹ *Ibidem*, t. 21: 151.

¹⁰ *Ibidem*, t. 17: 145-6.

Se convierte así el dolor en un acicate en la lucha por la vida y por las posibilidades meliorativas del hombre. El sentimiento de amor –que es también respeto por la integridad de todo lo viviente– preside el acercamiento martiano a la problemática del desarrollo sostenible relacionada, a su vez, con los conjuntos bióticos y abióticos. En este sentido advierte: «Ciudad sin árboles es malsana [...] hay que cuidar de reponer las maderas que se cortan, para que la herencia quede siempre en flor; y los frutos del país solicitados, y este señalado como buen país productor.»¹¹

Esta preocupación por las riquezas renovables y no renovables –como la minería– es una constante en su visión liberadora de las economías de los países de nuestra América y aparece ampliamente abordada en sus trabajos periodísticos. No aparece en la obra martiana ninguna alusión directa al concepto moderno de control de la natalidad, pero sí siente la necesidad de que la relación sexual de la pareja humana sea un acto responsable desde el punto de vista moral, fruto de la madurez alcanzada a partir de una correcta orientación que en los inicios debieran proporcionar los progenitores. En ese sentido escribe en uno de sus cuadernos de apuntes: «Y cómo un padre inicia a su hijo decorosamente en el conocimiento de la vida sexual o debe dejarse al azar este asunto de que depende tal vez la vida entera [...], o debe ser la guía del padre indirecta, y no más?»¹²

En este caso, la formulación dubitativa implica no solo el reconocimiento de la importancia de una correcta guía educacional, sino la certeza de que –en el caso del varón– le corresponda preferentemente al padre encauzar esta iniciación. La duda está referida más bien al método óptimo para alcanzar este objetivo, en una sociedad que desde la Edad Media anatematizaba y proscribía la alusión desembozada a la sexualidad humana. Al reflexionar sobre los problemas de la educación sexual, José Martí se plantea de forma paralela la necesidad de una relación afectiva entre padres e hijos, propiciatoria de una comunicación basada en la confianza y el respeto mutuos, como base para el desarrollo armónico de la familia, en tanto célula básica de la sociedad. El Maestro adelanta la concepción actual de paternidad responsable, y jerarquiza el papel de la formación en el seno del hogar cuando aborda temas como la conducta sexual y la planificación familiar. Esta actitud se plasma en las cartas a su ahijada de bautismo, María Mantilla, donde refleja sentimientos de ternura y preocupación paternas por el futuro de la joven, a quien en 1895 le escribe desde Cabo Haitiano: «Y mi hijita [...] ¿Se prepara a la vida, al trabajo virtuoso e independiente de la vida, para ser igual o superior a los que vengan luego, cuando sea mujer, a hablarle de amores [...] Amor es delicadeza, esperanza fina, merecimiento y respeto. ¿En qué piensa mi hijita? ¿Piensa en mí?»¹³

¹¹ *Ibidem*, t. 8: 302-3.

¹² *Ibidem*, t. 21: 415.

¹³ *Ibidem*, t. 20: 216.

En estas mismas relaciones armónicas establece el Maestro el vínculo del hombre con su entorno, la conservación del medio y sus comentarios sobre los insectos, algunos de los cuales pueden inscribirse en la dirección de las más actuales preocupaciones por la biodiversidad. Las anotaciones en algunos de sus cuadernos revelan interesantes momentos de la observación martiana en esta dirección: «La araña va caminando por la roca. Le pongo delante, como a un palmo de los ojos, el paraguas acostado. Llega [...] y le da vueltas [...], sin subirse a él. No lo conoce. No se arriesga. Conoce su roca. Pero otra araña, de cuerpo más cucarachero, y de aire menos fino, se subió al paraguas.»¹⁴

Y en otro apunte, encontramos una sorprendente muestra del respeto martiano a la integridad de todo organismo vivo, con independencia de su utilidad o del riesgo que su presencia pueda significar para el resto del conjunto biótico: «¿No es ridículo un hombre persiguiendo a una mosca? Y si mato una mosca, me pongo a discutir con angustia con mi conciencia si he tenido el derecho de matarla.»¹⁵

No se trata de un exagerado sentimentalismo exento de responsabilidad sanitaria ante un vector. En esta reflexión, además del profundo respeto por todo lo existente, se percibe una fina comprensión del equilibrio ecológico presente en todos los procesos de la naturaleza que no obstaculiza, desde luego, su reconocimiento de los insectos como vectores. Así, en un artículo publicado en la revista *La América*, en enero de 1884, señala: «Sábese que los insectos son portaepidemias. Es corriente entre médicos la creencia de que los mosquitos y otros animalitos de su especie transmiten y diseminan las enfermedades contagiosas.»¹⁶

Se ha señalado que José Martí asume la naturaleza como ámbito del cual forma parte el hombre, con una visión ético-estética, y como fundamental productora de riqueza minera, agrícola y de elementos químicos, a partir de sus ciclos y sus procesos evolutivos.¹⁷ Estos procesos naturales están signados por las leyes del equilibrio y la armonía y la relación del hombre con ese medio –y con su desarrollo social– deben reflejar también esas leyes. Tal es su pensamiento cuando anota en uno de sus cuadernos: «Que la naturaleza siga su curso majestuoso, el cual el hombre, en vez de mejorar, interrumpe [...] que el ave vuele libre en su árbol [...] y el ciervo salte libre en su bosque [...] y el hombre ande libre en la humanidad.»¹⁸

Es importante destacar que en el pensamiento martiano la no intervención del hombre en el «curso majestuoso» de la naturaleza está nítidamente referida al signo positivo de los procesos naturales y a la conservación del medio. Cuando se

¹⁴ *Ibidem*, t. 21: 419.

¹⁵ *Ibidem*, t. 21: 280.

¹⁶ *Ibidem*, t. 8: 430.

¹⁷ J. Toledo. «La relación hombre-naturaleza en José Martí». *Anuario del Centro de Estudios Martianos* [La Habana], no. 16, 1993: 143-58.

¹⁸ J. Martí. *Obras completas*. Ed cit., t. 21: 163.

manifiestan de alguna manera los signos negativos, exponentes del desequilibrio, José Martí considera no solo lícita, sino imprescindible, la intervención del hombre para rectificar, mejorar o paliar la acción extraviada de la naturaleza, ya sea por medio de métodos terapéuticos o mediante la educación y la asistencia social.

Como ejemplo de esta tendencia de su pensamiento se muestra su admirada descripción de una compleja cirugía plástica, del tipo correctiva, para mejorar la apariencia de una joven: «La hermosura es un derecho natural [...] veintiuna operaciones, después de las cuales ha salido ¡oh poder del hombre! con su cara llena de carne viva, entera y compuesta [...] aquel trozo de piel sacado del brazo llegó a ser, injerto ya en el rostro, la base de una mejilla nueva [...] y le arreglaron los labios luego. Hoy pasea hermosa.»¹⁹

Esta es otra muestra del humanismo de Martí ante el dolor, en este caso en el plano psicosocial, y de cómo admite una intervención correctora del hombre ante un defecto o discapacidad, como acción virtuosa y benefactora.

Y el ejemplo de la necesaria incidencia del hombre en los paliativos a los limitados físicos, mediante la educación y la asistencia social, aparece en este otro fragmento de un artículo periodístico en el que aborda las excelencias de la enseñanza especial impartida en una escuela para sordomudos en México: «La naturaleza sola no es nuestra madre: ¿quién quiere tener una madre injusta [...] ¡Benditas sean las manos que rectifican estas equivocaciones, y endulzan estos errores sombríos de la ciega madre creación!»²⁰

En este fragmento Martí admite que la naturaleza puede ser injusta. Así su pensamiento se inserta en el debate actual sobre el proyecto del genoma humano, el diagnóstico prenatal de malformaciones congénitas, discapacidades o propensiones a enfermedades y su posible corrección por medio de la terapia génica. Este debate bioético actual se plantea el problema de cuáles de estas malformaciones o discapacidades deben ser corregidas, e incluso cuándo debe indicarse la interrupción de un embarazo por esta razón.

En el pensamiento martiano, queda debidamente jerarquizada la posibilidad racional y responsable del hombre de rectificar las muestras de desequilibrio en la naturaleza –cuando esto es posible–, o al menos de ayudar a remediarlas con la asistencia social.

Esta misma comprensión martiana de la naturaleza con armonía y movilizadora de valores éticos, lo lleva a rechazar las momificaciones de cadáveres practicadas por sociedades de diversas culturas en diferentes épocas, y a cuestionar la atribución que se toman los hombres de violentar las leyes de la naturaleza, sin que esa alteración se revierta en beneficio material o espiritual para la sociedad. En uno de sus cuadernos de apuntes anota José Martí esta reflexión: «¡La momia! –El hombre no tiene derecho a convertir lo bello en feo, ni a detener el curso de

¹⁹ *Ibidem*, t. 23: 29-30.

²⁰ *Ibidem*, t. 1: 147.

la naturaleza. La momia es una usurpación. Lo más cuerdo sería dejar podrir el cuerpo [...] ¿Derecho y necesidad del hombre de intervenir en la naturaleza? ¿De acelerarla? ¿De contrariarla?»²¹

Y en otro momento se cuestiona: «¿Qué se ha de hacer con el cadáver? ¿Quemarlo? ¿Enterrarlo?»²²

Estas reflexiones ratifican el punto de vista martiano acerca de la intervención útil de la ciencia humana en la naturaleza, lícita solo para mejorar, enriquecer y embellecer las condiciones de vida o aliviar el dolor y la tristeza. Parece importante insistir en que José Martí entiende como lícita la intervención del hombre para corregir resultados, no así en la ontogénesis, ni en el curso de los procesos naturales. Estas reflexiones acercan el pensamiento de José Martí a algunos de los más acuciantes problemas actuales de la bioética, en particular los referidos a las manipulaciones genéticas con la finalidad de obtener nuevas características y construir, a partir de ese material, un nuevo ser humano.

Como se sabe, el impresionante desarrollo alcanzado por la ingeniería genética permite manipular al hombre desde su ontogénesis hasta el final del nacimiento.²³ Las líneas de investigación en este campo ensanchan continuamente los que habían sido límites científicos de la medicina y acometen experimentos que van desde el cambio del núcleo del espermatozoide o el óvulo, la fusión de células humanas *in vitro*, la partenogénesis, la inseminación artificial, los injertos ovulares, el crecimiento del embrión en el laboratorio con útero de vidrio o plástico y placenta artificial, hasta llegar a los intentos de las más aberrantes técnicas en la fabricación de seres quiméricos.²⁴ Se ha producido, y a gran escala, justamente lo que ya había preocupado a Martí en el pasado siglo: el hombre se ha atribuido el derecho de intervenir en los propios procesos ontogénicos de la naturaleza y, una vez dado este paso, tiene ante sí el reto de que su intervención sea siempre en beneficio de la humanidad.

Otra importante dirección de la ingeniería genética es la obtención de nuevos y poderosos medicamentos para atacar en su propia base enfermedades que hasta hace muy poco se consideraban incurables. Es en esta línea que trabajan varios centros de investigación-producción cubanos con significativos logros.²⁵ Parece evidente que un humanista tan informado del desarrollo científico técnico de su época como José Martí,²⁶ habría estimulado la creación de potentes medicamentos,

²¹ *Ibidem*, t. 21: 425.

²² *Ibidem*, t. 21: 415.

²³ J.M. Reverte. *Ob. cit.*: 170-200.

²⁴ *Ibidem*: 174.

²⁵ Entre los aportes científicos del Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología están las vacunas antimeningocócica y contra el virus de la hepatitis B, el alfa interferón recombinante, la estreptoquinasa recombinante, el factor de crecimiento epidérmico y la producción de anticuerpos monoclonales. (Testimonio brindado a la autora por el tecnólogo en química inorgánica Ernesto Olazábal Toledo.)

²⁶ J. Toledo. *La ciencia y la técnica en J. Martí*. La Habana, Editorial Científico-Técnica, 1994.

y también habría rechazado la generación artificial de seres de laboratorio como hecho que violenta las leyes naturales y, en consecuencia, que atenta contra el sentido de armonía y eticidad presente en todo su pensamiento.

José Martí asume la relación médico-paciente a partir del arraigado y racional concepto de beneficencia integral al enfermo preconizado en los textos hipocráticos. El médico debía poner toda su ciencia en el empeño de curar, mejorar o aliviar las dolencias de su paciente, y este debía confiar a plenitud y aceptar una relación de absoluta dependencia psíquica y física: «La medicina pasa al médico –señala– que ya por serlo cura, y con su sonrisa suele abatir la fiebre.»²⁷ Este criterio martiano de forma implícita reconoce la beneficencia como primer principio de la ética médica, y sintetiza su concepto del ejercicio médico y de la acendrada eticidad que debe presidir la actitud de estos profesionales –y del hombre– ante el dolor ajeno. Valoración tal inscribe a José Martí entre los convencidos del principio benefactor.

El tradicional concepto de beneficencia en la relación médico-paciente había comenzado a experimentar un reajuste desde fines del siglo XVIII, a partir del concepto moderno de democracia. El criterio anglosajón de bioética y autonomía hace un culto de la libertad individual. Sin embargo, ya se habla de la búsqueda de un equilibrio entre beneficencia y autonomía. El criterio martiano, en este sentido, se atiene a la concepción de su época, aunque tiende al equilibrio en esta relación. Esta autonomía, que trae a un primer plano la dignidad del paciente, implica que será este quien tome decisiones en relación con la actitud a seguir con su enfermedad, y esto presupone lo que especialistas contemporáneos han llamado el consentimiento informado,²⁸ dado que para poder tomar una decisión sobre la conducta médica que se debe seguir, es obvio que el paciente debe tener toda la información sobre su enfermedad.

Martí percibe esta tendencia en el ejercicio médico, pero no comparte del todo el consentimiento informado, y sobre esta problemática se pregunta: «[...] ¿sana el enfermo con conocer por medios violentos toda la gravedad de su mal? Dáñale los medios, sin que su mal cure por eso».²⁹

Esta reflexión martiana se apega a la tradicional relación médico-paciente, normada por la ética médica hipocrática, la cual jerarquiza, por sobre cualquier otra consideración, el concepto de beneficencia al enfermo. El criterio de Martí, sin embargo, no se encierra en esta relación tradicional, sino que deja abierta la posibilidad de que el paciente reciba información especializada sobre su dolencia, siempre que no sean «medios violentos» los utilizados y, en casos extremos, siempre que no se le diga «toda la gravedad de su mal», dado que tal información –en la gran mayoría de los casos– alteraría el ya vulnerable equilibrio psíquico

²⁷ J. Martí. *Obras completas*. Ed cit., t. 11: 164.

²⁸ E.D. Pellegrino. «La relación entre la autonomía y la integridad de la ética médica». En *Bioética. Temas y perspectivas*. Ob. cit.

²⁹ J. Martí. *Obras completas*. Ed cit., t. 15: 73-4.

del paciente e incidiría de manera negativa en su tratamiento. En este punto, como en todos, el Maestro se pronuncia por el equilibrio y la armonía entre opciones que pudieran ser consideradas antagónicas. Ya se ha referido, en 1875, al «espíritu de conciliación que norma todos los actos de [su] vida».³⁰

Esta línea del pensamiento martiano se expresa también en su reiterada defensa de la utilidad de la medicina preventiva como método idóneo para salvaguardar la salud pública. En este sentido señala: «[...] la verdadera medicina no es la que cura, sino la que precave» y reitera en otro momento: «Mejor es evitar la enfermedad que curarla.»³¹

Sus valoraciones sobre la medicina preventiva ratifican la modernidad de su pensamiento, dado que en esa época la prevención y la política de salud dirigida al individuo sano no eran aún objetivos priorizados por el ejercicio médico. Como se sabe, el método más generalizado entonces para prevenir el contagio —una vez detectada la enfermedad— era el aislamiento del paciente en sanatorios.³²

Si hoy pueden relacionarse muchas de las directrices del pensamiento martiano con algunos de los problemas que asume la bioética, ello responde no solo —y acaso no tanto— a la genialidad del pensador que nos ocupa, ni a una actitud nuestra de miopía científica halada por un ingenuo, o burdo chovinismo; esta presencia viva martiana está dada porque los desafíos actuales son, en buena medida, los mismos sobre los que él reflexionó y alertó, para todos los tiempos, desde la época que le tocó vivir.

El desarrollo científico-técnico de nuestro momento informa de matices nuevos y perentorias urgencias a esta problemática que permanece aún sin solución. La visión martiana de algunos de los problemas planteados hoy por la bioética no se agota en el reconocimiento y la proclamación del necesario equilibrio espiritual del hombre en usufructo del derecho a su intimidad, su integridad y su dignidad, en plena armonía con su entorno; es decir, no se agota en la esfera de la microética,³³ sino que va mucho más allá y se plantea el inalienable derecho humano de la sociedad, en su conjunto, a la salud y al bienestar. No se queda en la profunda reflexión contemplativa del hombre en su entorno, sino se remite a la esfera de la macroética, o sea, se proyecta en ambas dimensiones del principio bioético de justicia. Esto se ejemplifica con sus criterios acerca de la salud pública, de la salud ocupacional y sus preocupaciones por la conservación del medio ambiente. En relación con la esfera de la microética, José Martí confiesa tener «una determinación febril y ciega de arrollar todo lo que merme

³⁰ *Ibidem*, t. 28: 236.

³¹ *Ibidem*, t. 8: 298, 302.

³² La política de salud cubana, criticada por aplicar este método durante los primeros años de la detección del VIH, hoy ya cuenta con un sistema ambulatorio basado en la responsabilidad social del paciente. Similar procedimiento se sigue también con la flexibilización del internamiento forzoso en psiquiatría.

³³ E.D. Pellegrino. *Ob. cit.*

la persona humana»,³⁴ con lo cual sintetiza su opción irrestricta por lo que en otro momento ha aludido como «la dignidad plena del hombre». ³⁵ En relación con la esfera de la macroética escribe:

«[...] en los barrios infectos [...] en las calles húmedas donde hombres y mujeres se amasan y revuelven, sin aire y sin espacio [...] donde la gente de hez o de penuria vive en hediondas celdas [...] mueren los niños pobres en centenas al paso del verano [...] el *cholera infantum* les chupa la vida [...] ¡Y digo que este es un crimen público, y que el deber de remediar la miseria innecesaria es un deber del Estado!»³⁶

Y en relación con la salud ocupacional señala que «todo lo que se haga para mejorar la vida en los talleres es una obra que debe verse con respeto religioso». ³⁷

Estas demandas, tanto en la salud pública como en la salud ocupacional, ratifican su preocupación por el hombre, lo cual lo lleva a exigir no solo la justicia individual, sino la colectiva, que implicaría necesariamente un replanteamiento de la distribución del producto social y un mayor énfasis asistencial en beneficio de los más necesitados. No obvia el Maestro que con demasiada frecuencia los Estados no sitúan la justicia social como punto nodal de sus prioridades y, en ese caso señala: «Una vez reconocido el mal, el ánimo generoso sale a buscarle remedio: una vez agotado el recurso pacífico, el ánimo generoso, donde labra el dolor ajeno como el gusano en la llaga viva, acude al remedio violento.»³⁸

En este caso, el principio bioético de justicia está presente en la esfera social, como en todo su proyecto revolucionario, porque siempre aparece el hombre asumido en su integral condicionamiento psicofísico y social. Esta cosmovisión martiana es, al mismo tiempo, el mejor reflejo de la verdadera cultura bioética que corresponde impulsar a los países en vías de desarrollo como sustento de su propia identidad.

Siguen siendo estos los desafíos del siglo XXI, insertados ahora en el contexto del espectacular desarrollo científico y biotecnológico alcanzado en los lustros finiseculares. Proyectados en la micro y macroéticas, desbordan las concepciones del biologismo³⁹ y, para hacerse integrales, se orientan cada vez más hacia una bioética social. Para que el hombre pueda vivir en armónico equilibrio psicofísico consigo mismo y con su entorno es imprescindible que cada individuo de la sociedad, en su conjunto, tenga asegurado su derecho a la educación,

³⁴ J. Martí. *Obras completas*. Ed. cit., t. 21: 281.

³⁵ *Ibidem*, t. 4: 270.

³⁶ *Ibidem*, t. 9: 458-9.

³⁷ *Ibidem*, t. 8: 438.

³⁸ *Ibidem*; t. 11: 337

³⁹ Se reconoce por este término a la tendencia que hace prevalecer los problemas sanitarios y biológicos por sobre los problemas sociales, sin atender a su íntima vinculación. P. Achard. *Discurso biológico y orden social* [compilación]. Editorial Nueva Imagen, 1984: 9-22.

al mantenimiento de su salud y a una calidad de vida material y espiritual sin merma de su condición humana.

Concebida así, esta bioética que asume al ser humano en su inseparable condición biológica y social, se expresaría en planos sucesivos, yuxtapuestos e íntimamente relacionados, con inclusión de lo individual, lo social y lo ambiental, en los marcos particulares, y de lo internacional, lo intercontinental y lo estratosférico, en los marcos generales. Cuando la interrelación entre todos y cada uno de estos planos esté signada por el equilibrio y la armonía, el ser humano habrá dado una respuesta, digna de su linaje, a los grandes desafíos de todos los tiempos, porque habrá logrado vencerse a sí mismo y darle así una oportunidad al amor edificante que esgrime la solidaridad como deber elemental, que siente en su propia mejilla «el golpe que reciba cualquier mejilla de hombre» y que hace suyo el permanente llamado martiano a la tolerancia y al respeto entre los seres humanos.

José Martí sintió la viabilidad de este proyecto porque tuvo fe «en la utilidad de la virtud» y marcó el rumbo con su vida y con su muerte. Rumbo difícil para nuestra imperfecta naturaleza humana, pero único rumbo seguro porque, como escribió: «[...] el amor, administrado por la vigilancia, es el único modo seguro de felicidad y gobierno entre los hombres».⁴⁰

Este rumbo martiano, con su sentido de la armonía y la eticidad, sigue siendo paradigmático en Cuba y en el mundo, y puede alumbrar cada nuevo escaño del desarrollo científico y social del género humano.

⁴⁰ J. Martí. *Obras completas*. Ed cit., t. 2: 26.

Raíces históricas del pensamiento bioético y de la investigación médica en sujetos humanos en Cuba

Gregorio Delgado García



La bioética es una rama muy moderna del conocimiento, abarcadora, sin embargo, de materias tan antiguas como la ética médica, que ya era gran preocupación del hombre en época de Hipócrates, Padre de la Medicina, cinco siglos antes de nuestra era.

Por eso no es raro que al intentar exponer de forma sintética las raíces históricas del pensamiento bioético en Cuba, tenga por fuerza que mencionar muchas veces conceptos tan antiguos como moral o ética médica, filosofía moral, deontología o diceología médicas. En el presente estudio he querido incluir, también brevemente, las raíces históricas de las investigaciones médicas en sujetos humanos en Cuba, como un aspecto de la bioética muy debatido en la actualidad.

Raíces históricas del pensamiento bioético en Cuba

Las manifestaciones más lejanas del pensamiento bioético en nuestro país habría que encontrarlas derivadas del establecimiento en la isla del Real Tribunal del Protomedicato. Creada dicha institución –la más antigua de la salud pública española–, por Real Cédula de Juan II de Castilla, en 1422, tuvo desde sus inicios la facultad de «actuar contra los crímenes y excesos que cometían los médicos, cirujanos, licenciados, farmacéuticos y otros, en el ejercicio de la profesión y con la

autoridad suficiente para castigar conforme a derecho».¹ El cumplimiento de tal facultad llevaba aparejado la puesta en vigor de normas que reglaran los deberes y derechos del médico y demás profesionales o no de la medicina, como los médico-cirujanos, médicos, cirujanos latinos, cirujanos romancistas, flebotomianos, boticarios, comadronas, dentistas, algebristas, callistas, barberos y herbolarios.

Fundada en La Habana por primera vez, pero con una duración muy breve (1634-1637), muy poco debió haber hecho en esos años. Pero en su segundo y largo período (1711-1833) sí pudo ejercer a plenitud sus funciones de regular la conducta ética del personal de la salud en sus actividades, y muy sonados fueron los pleitos establecidos en este sentido por el protomédico doctor Francisco de Teneza y Rubira.²

Al cerrar sus puertas dicha institución en 1833 y ser sustituida ese año por las Reales Juntas Superiores Gubernativas de Medicina y Cirugía y de Farmacia, fueron ellas las herederas de su función de tribunal de ética médica, aunque por poco tiempo; solo durarían hasta 1842 y no hemos encontrado que ninguno de los organismos continuadores de sus múltiples funciones (las Juntas de Sanidad, las Juntas de Caridad y Beneficencia y la Facultad de Medicina de la Real y Literaria Universidad de la Habana) ejercieran en algún momento como tribunales de moral médica.

Sin embargo, a partir de la desaparición de las dos Juntas Superiores Gubernativas y por la gran reforma universitaria de 1842, comienza una nueva etapa de la ética médica en Cuba, como fue la de su enseñanza en la Real y Literaria Universidad de la Habana.

Aunque la cátedra de vísperas de Medicina o Patología, impartida en la vieja universidad de 1730 a 1842, se basaba fundamentalmente, entre otras, en la enseñanza de las obras de Hipócrates y, en especial, de sus aforismos –algunos de cuyos preceptos, sobre todo el primero, y su Juramento constituyen la base de la ética médica tradicional en occidente–, no podemos decir que esta materia se enseñara en dicha época en nuestra primera universidad.

El proyecto de reforma de la enseñanza universitaria para Cuba de 1828, promovido por don Francisco de Arango y Parreño, aunque nunca llegó a implantarse, sirvió de base a la reforma de 1842 en el plan de la carrera de Medicina. En él, al describirse cómo sería la enseñanza, junto a la cama del enfermo, de la clínica externa o quirúrgica (en el quinto y sexto años) y de la clínica interna o médica (en el sexto y séptimo), se dice: «los Deberes del Médico serán objeto de instrucción en todo este tiempo»,³ y con ello se incluye en el plan la más moderna concepción de la deontología médica, en boga entonces por Europa.

¹ E.S. Santovenia. «El Protomedicato de la Habana». *Cuadernos de Historia de la Sanidad* [La Habana], 1952; (1).

² H. Zayas Bazán. «Contribución al estudio de las ciencias médicas en la época del Protomedicato». *Revista Médica Cubana* [La Habana], marzo de 1959; 70 (3): 103-26.

³ F. de Arango y Parreño. *Obras*. T. II. La Habana, Talleres Tipográficos Alfa, 1952.

Al ponerse en vigor la reforma universitaria de 1842, no se cumplió el proyecto del plan de estudios médicos de Arango y Parreño en lo tocante a la asignatura Deberes del Médico en el Ejercicio de la Profesión, pero contenidos de ella se impartieron en la nueva cátedra, de diversas asignaturas y largo nombre, Medicina Legal, Toxicología, Jurisprudencia Médica, Policía Médica, Historia, Biografía y Bibliografía Médicas.

Cuarenta años después, ocurre un hecho de extraordinaria importancia en el desarrollo histórico del pensamiento ético en general en Cuba, como fue el dictar en la Real Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de la Habana el doctor Enrique José Varona y Pera, entre 1880 y 1882, sus célebres Conferencias Filosóficas o tres cursos de filosofía, uno de ellos, el último, sobre Fundamentos de la Moral, en el que se sistematiza, por primera vez en Cuba, todo el pensamiento ético y se someten a crítica sus corrientes más modernas.⁴

En nuestro medio, coincide con este auge del conocimiento de la filosofía moral un nuevo plan de estudios médicos –puesto en vigor en el mismo año de las conferencias de Varona–, que va a retomar el viejo anhelo de los redactores de la reforma de estudios de Arango y Parreño, entre ellos, el ilustre doctor Tomás Romay Chacón, para poner en práctica, junto con las asignaturas de clínica médica (primero y segundo cursos en quinto y sexto años de la carrera de medicina), la enseñanza al lado de la cama del enfermo de Deberes del Médico en el Ejercicio de la Profesión, explicadas todas por el doctor Antonio Jover Puig, profesor español que dejó en nuestra Universidad gratos recuerdos por su ciencia, elocuencia y cultura humanística.

Debemos añadir también que en la cátedra de Historia de las Ciencias Médicas se explicaron por esta época temas como la moral médica según Hipócrates; el médico, el enfermo y la práctica médica; el Juramento Hipocrático y el primer aforismo.

Como sustituto del doctor Jover, explicó las materias de deontología médica el doctor Raimundo de Castro Allo, otra de las grandes figuras de la clínica médica en Cuba y modelo de virtudes cívicas, políticas y morales, quien tuvo a su cargo esta enseñanza hasta su destierro, en plena guerra independentista, por sus actividades revolucionarias.⁵

Es muy posible que la obra más antigua escrita por un cubano sobre moral médica sea *De los deberes que el médico tiene contraídos con la humanidad* (Madrid en 1864), tesis doctoral discutida y aprobada en la Universidad Central de Madrid por el doctor Eduardo Lastres y Juiz. Otras obras, de las primeras impresas en Cuba, son: *Moción acerca del secreto médico*, presentada y ampliamente discutida en 1886 por el doctor Claudio Delgado Amestoy en la Real Academia de Ciencias Médicas, Físicas y Naturales de la Habana y publicada

⁴ M. Vitier. *Las ideas y la filosofía en Cuba*. La Habana, Editorial de Ciencias Sociales, 1970.

⁵ G. Delgado. «Historia de la enseñanza superior de la medicina en Cuba. 1726-1900». *Cuadernos de Historia de la Salud Pública* [La Habana], 1990; (75).

en sus *Anales* al siguiente año; dos memorias premiadas en concurso sobre moral médica celebrado en La Habana en 1901, las dos con el mismo título de *¿Cuáles son los deberes de los médicos con sus compañeros en el ejercicio profesional?*, escritas por los doctores Arístides Agramonte Simoni y José R. Avellanal, que obtuvieron el primer y segundo premios respectivamente, ambas publicadas en La Habana en el propio año 1901; y el folleto, *Moral médica. Estudio crítico del charlatanismo profesional*, del doctor José A. López del Valle, publicado en La Habana en 1904.

Finalizada la dominación española en Cuba, cuando el doctor Enrique José Varona ocupó la Secretaría de Instrucción Pública durante el gobierno de la primera intervención norteamericana, y llevó a cabo la profunda reforma de la enseñanza secundaria y universitaria de 1900, que lleva su nombre, se reservó el ilustre filósofo para explicar la asignatura de Filosofía Moral en la Facultad de Letras y Ciencias, junto a otras. De sus continuadores en la cátedra, son dignos de ser mencionados el doctor Roberto Agramonte Pichardo, quien publicó un *Programa del curso de Filosofía Moral* (1929), único libro de texto de dicha materia escrito por un cubano en el pasado siglo; y el doctor Rafael García Bárcenas, uno de los iniciadores y forjadores de nuestro actual proceso revolucionario, autor de obras tan importantes de la cultura nacional como, *Sed*, Premio Nacional de Poesía en 1935; los ensayos *Estructura de la estructura* y *La estructura del mundo biofísico*, este último Premio Nacional de Filosofía en 1950 y únicos aportes cubanos a la filosofía estructuralista; su polémico libro *Redescubrimiento de Dios*, primer aporte cubano a la filosofía neotomista, y el notable ensayo de filosofía moral *Esquema de un correlato antropológico en la jerarquía de los valores*. El doctor García Bárcenas fue, además de un gran pensador y profesor de Filosofía Moral, uno de los hombres más dignos de la vida pública cubana.

Hasta el arribo, en 1923, del doctor Raimundo de Castro y Bachiller a la cátedra de Medicina Legal y Toxicología como profesor titular, no se enseñaron en el pasado siglo contenidos de ética médica en ninguna de las asignaturas de la Facultad de Medicina de la Universidad de la Habana. El doctor Castro Bachiller, quizá influido por el recuerdo de su padre, el profesor Castro Allo, fue un apasionado de la ética médica y en todos sus programas de Medicina Legal y Toxicología de 1923 a 1954 (año de su fallecimiento), incluyó invariablemente en su quinta parte, con el nombre de Deontología y Diceología Médicas, cuatro lecciones de jurisprudencia médica y seis lecciones de moral o ética médica. Como apéndices, para ser mostrados en clases y explicada su importancia, incluyó también, seis códigos de moral médica: el Juramento original de Hipócrates; Juramento Hipocrático adaptado a los graduados de la Escuela de Medicina de la Universidad de la Habana, redactado por el doctor Castro Bachiller; Juramento del American College of Surgeons; Juramento de la Sociedad Nacional de Cirugía; Código de Moral del Colegio Médico

Nacional y Juramento de Honor del Colegio Médico Nacional, redactado por los doctores Julio Ortiz Cano y Raimundo de Castro y Bachiller. No conforme con todo esto, reservaba para la lección de despedida a los graduados de cada promoción, verdaderas conferencias antológicas de moral médica, de las cuales conservamos una con el título, «A mis alumnos del curso académico de 1949-1950», que siempre leemos y releemos con verdadera emoción.⁶

Otra institución de gran importancia en Cuba en el desarrollo del pensamiento ético en la medicina lo fue la más alta institución gremial médica del país, precedida en el tiempo por otras de carácter no nacional, desde la segunda mitad del pasado, la Federación Médica de Cuba (1925-1944), después Colegio Médico Nacional (1944-1966). En esta última etapa se crearon sus consejos disciplinarios nacional y provinciales (1954), verdaderos tribunales de honor o tribunales de ética médica para juzgar la conducta moral en la actividad profesional de sus colegiados, quienes llegaron a ser la totalidad de los médicos del país. En dicha actividad se destacaron dos de mis más queridos maestros, dentro y fuera de la Facultad de Medicina de la Universidad de la Habana, los doctores Arturo Curbelo Hernández, quien presidió el Consejo Disciplinario Nacional por muchos años y Federico Sotolongo Guerra, quien fuera secretario del mismo durante todo el tiempo que existió. Por indicación del Colegio Médico Nacional se redactaron dos documentos que reflejan el pensamiento ético médico en Cuba durante las décadas de los años 40 y 50: el Código de Moral y el Juramento de Honor del Colegio Médico Nacional, de indiscutida vigencia en la época, en nuestro país.

Por estos años, aparecieron en la sección sobre medicina social de la revista *Bohemia* (1940-1951), artículos sobre ética médica del doctor José Chelala Aguilera; pero el verdadero paladín de la ética médica llevada al campo de la lucha social lo fue el doctor Gustavo Aldereguía Lima, quien fue defensor, como nadie, del enfermo tuberculoso frente a la práctica médica privada y los desmanes de los gobiernos de la época. En 1929 fundó en la Casa de Salud Covadonga, con sus enfermos del pabellón José García, la Fraternidad de Enfermos Tuberculosos J.G. y, en 1949, la Unión Nacional de Enfermos Tuberculosos y Ex-enfermos, agrupación que tuvo como órgano oficial a la revista *UNETE*. Sus artículos aparecidos en la revista *Bohemia* y el periódico *Alerta*, principalmente, constituyen la mejor muestra del pensamiento ético llevado a la práctica médica. Estos trabajos, recopilados y prologados por nosotros en el libro *Letra de Combate*, verán la luz algún día.

A mediados del año siguiente al triunfo revolucionario de enero de 1959, asciende a profesor titular, jefe de la cátedra de Medicina Legal y Toxicología, el doctor Francisco Lancís Sánchez. El profesor Lancís, discípulo predilecto del

⁶ G. Delgado. *Dr. Raimundo de Castro y Bachiller (1878-1954), creador de la Escuela Cubana de medicina legal*. La Habana, Hospital General Calixto García, 1992.

profesor Castro Bachiller –y su colaborador más asiduo, no solo en la cátedra sino también en la redacción de su libro *Lecciones de Medicina Legal y Toxicología*, en cinco tomos–, se va a convertir a partir de entonces en verdadero impulsor y símbolo viviente de la ética médica en Cuba.

En sus oposiciones a cátedra en 1954, en el programa que presentó, en forma de libro extenso y metódico de 386 páginas, había incluido seis lecciones de moral o ética médica, y en sus posteriores libros de texto, *Conferencias de Medicina Legal* (1960), *Lecciones de Medicina Legal*, dos tomos (1962) y *Lecciones de Medicina Legal*, un tomo (1964), dedicó siempre un capítulo a la deontología y diceología médicas. En el libro *Temas de ética médica*, editado sin fecha por el Departamento de Psicología del Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas-Victoria de Girón, su colaboración fue muy importante. Por esta labor continuada en dichos estudios y por el ejemplo de su vida limpia, es que al crearse, en 1986, las Comisiones de Ética Médica nacional, provinciales y de centros asistenciales, con el aplauso de todos los médicos cubanos, el profesor Lancís fue nombrado Presidente indiscutido de la Comisión Nacional, cargo que ocupó hasta su fallecimiento, el 3 de marzo de 1993. De sus trabajos publicados solo citaremos: «La ética, dictado supremo de la medicina cubana», «Importancia de la ética médica para el logro del objetivo de convertir a Cuba en una potencia médica mundial» y «La ética médica en la formación de los estudiantes de medicina», los tres aparecidos en 1987.⁷

Como basamento teórico de estas comisiones, se había publicado, en 1983, el folleto *Principios de la ética médica*, guiado fundamentalmente por el pensamiento ético marxista-leninista, y redactado por delegados del Comité Central del Partido Comunista de Cuba, el Ministerio de Salud Pública y el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Salud.

En 1978, al ponerse en vigor un nuevo plan de estudios para la carrera de Medicina en todas las facultades médicas del país, se creó la asignatura de Ética y Deontología Médicas para el primer semestre del segundo curso, y al siguiente año salió de la imprenta el libro de texto provisional *Ética y Deontología Médicas*, redactado por un colectivo de autores presidido por el doctor Daniel Alonso Menéndez, profesor titular del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana y presidente del Consejo Científico del Ministerio de Salud Pública.

En este último período de nuestra historia, se van a producir también numerosos juramentos médicos, no solo de gran contenido ético sino político, como el Juramento de los graduados del curso 1963-1964, en el que se renuncia, por primera vez, al ejercicio privado de la medicina en Cuba; el Juramento realizado en el Pico Turquino de los graduados del curso 1964-1965 –primeros médicos que

⁷ G. Delgado. «El profesor Francisco Lancís Sánchez y la medicina legal en Cuba». *Cuadernos de Historia de la Salud Pública* [La Habana], 1991; (71).

realizaron todos sus estudios durante el período revolucionario— y el Juramento del Centenario del Grito de Independencia o Muerte, firmado en el Hospital V.I. Lenin, de Holguín, el 25 de mayo de 1968.

En apretada síntesis, son estas, a nuestro juicio, las principales raíces históricas del pensamiento bioético en Cuba.

Las investigaciones médicas en sujetos humanos en Cuba en el siglo xix

El doctor Tomás Romay Chacón, a partir de los granos de tres niños vacunados contra la viruela nueve días antes en Puerto Rico, comenzó la vacunación exitosa en La Habana el 10 de febrero de 1804. Sus primeros resultados los informó en una detallada *Memoria sobre la introducción y progreso de la vacuna en la Isla de Cuba*, que leyó en la Junta General de la Real Sociedad Económica de la Habana el 12 de diciembre de 1804, y que fue publicada en la imprenta de la Capitanía General al siguiente año.

Esta notable labor, sin embargo, no puede ser considerada como verdadera investigación médica en sujetos humanos, pues nuestro ilustre compatriota no estaba ensayando un método original cuyos resultados se ignoraban, sino era un decidido partidario de este porque conocía sus resultados y quería, con la aplicación de la vacuna, inmunizar a la población del país contra una de las dos enfermedades más importantes del cuadro epidemiológico del archipiélago cubano en su época.

Pero el doctor Romay quiso también probar la efectividad de la vacuna, para lo cual sí realizó una verdadera investigación en humanos —la primera realizada en Cuba—, que consistió en inocular el 23 de marzo de 1804 con pus proveniente de lesiones de pacientes afectados de viruelas naturales a cuatro niños vacunados un mes y medio antes, dos de ellos hijos suyos.

El resultado de esta demostración fue informado por el doctor Nicolás del Valle, Protomédico Regente de la ciudad de La Habana, al Gobernador General de la Isla, Marqués de Someruelos, y publicado en el Papel Periódico, suplemento al no. 34 del 26 de abril de 1804. En él se dice que, «el doctor Romay convencido de un modo incontestable que la vacuna preserva de las viruelas naturales participa a V.S. que intenta inocular el pus varioloso a algunos niños vacunados y que ejecutó dicha operación en presencia de los siguientes facultativos: Roque Oyarvide, José Bohorques, Bernardo Cózar, Francisco Xavier Córdova y Marcos Sánchez Rubio. Que reunidos estos médicos sin la presencia de Romay, concluyen que los resultados en nuestro país son idénticos a los obtenidos en Europa hasta el presente».⁸

⁸ N. del Valle. «Vacuna. Extracto del oficio dirigido por el Dr. Nicolás del Valle, Protomédico regente de esta ciudad al Señor Marqués de Someruelos». *Papel Periódico de La Habana*, [suplemento], 26 de abril de 1804; (34).

Estos resultados y otras observaciones de casos no provocados por vía experimental los informará el sabio médico cubano en su artículo «Refutación a los anti-vacunadores».⁹

Las siguientes investigaciones documentales conocidas, hasta el momento, son las realizadas por el doctor Carlos J. Finlay Barrés, a partir de 1879, con el objetivo de demostrar su entonces hipótesis de la transmisión metaxénica de las enfermedades infecciosas, en el caso concreto de la fiebre amarilla por la picadura de la hembra del mosquito clasificado actualmente como *Aedes aegypti*.

Esta fecha la precisó el Reverendo Padre Overed, de la Compañía de Jesús, cuando ante notario público testificó, junto a otros: «Fui inyectado por el doctor Finlay, que usó conmigo el mismo procedimiento ya descrito por el Padre Gutiérrez Lanza, en el año 1879.»¹⁰ La «inyección –que no fue sino la picadura provocada por la hembra de la referida especie de mosquito–, se llevó a cabo en la finca San José, en Marianao, lugar de aclimatación de los sacerdotes de dicha orden religiosa recién llegados a Cuba. Las investigaciones de Finlay en humanos continuaron desde entonces hasta finales del siglo, cuando llegó a reunir 104 inoculaciones perfectamente protocolizadas.

El 20 de mayo de 1900 se nombra la IV Comisión Médica del Ejército de los Estados Unidos para el Estudio de la Fiebre Amarilla, presidida por el mayor Walter Reed e integrada, además, por los doctores James Carroll, James W. Lazear y Aristides Agramonte Simoni. A principios de agosto de ese año se entrevistaron sus miembros con el doctor Finlay y comenzaron sus trabajos de investigación en humanos, en la propia finca San José, donde el sabio cubano había iniciado los suyos.

El doctor Carroll, quien se dejó picar por un mosquito infectado, reprodujo cinco días después una forma grave de fiebre amarilla de la cual logró sobrevivir; y el doctor Lazear, quien también se había dejado picar, murió de la afección el 25 de septiembre de 1900. Del 11 al 31 de agosto fueron inoculados once soldados voluntarios, diez de ellos de nacionalidad americana y uno inglesa.¹¹

La Comisión puso en práctica también otros modelos de investigación con humanos. Dividió los voluntarios en dos casetas de madera bien protegidas por tela metálica. En una, la ventilación era nula y en ella pasaron los soldados 20 noches con ropas de fallecidos de fiebre amarilla impregnadas de vómitos, excrementos y sangre de dichos fallecidos. Dos grupos pasaron por esta experiencia sin que se afectara su salud. En la otra caseta, con magnífica iluminación y ventilación, se situaron otros dos grupos de voluntarios separados

⁹ T. Romay. «Refutación a los anti-vacunadores». *Obras completas*. La Habana, Academia de Ciencias de Cuba, 1965, t. I: 177-182.

¹⁰ Rev. Padre Overed. [Testimonio ante el notario Dr. Armando Álvarez Pedroso, La Habana, 3 de diciembre de 1934; (70)], La Habana, El Siglo XX, s/a: 10.

¹¹ F. Domínguez. *Carlos J. Finlay. Su centenario. Su descubrimiento. Estado actual de su doctrina*. La Habana, Cultural, 1942: 100.

por tela metálica. Los miembros de un grupo, se dejaron picar por mosquitos infectados. Los miembros del otro, fueron protegidos de manera rigurosa para que no fueran picados. Los que sufrieron las picaduras se contagiaron, pero ninguno de los no expuestos a los mosquitos contrajo la enfermedad.¹² Estas investigaciones en humanos fueron las últimas realizadas en el siglo XIX en nuestro país.

Las investigaciones médicas en sujetos humanos en Cuba en el siglo XX

El doctor Walter Reed presentó las conclusiones finales de las investigaciones de su Comisión durante el III Congreso Médico Panamericano, celebrado en La Habana del 4 al 7 de febrero de 1901.

El doctor Juan Guiteras Gener, eminente patólogo, clínico y sanitarista cubano, firme partidario de las ideas de Finlay sobre la inmunización contra la fiebre amarilla por la provocación de formas leves de la enfermedad, decidió llevar a cabo, en 1901, investigaciones a ese respecto en el hospital de enfermedades infecciosas Las Ánimas, de La Habana, que él dirigía. De siete casos inoculados por las picaduras de mosquitos infectados, cuatro enfermaron con formas graves y, de ellos, tres fallecieron, entre los que se encontraba la enfermera norteamericana Clara L. Mass, quien fue picada por dos mosquitos y falleció el 24 de agosto de 1901.¹³

Esta fatal experiencia marcó para siempre al doctor Guiteras y lo convirtió en un tenaz opositor a toda forma de aplicación del ensayo experimental en humanos, desde los altos cargos que ocupó en la dirección de la sanidad del país. Tan real es esta afirmación, que siendo el doctor Guiteras director nacional de Sanidad lo visitó su gran amigo y ex discípulo, el doctor Alberto Recio Forns –eminente laboratorista clínico que dirigía el Laboratorio de Investigaciones del Hospital General Calixto García–, con la intención de obtener su consentimiento para producir y aplicar en humanos la vacuna antitífica, que ya se venía ensayando en Gran Bretaña y cuyas ventajas aún eran desconocidas.

El doctor Guiteras negó el permiso, pero le afirmó al doctor Recio que cuando dichas investigaciones avanzaran más y los resultados fueran los deseados, esas experiencias serían tomadas en cuenta y aplicadas en el país, lo que cumplió poco tiempo después al conocer las investigaciones del doctor Russell con soldados en San Antonio, Texas. En esta oportunidad, el investigador norteamericano aplicó con éxito la vacuna antitífica producida por él, y el doctor Guiteras envió al doctor Recio a dicha ciudad, quien a su regreso rindió un detallado informe de

¹² G. Delgado. «La doctrina finlayista. Valoración científica e histórica a un siglo de su presentación». *Cuadernos de Historia de la Salud Pública* [La Habana], 1982; (65): 47.

¹³ H. del Portal. *Clara L. Mass. La heroína desconocida*. La Habana, Dirección General del Instituto Finlay, s/a.

las investigaciones del doctor Russell y trajo la vacuna, la cual más tarde produjo en su laboratorio y aplicó en nuestro país.¹⁴

Un médico cubano convencido de la necesidad de la investigación en seres humanos para la comprobación de hipótesis terapéuticas lo fue el doctor Matías Duque Perdomo, coronel del Ejército Libertador y primer secretario de Sanidad y Beneficencia de Cuba. Desde inicios del siglo, este científico ensayó tratamientos originales con hidrozono (1903) y agua oxigenada (1904) en pacientes de fiebre puerperal, cuyos resultados publicó en Cuba y Estados Unidos. Pero los estudios que llevó a cabo por más tiempo, desde 1901, fueron los ensayos de tratamiento de enfermos leprosos con mangle rojo (*Rhizophora mangle*, Lin.), en una de las casetas de madera del Hospital Número Uno, actual Hospital Facultad General Calixto García.¹⁵

Sus primeros resultados los presentó ante el III Congreso Médico Panamericano, celebrado en La Habana en 1901, y resultados posteriores fueron publicados en Londres (1903) y Noruega (1909). En 1905 vio la luz una monografía suya sobre sus investigaciones, en francés, *Traitement de la lèpre par le paletuvier du manglier rouge*, recibida con agrado en círculos científicos de Francia y citada por el famoso profesor Widal, de París, en su tratado de clínica médica (1925).¹⁶

Tan convencido estaba el doctor Duque de la necesidad de la investigación en seres humanos, que en 1928 solicitó la autorización del presidente de la República para que los condenados a muerte, con su consentimiento y la aprobación oficial, fueran utilizados en beneficio de la humanidad al inoculárseles tumores cancerígenos para, con posterioridad, efectuar en ellos intervenciones quirúrgicas. Si curaban, cumplirían diez años de prisión, al cabo de los cuales se les devolvería la libertad.

Esta idea no fue aceptada por el Ejecutivo de la nación, pero obtuvo alguna acogida en revistas científicas y religiosas extranjeras, donde se llegó a proponer ampliar la propuesta del médico cubano a todas las enfermedades de curación desconocida. Ese mismo año, el doctor Duque presentó su proyecto ante la Junta Nacional de Sanidad que tampoco lo aprobó.¹⁷

Hombre de gran tenacidad y valor personal a toda prueba, demostrado muchas veces en los campos de batalla de la Guerra de Independencia, el 9 de octubre de 1937, por voluntad propia, fue inoculado con extractos de tumor canceroso por su amigo y discípulo, el doctor Gustavo Odio de Granda, quien dejó un nódulo en el punto de inoculación que desapareció a los pocos meses,

¹⁴ C. Rodríguez. *Dr. Juan Guiteras. Apuntes biográficos*. La Habana, Editora Cubanacán, 1947: 223.

¹⁵ «Los progresos de la ciencia». *El Fígaro* [La Habana], agosto 5 de 1906.

¹⁶ M. Duque (comp.). *Elementos de Anatomía Descriptiva. Fisiología. Higiene. Puericultura*. La Habana, Librería Cervantes, 1926: 183-184.

¹⁷ «Ideas del Dr. Matías Duque sobre condenados a muerte». *Excelsior* [La Habana], 2 de agosto de 1928.

y casi cuatro años más tarde, el 24 de febrero de 1941, murió en La Habana a consecuencia de un cáncer laríngeo.¹⁸

Por los años de la década de 1930 el doctor Francisco León Blanco, eminente anatomopatólogo cubano, realizó importantes estudios sobre el mal del pinto o carate, en Cuba y México, que arrojaron mucha luz sobre aspectos desconocidos de la enfermedad, como su etiología, lesión inicial, diseminación, evolución y período secundario. A ello se agregó haber logrado –por primera vez– producir la enfermedad por vía experimental en el hombre, al inocularse a sí mismo material con contenido de *Treponema carateum*. Los primeros resultados de esta inoculación los publicó en México, D.F., (1939), bajo el título «La trasmisión experimental del mal del pinto de persona a persona»¹⁹ y los resultados finales, en otros tres artículos aparecidos en México, D.F. y La Habana (1939-1940).²⁰

El doctor Tomás Durán Quevedo, por muchos años profesor destacado de Fisiología de la Facultad de Medicina de la Universidad de la Habana, llevó a cabo por la década de los años cincuenta investigaciones en pacientes diabéticos del Hospital Universitario General Calixto García. A estos enfermos se les aplicó un tratamiento original sobre la base de azúcares, cuyos resultados produjeron fuertes polémicas en las reuniones científicas de dicho hospital, las cuales llegaron a interrumpir las investigaciones de manera definitiva.²¹ Parte de esos resultados fueron presentados por el doctor Durán Quevedo en numerosos informes científicos, entre ellos: «Levulosa y diabetes»,²² «Diabetes mellitus: sacarosa, levulosa e insulina en el tratamiento de la diabetes»,²³ «Calidad del glúcido utilizado en la dieta y evolución de la diabetes infantil»²⁴ y «La calidad del glúcido utilizado en la dieta de los diabéticos».²⁵

A partir de 1936, el doctor Agustín Castellanos González –eminente pediatra cubano– y algunos colaboradores, entre ellos muy en especial el notable radiólogo

¹⁸ F. Peraza. «Vidas cubanas. Matías Duque». *El Mundo* [La Habana], 24 de febrero de 1947.

¹⁹ F. Blanco. «La trasmisión experimental del Mal del Pinto de persona a persona». *Medicina* [México, D.F.], marzo de 1939; 19 (335): 17-22.

²⁰ F. León. «Segunda Nota sobre la trasmisión experimental del Mal del Pinto de persona a persona». *Medicina* [México, D.F.], mayo de 1939; 19 (359): 121-9; «Tercera Nota sobre la trasmisión experimental del Mal del Pinto de persona a persona». *Revista de Medicina Militar* [México, D.F.], septiembre-octubre de 1939; 2 (10): 20-7; «Cuarta Nota sobre la trasmisión experimental del Mal del Pinto de persona a persona». *Revista de Medicina Tropical, Bacteriología Clínica y Laboratorio* [La Habana], enero-febrero de 1940; 6 (1): 32-9.

²¹ G. Delgado. *Historia de seis cátedras de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Habana. 1900-1962* [Informe]. La Habana, Vicerrectoría de Investigaciones del ICBP-VG, 1991: 34-5.

²² T. Durán. «Levulosa y diabetes» [Informe]. La Habana, Sociedad Cubana de Endocrinología, 25 de junio de 1953.

²³ T. Durán. «Diabetes mellitus: sacarosa, levulosa e insulina en el tratamiento de la diabetes» [Informe], Montreal, XIX Congreso Internacional de Fisiología, agosto de 1953.

²⁴ T. Durán. «Calidad del glúcido utilizado en la dieta y evolución de la diabetes infantil» [Informe]. Montreal, XIX Congreso Internacional de Fisiología, agosto de 1953.

²⁵ T. Durán. «La calidad del glúcido utilizado en la dieta de los diabéticos» [Ponencia]. I Reunión Anual de la Sociedad Cubana de Endocrinología, Matanzas, 16 de octubre de 1954.

doctor Raúl Pereiras Valdés, comenzaron a realizar estudios experimentales en humanos para crear y perfeccionar el método de la aortografía torácica retrógrada, lo que les permitió detectar una gran cantidad de anomalías cardíacas que por otros métodos resultaba imposible.

Por este gran aporte, el doctor Castellanos González recibió reconocimientos internacionales, entre ellos que la Sociedad Interamericana de Cardiología tomara el acuerdo de exponer su retrato en el mural sobre la historia de la cardiología, junto a las más importantes figuras de esta especialidad en todo el mundo.

Esta extraordinaria obra plástica fue pintada por el genial muralista mexicano Diego Rivera en el Instituto Nacional de Cardiología de México y se develó en mayo de 1944, durante la inauguración del I Congreso de la Sociedad Interamericana de Cardiología, celebrado en la capital azteca.²⁶

Entre los trabajos que recogen los resultados de sus investigaciones más importantes en los años de 1937 a 1946, se encuentran: «La angiocardiógrafa radio-opaca»,²⁷ «La angiocardiógrafa en el niño»,²⁸ «Sobre el diagnóstico angiocardiógráfico de la comunicación interventricular»,²⁹ «On Diagnosis of Solitary Interventricular Communication, by Means of Post-mortem Angiocardiography»,³⁰ «La angiocardiógrafa»,³¹ «Tronco arterial común persistente. Su diagnóstico *intra vitam* por la angiocardiógrafa»,³² «The Actual State of Angiocardiography»³³ y «Un nuevo signo radiológico indirecto en el diagnóstico de la coartación de la aorta por la aortografía retrógrada superior».³⁴

Para continuar estos estudios experimentales y otros no experimentales en seres humanos, se creó en 1951 la Fundación Agustín Castellanos, en el segundo piso del actual Hospital Infantil Pedro Borrás, de La Habana, la cual mantuvo sus actividades hasta 1960, cuando cerró sus puertas al marcharse de Cuba su creador.³⁵

²⁶ G. Delgado. *Historia de cinco cátedras de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Habana. 1900-1962* [Informe]. La Habana, Vicerrectoría de Investigaciones del ICBP-VG, 1993: 30-1.

²⁷ A. Castellanos González. «La angiocardiógrafa radio-opaca». *Archivos de la Sociedad de Estudios Clínicos* [La Habana], 1937; 30 (9-10): 39.

²⁸ A. Castellanos. *La angiocardiógrafa en el niño*. La Habana, Cultural, 1938.

²⁹ A. Castellanos. «Sobre el diagnóstico angiocardiógráfico de la comunicación interventricular». *Archivo Latinoamericano de Cardiología y Hematología*, no. 1, 1938.

³⁰ A. Castellanos. «On Diagnosis of Solitary Interventricular Communication, by Means of Post-Mortem Angiocardiography». *Boletín de la Sociedad Cubana de Pediatría* [La Habana], 1938; 10 (5): 277-92.

³¹ A. Castellanos. «La angiocardiógrafa». *Revista de Ciencias Médicas*, julio de 1938; (1).

³² A. Castellanos. «Tronco arterial común persistente. Su diagnóstico *intra vitam* por la angiocardiógrafa». *Boletín de la Sociedad Cubana de Pediatría* [La Habana], 1938; 10 (5): 247-58.

³³ A. Castellanos. «The Actual State of Angiocardiography». *Arch Med Inf*, 1939; 8 (3): 250.

³⁴ A. Castellanos. «Un nuevo signo radiológico indirecto en el diagnóstico de la coartación de la aorta por la aortografía retrógrada superior». *Arch Med Inf*, 1946; 16 (2): 78.

³⁵ A. Castellanos. «Necesidad histórica de la Fundación "Agustín Castellanos"». *Revista Cubana de Pediatría* [La Habana], 1953; 25 (7): 399-403; «La Fundación "Agustín Castellanos", para investigaciones cardio-vasculares». *Revista Cubana de Pediatría* [La Habana], 1959; 31 (9): 503-16.

Las investigaciones médicas en sujetos humanos en Cuba, que como hemos expuesto se realizaron durante siglo y medio, costaron algunas vidas de investigadores y de voluntarios en nuestro país. No obstante, en ningún momento se aprobó una legislación que regulara esta práctica, ni tampoco que la prohibiera, a pesar de que uno de los más importantes funcionarios de la sanidad cubana, el doctor Juan Guiteras Gener, que ocupó la jefatura de la Dirección Nacional de Sanidad entre 1909 y 1921, y la Secretaría de Sanidad y Beneficencia entre 1921 y 1922, fue su más tenaz opositor y no la permitió durante su largo mandato. Pero esta negativa suya no estuvo respaldada por legislación alguna, como también ocurrió en la totalidad de los países del mundo hasta después de la Segunda Guerra Mundial.

Sin embargo, no todo fue doloroso en las investigaciones en humanos en Cuba, pues sus resultados permitieron al doctor Finlay dar al mundo un descubrimiento de la magnitud de la teoría metaxénica del contagio de enfermedades infecciosas, con la cual se completó el conocimiento de la historia natural de muchas enfermedades y se pudieron poner en práctica medidas encaminadas a su prevención. Por todo ello, su autor fue proclamado uno de los grandes benefactores de la humanidad. Al doctor Castellanos le permitió aportar al mundo su método diagnóstico de la aortografía torácica retrógrada, lo cual facilitó que se detectaran cardiopatías imposibles de descubrir por otros métodos y elevar a este investigador cubano a ser considerado como uno de los fundadores de la angiocardiógrafa mundial.



Capítulo segundo

BIOÉTICA PUENTE

Primera parte

ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

Investigación, ética y sociedad

Ismael Clark Arxer y Daniel Piedra Herrera



Solo el reconocimiento de la tremenda relevancia de estos temas anima el agudo interés de los autores por ellos, y sin pretender la condición de etólogos ni mucho menos de filósofos, sí acumulan no pocos años de bregar en quehaceres científico-técnicos y sienten el compromiso de exponer, en una oportunidad como esta, un grupo de reflexiones nacidas más que nada de la experiencia y la reflexión colectivas de toda una generación de científicos cubanos.

La amplitud de la materia que abarca el tema obliga, en aras de la precisión y de la utilidad de las ideas que se pretenden exponer, a rehuir un tanto la extensión que evocan definiciones de la bioética como la que brinda la *Encyclopedia of Bioethics*, donde se hace énfasis en aspectos de la ética médica: «[...] estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la atención a la salud, en tanto esta conducta se examine a la luz de valores y principios morales».

Los autores prefirieron tomarse la licencia de referirse a tópicos más abarcadores, que se acomoden mejor dentro del concepto general de la ética de la investigación científica, y así subrayar sus vinculaciones con la sociedad. Se da por sentada una referencia específica a sociedades como las de los países de la América Central y el Caribe.

Es innegable que el progreso conocido hoy en día por la humanidad es resultado de la aplicación de las

tecnologías de base científica que han venido transformando de manera incesante los modos de producir bienes y servicios, en particular desde los tiempos de la revolución industrial. Del uso —o digamos mejor, del abuso— de estas tecnologías han surgido una buena parte de los males que aquejan a las sociedades contemporáneas. A la cuenta de la ciencia, en consecuencia, se le cargan con justicia casi todos los beneficios traídos al hombre por la modernidad; pero también se le suele poner en el débito de esta cuenta una parte preponderante de los trágicos desbalances y cataclismos sufridos por el planeta y que amenazan hoy día la existencia de numerosas especies vivas, entre ellas en especial la humana. Y esta ciencia, benefactora y terrible a la vez, es la hechura y el resultado de los desvelos de un grupo cada vez más numeroso de hombres: los hombres de ciencia y en particular los investigadores científicos.

¿Cuál es el código de valores éticos que determina la conducta de este controvertido grupo humano? ¿Qué responsabilidades les cabe respecto a las sociedades donde se encuentran inmersos, las cuales son, en última instancia, las proveedoras de todos los medios, instrumentos y recursos que utilizan en su labor, y las destinatarias de los resultados de su trabajo? ¿Qué relevancia tienen estas cuestiones en el ámbito de los países eufemísticamente llamados en vías de desarrollo y, entre ellos, de los ubicados en la que José Martí llamó Nuestra América? ¿Qué repercusiones globales tienen los principios que animan a los hombres y mujeres protagonistas de la ciencia moderna?

Resulta beneficioso, para acometer este análisis, aceptar un enfoque que lleve a reconocer la problemática ética en tres planos diferentes: uno, el individual, que tradicionalmente ha ocupado la atención preferente de los etólogos; dos, el institucional, menos frecuentado pero de innegable importancia; y tres, el social, el cual suele ser a menudo campo fértil para distorsiones y tergiversaciones interesadas. Por último, no se debe pasar por alto en estas reflexiones la dimensión global, ese plano de análisis obligatorio, de donde pueden partir no pocas conclusiones valiosas.

Sin pretender dejar resueltas de manera definitiva estas cuestiones, interesa exponer los puntos de vista de los autores acerca de ellas, con el afán de contribuir a encontrar las mejores respuestas. El marco de referencia que se debe utilizar, y objetivo supremo de preocupaciones, ha de ser el bienestar del ser humano, considerado este en una acepción que pudiera denominarse «sostenible», o sea, inclusiva del bienestar de las generaciones futuras.

Una ética de mercado: miseria y consumismo

Las formas organizativas de la sociedad arcaica, surgidas de manera espontánea para satisfacer las necesidades de producción y distribución de bienes materiales, de poblaciones numéricamente exiguas, vieron agotadas sus posibilidades ante el crecimiento demográfico experimentado ya en la antigüedad. La propiedad

privada, la mercancía y el dinero aparecieron como para dar respuesta a demandas de colectivos humanos en crecimiento, a los que ya no bastaban las tradiciones ancestrales para prestarles cohesión y sostener sus economías.

Pero con las formaciones económico-sociales de tipo mercantil hizo su aparición el fenómeno de «la dualidad», el cual parece ser un rasgo omnipresente en todas estas nuevas sociedades. El mercado, desde la posición crucial que llegó a ocupar, comenzó a imponer el patrón dual oferta-demanda en todas las manifestaciones de la vida social, al perpetuar y generalizar una cosmovisión maniquea y mercadocéntrica. Los mercaderes llegaron a gobernar el templo sin necesidad de ocuparlo.

El cándido igualitarismo comunitario primitivo se vio remplazado por una pretendida equidad, farisaica y perversa. El Estado, sucedáneo del antiguo jefe natural, devino árbitro que ha tomado partido a favor de la parte más favorecida, en sociedades donde la explotación de unos hombres por otros se convirtió en regla y persiste hasta nuestros días. De manera gradual, el fenómeno de la marginalidad emergió con fuerza avasalladora y los peligros que entraña han sido enfrentados hasta por la fuerza por autoridades cuya legitimidad proviene en gran medida de sí mismas, y se consagra en interpretaciones caprichosas de principios éticos que se flexibilizan hasta convertirse en sus propias negaciones. Peor aún resulta la situación actual, donde los marginados llegan a ser amplia mayoría en no pocas sociedades. Corolario de todo lo anterior es el fenómeno de la corrupción moderna, cuyo germen acompañó a toda sociedad mercantil desde su propio nacimiento, y que en los años finales del pasado siglo cobró la extensión de una pandemia, sin respeto a fronteras ni dignidades.

Por su parte, el pluralismo ético que se correspondía con la diversidad de religiones ingenuas, politeístas en su mayoría, cedió su lugar a una moral judeo-cristiana abarcadora de todo el Occidente. Y es, por último, una versión aberrante de la ética protestante la que ha servido de base justificativa al capitalismo moderno. La en apariencia incuestionable relatividad histórico-geográfica de la moral está puesta en tela de juicio por una globalización galopante, que hace tabla rasa con identidades y culturas nacionales forjadas durante siglos e invade también el terreno ético. Se inventa la cultura de masas, apoyada en los medios de difusión modernos y permeada hasta su más recóndita intimidad por un individualismo egocéntrico y vulgar. Los derechos del hombre se metamorfosean terminológica y políticamente en «derechos humanos», al interpretarse de manera torcida como derechos del individuo, en contraposición a los de la humanidad, con fines políticos muchas veces aviesos.

La crisis de la ética de mercado se hace evidente cuando esta ya no alcanza a prestarle solidez a la trama social constitutiva de su razón de ser, y de factor cohesionante pasa a ser su disolvente y corrosivo. La laxitud interpretativa y la inoperancia práctica del moderno decálogo de las sociedades que se resignan a

que la historia haya supuestamente terminado, es equivalente a la inexistencia de paradigmas éticos válidos.

Si bien la historia puede recoger, desde tiempos remotos, casos de abusos flagrantes de la autoridad y atrocidades inconcebibles cometidas con el mayor descaro, sin el menor escrúpulo y bajo el amparo de un oscurantismo insostenible, jamás como el siglo xx se vieron cometer crímenes de tan lesa humanidad como los abominables genocidios, cuyo solo recuerdo produce repugnancia, bajo un manto ético asumido institucionalmente. Baste el ejemplo de las bombas atómicas detonadas sobre Hiroshima y Nagasaki, las cuales rubricaron con humillación aterrizadora el fin de la segunda conflagración mundial, y resultaron tan oprobiosas para el país de donde provinieron, como catastróficas para el que las soportó.

La terminación del siglo xx, en fin, estuvo presidida por una dualidad antagónica, cuestionadora del precario equilibrio de un mundo que se mueve entre la opulencia y la miseria extremas del hombre, y desafía cualquier interpretación de ética antropocéntrica. Vista desde una perspectiva global, la situación actual del mundo es la de un distanciamiento crítico entre extremos excluyentes. La preocupación que esta situación suscita mueve en idénticos sentidos y hacia coincidencias asombrosas a autores con antecedentes muy disímiles, como los citados a continuación.

Sin embargo, este mundo tan rico en recursos materiales como en saberes y experiencias, formado por las sociedades más libres y dinámicas jamás conocidas, es al mismo tiempo un mundo de extrema vulnerabilidad. Como en el sueño bíblico de Nabucodonosor, estamos ante un gigante de oro, plata y hierro que tiene los pies de barro. Un concepto exclusivamente cuantitativo del progreso y una actitud contumaz de consumismo y despilfarro están creando una brecha, cada día más ancha, entre la minoría que disfruta de los beneficios del progreso y la inmensa mayoría de los habitantes del planeta, para los cuales el bienestar es todavía un espejismo muy lejano.¹

Los portentosos avances de la ciencia y la tecnología se multiplican diariamente, pero sus beneficios no llegan a la mayoría de la humanidad, y siguen estando en lo fundamental al servicio de un consumismo irracional que derrocha recursos limitados y amenaza gravemente la vida en el planeta. ¿Hasta cuándo habrá que esperar para que haya racionalidad, equidad y justicia en el mundo?²

La deformación consumista de la conducta humana no se circunscribe en absoluto a la esfera de los bienes materiales. No son raras, desgraciadamente, las expresiones aberrantes de esa deformación que invaden la esfera biomédica en no pocas sociedades contemporáneas. ¿Cómo catalogar, si no, fenómenos tales como el llamado tráfico ilegal de órganos humanos? ¿Es acaso achacable esa aberración a

¹ F. Mayor. «Un coloso con pies de barro». *El Correo de la UNESCO* [París], abril de 1995: 32-33.

² F. Castro. «Discurso ante la Asamblea General de Naciones Unidas», 22 de octubre de 1995.

los portentosos avances de la inmunología y la transplantología en general? ¿Cuánto se aparta una mentalidad capaz de semejantes crímenes, de la de aquellos que con justicia fueron condenados, al amparo del célebre Código de Nuremberg?

Confusiones éticas

Apoyados en el dominio casi absoluto de los medios de difusión masiva, los que detentan el poder han conseguido hurtar de la atención del amplio público, asuntos que deberían ser sus preocupaciones fundamentales. El grueso de las comunicaciones científicas sobre cuestiones éticas aparecidas en publicaciones periódicas se dedica a temas muy diversos, pero referidos casi todos a problemas puntuales –por más que repetidos– y a conflictos éticos enfrentados en el llamado mundo desarrollado, los cuales abarcan una buena proporción de los de las sociedades asentadas en países de alto desarrollo industrial, y una parte, mayor o menor, de los de las sociedades de países subdesarrollados.

Temas de indisputable naturaleza ética, con independencia de su íntimo carácter político-social, como son el respeto a la soberanía ajena, el derecho a la atención de salud y la educación gratuitas, la protección a los minusválidos, los ancianos y los niños, la igualdad de la mujer y el hombre, la equidad distributiva y muchos otros, han cedido su espacio a otros tales como la eutanasia, el planeamiento familiar, los ensayos clínicos con sujetos humanos, el carácter de la relación médico-paciente, los problemas de filiación en las distintas variantes de concepción de bebés-probeta, los métodos de experimentación con animales de laboratorio, etcétera, etcétera, etcétera.

A la profusión reinante de temas se añade la controversia acerca del carácter ético o no de las tecnologías modernas *per se*. La energía nuclear y las biotecnologías modernas, ¿son buenas o malas? Lo que se pretende conseguir al convalidar a entrar en esta disputa, a juicio de los autores, es lograr la deformación antropomórfica de las tecnologías, cuando –no dudarlo– la intención y la selección de las vías de aplicación de estas tecnologías no pueden depender de ellas mismas, sino de quienes se hayan apoderado de ellas.

A pesar del obvio carácter diversionista de esta cuestión, los medios de difusión masiva han conseguido dividir a una buena parte de las opiniones ilustradas en dos polos antagónicos: uno, los que más allá de valorar con prudencia los posibles perjuicios que puede ocasionar el uso irresponsable de una tecnología nueva, se han dejado arrastrar por las campañas terroristas, hasta el punto de renunciar al progreso y clamar por un ingenuo regreso a la «vida natural»; y dos, los que defienden ciegamente la sustitución de todo lo viejo por lo nuevo, sin reparar en riesgos ni inconvenientes.

La consecuencia inmediata de la multiplicación inagotable de puntos focales y posiciones contendientes –entre los que se reparte la atención de la opinión pública en cuestiones de ética–, ha sido la distribución monstruosamente igualitarista de

la importancia que se le atribuye, en contra de toda lógica. De aquí se ha pasado a un estado tal, destacado por algunos autores, cuando se refieren en específico al campo de la bioética como: «Todo este amplio abanico de actuaciones y posibilidades [...] determina la tremenda confusión en que se mueve.»³

Nada más apropiado para castrar el contenido de un paradigma ético que rodearlo de confusión y ambigüedad. ¿Se puede con justicia lamentar el sufrimiento innecesario de un animal de laboratorio y ser insensible a la indefensión y muerte en condiciones atroces, de cientos de miles de seres humanos? En realidad, es preciso encontrar y establecer métodos alternativos para el ensayo y validación de fármacos y bioactivos, en evitación del sufrimiento provocado por los experimentos a representantes de otras especies que acompañan al hombre en la sublime aventura de la vida sobre el planeta Tierra. Pero, ¿no es también imprescindible, prioritario –no sería osado afirmar–, encontrar y establecer formas de existencia social alternativas a las que hasta ahora solo aseguran opulencia a unos pocos, inseguro bienestar a pocos o muchos, y desesperanza y miseria a tantos y tantos, que el corazón se oprime al pensar en su número?

Globalización ética y cambio global

Un señor esclavista pudo, en un raptó de ira, quitarle la vida a un esclavo indócil y sentir aliviada su conciencia por la exclusión de la categoría humana de quien era considerado una «máquina parlante». El decálogo evangélico soportaba incólume por entonces tal maniobra. La sociedad esclavista veía fortalecidas sus estructuras de autoridad. Verter residuos venenosos al río por un emprendedor industrial fabricante de tintas o de papel, solo afectaba a los aldeanos que tenían sus chozas en la ribera a la salida de la joven ciudad representativa del desarrollo industrial.

Pero, he aquí que en las postrimerías del siglo xx aparecieron fenómenos imprevistos, como el adelgazamiento de la capa de ozono y el llamado efecto de invernadero, por citar solo dos, que ponen a la orden del día un nuevo debate ético: el motivado por los cambios globales. A partir de este momento ya no será posible continuar poniendo en peligro a una parte de la sociedad, sin correr el riesgo de la desaparición de toda una sociedad y aun de «toda» sociedad.

En una acepción amplia, se tendrían que incluir en la categoría de conflictos globales fenómenos como el desempleo y la falta de acceso a los servicios de salud y educación para una parte mayoritaria de las poblaciones. Las tensiones sociales que genera esta falta de equidad entrañan un peligro tan serio para la trama social imposible ya de continuar soslayándolo. En todo caso, los intentos por desvirtuarlo, por cargarle la culpa a las víctimas, no han permitido ganar

³ E. Muñoz. «Una visión de la biotecnología: principios, políticas y problemas». Fondo de Investigación Sanitaria, junio de 1994: 131.

mucho tiempo a los beneficiarios inmediatos del *statu quo* y sí están demorando la puesta en práctica de soluciones a menudo bien conocidas.

Numerosos códigos internacionales de ética –en particular de ética biomédica– han ido tomando cuerpo desde tiempos remotos, al suponer una situación de igualdad entre los hombres que nunca existió. Desde el viejo Juramento Hipocrático, la Convención Americana sobre los Derechos Humanos, hasta el Código Internacional de Ética Médica, numerosísimos textos normativos de la conducta de los profesionales de la medicina y las ciencias biológicas han visto la luz y han contado con la aprobación de reuniones tan augustas como las Asambleas de Naciones Unidas, lo cual con el tiempo ha conformado un discurso ético de elevado grado de consensualidad. Sin embargo, los discursos de por sí nunca consiguieron que se lograra avanzar hacia la igualdad de acceso a la atención médica, ni hacia la evitación de la utilización irresponsable de los conocimientos biomédicos.

No obstante, en los últimos tiempos se vislumbra la esperanza de que, advertida de la posibilidad real de su progresivo deterioro, decadencia y extinción, la humanidad se aferre a lo dispuesto en estos textos y obligue a tomar el rumbo indicado por estos preceptos, el cual no es otro que el de una ética humanista, sin dobleces ni lecturas tolerantes de lo que se supone deban condenar.

Ciencia y conciencia; ética profesional y ética (a secas)

Salvo raras excepciones, durante todo el curso de la historia e incluso desde antes de que la ciencia se independizara como tipo específico del saber y como ocupación profesional particular, los hombres de ciencia han sido portadores de rasgos de conducta muy peculiares y comunes a prácticamente todos ellos. Pareciera como si el acceso directo a las fuentes primigenias del saber hubiera impregnado a estos hombres y mujeres de un hálito especial, destinado a irradiarse a partir de ellos y a difundirse entre lo mejor de la humanidad primero, y a alcanzar por fin a todos los seres humanos. O como si la disciplina que les impone su profesión hubiera hecho desarrollarse en ellos todo cuanto de bueno anida en el ser humano.

Ejemplos paradigmáticos de lo anterior han sido casi todos los que han hecho contribuciones de peso al acervo científico de la humanidad. Virtudes como la perseverancia, la fuerza de carácter, la veracidad sin límites, la generosidad, la nobleza y la modestia han caracterizado a los más eminentes investigadores científicos de todos los tiempos. Muchos de ellos, por otro lado, han sido activos luchadores por la correcta aplicación de sus descubrimientos y hallazgos en bien de toda la humanidad.

Por el contrario de quienes hayan podido ver en la ciencia un modo de vida, los verdaderos científicos han visto en ella el sentido de sus vidas. El conocimiento científico, siempre en riesgo de convertirse en una mercancía cuyo

atesoramiento individual priva a los demás de gozar de sus frutos, ha sido consagrado en la conducta de los más señalados hombres de ciencia como un bien común que todos deben compartir. La tecnología, en manos de los mercaderes, ha servido muchas veces para degradar y humillar la condición humana; sin embargo, para los científicos no ha sido nunca otra cosa sino un medio para enaltecerla y perfeccionarla.

El interés del científico engrana a la perfección con el mejor interés de la sociedad, concebida como un todo y proyectada hacia el futuro previsible. Entendido de este modo, el interés de la nación jamás entra en contradicción con los intereses perdurables de la humanidad. Las instituciones científicas, en la medida en que expresan los intereses y objetivos percibidos por la comunidad científica, apoyan y potencian el despliegue de las conductas éticas. El entusiasmo despertado por la cooperación y el desinterés absoluto implícito en su concepción del intercambio científico caracterizan a la generalidad de estos colectivos.

En una época que algunos se empeñan en ver como el fin de la historia, donde resaltan el individualismo, el egoísmo y la búsqueda de vías de escape personal, la competencia desleal y la ambición de lucro a toda costa, los científicos –como conglomerado humano– representan una ética social alternativa, opuesta a vicios y tendencias disolventes.

Los autores opinan, con modestia, que este tipo de reflexiones resulta vital trasladarlas –de ningún modo imponerlas–, de manera especial, a las nuevas generaciones de científicos de nuestros países. Estas cuestiones y otras, tanto más candentes en tanto resulta más directa su incidencia sobre el ser humano, cual sucede en el campo de la medicina, se reiteran como obstinadas realidades frente a todo hombre cabal. No se trata, por cierto, de «politizar», como acusan algunos, la investigación científica. Se trata simplemente de que el conocimiento y la práctica científicos se expresen en una textura político-social concreta, ineludible, acerca de lo cual sobran ejemplos a lo largo del ascenso humano hacia la comprensión y dominio de los fenómenos naturales.

Una contribución al debate

Hay, por cierto, algunas claves que pueden ayudar a esclarecer el camino. Una de ellas, que se desea subrayar, es la solidaridad, esa condición del espíritu y de la conducta hoy tantas veces olvidada, al decir del propio Federico Mayor, ya citado. No se puede aquí dejar de evocar el gigantesco legado moral de quien, médico de formación, investigador de vocación y, por sobre todo, revolucionario de corazón, dejara con su obra y con su ejemplo un singular testimonio a las nuevas generaciones: el doctor –pero sobre todo, comandante– Ernesto Guevara de la Serna. Su tranquila y apasionada respuesta a quien de buena o mala fe lo interrogó al respecto, es clara y terminante: «Nosotros –afirmó el Che–, no practicamos la caridad, practicamos la solidaridad.»

Mucho más allá, incluso, de lo anecdótica que puede ser una afirmación como esa, una de sus obras capitales, conocida bajo el título de *El socialismo y el hombre en Cuba*, es ante todo una vibrante defensa de una concepción moral, de un sistema de valores identificado con las raíces mismas de la Revolución Cubana y de la ética social e individual que ha servido de referencia ya a varias generaciones de científicos cubanos. Mucho de esa misma concepción, expresada desde otro ángulo, se recoge también en la temprana afirmación de Fidel Castro, en enero de 1960: «[...] el futuro de nuestra Patria tiene que ser, necesariamente, un futuro de hombres de ciencia, de hombres de pensamiento».

¿Acaso hay alguna vía más clara para acercar y fundir la ética del hombre de ciencia con la del «hombre común»? La respuesta es rotunda en tanto más «hombres comunes» laboren por, para y haciendo uso de la ciencia, en tanto la ciencia sea con efectividad patrimonio y escudo de todos y no factor de poder de unos pocos.

A los problemas éticos se les reconoce en todo el mundo un inocultable matiz político. En Cuba, este matiz político cobra una importancia acrecentada en la época actual, si se tiene en cuenta que el sentido del deber, de la honestidad, el desinterés y otros valores requieren ser potenciados. La sólida tradición de cultura política del pueblo cubano está recorrida en toda su dimensión por un espíritu profundamente ético. Desde Félix Varela hasta José Martí se sentaron las bases de un sistema de ideas, retomadas por muchos pensadores durante el siglo xx, y convertidas por la Revolución en núcleo de su quehacer. Esa ética revolucionaria cubana parte de la justicia social, la equidad, la igualdad y la solidaridad, entre otros principios cardinales. Se basa en postulados legitimadores de la soberanía política y la independencia nacional.

Hoy día, en Cuba se lleva a cabo un esfuerzo político, educativo y cultural por situar la ética en el centro del bregar revolucionario, de la actividad de los cuadros y de toda la vida económica, política y social. La ética es el renglón principal de la agenda nacional. Razones éticas, en primerísimo lugar, explican el camino tomado por Cuba al implementar transformaciones que le permitan al país resistir mejor la actual coyuntura desfavorable y le presten el dinamismo necesario para proyectarse hacia su futuro desarrollo. He aquí por qué se ha dicho un no rotundo a las llamadas terapias de *shock* y se emplea el método del más democrático y participativo consenso imaginable en el diseño de las medidas que es necesario tomar y la oportunidad y el ritmo de su introducción en la economía y la sociedad.

Este país, orgulloso cuando declara poseer el más alto per cápita de maestros y profesores del mundo, ha desarrollado y continúa desplegando un titánico esfuerzo por introducir en la educación de todo el pueblo los elementos de la ciencia que permitan considerarlo un pueblo de hombres de ciencia. No se trata solo de divulgar los códigos y los buenos ejemplos de su cumplimiento cabal. Más importante aún es la tarea de propiciar, por todos los medios disponibles,

la elección informada y libre de una conducta acorde con los principios enunciados en estos códigos. Se trata, en última instancia, de que la ética llegue a convertirse en moral ciudadana, costumbre y hábito, plasmada en el accionar cotidiano del individuo –cualquiera que sea la posición de este en la sociedad– y de sus organizaciones e instituciones.

Para los que, como los autores, se ocupan de estructurar el Sistema Nacional de Ciencia e Innovación Tecnológica con formas organizativas lo más eficientes posible y de ponerlo al servicio de la causa del desarrollo socioeconómico del país, los presupuestos éticos son cruciales. Cada mecanismo, cada regulación, todas las políticas, planes, proyectos y programas deben ser diseñados de modo tal que se garantice un funcionamiento de acuerdo con principios y valores consustanciales al tipo de sociedad que se quiere edificar.

En países como los del área de referencia, que se debaten en la escasez crónica de recursos financieros y de otros tipos, la imposibilidad de crear un potencial de ciencia y tecnología que ayude a emerger de las situaciones de subdesarrollo describe un círculo vicioso con un grave dilema ético. El agente más dinámico en este potencial, el hombre de ciencia, debe formarse y desempeñar su tarea en condiciones de real inferioridad, si se le compara con sus homólogos de los países industrializados. La búsqueda de una salida individual conduce a un número de estos profesionales a emigrar y entrar en el mercado de fuerza de trabajo calificada de los países del Norte opulento. Este drenaje de cerebros ensombrece las perspectivas de nuestras naciones.

Si, en las condiciones prevalecientes en nuestros países –y en otros del otrora denominado Tercer Mundo–, se concibiera una estrategia para hacer viable el regreso de los científicos emigrados y para conservar y arraigar a los que decidieron permanecer en sus países de origen, esta estrategia tendría que atender, por encima de todas las demás consideraciones, la conformación ética de la personalidad de los científicos, así como otros enfoques de ética institucional y social.

En la competencia desigual con los países desarrollados por reconquistar y retener a sus científicos con el ofrecimiento de mejores salarios y condiciones de vida, mejores instalaciones para realizar su trabajo, en una palabra, un mejor precio y mejores términos para la venta de su fuerza de trabajo, las posibilidades de éxito son prácticamente nulas. No obstante, esto no quiere decir que no existan alternativas a esta situación. Hay una cuerda en la personalidad de estos científicos, por lo común subestimada, pero de la cual Cuba tiene vivencias sobresalientes, que muchos de ellos solo esperan a que les sea pulsada para brindar su respuesta generosa e inmediata: la cuerda de la dignidad nacional y el reconocimiento social.

Los científicos que saben que las instituciones donde desempeñan su trabajo hacen todo lo posible por dotarlos con los mejores medios disponibles para realizarlo, son capaces de darles a estas instituciones lo mejor de sí y de superar con su ingenio y laboriosidad no pocas escaseces materiales y hasta sus propias

limitaciones personales y profesionales. El hombre y la mujer de ciencia que se conocen apreciados por su sociedad, que saben de su esfuerzo inscrito dentro de un plan bien vertebrado y eficaz, prometedor, a su vez, de la elevación de las condiciones de vida y el nivel de desarrollo de su país, son capaces de renunciar a bienes materiales y remuneraciones en metálico que no pagarían jamás su desmedido y altruista esfuerzo en bien de la ciencia. Los colectivos de científicos que saben que los resultados de sus desvelos no van a ir a engordar el bolsillo de nadie, sino a contribuir a darles solución a problemas que aquejan a sus sociedades y a aumentar las riquezas del país donde se educaron, multiplican sus energías y redoblan su eficiencia.

Los hombres y mujeres de ciencia no piden que se les rodee de lujos ni se les concedan privilegios, sino que se les circunde de una atmósfera de libertad académica y se les presten oídos a la hora de tomar decisiones que les conciernen. Pero, por encima de todo, demandan que el progreso al cual quieren contribuir con su trabajo, sea un bien común, sea su contribución a la felicidad y el bienestar de sus pueblos y de la humanidad toda. Los hombres y mujeres de ciencia desean colaborar con sus colegas de otras instituciones y de otros países, rechazan las barreras interinstitucionales e interdisciplinarias y son capaces de una entrega total, ajena a todo afán de lucro o privilegio personal.

El Código sobre la Ética Profesional de los Trabajadores de la Ciencia en Cuba fue el resultado final de una gigantesca reflexión colectiva, en la cual participaron cerca de cuarenta mil investigadores, profesores universitarios, tecnólogos, auxiliares y muchas otras categorías de trabajadores de la investigación científica que aportaron no pocas inquietudes y experiencias. En él se han plasmado los principios y normas éticas más generales que presiden el quehacer de la ciencia nacional cubana en sus relaciones con la sociedad, con la propia comunidad científica y con el objeto mismo de estudio. Uno de los párrafos preambulares de este Código ilustra de forma nítida un enfoque compartido por los autores a plenitud, y con el cual desearían resumir estas reflexiones: «La ciencia carecerá de sentido si no se fundamenta en el principio del humanismo, puesto que toda actividad científica deberá orientarse por el reconocimiento del hombre como valor supremo. Es precisamente el hombre, su vida, bienestar, salud, cultura, libertad y progreso, quien le confiere sentido a la ciencia.»

La ética del científico en Cuba

Ernesto Bravo Matarazo



Atrás ha quedado la imagen del científico aislado que actuaba por sus propios medios en su laboratorio, en libre albedrío y admirado por todos. A comienzos del siglo XXI, vemos que los laboratorios son más bien grandes empresas que albergan a muchos centenares, a veces miles, de trabajadores de la ciencia agrupados en equipos multidisciplinarios. En este contexto, la presión para obtener productos comercializables aumenta, y la libre discusión y abierta publicación de resultados es cada vez menos frecuente.¹

La revolución en la física, que hizo posible la utilización de la energía nuclear para el uso bélico –recordemos Hiroshima y Nagasaki– y aun el pacífico –como ejemplos, Three Miles Island y Chernobil–, ha presentando problemas de conciencia para el trabajador científico de ese sector.

Más recientemente, la revolución en la biología, generadora de la ingeniería genética, movilizó a los hombres de ciencia, preocupados por el peligro que podía acarrear su mal uso. Así, bajo la presión de la opinión pública, ellos mismos elaboraron una serie de normas de contención física y biológica con la intención de impedir el escape de microorganismos quiméricos a la atmósfera y su consiguiente peligro para el ser humano y el medio ambiente.

¹ E. Holtzman. «Biology and Social Responsibility». *Monthly Review*, julio-agosto de 1986.

La aplicación de la biotecnología, tan promisorio para el bienestar humano, presenta aspectos preocupantes, pues cada vez más se transforma en un negocio multimillonario de las grandes empresas farmacéuticas, no tan interesadas en la salud humana, como en obtener ganancias.

Es también asunto de inquietud la experimentación en seres humanos, por la utilización de pacientes de escasos recursos o de países subdesarrollados, desconocedores de sus derechos, o que no pueden hacerlos valer.

La solución a estos problemas no debe descansar solo en los expertos. Debe ser el trabajo mancomunado de los científicos y la sociedad, con el establecimiento de normas éticas que permitan utilizar los grandes avances científicos y tecnológicos en bien del conjunto de la sociedad. Viene al caso una advertencia del sabio Albert Einstein: «Debemos estar en guardia en no sobrestimar la ciencia y los métodos científicos cuando se trate de problemas humanos, y no debemos asumir que los expertos son los únicos que tienen el derecho de expresarse en cuestiones que afectan a la organización de la sociedad.»²

¿Por qué necesitamos conocer los problemas éticos que presenta el mundo desarrollado en la ciencia y la técnica?

La globalización de la economía y la cultura que experimenta el mundo actual repercute en los países subdesarrollados. El neoliberalismo es una de las imposiciones del momento. Ha transformado al individuo en consumidor solamente y a las naciones en mercados. Elimina la responsabilidad del Estado en la salud pública, la educación y las ciencias y está causando perjuicios de toda índole entre los trabajadores científicos. De este modo, en los países de economía planificada, planes de desarrollo independientes de la ciencia han sido abandonados y casi funcionan solo aquellas instituciones que obtienen fondos del extranjero, en particular de las metrópolis, hacia donde muchos de sus científicos terminan por emigrar.

La globalización cultural alcanza también a la ética. Detrás de los espejismos del mundo desarrollado, tenemos una realidad donde la mayoría del planeta vive en la miseria y la ignorancia, faltos de toda asistencia médica y sometidos a las mayores injusticias. Los medios de información globalizados por lo general tergiversan las causas de esta situación y alimentan toda clase de prejuicios contra el Tercer Mundo.

La transgresión a la ética que significa la explotación de unos seres humanos por otros, o de continentes enteros, la perversión en la concesión y cobro de las deudas externas de los países subdesarrollados, y la sumisión de todos al papel moneda dólar, el envenenamiento y destrucción del medio ambiente por los países industrializados, la ilógica sociedad de consumo, las manipulaciones políticas e ideológicas de la opinión pública, junto con la difusión de la perversión social y

² A. Einstein, «Why Socialism?» *Monthly Review*, mayo de 1949; 1 (1): 46.

la violencia televisada, el tráfico de armas por muchos miembros permanentes del Consejo de Seguridad de la ONU, la corrupción y las drogas, la persecución a los inmigrantes, la opulencia de algunos y la pobreza, enfermedades e ignorancia de la mayoría, y tantas aberraciones del mundo actual, son generalmente ignorados o lavados por los grandes medios de información.

Nos consta que hay también en los países industrializados movimientos importantes y crecientes de personas de buena voluntad, dedicadas con honestidad a estudiar y actuar frente a esta injusta realidad que vivimos. La globalización de la economía y la cultura están obligando a muchos profesionales de los países subdesarrollados a conocer los problemas éticos que aquejan a las sociedades opulentas, no por responder a la moda como algunos lo hacen, sino porque varios de esos problemas se hacen presentes, de una manera u otra, en nuestros países.

Por ejemplo, en el campo de la biomedicina ese conocimiento es imprescindible para poder elaborar controles que limiten los excesos de muchas acciones provenientes de países industrializados. En este sentido, biólogos de países latinoamericanos criticaron acremente el programa de prospección de biodiversidad de INBio, de Costa Rica, porque ofrecía a las empresas extranjeras las mejores riquezas naturales del país.

También se conoce que empresas biotecnológicas recorren con avidez los países del Sur para apoderarse del germoplasma, riqueza genética acumulada por la naturaleza a lo largo de millones de años de selección natural.

Con motivo de las poderosas técnicas analíticas actuales es posible localizar los genes responsables de ciertas enfermedades o bien de resistencia a otras; es por ello que diversos laboratorios tratan de ubicar comunidades portadoras de ciertos genes en el mundo pobre para realizar sus estudios unilaterales, ante la ignorancia y complicidad de las autoridades competentes.

Con independencia de la buena voluntad que pudiera haber en muchos investigadores participantes de estos proyectos, detrás están las grandes empresas farmacéuticas que emplean los descubrimientos no para ofrecerlos al conocimiento de la humanidad, sino para patentarlos y utilizarlos cuando les conviene, con el fin de obtener ganancias.

Un episodio de interés universal es la resistencia desatada en contra del Human Genome Diversity Project, dirigido en sus inicios por el renombrado genetista de la Universidad de Stanford Luigi Luca Cavalli. El multimillonario proyecto se propuso estudiar la variación genética de las poblaciones del mundo. Sin embargo, el Comité Internacional de Bioética (IBC) de la UNESCO apoyó las críticas que le hicieron los pueblos indígenas, aunque salvaguardando la independencia, neutralidad y credibilidad características de esta institución de Naciones Unidas.³

³ D. Butler. *Nature*, 5 de octubre de 1995: 377.

Bajo el título de *La guerra de los genes*, el profesor argentino Daniel Goldestein, ha escrito que:

Los genes y los productos de expresión genética serán los insumos clave de la industria farmacéutica del siglo XXI. Los genes tienen un doble uso: son las drogas de la futura terapia génica destinada a corregir defectos genéticos congénitos y enfermedades adquiridas, como el cáncer, y contienen la información que determina la estructura de las proteínas, las moléculas esenciales de la bioquímica. El diseño racional de drogas –la síntesis de moléculas orgánicas que interactúan con las proteínas específicas y modulan su función– depende de la caracterización precisa de las proteínas que determinan las diferentes patologías.⁴

En América Latina, con el impulso del propio desarrollo y el incremento de los problemas presentados por la globalización actual de la economía y de la cultura, se ha producido en los últimos años un extraordinario interés acerca de las cuestiones de la ética.

En el terreno que nos ocupa, el de la biomedicina, se organizaron reuniones de distintas naturaleza que abordaron muchos de los problemas anteriormente tratados. En este sentido, la OPS, como parte de la OMS, ha llevado la iniciativa. Resulta útil y oportuno recordar el Programa Regional de Bioética de la OPS, hoy Unidad de Bioética, que desde sus inicios definió como áreas temáticas prioritarias en bioética para la América Latina y el Caribe las siguientes: ética de la salud pública, ética clínica, ética de la investigación y educación en bioética.⁵

De seguro, otros autores en este texto harán referencia a las cuestiones teóricas y filosóficas que sirven de base necesaria para el desarrollo de la ética en este campo, e incluso debatirán el propio uso de la palabra «bioética». Por nuestra parte, haremos referencia al tercer punto, en solo un aspecto: la ética de la investigación en Cuba.

La ética del trabajador de la ciencia en Cuba

En estos momentos de transición económica de la sociedad cubana, con la introducción de inversiones extranjeras y otros factores de conflicto que ponen en peligro una escala de valores establecidos durante el proceso revolucionario, muchas personalidades del país alertan sobre la necesidad de privilegiar las cuestiones de la ética. En este sentido, las enseñanzas del pensador José Martí, del sacerdote e intelectual patriota Félix Varela, y de Che Guevara, son cada vez más estudiadas y propagadas en la Isla.

Cuba ocupa una situación muy particular entre los países del Tercer Mundo: en el aspecto económico, es un país subdesarrollado; pero en los campos de la

⁴ D.J. Goldestein. *La guerra de los genes*. Argentina, 3 de diciembre de 1995: 12.

⁵ J.P. Beca. «Prioridades temáticas de la bioética en América Latina y el Caribe». *Cuadernos del Programa Regional de Bioética* [Santiago de Chile], 1995; (1): 11-8.

salud pública, la educación y la ciencia, no lo es. Por eso, en estos sectores, sin dejar de prestar la máxima atención a los problemas inherentes a su subdesarrollo, no debe ignorarse lo que está ocurriendo en el mundo desarrollado.⁶

Si nos referimos al campo de la ética en el terreno biomédico, debemos decir que ello es, además, una necesidad práctica. Por ejemplo, Cuba comparte proyectos biotecnológicos importantes con empresas europeas, las cuales tienen establecidos controles muy estrictos. Si nuestro país aspira a participar del mercado europeo, no tiene otra alternativa que dominar no solo las cuestiones de las patentes, el *marketing* u otros aspectos, sino debe conocer a la perfección las normas y controles éticos establecidos que forman parte de los contratos.

Por otra parte, cada vez más, las revistas científicas exigen para su publicación que los trabajos acaten las normas vigentes para el trato de animales de laboratorios y ensayos clínicos; lo cual debe ser respetado, porque de otra manera los artículos serían rechazados por los consejos editoriales de esas publicaciones.

En Cuba, como en otros países, se trata de profundizar en el estudio de la ética médica. Para ello se intenta superar la fase puramente deontológica del pasado, y se pretende comenzar una etapa de reelaboración de estos problemas, sobre la base del desarrollo moderno de la sociedad y la ciencia con un firme criterio humanista.

En cuanto a los aspectos organizativos de las normas y controles en el campo médico, existen en Cuba, desde 1983, comisiones de ética médica en los niveles nacional, provincial y de todas las unidades del Sistema Nacional de Salud que se ocupan de las cuestiones éticas de la práctica médica y la investigación científica. Se han formado comités institucionales de ética para la investigación clínica y cátedras de bioética en los centros de educación médica media y superior del país.

En 1989 se creó el CECMED, que se ocupa de regular y comprobar lo referente al control externo de la calidad, la realización de estudios toxicológicos, de farmacología animal y humana, y de los ensayos clínicos terapéuticos, diagnósticos y profilácticos.

Promovido por el Sindicato de Trabajadores de la Ciencia y el CITMA, durante 1994 se realizó una discusión, de la cual participaron cerca de cuarenta mil investigadores, profesores universitarios, tecnólogos, auxiliares y muchas otras categorías de trabajadores de la investigación científica, con vistas a elaborar un código, que se denominó Código sobre la Ética Profesional de los Trabajadores de la Ciencia. En su capítulo sobre principios y normas éticas, manifiesta: «La ciencia carecerá de sentido, si no se fundamenta en el principio del humanismo, puesto que toda actividad científica deberá orientarse por el reconocimiento del

⁶ *Código sobre la ética profesional de los trabajadores de la ciencia*. La Habana, Academia de Ciencias de Cuba, 1995.

hombre como valor supremo. Es precisamente el hombre, su vida, bienestar, salud, cultura, libertad y progreso, quien le confiere sentido a la ciencia.»⁷

Establece además algunas normas éticas como: «Sostener una posición activa por la introducción y generalización de los resultados científicos y estar atentos ante las implicaciones negativas para la sociedad, la naturaleza y el individuo, que pueda tener la aplicación práctica de uno u otro conocimiento científico.»⁸

Esta etapa de elaboración de códigos y normas tiene mucha importancia, pues refleja un grado de concientización de los trabajadores de la ciencia de Cuba. Resta ahora propagar estos conocimientos para que no se transformen en algo puramente administrativo, sino en cuerpo vivo, que sirva para el conocimiento de los científicos, las diversas instituciones y la población, y también para que todos velen de manera permanente por el cumplimiento de sus enunciados.

⁷ *Ibíd.*

⁸ *Ibíd.*

La versión de la Declaración de Helsinki de Edimburgo 2000. Análisis y controversias

Raúl Fernández Regalado



Las ciencias médicas tienen en la actualidad grandes y muy urgentes tareas por resolver, como es el caso de encontrar drogas o vacunas efectivas para el flagelo del SIDA y otras enfermedades que afectan la salud humana. Es comprensible, por lo tanto, que el avance sobre estas enfermedades solo se pueda realizar con la investigación biomédica en seres humanos de manera acelerada y eficiente. A pesar de lo anterior, no existe ninguna justificación para disminuir «el nivel ético» de las investigaciones y para que los principios establecidos por la Declaración de Helsinki de 1964 sigan observándose, en el presente y en el futuro.

Después de la versión aprobada en Sudáfrica en 1996, ha existido una enorme presión, de parte principalmente de los países industrializados y sus transnacionales farmacéuticas, por revisar algunos de los artículos de la Declaración de Helsinki para la investigación en seres humanos, en particular en lo concerniente a: 1) el acceso a la atención médica, y 2) el uso de placebos en los ensayos clínicos.

La versión de Edimburgo del año 2000 ha generado una intensa polémica a nivel internacional en cuanto a los aspectos mencionados anteriormente. Aunque los países pobres reclaman mejores drogas para las enfermedades que padecen y ayuda médica de los países industrializados, no están clamando porque en sus países se realicen ensayos clínicos que violen principios éticos elementales. Es importante

perfeccionar, sin dudas, algunos artículos de la versión del 2000, y los países del Tercer Mundo, miembros de la Asociación Médica Mundial, deben estar muy atentos a las sugerencias de modificaciones en el futuro.

La Declaración de Helsinki es una declaración multicultural, cuya primera versión fue redactada y aprobada en el seno de la Asociación Médica Mundial (AMM), cuya Asamblea General se llevó a cabo en la capital de Finlandia, Helsinki, en 1964. La Declaración tuvo como base histórica el Código de Nuremberg, que fue un documento muy importante redactado al finalizar la Segunda Guerra Mundial, con la noble intención de que la Humanidad estuviera protegida de nuevas atrocidades, como las cometidas bajo el régimen nazista, tomando como pretexto investigaciones seudocientíficas capaces de violar los más mínimos principios éticos.¹

La Declaración fue sometida a nuevas revisiones durante las reuniones de la AMM en Tokio (1975), Venecia (1983), Hong Kong (1989) y Somerset, Sudáfrica (1996). Más recientemente, una última versión ha sido aprobada en la reunión de Edimburgo, Escocia, en octubre del año 2000 después de una extensa consulta con los países miembros. La AMM tiene como miembros a 70 Asociaciones Médicas Nacionales, que representan en la actualidad a 8 millones de médicos.²

Para poner de relieve los dilemas éticos que se presentan actualmente en el campo de la salud, baste el siguiente ejemplo: todo el mundo comprende que en la actualidad hay una gran urgencia por desarrollar nuevas y eficaces vacunas y drogas contra el SIDA y otras enfermedades infecciosas. Según un programa de las Naciones Unidas, se infestan cada día con el SIDA en el mundo 16 000 personas y el 90% de estas infecciones están ocurriendo en países del Tercer Mundo. Nadie puede negar, por lo tanto, la urgencia de este problema, pero lo que sí es preocupante es que, tomando esta como pretexto, se empiece a disminuir el «nivel ético» de las investigaciones destinadas a darle solución a este problema de salud, como ya ha ocurrido en la práctica, principalmente en algunos países del Tercer Mundo.³

Problemas con la actual versión

La idea de revisar las versiones anteriores no ha sido nueva y ha tenido por objetivo tener en cuenta los últimos avances de la ciencia médica y sus aplicaciones

¹ D. Gracia. «El qué y el por qué de la bioética». *Cuadernos del Programa Regional de Bioética* [Santiago de Chile], 1995; (1); T.L. Beauchamp, J.F. Childress. *Principles of Biomedical Ethics*. 3ra. ed. Nueva York, Oxford University Press, 1989; National Institute of Health, USA. Sitio de Internet: http://ohsr.od.nih.gov/guidelines.php3#x_app3; *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*. Ginebra, Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS), 1993.

² World Medical Association. *Declaration of Helsinki. Edimburgh 2000* (www.wma.net).

³ M. Angell. «The Ethics of Clinical Research in the Third World. *New England Journal of Medicine*, 1997; (337): 847-9.

prácticas.⁴ Después que la Declaración de Helsinki 2000 comenzó a ser conocida a través de Internet y otros medios de comunicación, un intenso debate ha surgido a nivel mundial.⁵ Existe incluso la posición de algunas asociaciones médicas nacionales que sugieren no realizar otra revisión de la Declaración de Helsinki original y que esta debe quedar como un documento que establece una serie de principios y pautas generales para la investigación médica en sujetos humanos, pero no como reglas específicas que pueden ser objeto de una mala interpretación. Ha sido tanta la discusión que el doctor Human, secretario general de la AMM, ha planteado que hasta que no se reúna de nuevo la Asamblea General no van a ser considerada ninguna de las sugerencias ni propuestas de enmiendas. A continuación se señalan las principales críticas realizadas a esta última versión con algunos comentarios al respecto:

- Se ha recomendado que es importante que la Declaración incluya una frase que subraye que su objetivo es brindar un estándar de principios éticos a todos los médicos y personal participante en investigaciones médicas en seres humanos en todo el mundo. Se ha comentado que la Declaración es en la actualidad un documento muy importante utilizado por muchas personas que no son médicos, como biólogos investigadores, especialistas en ciencias farmacéuticas y empresas productoras de fármacos, autoridades reguladoras gubernamentales, administradores de salud pública, etcétera, y que incluso esta Declaración tiene una situación legal en numerosos países. La Declaración fue elaborada por la AMM sin tener en cuenta las opiniones de todas estas personas no médicos; se ha opinado también que está escrita en un estilo paternalista, inapropiado en la actualidad. Realmente parece que esta crítica debe tomarse en cuenta.
- El artículo B22 establece que el consentimiento informado debe ser obtenido por el médico exclusivamente, y existen opiniones que señalan que lo importante es que la persona que toma el consentimiento informado sea un buen comunicador.
- La versión anterior, de 1996, establecía que toda persona que voluntariamente participara en un ensayo clínico debía recibir «el mejor probado método diagnóstico y terapéutico» (textualmente, en la versión en inglés: «[...] *a new method should be tested against the best current prophylactic, diagnostic, and therapeutic methods. This does not exclude the use of placebo, or no treatment, in studies where no proven prophylactic, diagnostic or therapeutic methods exists*»).

⁴ W.J. Mackillop, P.A. Johnston. «Ethical Problems in Clinical Research: The Need for Empirical Studies of the Clinical Trials Process». *Journal of Chronic Diseases*, 1986; 39 (3): 177-88; H.K. Beecher. «Ethics and Clinical Research». *New England Journal of Medicine*, 1966; (274): 1354-60.

⁵ B. Vastag. «Helsinki Discord? A Controversial Declaration». *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 20 de diciembre de 2000; 284 (23).

Presiones de las compañías farmacéuticas y de un grupo de investigadores redujeron el «nivel ético» de este artículo y en un primer borrador se sugirió la siguiente redacción: «[...] el mejor método diagnóstico, profiláctico o terapéutico probado que esté disponible a él o ella». Esto significaba que si no existía disponibilidad localmente, digamos, en África, de un adecuado método diagnóstico, profiláctico o terapéutico, el investigador no tiene ninguna obligación de brindárselo al paciente, aun cuando la razón para que no estuviera disponible localmente fuera el precio elevado establecido por las transnacionales farmacéuticas, y que esa persona, tal vez uno de los millones de pobres que existen en el mundo actual, no tuviera dinero para adquirirlo. Por suerte, este primer borrador circulado entre los países miembros de la AMM fue rechazado por muchos investigadores e instituciones, y el artículo C29 de la actual versión 2000 quedó más parecido a la versión de 1996, pero continúa generando polémica e interpretaciones imprecisas. Una interpretación inadecuada que hacen algunos directores de compañías farmacéuticas, e investigadores que los apoyan tal vez por intereses monetarios, se basa en que la expresión el *mejor método*, no es precisa en cuanto a lugar se refiere y puede ser interpretada de diferente manera. Ellos insisten en interpretar que se trata del mejor método o terapéutica disponible en África y al cual esa población tiene acceso. También existe el pretexto de que al investigador no le es posible administrar el mismo tratamiento en un país rico o en uno pobre, y que esa no es supuestamente su responsabilidad; alegan que la imposibilidad no es solo por los elevados costos, sino por un problema de infraestructura de los sistemas de salud del país. Como se aprecia, es un aspecto muy vulnerable para que pueda cometerse una violación de principios éticos elementales por parte de personas inescrupulosas, que lo único que pretenden es enriquecerse y obtener nuevos conocimientos en el uso de fármacos al realizar investigaciones en países pobres del Tercer Mundo. Algunos han propuesto que el artículo haga énfasis en que se está refiriendo al *mejor método que exista en el mundo*, lo que obligaría a las firmas farmacéuticas a brindar mayor apoyo económico para las investigaciones que lleven a cabo en países subdesarrollados.

- Otro aspecto muy controvertido es el uso de placebos, recogido en la versión del 2000 en el mismo artículo C29. En la versión de 1996, la Declaración de Helsinki establecía que el uso de placebos era posible cuando «no existiera un método diagnóstico o terapéutico probado». El borrador circulado en 1999 fue modificado de la siguiente manera: «Cuando el resultado final del sujeto que participa en un ensayo clínico no sea la muerte o alguna discapacidad, el placebo u otro no-tratamiento puede estar justificado en base a su eficiencia.» Si esta versión de 1999 hubiera prevalecido, entonces el ensayo que se hizo en Tailandia violando principios éticos, estaría amparado por la Declaración de Helsinki. En ese ensayo, se comparó un método para evitar

la transmisión vertical del VIH de madres a hijos con un placebo en lugar del reconocido tratamiento con AZT. Tal vez el investigador de ese estudio alegraría que era necesario hacer comparaciones estadísticas y que probablemente los casos tratados, de no ser incluidos en su estudio, nunca habrían recibido atención médica, además de que no hubo muertos ni discapacitados, pero, sin duda, todos percibimos una grave violación ética en esta investigación. El razonamiento utilizado por muchos es que los ensayos que usan placebo son más eficientes desde el punto de vista metodológico, pues el ensayo clínico resulta más barato y de menor duración. Sin embargo, habría que señalar que *ningún principio científico-metodológico, debe ser más importante ni tener mayor jerarquía que el principio ético de salvaguardar la seguridad y el bienestar de los pacientes*. Por fortuna, la versión del 2000 se mantuvo más cercana a la redacción de la versión de 1996, a pesar de enormes presiones de los países industrializados y sus transnacionales farmacéuticas.⁶

- Un artículo muy relacionado con el anterior es el C30, que demuestra hasta dónde han podido influir las poderosas compañías farmacéuticas en la Declaración de Helsinki actual, ya que este artículo señala: «Al final de la investigación, todos los pacientes que participan en el estudio deben tener la certeza de que contarán con los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos probados y existentes, identificados por el estudio.» El mejor comentario que se puede hacer desde el punto de vista ético es la siguiente pregunta: ¿Solo al final del estudio se recibirá lo mejor desde el punto de vista médico? ¿Serán tratados igual los sujetos de investigación con respecto a este punto en Estados Unidos o en África? ¿Será que los investigadores prefieren ir a África para hacer «estudios de safari», obtener los resultados e irlos a aplicar en sus países ricos? Si en un ensayo de una nueva vacuna contra el VIH aparece una infección por este virus no hay que tratarla? Muchos aspectos polémicos en relación con todo esto aparecen en el artículo publicado por Vastag.
- Al ser analizados otros artículos de la última versión, pudiera afirmarse que en su gran mayoría mantienen los estándares éticos de la Declaración de Helsinki original.

Conclusiones

Existe considerable evidencia de que las revisiones a la Declaración de Helsinki de 1964, lejos de mejorarla en su conjunto, lo que la han empeorado en algunos

⁶ G.L. Klerman. «Scientific and Ethical Considerations in the Use of Placebo Controls in Clinical Trials in Psychopharmacology». *Psychopharmacology Bulletin*, 1986; (1): 25-9; J.E. Sieber. *Planning Ethically Responsible Research: A Guide for Students and Internal Review Boards*. Newbury Park, CA, Sage Publications, 1992. [Applied Social Research Methods

aspectos. De manera general, sin embargo, se siguen recogiendo en ella un grupo de normas éticas para la investigación con seres humanos que tienen validez para todos los países.

Algunos médicos, investigadores y autoridades consideran que la Declaración debe contener un grupo de principios generales, sobre los cuales se establezcan reglas locales en cada país. Los principios deben ser muy claros y válidos para todos, aunque llegar a consenso en la ética de la investigación es en general más difícil que en la ética médica.

La última versión de la Declaración de Helsinki presenta artículos que pueden ser malinterpretados, intencionalmente o no, pero que en última instancia pueden conducir a graves violaciones de la ética de la investigación. Los países del Tercer Mundo deben estar muy atentos a nuevas revisiones y enmiendas de estos artículos y de la Declaración de Helsinki en su conjunto.

Bibliografía

- Acosta Sariago, J.R. (editor científico). *Bioética para la sustentabilidad*. La Habana, Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, 2002.
- Declaración de Helsinki. <http://www.uchile.cl/bioetica/doc/helsinkrev.htm>
- Macklin, R. «Ética de la investigación internacional: el problema de la justicia hacia los países menos desarrollados». *Acta Bioética* [Santiago de Chile], 2004; X (1): 27.
- McAdam, K. «The Ethics of Research Related to Healthcare in Developing Countries». *Acta Bioética* [Santiago de Chile], 2004; X (1): 49.

Ética e investigación social en la salud

Ariel Barreras Enrich y Rafael Antonio Dujarric Pullés



Podemos definir la ética de la investigación, como el sistema de conceptos que valora la conducta de los trabajadores científicos respecto a la vida social en particular, y a la naturaleza en general, en la medida en que su acción pueda afectar a ambas. Pero, esta sería una definición incompleta, porque limita la responsabilidad a los individuos aislados y, como es sabido, los trabajadores de la ciencia son piezas de un engranaje movido por el poder de los gobiernos o las compañías.

Por tanto, es mejor definir la ética de la investigación como el sistema que valora la política científica en su totalidad, lo cual, aparte de suponer la responsabilidad individual, incluye a la sociedad en su conjunto: las ramas económicas, las clases y grupos afectados, las tradiciones y aspiraciones, la naturaleza implicada y, por supuesto, las responsabilidades gubernamentales y empresariales. Esta dimensión del enfoque busca una participación más amplia, que fomente mayores vínculos entre la opinión de la comunidad científica, como garantía inmediata frente a las violaciones. De este modo, los conceptos éticos de la investigación adquieren base y fuerza sociales.

Uno de los puntales básicos del sistema de salud es la investigación científica, aunque durante mucho tiempo su atención se dirigió a los aspectos biológicos de la medicina y las consecuencias asistenciales correspondientes. Sin embargo, el objeto de la medicina se

ha vuelto tan complejo, que ya es insuficiente considerarlo en los límites de la relación médico-paciente, y se hace necesario implicar al medio social: «La salud es la relación armónica del hombre con su medio, resultado de una estructura general de mediación que es: hombre-organización de salud-sistema social.»¹

La propia dinámica de la historia ha transformado la investigación científica de un proceso conducido por individuos aislados a una compleja labor de equipos e instituciones que la convierten en proceso productivo, servicio, rama de la economía y sistema de información social. Así lo revelan los que pudiéramos denominar, «elementos para la planificación de la investigación»:

1. Política de salud vigente (asistencial, investigativa, industrial).
2. Nivel de los recursos técnico-científicos disponibles.
3. Determinaciones del personal de investigación (currículum, mecanismos de selección, móviles del investigador, u otros).
4. Financiamiento (límites, objetivos, intereses, posibilidades).
5. Efectos esperados (públicos o privados, de extensión limitada o general, de aplicación inmediata o perspectiva).
6. Población y superestructura ideológica (distribución geográfica, condiciones de vida, necesidades, ideología, cultura, tradición).
7. Perspectivas del sistema social que inciden sobre la investigación:
 - a) programas de gobierno y partido;
 - b) cambios estructurales;
 - c) medidas de gobierno:
 - composición del presupuesto;
 - política sectorial-clasista (en los aspectos legal, educativo, laboral, cultural);
 - económicas (balanza de pagos, tendencias, tratados).

Las concordancias o contradicciones entre esos elementos, mueven intereses, enfoques lógicos y también valoraciones éticas, las cuales destacan el significado social intrínseco de la investigación científica en cualquier campo. Sin embargo, existe la tradición sociológica de considerar lo social, preferentemente, aquello relacionado con el abordaje de la población. En ese sentido, conviene hacer un poco de historia.

Badgley y Boom señalaron que la participación de las ciencias sociales en el campo sanitario puede fecharse en torno a 1950:

[...] el estímulo que en los años 50 reciben las ciencias sociales para adentrarse en la salud es llamativo. Su participación se da bajo el nombre de ciencias de la conducta y a su generalización aportan dos corrientes (una, la búsqueda colaborativa de las ciencias biológicas, psicológicas y sociales de la explicación de la conducta

¹ A. Barreras, R. Dujarric, J. Llorens. *Ciencia de la salud*. La Habana, Editorial Pueblo y Educación, 1991.

humana y otra, la del tratamiento de los problemas médico-sociales integrando las ciencias sociales) [...] las dos tienen en común su búsqueda de legitimación en campos de aplicación específicos [...] Así, para lograr la inclusión de las ciencias sociales en educación, extensión agrícola, urbanismo, medicina, se hacía necesario sustituir las antiguas definiciones de ciencias sociales y adaptarlas al análisis de la conducta.²

Mercer recuerda que hubo necesidad de tal rodeo por la existencia del macartismo en los Estados Unidos y que, con posterioridad, varios voceros explicaron el cambio de nombre del siguiente modo:

El término ciencias sociales fue sustituido por el de ciencias de la conducta en el estudio de la salud y la enfermedad porque a las ciencias sociales se les visualizaba como excesivamente genéricas, al incluir no solo a la sociología, antropología, sino también a la economía, ciencias políticas e historia [...] El término ciencias de la conducta fue acuñado con la intención de que la aparente connotación neutral fuera aceptable para los científicos sociales y para los científicos del campo biológico. Remplazando el concepto alternativo de ciencias sociales que algunos podrían confundir con socialismo [...] Pero la consecuencia de ese desplazamiento era significativa en cuanto al objeto de estudio, ya que neutralizaba a la sociología, al orientarla hacia la conducta individual, en lugar de indagar sobre las relaciones sociales, las instituciones, la ideología. Como retorno al positivismo, las ciencias de la conducta retrocedían a posiciones impensables en Durkheim (*Reglas del método sociológico*, 1895) [...] las ciencias sociales cubiertas con la bata de las ciencias de la conducta lograron escaso éxito.³

La inviabilidad de las ciencias de la conducta en nuestra región no fue resultado entonces de un apriorístico rechazo teórico, sino que las mismas condiciones sociales invalidaban el enfoque conductual.⁴

Esto dejó el campo teórico libre para el auge del funcionalismo en América Latina, estimulado por la teoría de la modernización: la visión de una sociedad atrasada, agraria y paternalista, debía sustituirse por un modelo moderno, industrial y democrático.

El proyecto desarrollista acabó haciendo crisis en medio de violentas expresiones de descontento popular. Los años 1968 en México y Brasil, y 1969 en Argentina, señalan el fin de un programa que mantuvo las desigualdades e incrementó la dependencia externa. La crisis del modelo repercutió en sus soportes teóricos; el funcionalismo y sus derivaciones recibieron severas críticas.

Después, la crítica fue sucedida, en breve, por múltiples trabajos que abordan la temática del desarrollo desigual entre centro y periferia. Pero el imperialismo,

² H. Mercer. «Las contribuciones de la sociología a la investigación en salud». *Ciencias Sociales y Salud en América Latina*, OPS-CIESU, 1986: 232.

³ *Ibidem*: 233.

⁴ J.A. Llorens «Comentario Oficial al Tema II» [Ponencia a la VIII Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina, Quito, 1973]. México, D.F., UDUAL, 1975.

las transnacionales, la dependencia tecnológica renacen dentro del empuje dependientista y eso se hace sentir en el ámbito de la salud.

En 1972 se efectúa la reunión de Cuenca, la cual fue precedida por varios seminarios sobre problemas de salud concretos (tuberculosis, desnutrición, cáncer, enfermedades mentales) que generaron numerosas reflexiones entre los participantes.

Una continuación significativa de este proceso fue la VIII Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina, convocada por la UDUAL para Quito en 1973, bajo el título de *El Médico que América Latina Necesita*. En ella, el representante cubano en su comentario oficial al tema «Formación de los profesionales de salud en función del desarrollo», expresó:

La ponencia presentada por el doctor Villalobos, motivo de este comentario, pone en evidencia la problemática de los países de América Latina en la atención médica y la necesidad de un ordenamiento en la formación de los profesionales de la salud [...] en una población que en más de su tercera parte no recibe los beneficios mínimos de salud, a pesar del plan decenal de salud suscrito en la Carta de Punta del Este [...] Si nos preguntamos cuál es el médico que América Latina necesita debemos responder en forma concreta, pero precisa: es aquel que se forme estrechamente vinculado a los problemas políticos y sociales, con un concepto integral del hombre [...] con un concepto ecológico del fenómeno salud-enfermedad y un criterio integral preventivo-curativo; con la formación de un pensamiento científico que aúne la teoría con la práctica; con la formación en el trabajo, conocedor del trabajo manual y de servicio; con una actitud positiva hacia el trabajo colectivo en equipo; conocedor de los valores culturales de nuestra sociedad.⁵

Estos planteamientos tenían lugar porque:

La contundente determinación social hacía inútiles los desplazamientos y encubrimientos, y ubicaba cualquier análisis en una dimensión donde la conducta individual o grupal no constituía un criterio observacional y explicativo suficiente. Cuando las tasas de mortalidad eran de 40 a 180 por 1 000, o la mitad de la población latinoamericana carecía de adecuada atención médica, el objeto de estudio, o sea, la estructura social, se imponía como necesidad sobre cercenamientos teóricos o metodológicos.⁶

En el sustrato de estas búsquedas y contradicciones se ve con claridad el problema ético de las políticas de salud, en general, y de sus profesionales, en particular. La sociología funcionalista había demostrado su insuficiencia teórica y práctica; de ello eran conscientes numerosos científicos latinoamericanos; por eso, los participantes de la reunión de Cuenca se pronunciaron por la búsqueda de un marco teórico alternativo.

⁵ *Ibidem*.

⁶ *Ibidem* 1: 234.

En el documento elaborado en la reunión de Cuenca se sintetizan las condiciones que debe reunir el marco teórico entonces buscado. La presencia del componente histórico, la aprehensión de las diferencias sociales y económicas, y de los conflictos de ellas derivados, quedaban planteados como algunos de los requerimientos centrales.

Durante esa primera etapa se produce la transición del funcionalismo a un enfoque materialista histórico, no representado por los clásicos, sino por intérpretes como Althusser y Balibar. Los teóricos sociales de la salud, en lugar de explicar ellos mismos las fuentes, recurrieron a las versiones más publicitadas en aquellas sociedades, donde comenzaban a ser restauradas formas militaristas de gobierno, atenuadas en la década de los años 60,

[...] la sociología latinoamericana dedicada a salud planteó su marco teórico y comenzó a ser reconocida y legitimada en el medio sanitario, en la medida en que ilustraba sobre las condiciones sociales dentro de las cuales se daban los fenómenos de salud, enfermedad, muerte y en las que se desenvolvían las instituciones médicas [...] Los logros de esta primera etapa no llegaron a ocultar la existencia de diversos vacíos teóricos y metodológicos. La fascinación por un nuevo y aplicable lenguaje, la identificación de «aparatos estatales» no bastaron como instrumentos explicativos cuando esos «aparatos» se perdieron como consecuencia de la instauración de gobiernos autoritarios y dictatoriales en varios países del Cono Sur. Se abrió una negra etapa en nuestra historia cercana, que condicionó una orientación teórica. La comprensión del marxismo a través de sucesivos intérpretes había demostrado sus limitaciones; un acceso a las «fuentes» pasó a ser una indicación habitual.⁷

Los autores distinguen una segunda etapa:

Durante la segunda mitad de los años 70 comenzó una segunda etapa, durante la cual la corriente alternativa alcanzó su identidad. Para ello se contaba con una serie de apoyos teóricos generales (materialismo histórico, enfoque dependientista, epistemología conceptual) y con la orientación que trabajos europeos de sociología y política sanitaria podían proveer. Berlinger, Pollack, el Comité d'Action de Santé, Maccaro, Foucault, pasan a ser las fuentes bibliográficas más frecuentadas.⁸

La descripción de esta mixtura revela la necesidad de desarrollar aspectos lógicos y metodológicos de la teoría dialéctico-materialista que pudieran ser aplicados a la medicina y la sociología médica. En ese período, según Juan C. García, para la OPS es evidente que ya hay una «masa crítica» de científicos sociales que permiten impulsar la investigación empírica. Mercer dice que la OPS propició

[...] investigaciones sobre medicamentos, salud ocupacional, salud materno-infantil, epidemiología, educación médica y salud urbana. El inicio de esos estudios

⁷ *Ibidem*: 236.

⁸ *Ibidem*.

y su proceso de realización redimensiona el discurso teórico. Del uso genérico del modo de producción como determinación última se pasa al reconocimiento de la existencia de mediaciones, de temporalidades diferentes entre los niveles de análisis y de especificaciones de los sujetos sociales bajo estudio.⁹

Tercera etapa. Desde 1980 hasta 1986 algunos rasgos de la sociología aplicada a la salud pasan a ser el área de difusión más generalizada. Lo que había sido una limitada inserción inicial de cátedras, pasa a convertirse en una presencia más frecuente y diversificada en organismos públicos, centros de investigación y en el ámbito académico en general. El estigma que pesaba sobre los sociólogos dentro del espacio sanitario parece en algunos países cosa del pasado. La realización de reuniones internacionales, el financiamiento a investigaciones, la existencia de centros de investigación reconocidos, configuran un aparente estado de madurez de la sociología médica latinoamericana.

[...] En la sociología médica de la región no se menciona la «crisis del marxismo», síntoma que es frecuente en otras áreas de la sociología y las ciencias sociales en general. Esto no es producto de un atraso informativo, puede ponerse que se debe a que en relación con los problemas de salud dicha teoría posee indudablemente potencialidad explicativa y de orientación.¹⁰

Nuestra comprensión es que la potencialidad explicativa del marxismo no es exclusiva de la salud, dado que esta no existe enajenada de las demás áreas, sino que en la salud los intereses profesionales y clasistas eran coincidentes en ese período. El interés benéfico de servicio médico se avenía muy bien con la aspiración a una imagen benévola por parte de los gobiernos. En la salud, los problemas podían ser resueltos bajo el principio hipocrático de no hacer daño, sin obstáculo para aplicar la represión en otras áreas sociales.

De todos modos, en la etapa siguiente, que se extiende hasta la actualidad, se confirma el endurecimiento de las condiciones de vida, la acumulación de una desmesurada deuda externa, el hegemonismo político-económico del imperialismo norteamericano, expresado en el «tequilaza» que siguió a la firma del tratado trilateral –más de diez mil negocios medianos y pequeños se declararon en quiebra en México solo durante los primeros meses de 1995–, la privatización de empresas, lo cual no significa entrada de capital productivo fresco o nueva tecnología, sino solo pérdida de propiedades para amortizar la deuda que rebasa los 500 000 millones de dólares.

Un despacho de la agencia de noticias AP, del 15 de febrero de 1994, indica que Argentina vendió 55 empresas; Chile, 470 de 500 en venta; Brasil, 23 de 65; México, 906 de un total de 1 115 en venta; Venezuela, 22 de 200, y les siguen

⁹ *Ibidem.*

¹⁰ *Ibidem*: 239.

Nicaragua con 400 empresas, Perú, Guatemala, Honduras, Colombia y Panamá. No se trataba de asociaciones mixtas o a consignación.¹¹

Estos cambios que se extendieron por toda la pasada década de los noventa creó un contexto social adverso para el trabajo teórico y práctico en el área de la salud que se expresa fundamentalmente en los recortes presupuestarios a la asistencia, la subvención de las universidades y centros de investigación oficiales, y la disminución vertical de sus beneficios a las grandes mayorías que acusan un desempleo creciente.

De ese modo, la represión llegó al área de la salud en casi toda América Latina, y ello debe tenerse en cuenta a la hora de hablar de ética de la investigación social en la salud.

En el campo teórico general, se constata el auge de teorías «neutras» o desideologizantes, dentro de las cuales se destaca la neoliberal. Varios teóricos de la salud que asumían posiciones de izquierda o próximas a las necesidades populares atenuaron sus impulsos. No se trata de hacer un listado donde se les estigmatice, sino de señalar que la pérdida de subvenciones para revistas, investigaciones y las exigencias de nuevos objetivos por los patrocinadores, contribuyen a suplantarse el enfoque marxista de estos problemas, allí donde se dan esas condiciones adversas.

Es de notar, sin embargo, la diferencia entre el desplazamiento teórico actual y el ocurrido en décadas anteriores hacia el funcionalismo, la modernización y el desarrollismo, todos los cuales fueron precedidos de críticas inhabilitadoras del pensamiento anterior. El marxismo podrá ser abandonado como instrumento, pero ello no quitará el filo a su aparato conceptual, porque el abandono deja un vacío lógico y metodológico en el campo de la salud y su ética que no puede ser llenado por teorías sin organización.

La realidad social y teórica de América Latina no podrá ser interpretada por la maltrecha tropa de ideólogos y teóricos de la burguesía. Esta, por su parte, no puede desarrollar, ahora, las funciones del sistema de salud bajo el capitalismo, para ello tendría que:

1. Mantener la productividad y reproducción de la fuerza de trabajo (programas materno-infantiles, seguridad social y del trabajo, educación para la salud u otros).
2. Atenuar las diferencias sociales.
3. Servir de autoprotección de la burguesía y sus aliados, los que no pueden aislarse del pueblo y sus enfermedades.
4. Apoyar el funcionamiento de la maquinaria estatal de dominio (atención a empleados, funcionarios, tropas u otros).

¹¹ Citado en H. Mercer. «15 Años de neoliberalismo en América Latina». *Granma* [La Habana], 15 de febrero de 1994.

5. Incidir sobre el sistema popular de salud con la capacitación de comadronas, practicantes de salud, el aval a procedimientos empíricos o devaluando otros).
6. Servir de bandera para influir sobre las masas.

Estas funciones, y las condiciones en las cuales deben realizarse, no pueden perderse de vista cuando se valora una ética de la investigación social en la salud, en aquel sistema social.

En nuestro país, el sistema de salud parte de otros principios, en especial, la prohibición del ejercicio privado de la medicina y la cobertura total de la población por el sistema de salud, el cual brinda no solo el nivel primario de atención, sino todos los demás.

A pesar de las diferentes condiciones existentes entre Cuba y los países capitalistas subdesarrollados, podemos generalizar conclusiones éticas comunes sobre la investigación social; que puedan o no observarse en otros sitios es consecuencia de circunstancias históricas.

La investigación social en la salud se rige por principios diversos: técnicos, gnoseológicos, económicos, políticos, ideológicos en general y de relaciones con la población. La complejidad del objeto de la medicina implica que este tipo de investigación se realice por niveles de intervención, los cuales están determinados, en primer lugar, por los niveles de su objeto y, en segundo lugar, por los objetivos de la investigación.

¿Qué principios deben regir la ética de la intervención en cada nivel?; ¿cuáles en el tránsito de uno a otro nivel?

Para tratar de responder esas preguntas es preciso dejar sentado que hace falta un concepto central o principio básico para extraer de él los demás. En nuestra concepción, este principio sería el de «progreso social», que según el enfoque marxista es la sustitución de un sistema social por otro donde un nuevo modo de producción permite la ampliación de la igualdad social y cuyo criterio de referencia es el desarrollo de las fuerzas productivas.

A partir del progreso social, nuestro enfoque ético supone en el hombre:

1. Capacidades de comprensión y decisión específicas ante una situación de salud.
2. Que está sometido a la influencia de la superestructura social en cuanto a política, derecho, arte, moral, religión, ideas filosóficas, tradiciones y vulgarización de la información de salud, expresadas en forma de estímulo, crítica y represión, vigentes.
3. Que sus posibilidades de existencia y actuación se enmarcan dentro del sistema social como forma de vida económica (distribución, cambio, consumo o marginalismo), *status* social, educación, relaciones con instituciones, formas de acceso al sistema de salud, formas de acceso a las enfermedades, la promoción y prevención de salud.

De aquí se deduce que hay diversos grupos de hombres que tienen características sociales comunes, es decir, sectores, clases y desclasados. Las relaciones sociales, por tanto, deben comprenderse desde ese ángulo como relaciones de individuos con colectivos, grupos y clases; y de colectivos, grupos y clases entre sí. Relaciones que se establecen de manera personal y mediante organizaciones e instituciones, principalmente la Iglesia y el Estado.

Como la investigación es una actividad, toda valoración ética se relaciona con una decisión, para cuyas alternativas se requiere tener principios de jerarquización. Esto es imprescindible para responder la vieja cuestión de qué considerar primero: ¿el individuo o el grupo?; ¿la organización o el individuo?; ¿la especie (individuo general) o la institución?

En el manejo de lo anterior están implicadas: la estructura de la población objeto de la investigación, el marco de la decisión o alcance de la acción ética (individual o social); los objetivos de la investigación y los objetivos de las instituciones.

Cuando no hay contradicción entre estos elementos, la decisión ética es obvia. Pero, cuando ocurre lo contrario y se atiende al criterio derivado del principio progreso social, primero estaría la especie, después el grupo social y luego el individuo; en última instancia estaría la institución, dado que es de suponer esté al servicio de los hombres. Al menos, así es como de hecho funciona en Cuba.

La investigación social de la salud, por lo sensible de su objeto (la población) debe establecerse sobre principios éticos, complementarios de los anteriores: voluntariedad del ciudadano en su participación; sinceridad en la información acerca de los objetivos que se persiguen; honradez en las relaciones con la población, es decir, no buscar beneficios a partir de ellas, ni afectar a esta; tolerancia o respeto por sus ideas y costumbres; y solidaridad o apoyo, moral o material si es posible.

Con estos tres tipos de principios: el de referencia básica, los de jerarquización de decisiones y los complementarios para las relaciones con la población, podremos aproximarnos a una ética de la investigación social en la salud que sea integral y concreta. De esa manera, categorías como bueno, malo, beneficencia, justicia, traídas a colación de forma desarticulada a partir de la valoración subjetiva o casuística, pueden emplearse de forma sistémica y con criterio de objetividad.

Es el modo de enfrentar corrientes neoéticas que mantienen el viciado enfoque abstracto-individualista. Estas, después de centrar la atención en el profesional, y en el paciente aislado de su contexto, renuncian a orientarlos y los dejan solos ante situaciones de conflicto, para soslayar la crítica a la política de salud, dentro de la cual la investigación social es una rama dependiente.

El recuerdo del empleo arbitrario de la ciencia por el nazismo; el brutal poder de la ciencia demostrado en los genocidios atómicos de Hiroshima y Nagasaki; las investigaciones norteamericanas para crear cambios climatológicos devastadores;

sus logros en la creación de los proyectiles «inteligentes» –ya empleados en las guerras del Golfo Árabe-pérsico–; los proyectos estadounidenses para influir sobre el cerebro y controlar los pensamientos y emociones de los hombres; o el propósito de administrar el código genético humano, así como el desarrollo creciente de un jugoso mercado para los productos de la investigación científica, dan una pálida idea de las posibilidades que la revolución científico-técnica brinda al mundo de los capitalistas poderosos para acrecentar su dominio.

Por otra parte, la reiniciada lucha contra la dependencia, el endeudamiento, la miseria y la debilidad de sus Estados, obligan a los países del Tercer Mundo a considerar como una alternativa de supervivencia su incorporación a esta revolución científico-técnica, si no totalmente, al menos en algunas áreas. De su éxito en este campo dependerán en gran parte la soberanía nacional, el desarrollo social y la restauración de la dignidad de la población.

Tal conjunto de problemas plantea ante los científicos más sensibles del planeta, incluso aquellos situados en posiciones ideológicas opuestas, la tarea fundamental de elaborar una ética de la investigación, ya que está en juego el hecho social más importante: la vida o la muerte de la especie humana.

La investigación comunitaria y los valores éticos

Silvia Martínez Calvo



El ambicioso título del tema puede originar grandes expectativas al lector sobre los posibles vínculos entre elementos tan complejos como la investigación, la comunidad y la ética.

En otros trabajos se han abordado, con acierto y amplitud, diversos conceptos e interpretaciones sobre el quehacer investigativo epidemiológico a partir de clasificaciones convencionales que incluyen, por ejemplo, el ensayo clínico.

La bioética, como contenido básico de este libro, se analiza de manera acuciosa y permanente en toda su extensión; así, el propósito de este capítulo es solo desarrollar de manera sumaria una de las vertientes más complejas y difíciles de la investigación epidemiológica: la investigación comunitaria, en esta ocasión relacionada con los valores éticos poblacionales. Por supuesto, este es un enfoque basado en el discurso académico de una parte, y en el ejercicio práctico-docente de otra, pero que resultan tan válidos y enriquecedores como el desempeño cotidiano, reflejo de las potencialidades innegables que para el desarrollo científico representa todo el entramado de la ética y la investigación comunitarias.

La investigación comunitaria

La clasificación convencional de la investigación en salud, diversifica y reduce los campos de acción, al

mismo tiempo que delimita los objetos de estudio correspondientes –según los entendidos– con el propósito de facilitar el abordaje de dicho objeto y propiciar conocimientos desde la óptica particular de cada disciplina.

Se reconoce que según una reciente propuesta, la investigación en salud se subdivide en: investigación biomédica; investigación clínica e investigación en salud, que incluye: la epidemiológica y los sistemas de salud.¹

Esta clasificación enfatiza muy bien lo expuesto en el primer párrafo sobre la «parcelación» de los campos y la limitación del objeto, constriñe al investigador a su problema específico y, al igual que las anteriores clasificaciones, no tiene otra alternativa que abordar al hombre y sus contextos, ya sean estos macro o microcontextos. Por otro lado, la investigación epidemiológica, se «abre» en dos nuevas clasificaciones: experimental y no experimental,² aunque otros autores incluyen entre esas dos vertientes una intermedia: casi experimental.³

No obstante estas clasificaciones, el asunto es que el objeto «comunidad» está presente dentro de la investigación epidemiológica como elemento consustancial, y, por tanto, su abordaje requiere de saberes y procedimientos propios o tomados de otras ciencias sociales, como la sociología, psicología social, antropología, economía u otras.

Esto hace compleja la investigación comunitaria aunque no la reduce; al contrario, se siente enriquecida por otros saberes que contribuyen al esclarecimiento del objeto, a pesar de que en apariencia se alejen un tanto del pensar médico hegemónico.

Casi siempre, en el lenguaje investigativo epidemiológico, el concepto comunidad aparece asociado al término «intervención», y aquí se inicia una disyuntiva ética interesante en ese campo. Más adelante se retomará este apasionante tema.

Está ampliamente reconocido el propósito, desde sus albores, de identificar y solucionar problemas de salud unido al quehacer epidemiológico. No se concibe investigar por investigar y, en la actualidad, resulta una herejía científica defender posiciones divergentes en ese sentido. Tampoco es encomiable realizar investigaciones aisladas o solitarias. Se promueve y enfatiza la investigación colectiva, y el tipo de abordaje comunitario constituye un excelente modelo demostrativo de esa proposición.

¹ J. Frenk. «La nueva salud pública». En *La crisis de la salud pública*. Washington, D.C., OPS-OMS, 1992.

² K. Rothman. *Modern Epidemiology*. Boston, Little Brown, 1986.

³ D. Kleinbaum, L. Kupper, H. Morgenstern *Epidemiologic Research: Principles and Quantitative Methods*. California, 1982. En todos los campos del saber científico abundan las clasificaciones y subclasificaciones, y en el caso de la epidemiología esto no es excepción. De todas formas, el objeto continúa centrado en el hombre y sus problemas de salud, observado y desmenuzado desde diferentes ángulos disciplinarios; pero eso sí, con el objetivo común de resolver sus problemas en ese sentido.

De igual manera, la posibilidad de realizar un trabajo científico de conjunto requiere de un verdadero esfuerzo interdisciplinario, integración e intercambio de categorías y conceptos científico-técnicos que propicien un abordaje consecuente del objeto.

Para intervenir es preciso antes indagar, investigar. No se conciben acciones modificadoras o cambiantes –y en especial comunitarias– que no estén precedidas de una comprensión cabal de esa comunidad en una coyuntura determinada, aunque sea de forma empírica. Por supuesto, siempre se prefiere el abordaje científico, que según los «verificacionistas» nos deberá conducir a la verdad.⁴

Tal vez la expresión «intervención comunitaria» pretenda unir ambas concepciones, o considere implícito el paso previo de investigar antes de actuar –la tan mencionada y vigente investigación-acción–, en cualquier caso, existe un ente vivo representado por la comunidad en su conjunto, que a diferencia del individuo y las «células», parece no merecer respeto en algunas ocasiones en el momento de su abordaje.

Se torna oportuno retomar y revalorizar el enfoque ético al respecto, pues con frecuencia se diluye al aumentar el tamaño del objeto de estudio y, por consiguiente, se pierde la línea de demarcación que separa la ciencia de la conciencia ético-social.

Desde el enfoque bioético, sin dudas, resultan primordiales los dos primeros tipos de investigación en salud, nítidamente vinculados al individuo en su esfera biológica desde la concepción macroscópica hasta los controversiales y vigentes enfoques microscópicos.

¿Qué significa investigar en la comunidad?

Primero deben reiterarse o reinterpretarse algunos conceptos clave en ese sentido, como sería la definición de «comunidad». Suscribo la validez del enfoque que además de los elementos convencionales, la define también como un espacio social, en función de posibilidades colectivas de participación y toma de decisiones ante cualquier problema, aunque se torne difícil alcanzar esta propuesta.

El hecho de aceptar a la comunidad de manera unánime como un conjunto de personas con intereses comunes oscurece la visión individual y reduce la opinión del individuo sometido a presiones de grupo, en las cuales rigen valores de todo tipo, incluso los valores éticos.

¿Cuántos investigadores toman en consideración esta situación? ¿Cuántos analizan la existencia de esos valores en el momento de realizar su investigación o su intervención? En dependencia del sustrato sociopolítico prevaleciente es

⁴ Resulta sumamente interesante la actual polémica relacionada con la verificación y el falsacionismo, que en ocasiones roza el diletantismo científico. Pero, aunque no es contenido del tema, considero que incluye en sí elementos valiosos para una rica discusión en el campo de la ética profesional.

posible determinar las diversas aproximaciones investigativas al objeto-comunidad, y emerge entonces la terrible disyuntiva: comunidad como objeto o comunidad como sujeto.

Los más recientes enfoques en la filosofía de la ciencia esclarecen con enorme intencionalidad la relación sujeto-objeto y tienden a proponer como ideal un abordaje hermenéutico en su amplio sentido, donde esa relación elimina toda opción de aislamiento: «[...] equivale a no “desconectar” ni al sujeto ni al objeto de la relación epistemológica, considerando reiterativamente al sujeto ya como polo activo, ya como polo pasivo y al objeto a su vez, también reiterativamente, ya como condicionante y constituyente, ya como condicionado y constituido».⁵

Ante esta propuesta, la comunidad, que para el investigador representa su objeto de estudio, se ve ligada a él de manera directa y condicionados ambos, pero al mismo tiempo –y aquí se encuentra a mi juicio lo más complejo– esta comunidad, dadas su vitalidad interna y posibilidad de participación, se transforma en un sujeto consciente enfrentado al sujeto-investigador.

En esa vitalidad interna se mueven indefectiblemente los valores sociales y éticos, determinados por la sociedad como un todo, y asoma entonces el riesgo permanente de soslayarlos ante el hecho concreto de la investigación o la intervención.

Casi siempre se utilizan diseños de investigación incluidos en las clasificaciones convencionales antes mencionadas dirigidos a un objeto bien definido y de aparente fácil abordaje, a partir de técnicas y procedimientos que con frecuencia se repiten. En ocasiones, se llega a subvalorar ese objeto de tal manera que cualquier diseño se le aviene y cualquier técnica o procedimiento resuelve su abordaje.

Desde hace poco tiempo, ha vuelto al ámbito de los debates en el campo investigativo la controversia clásica sobre la posición hegemónica entre la investigación cuantitativa y la investigación cualitativa. Han surgido las predilecciones al respecto y, también, las violaciones éticas representadas por los detractores, tanto hacia uno como hacia el otro tipo de investigación o técnica.

Traigo a colación estas discusiones, pues existe una convención sobre «lo difícil» que resulta la investigación-intervención comunitaria, por su connotación social y por las características de los problemas de salud que en ese nivel prevalecen –los denominados por los expertos como problemas cuasi estructurados–,⁶ situación que limita el abordaje correcto del objeto, ya de hecho poco conocido.

No obstante, existen excelentes modelos de investigación-intervención comunitaria no por focalizados menos válidos, enfrentados, por supuesto, a

⁵ P.L. Sotolongo. «Epistemología, ciencias sociales y del hombre, salud» [documento]. La Habana, Instituto de Filosofía, 1995.

⁶ P.L. Castellanos. «Los problemas cuasi-estructurados y algunas técnicas para el abordaje de lo subjetivo en el estudio de la situación de salud» [borrador de trabajo]. Santo Domingo, República Dominicana, OPS-OMS, 1989.

las concepciones inmediatistas de los niveles decisores, los cuales con urgencia reclaman soluciones a los problemas de salud de la comunidad, sin analizar la complejidad del objeto-sujeto.

¿Cuál otro objeto de investigación científica reúne tal complejidad? ¿En qué otro campo se requieren vastos enfoques multidisciplinarios para su abordaje? En la investigación biomédica o en la investigación clínica, existen objetos complejos, pero bien estructurados; desde el punto de vista de la relación sujeto-objeto prevalece la tendencia característica de la lógica (gnoseológica): el objeto se refleja sin que la acción del sujeto aparentemente incida en esa relación, al contrario del objeto-comunidad, que se transforma en objeto-sujeto de la investigación.⁷ En relación con los valores éticos –al parecer en las investigaciones biomédicas y clínicas–, estos se inclinan por lo general a la esfera del sujeto-investigador, y permanece un objeto aséptico, intocable, si no lo defiende o apoya un «defensor» imparcial.

En el caso del objeto-sujeto comunidad, el conglomerado de valores constituye una tremenda barrera, pues tanto el investigador-interventor, como el conjunto de personas que constituyen la comunidad, poseen sus valores propios para enfrentarlos, sin objeciones, en el momento de la acción conjunta y prevalecen entonces los del más fuerte.

Mencioné antes la importancia del sustrato socioeconómico que predomina en el ámbito comunitario como un elemento esencial y primordial para el enfoque investigativo. Reconocemos la enorme influencia que las tradiciones, hábitos y costumbres inmersas en una formación histórico-social específica determinan en las colectividades humanas; la impronta del grupo social primario en las conductas y comportamientos individuales, trasladadas e intercambiadas con posterioridad al interior del conjunto social durante la etapa de socialización más avanzada; pero, a mi juicio, el error estriba en algunas convicciones o corrientes de pensamiento que soslayan, obvian o quizás hasta olvidan el peso que en toda esta urdimbre tiene el individuo como ente social.

Ahora renacen las ciencias del hombre, la exaltación del mérito individual, el valor de la persona humana como contribuyente en la acción colectiva, todo lo cual es muy válido si no tendiéramos a los extremos: «no existe sociedad sin individuos, ni individuos sin el abrigo de la colectividad». Esta expresión en apariencia intrascendente y bien conocida, alcanza unas «cotas de olvido» verdaderamente asombrosas.

Desde su justo lugar, cada quien desarrollará sus potencialidades y acatará las normas ético-sociales a partir de valores universales afines a todos los hombres, unidos a los valores propios o específicos de cada sociedad. Cuando esto se cohesionan y conjuga, aparecen los comportamientos colectivos que se transforman luego en objetos de investigación. ¿Qué es un problema de salud, sino el

⁷ P.L. Sotolongo. Ob. cit.

reflejo concreto de actitudes y comportamientos, enmarcados en un ambiente determinado y casi siempre influido por él?

Considero que aquí reside el escollo para el investigador-interventor de la comunidad: saber encontrar las similitudes y diferencias entre lo individual-personal y lo colectivo-comunitario, con independencia de su interés científico y la urgencia en solucionar los problemas detectados. Relacionar muy bien esos intereses científicos personales o institucionales con los intereses individuales-comunitarios, sin lesionar patrones conductuales, culturales, morales o éticos.

En resumen, investigar en la comunidad significa ante todo:

- Entender la comunidad no como suma de individualidades, sino como individuos en comunidad de intereses.
- Modificar patrones investigativos convencionales que tienden a aislar el objeto del sujeto y viceversa.
- Reconocer la comunidad como sujeto-objeto y no simplemente como objeto de investigación.
- Identificar, asimilar y respetar sus valores y normas ético-sociales.
- Adscribirse a sus necesidades sentidas y reales.
- Ofrecer solución a sus problemas y no a los problemas del investigador o de la institución.

Intereses de la comunidad y del investigador-interventor

En los párrafos anteriores, se intentó reseñar algunos aspectos relacionados con la comunidad como sujeto-objeto de investigación-intervención. En esta segunda parte del tema se pretende, en específico, analizar la relación entre el investigador y la comunidad a partir de sus intereses.

Es el momento de esclarecer o desmenuzar las relaciones que existen, en mi opinión, entre el investigador y el interventor de la comunidad. Hace poco ha sido criticado el uso del término intervención comunitaria; no obstante, la convención aún lo mantiene vigente, y considero que demorará en eliminarse, pues en realidad la acción ejecutada es una intervención, dada la distancia en que se ubica el sujeto del objeto, en este caso la comunidad.

Resulta interesante esta visión del investigador-interventor desde «afuera»; esa comunidad que escogió como objeto –con excepciones– no es su centro de pertenencia y en muchas ocasiones ni de referencia; entonces, ¿cuál es su interés en investigar o intervenir en ella?

Nos ubicamos de esta forma en la aproximación científica pura, o sea, aquella que utiliza la investigación en función de adquirir nuevos conocimientos que permitan avanzar en el camino del desarrollo y la calidad de la vida. Propósito bien loable si verdaderamente la comunidad-objeto entendiera su participación en el

asunto; si hubiera sido consultada y, a la vez, aceptada su participación voluntaria, si ese conocimiento «nuevo»⁸ fuera de ingente aplicación y de beneficio directo para ella. Emergen entonces los intereses de un lado y otro, como demostración harto evidente de la ausencia de comunidad de intereses, aunque la frase haya sido manida, manipulada y maltratada.

¿Qué le interesa al investigador?

Además de lo expuesto acerca del interés científico puro, en ese ámbito comunitario predominan los estudios de morbilidad y mortalidad, en especial los últimos, y casi siempre vinculados a los socorridos factores de riesgo biológico. La gama de problemas de salud relacionada con los determinantes sociales, económicos, culturales u otros, y que originan situaciones críticas en la comunidad, parece no existir para un elevado número de investigadores.

Unido a esto aparecen los intereses de índole gubernamental o estatal basados en la creencia generalizada, y aceptada tácitamente, sobre la responsabilidad exclusiva que poseen ambos niveles de decisión para enfrentar los problemas o asuntos comunitarios. Por suerte, las organizaciones no gubernamentales y algunas instituciones docentes han demostrado —aunque con ciertas limitaciones y un buen número de detractores— que desde otro ángulo también es posible contribuir a indagar, encontrar y solucionar los problemas urgentes que en la esfera social y económica agobian a millones de personas integrantes de las comunidades ubicadas en los países sub o no desarrollados.

Aflora o surge de nuevo el tabú de la dificultad para desarrollar la investigación social, dificultad básicamente sustentada en la carencia de herramientas técnico-metodológicas útiles para abordar objeto tan complejo. Nos satisfacen soluciones ante esta dificultad y en especial las originadas en el ámbito latinoamericano, a partir de corrientes del pensamiento científico-social, que contribuyen a mitigar o minimizar esos obstáculos teórico-prácticos, y que han demostrado con rigor la factibilidad de descubrir y proponer soluciones a problemas de salud determinados socialmente, aunque no con la urgencia que demandan los políticos y decisores.⁹

Al reconocer estas dificultades metodológicas e instrumentales, el interés investigativo comunitario prioriza el estudio de problemas ubicados en la esfera esencialmente biológica o psicobiológica, para los cuales existe un arsenal

⁸ Es discutible el conocimiento «nuevo» en la investigación —utilizado este término en el lenguaje científico contemporáneo—, y más aún en la investigación-intervención comunitaria. Casi siempre se añaden versiones a partir de hallazgos o experiencias anteriores, o se limita a reproducir procedimientos y técnicas en comunidades disímiles para aprobarlas o eliminarlas. Este tema merecería un análisis más amplio en otro contexto.

⁹ J. Breihl. *Nuevos conceptos y técnicas de investigación. Guía pedagógica para un taller de metodología*, Quito, CEAS, 1994.

instrumental complejo, de amplio uso y aceptado de forma unánime por las elites científicas que hacen de estas investigaciones el material ideal para las publicaciones de punta en la región norte del mundo.¹⁰ Para la región sur, se prioriza el estudio comunitario de intervención, como intento de solución paliativa a sus enormes problemas.

En este tipo de investigación biomédica o clínica, ¿cuáles son los intereses del individuo?; ¿cómo se mantienen sus valores éticos?; ¿qué participación tiene como sujeto a investigar, ya sea biológicamente integrado (individuo) o microscópicamente mediante sus genes u órganos? En otra parte de este libro se ofrecen respuestas a estas interrogantes, pero ahora se presentan como patrón de comparación, para poder entender mejor lo que ocurre en el ámbito comunitario.

En la variante no experimental u observacional de la típica investigación epidemiológica, los dos modelos clásicos (casos y controles, y cohorte), intentan «alcanzar la comunidad» al masificar el objeto-individuo enfermo, en contraste con el objeto-individuo sano, ubicado en la comunidad. En este caso, parece existir una aproximación comunitaria mediante el uso de encuestas, entrevistas y otras técnicas de evaluación rápida, pero los epidemiólogos se han permeado –con las consabidas excepciones– de un enfoque clínico a partir de la enfermedad (base de su ciencia), y desde ahí se introducen en la comunidad, a veces con cierta timidez negadora de sus principios disciplinarios.

Al surgir las técnicas de evaluación rápida, reaparecen los intentos de abordaje comunitario basados en una investigación más abarcadora que abandona un poco la restricción de la enfermedad y penetra en otras esferas de los problemas de salud. Algunas de estas técnicas resultan un tanto pasivas para el integrante de la comunidad, el cual se transforma en un «entrevistado», en ocasiones sin saber para qué.

Las técnicas grupales intentan modular esta pasividad individual y colectiva, con la desventaja de que si los problemas no se resuelven, el individuo, como integrante del grupo y este en su conjunto se agotan como emisores, y se sienten frustrados como participantes activos en la solución del problema. No obstante, cuando estas técnicas se utilizan bien, los resultados son loables para el prestigio del trabajo comunitario.

A pesar de ello, estas investigaciones permanecen en el ámbito de intereses del investigador, aunque con la modalidad se intente comprometer a la comunidad en la identificación de sus problemas y en las propuestas de solución. Todas las técnicas rozan de manera inevitable la intimidad o privacidad individual, y aparecen entonces los problemas éticos a partir de escalas de valores personales-individuales y colectivos.

¹⁰ OPS-OMS. *Las condiciones de salud en Las Américas*. Washington, D.C., 1994. [Publicación Científica, 561]

Recomendar la incorporación de personas y grupos pertenecientes a la propia comunidad para desarrollar estas técnicas, representa un intento de suavizar esta intromisión, que, además, resulta imprescindible si deseamos identificar y solucionar problemas de salud.

¿Dónde coinciden hasta ahora los intereses del investigador con los intereses comunitarios? El dilema en este sentido se ubica en las diferencias sociales, culturales, económicas y en los valores éticos del investigador y los integrantes de la comunidad. A mi juicio esta situación presenta más obstáculos que la carencia o ausencia de herramientas metodológicas para el abordaje comunitario.

En las sociedades avanzadas pretenden eliminar este problema mediante la tendenciosa y exagerada política de «autorresponsabilidad individual», sobre todo en el campo de la salud,¹¹ al incorporar valores y deberes de este tipo que aligeran la carga estatal o gubernamental en ese aspecto, pero, al mismo tiempo, estimulan un «aislamiento social» muy negativo para el trabajo y la investigación comunitaria.

Por supuesto, suscribo la responsabilidad individual para mantenerse sano, pero la sociedad en su conjunto debe ayudar en ese empeño, con la identificación y solución de los problemas comunes, como persona integrante de una colectividad y como ciudadano cumplidor de orientaciones y regulaciones al respecto, todas emanadas de la investigación acerca de los problemas de salud prevaletentes.

¿Qué le interesa al interventor?

La estrategia de intervención no surge de manera aislada. Es la resultante de una búsqueda anterior sustentada en el quehacer investigativo, de ahí que no suscriba la eliminación del término. Ahora bien, al igual que ocurre con otras estrategias y políticas de salud, su utilización festinada y voluntariosa conduce a pésimos resultados, en especial cuando se obvia la participación comunitaria.

Ante cualquier alteración del proceso salud-enfermedad en la comunidad, en los países con sistemas de salud bien organizados, de inmediato aparecen un cúmulo de orientaciones y acciones directas o indirectas que pretenden mitigar el hecho con o sin el consentimiento de individuos y poblaciones; el asunto es resolver, actuar rápido, acallar los comentarios o críticas de la propia comunidad. ¿Por qué resulta aceptado este proceder? ¿No sería mejor haberla preparado con anterioridad para enfrentar cualquier contingencia?

Por experiencia, la respuesta es sencilla. En los sistemas nacionales de salud la comunidad bien organizada con frecuencia recibe este tipo de intervención,

¹¹ M. Terris. «La epidemiología como guía para las políticas de salud». En D.L. Acuña [comp.]. S/t, México, D.F., Siglo XXI, 1980.

se beneficia como un todo de ello, lo ha incorporado como un nuevo valor o derecho; por tanto, la situación se agudiza cuando no recibe esas acciones que en ocasiones no están bien dirigidas o son exageradas dada la magnitud del problema.

¿Los individuos y las comunidades han solicitado esas acciones o intervenciones, las reconocen, las entienden? Con un afán preventivo-comunitario un tanto paradójico,¹² con frecuencia se olvidan las respuestas de esta interrogante y aparece la percepción del decisor, casi siempre alejada de la propuesta investigativa y acompañada de un alto grado de voluntarismo. Como la acción resultó efectiva y loable en ocasiones similares, en esta oportunidad debe resultar igual: parece sea este el algoritmo mental del interventor.

¿Coincide esta decisión con el sentido de responsabilidad individual, con las costumbres, hábitos y valores éticos del receptor? ¿Se consultó a la comunidad en esta toma de decisiones? Casi siempre se obvia este paso, sin pensar que quizás coincidan los intereses, pero tal vez, y de manera contradictoria, el temor a la no coincidencia sea el estímulo para el rápido e inconsulto accionar, por lo que retornamos a la angustiada situación que en este caso se presenta entre el trinomio persona-comunidad-ética.

Las estrategias de intervención desde el ámbito científico representan la continuidad de la investigación. Están sustentadas en un análisis previo de la situación de salud comunitaria cuando se refieren al enfoque poblacional –no olvidar la estrategia de intervención individual– y requieren del hallazgo de los problemas con el objetivo primordial de modificar sus determinantes.

Sabemos que los problemas de salud también dependen, para su aparición y multiplicación, de coyunturas histórico-sociales ineludibles. ¿Por qué repetir acciones para solucionarlos sin investigar con anterioridad sus orígenes, solo porque en una u otra ocasión resultaron exitosas? Esto denota un desconocimiento inadmisibles de la salud poblacional y, de hecho, los resultados de tal acción deben servir para el momento, con pocas posibilidades de ser reproducidos tal como requiere un quehacer esencialmente científico.

¿Qué le interesa a la comunidad?

A partir del conocimiento empírico es difícil responder. Sin embargo, desde el ámbito estrictamente académico y mediante las investigaciones-intervenciones comunitarias realizadas por vías institucionales, es factible encontrar algunas respuestas.

La posibilidad de aplicar técnicas de evaluación epidemiológica rápidas que permitan indagar con celeridad proporciona alguna información sobre los intereses comunitarios.

¹² L. Barsky. «La paradoja de la salud». *New England Journal of Medicine*, 1986; (4).

La oportunidad de trabajar con una comunidad organizada agiliza el ejercicio de indagación. Sin embargo, el comprometimiento social a partir de requerimientos políticos en ocasiones puede sesgar los resultados. Por ejemplo, ¿qué vecino de una cuadra en Cuba responde de manera negativa y sin detenerse, las preguntas relacionadas con su satisfacción con el médico y la enfermera de familia que lo atienden? En el caso de problemas de salud como las tan difundidas enfermedades de transmisión sexual, ¿quién responde sin dilación ante preguntas relativas a su vida sexual? Pero, además, ¿cuántas investigaciones se dirigen a indagar los problemas psicológicos y sociales de la mujer de edad no reproductiva, aunque todavía con posibilidades sociales? ¿Cuáles son sus problemas si está divorciada y a cargo de sus hijos? ¿Son estas interrogantes violatorias de su integridad personal o ética? ¿Está interesada la comunidad en reconocer esos problemas?

Las encuestas nacionales de salud que se han aplicado en países desarrollados han ofrecido enriquecedoras respuestas al respecto. Incluso han demostrado la disimilitud de intereses entre los decisores y prestadores de servicios de salud y la población en general. Por supuesto, han sido muy útiles para reorientar esos sistemas y servicios a partir de las respuestas sobre la esfera biológico-individual, pero ¿qué ha quedado del resto de las respuestas de la esfera psicosocial relacionadas con la violencia, la drogadicción, el abuso sexual, el suicidio, el envejecimiento, las guerras u otros?

Es obvio que es muy complejo hacer coincidir intereses comunitarios con intereses investigativos. Como se expuso antes, el investigador está permeado de enormes intereses científicos, tanto personales como institucionales, y prioritariamente biológicos y psicobiológicos, muy alejados en ocasiones de los graves problemas de las grandes masas de población originados por las crisis de todo tipo: económicas, políticas o sociales. Estas crisis se traducen, entre otras cosas, en la permanencia de problemas de salud, pero los determinantes son los mencionados y el investigador-interventor que los desconozca o soslaye, parece alejarse de un verdadero pensamiento científico, sustentado en perfeccionar la calidad de vida del hombre a partir de un nuevo conocimiento.

Comentario final

La persona humana, la comunidad, el investigador-interventor forman parte sustancial de un universo complejo que entre todos pretenden modificar, pero, lamentablemente cada cual desde su percepción e intereses.

El poder del conocimiento sustentado en corrientes filosóficas positivistas somete a grandes masas a observaciones como a través de un microscopio, ubicadas por parcelas y en especial subvaloradas. Esta situación conduce casi de manera exclusiva a un saber limitado, individualmente privilegiado, pero comunitariamente inaceptable.

Se requieren cambios en las prácticas investigativas que permitan salir del atolladero metodológico-instrumental asfixiante para la solución de problemas de salud comunitarios y, sobre todo, que hagan consciente en los individuos y grupos la necesidad de su activa participación en la identificación y solución de problemas, pero no en forma discursiva o declarativa, sino al retomar valores éticos y sociales que les faciliten su ubicación como ciudadanos, en condiciones de vida favorables y, sobre todo, humanas.

Ética en la investigación básica biomédica

Alina Alerm González y Ubaldo González Pérez



La ciencia es un estilo de pensamiento y de acción; precisamente el más reciente, el más universal y el más provechoso de todos los estilos, y como ante toda creación humana, tenemos que distinguir en la ciencia entre el «trabajo» (la investigación) y su producto final, el conocimiento.¹ Por tanto, la investigación, como trabajo con el que se obtiene un producto realizado por los hombres, está condicionada y determinada por la estructura económico-social en la que se desarrolla esa actividad. Recibe la influencia de las otras formas de la conciencia social y de lo que ella misma ha creado en cuanto a conocimientos, métodos y teorías. No obstante, durante mucho tiempo se consideró como un área del quehacer humano totalmente desinteresada, imparcial, sin que obedeciera a presiones externas y, por ende, por encima de compromisos ideológicos y morales.

Esta suposición tenía como principal fundamento la visión de que los más importantes logros obtenidos por la ciencia hasta el siglo XIX y principios del XX habían sido producto del trabajo de científicos creativos y hábiles que, de manera independiente, habían obtenido esos conocimientos. Es después de la conocida «crisis de la ciencia moderna»² que se

¹ M. Bunge. *La investigación científica. Su estrategia y su filosofía*. Barcelona, Ediciones Ariel, 1966.

² H. Butterfield. *Los orígenes de la ciencia moderna*. 3ª. ed. Madrid, Tauros, 1982. Citado por Jorge Bacallao Gallestey. «Neutralidad

cambia la manera de entender la credibilidad de la búsqueda y validación de la verdad, desde el contexto individual de los investigadores, por una exigencia de validación a través del consenso de la intersubjetividad de la comunidad científica.³ Es así que la investigación y sus resultados se hacen respetables una vez que son conocidos, declarados válidos y aprobados por la comunidad o grupo en el que se desarrolló la investigación en una primera instancia y posteriormente por el grupo sociocultural en la que se difundirán y aplicarán esos resultados.

A partir de esta manera de enfocar la aceptación de los resultados de la investigación, podemos asegurar entonces que la ciencia es una manifestación del quehacer humano que, al ser valorada por la sociedad como un buen o mal proceder, adquiere una connotación ética.

Ciencias formales y factuales: ciencias puras y aplicadas

Pero esta actividad humana posee gran complejidad desde el punto de vista de sus objetos de estudio, de sus métodos, por sus múltiples objetivos y alcance, y es así que ella, como habitualmente hacen los seres humanos en su afán de facilitar y sistematizar el estudio de las cosas que le rodean o que producen, ha sido también sometida a taxonomías basadas en diferentes criterios, dividiéndola en ramas, de acuerdo con el hecho de si se refieren a aspectos que no se encuentran en la realidad existente, sino en la forma en que el hombre procesa esa realidad en su actividad psíquica o, por el contrario, si estudian hechos que se supone ocurren en el mundo y tienen que acudir a esa realidad, y apelar a la experiencia para realizar sus investigaciones. De esta taxonomía surgió la división en ciencias formales si estudian ideas, sus interrelaciones y ordenamiento, y ciencias factuales si estudian hechos.

Atendiendo a sus objetivos y a su alcance, se puede encontrar otra clasificación que la ubica en dos grandes grupos, las llamadas ciencias «puras» y las «aplicadas». Las primeras se caracterizan por tener como objetivo fundamental incrementar el conocimiento, o para aumentar nuestro bienestar y nuestro poder (objetivos extrínsecos o utilitarios), mientras que las aplicadas (tecnologías) tienen como objetivo la aplicación práctica de los resultados obtenidos con los mismos métodos de las ciencias «puras» (procedimientos y técnicas y optimización de procesos), y que, por tanto, tienen valoraciones sociales diferentes en cuanto a los buenos proceder que deben caracterizarlas en su aplicación y, por ende, también son diferentes las valoraciones éticas a las que la comunidad científica y la sociedad las someten.

y compromiso: la presencia de la dimensión ética en el trabajo científico.» En J.R. Acosta Sariego (editor científico). *Bioética para la sustentabilidad*. La Habana, Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, 2002: 419-37.

³ J. Bacallao Gallestey. Op. cit.

La existencia de estas dos maneras de hacer ciencia ha determinado que se afirme que en la conocida como investigación «pura», básica o fundamental, donde el objetivo intrínseco es obtener conocimientos, los investigadores buscan nuevas leyes naturales, tratan de entender mejor el mundo y sus cosas, y en la aplicada los investigadores utilizan los conocimientos que aportan la ciencia y el pensamiento tecnológico en la búsqueda de nuevos procedimientos, técnicas u objetos y desean modificar la realidad o la forma de tratarla.

Todas estas maneras de hacer ciencia confluyen en un elemento común que se relaciona con su carácter de creaciones humanas que tienen repercusiones en los propios seres humanos, en la naturaleza y en la sociedad, no solo por su papel en el desarrollo y en el progreso social, sino también por su vínculo con la estructura de la sociedad, el modo y las relaciones de producción, así como sus impactos en el medio natural donde se desenvuelve la vida humana y la del resto de las especies, que constituye una cadena de ciclo completo en el equilibrio ecológico. Cada intervención, por sencilla e inocua que parezca, puede tener efectos desastrosos en ese delicado entramado que son el hombre, el medio ambiente y la sociedad.

Estas repercusiones se ponen de manifiesto en plazos diferentes, de acuerdo a como sean sus objetos de estudio, sus objetivos, sus alcances y sus métodos, y con la velocidad con que los conocimientos obtenidos, aun en las más abstractas o ciencias formales, sean utilizados por las ciencias aplicadas en función de necesidades verdaderamente sociales o de grupos de poder, por lo que los seres humanos han tenido que pensar en las implicaciones éticas que para los individuos y los conglomerados sociales tendría la ciencia de acuerdo con esta clasificación.

El tema que nos ocupa son las formas del quehacer científico que al tener como objeto de estudio aspectos particulares de las estructuras, funcionamiento y comportamientos del organismo de los seres humanos, así como las alteraciones de esas estructuras, funciones y comportamientos, se encaminan a obtener conocimientos y no a producir metodologías, tecnologías y su perfeccionamiento o a realizar intervenciones directamente en el hombre. A estas investigaciones es a las que denominamos investigaciones biomédicas básicas.

Aspectos generales de la ética en las investigaciones biomédicas básicas

Como ya dijimos, la ciencia es una actividad humana que transitó de un contexto donde era solo un investigador la figura prominente, la mayoría de las veces encerrado en un local en el que trabajaba incansablemente para obtener respuestas para su curiosidad, hasta convertirse en un trabajo de equipo cuyos resultados impactan a la sociedad. Al dejar de ser considerada una praxis eminentemente individual para ser de interés de la sociedad, ser valorada por

esta y requerir de juicios valorativos de buen o mal proceder, determinó que los hombres comenzaran a identificar los posibles dilemas éticos involucrados en el trabajo científico y en su aplicación. El estudio *transparente* de estos problemas valorativos ha contado siempre con la evasión o tergiversación premeditada de enfoques ideológicos de los que se benefician de su comercialización o su utilización con ánimo hegemónico. Estos dilemas se diferenciarían según se tratase de las ciencias puras o de las aplicadas.

Tal vez podría argumentarse que la ciencia pura, léase también básica y ajustémonos aquí a la rama de las ciencias biomédicas, cuyo objetivo intrínseco o cognitivo es el incremento de nuestros conocimientos, posee solamente como requerimientos éticos los relacionados con la validez de los resultados, con la propiedad e idoneidad de los métodos e instrumentos empleados, la exactitud de las mediciones, el ajuste a la estricta verdad sin falsificación deliberada de los datos, sin adulteración de registros u omisión de fuentes de información, la apropiación indebida del trabajo o de resultados de otros investigadores, pasando por el uso inadecuado y abuso de animales de experimentación o incluso de los seres humanos.

Pero esta forma de ver el compromiso ético del investigador está obviando los problemas de legitimidad derivados del hecho que la ciencia, sea cual fuere su objetivo y alcance puede tener en un plazo no predecible, aplicaciones indebidas de sus resultados, subordinarse al poder económico de las minorías en contra de las mayorías desposeídas, sin olvidar los efectos sobre el ecosistema o la enajenación mental que pondría en crisis la posibilidad de subsistencia de los seres humanos del futuro.

Otro aspecto que se debe considerar, y que trataremos con más profundidad al hablar de los medios, son las consideraciones éticas de la investigación básica en la que se obtienen muestras biológicas procedentes de seres humanos mediante procedimientos invasivos, riesgosos para su integridad, sin el consentimiento de la persona, mediante engaño o abusando de sus necesidades económicas, o cuando se les somete a condiciones experimentales con esas mismas características. En el mejor de los casos, existe el consentimiento informado, pero que parte de una información recibida y «entendida» por el individuo sin llegar a constituirse en sentido personal del que la recibe y lo firma, y sin condiciones legítimas para jerarquizar las necesidades que llevaron a la toma de las decisiones con respecto al texto del documento de consentimiento.

Además de esos componentes de dilema que iremos desarrollando a lo largo de este capítulo, para Mario Bunge hay también un «ethos» intrínseco derivado de una amplia divulgación de la actitud científica que provoca cambios importantes de concepción y comportamiento individual y colectivo. Es así que afirma:

La adopción universal de una actitud científica puede hacernos más sabios: nos haría más cautos, sin duda, en la recepción de información, en la admisión de creencias y en la formulación de previsiones; nos haría más exigentes en la contrastación de

nuestras opiniones, y más tolerantes con las de otros; nos estimularía a planear y controlar mejor la acción, a seleccionar nuestros fines y a buscar normas de conducta coherentes con estos fines y con el conocimiento disponible, en vez de dominadas por el hábito y por la autoridad; daría más vida al amor de la verdad, a la disposición a reconocer el propio error, a buscar la perfección y a comprender la imperfección inevitable; nos daría una visión del mundo eternamente joven, basada en teorías contrastadas, en vez de estarlo en la tradición, que rehuye tenazmente todo contraste con los hechos; y nos animaría a sostener una visión realista de la vida humana, una visión equilibrada, ni optimista ni pesimista [...].⁴

Cuando este actuar del científico es valorado por la sociedad como un buen proceder, adquiere de hecho una connotación ética, el componente valorativo del conocimiento, que es la raíz filosófica de la ética. El dilema central está en la medida en que los grupos de poder asuman estas actitudes y no socaven y subviertan las buenas intenciones de una comunidad que desearía actuar siempre en bien de la humanidad, o favorezcan opiniones que trasladan a la ciencia y hasta a los científicos la responsabilidad de su mala utilización y sus consecuencias.

Tampoco podemos suponer que todos los científicos que trabajan en el campo de las investigaciones biomédicas básicas están imbuidos de un deseo inmanente de beneficiar a la humanidad, porque son innumerables los grupos que trabajan para la ciencia de la guerra y saben de antemano que sus resultados serán utilizados a corto, mediano o largo plazo para la destrucción y no para el bienestar de los demás seres humanos, solo que tanto ellos como los grupos de poder a los que obedecen justifican este proceder aludiendo fines «patrióticos», de preservar a su país de la posible agresión de enemigos, en defensa de razas, etnias o credos religiosos e incluso van más allá del sentido de patria en sus argumentos, al pretender que apoyan la «libertad y la democracia en el mundo».

Partiendo de que si se excluyendo esos bien conocidos fines y consecuencias de ciertas investigaciones biomédicas básicas, al considerar las posibles conductas de miembros de la comunidad científica o de los decisores de su aplicación, podríamos pensar, situándonos en una postura un tanto «ingenua», que, en general, la ciencia y la comunidad científica por sí mismas ejercerían su control, pero las experiencias vividas hasta ahora han mostrado que a corto, mediano o a largo plazo, los resultados de las investigaciones básicas aparentemente más inofensivos han tenido aplicaciones en ocasiones desfavorables para grandes grupos de seres humanos o del sistema ecológico que le rodea, y ello obliga a observar una actitud cautelosa en lo que respecta a considerar que las investigaciones básicas solo tendrían que ser cuestionables en relación con los problemas de validez y legalidad (malpraxis), donde el control interno sería materia de una

⁴ *Ibidem* 1.

educación ética y no solo de afirmaciones pontificantes sobre «como debería aplicarse» la ciencia.⁵

Este análisis orienta hacia el criterio de que la ciencia debe ser sometida a un mayor control ético donde exista participación social, y por parte de expertos que analicen los posibles fines que se derivarían de la investigación que hasta ese momento es básica y persigue obtener cierto conocimiento acerca de un problema en particular y el pronóstico de sus consecuencias a largo plazo.

Y es precisamente por la situación que vive la ciencia –que se debate entre el ímpetu de obtener nuevos conocimientos y la expectativa de transformarlos en futuras aplicaciones prácticas en beneficio de la sociedad–, que surge el componente ético relacionado con la legitimidad, la veracidad y la factibilidad de aplicación,⁶ así como de si lo que se investiga se justifica o no en sociedades donde la distribución de los recursos para la investigación y los servicios de salud son tan menguados que no alcanzan para cubrir las verdaderas necesidades de la población. La ciencia concommita con los problemas de desigualdad social, donde el impacto de los resultados de los descubrimientos científicos no se distribuye igualmente a todas las personas en la sociedad, porque este grado de distribución y la capacidad para gerenciar y aplicar ese progreso está en relación directa con la estructura económica y social del país en cuestión y su grado de justicia distributiva de los bienes y los derechos.

Las iniquidades en salud, que podrían a priori parecer que solo se relacionan con los accesos de las grandes masas a las mejores tecnologías de promoción de salud, prevención de enfermedades, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades con la mejor calidad –dentro de un trabajo de excelencia–, tienen un sustrato que no puede desvincularse de las ciencias biomédicas básicas, que son las que dan el soporte teórico para que las enfermedades puedan prevenirse, acerca de las mejores maneras de mantener la salud y, finalmente, para que los diagnósticos y los tratamientos se basen en muchos casos en los resultados que, sobre la fisiopatología de las enfermedades, se han obtenidos en investigaciones básicas.

Lo «éticamente» elegible como problema de investigación. El componente ético en «lo que se investiga» en las ciencias básicas biomédicas

Y ante la pregunta, ¿qué se investiga o se debe investigar en las ciencias básicas sobre la salud humana?, la respuesta podría ser infinita, cual tantos y tan variados problemas podrían centrar la atención de los investigadores, pero lo que

⁵ F. Lolás. «Ética de la investigación biomédica: aspectos, perspectivas, contextos.» En *Bioética y antropología médica*. Santiago de Chile, Publicaciones Técnicas Mediterráneo, 2000.

⁶ W. Degrave. «O poder e as responsabilidades do conhecimento científico.» En F. Carneiro, M.C. Emerick (editores). *A ética o debate jurídico sobre acesso e uso do genoma humano*. Río de Janeiro, Ministerio da Saude, Fundação Oswaldo Cruz, 2000.

sí podríamos afirmar es que no faltarán los dilemas éticos relacionados con los conflictos de intereses que surgen entre las motivaciones de los investigadores, las necesidades reales de la sociedad, la disponibilidad de los recursos que financien los proyectos, las presiones de las instituciones donde se realizan las investigaciones y de los grupos de poder que sustentan a las grandes trasnacionales y, como ya dijimos, con la posibilidad final de distribuir equitativamente o no las aplicaciones beneficiosas que se podrían derivar, a largo o mediano plazo, como alternativas para mejorar la salud de los seres humanos o prevenir enfermedades entre las capas y estratos sociales que poseen diferente acceso a los servicios de salud y, en particular, los más necesitados de la sociedad.

Aun cuando se asignen recursos en magnitudes aceptables, puede ocurrir que se distribuyan desconociendo u obviando una política de salud racionalmente elaborada que recoja y jerarquice las verdaderas necesidades y problemas de la sociedad, el estado de salud de la población, sus particularidades de vulnerabilidad, o por la influencia en la toma de decisiones basadas en concepciones biologicistas, clinicistas o de educación-prevenición existentes, que se encargarían de tergiversar la realidad ante los decisores sobre la asignación de recursos.

Una de las consecuencias que estas manifestaciones pueden provocar es la asignación desproporcionada de recursos a la atención secundaria, donde se utilizan novedosas y complejas tecnologías, mientras que la educación para la salud, la higiene comunal, el cuidado y preservación del medio ambiente, la garantía de una nutrición sana, los problemas que generan y los que se derivan de las adicciones, el combate del estrés y la promoción y creación de instalaciones para la actividad física y recreativa específicas para proteger la salud están subestimadas o son precarias. Ante estos peligros que pueden acechar a cualquier sociedad, el peso de la solución está en la necesidad de exigencia de una buena asesoría por parte de la dirección social y de trabajo con dignidad y ética profesional de los asesores.

De acuerdo con los reportes mundiales sobre la ciencia, los temas más investigados son los que afectan a los sectores que poseen mejores recursos y nivel de vida, en detrimento de aquellas enfermedades de los países pobres que exhiben elevadas morbilidad y mortalidad. Se estima que el 90% de los 56 mil millones de dólares que se invierten anualmente en las investigaciones biomédicas en el mundo, se dedica a enfermedades que afectan solamente al 10% de la población mundial.⁷ No puede olvidarse que hay enfermedades que son consecuencia de la pobreza y que corrigiendo esa «desviación» social impuesta por el saqueo de las potencias mundiales y constituida por la distribución desigual de la riqueza, se resolverían en gran medida sin que tuvieran que dedicarse enormes

⁷ Commission on Health Research for Development. *Health Research: Essential Link to Equity in Development*. Oxford, Oxford University Press, 1999. Citado por V.B. Penchaszadeh. «Ética de las investigaciones biomédicas en un mundo globalizado.» En J.R. Acosta Sariago (editor científico). *Bioética para la sustentabilidad*. Op. cit.: 439-54.

recursos para la financiación de investigaciones que aporten conocimientos enriquecedores del marco teórico acerca de ellas.

Las soluciones para muchas enfermedades se conocen, y necesitan solamente de procedimientos tecnológicos relativamente poco complicados o cuyos costos no son elevados para resolverlas, pero las mayorías desfavorecidas no están contempladas en los países subdesarrollados y hasta en algunos de los más desarrollados. Pensemos en la cifra a la que podrán ascender los necesitados de una sencilla y rápida operación de cataratas en América Latina y, sin embargo, pasan los años y el problema no se resuelve; ubiquemos entonces, frente a esa situación de salud que no se ha resuelto, el ejemplo que da Cuba al mundo en términos de solidaridad y humanismo, cuando ofrece gratuitamente este servicio a miles de personas de varios países de la región. Se abre aquí un nuevo ejemplo de principio y actuación éticos para meditar e imitar, que se ha ganado el derecho de aparecer en los libros de bioética, y que comenzaría a desplazar –sin que se pretenda sustituir definitiva o totalmente– los ejemplos gastados de conflictos éticos que interesan más a los países donde las personas viven hasta edades en las que son una prioridad las consideraciones acerca de la muerte después de haber tenido una vida digna, por otros en que se propicien diálogos éticos acerca de problemas que ocurren a diario y que afectan a grandes masas de seres humanos que milagrosamente no fallecieron en la infancia y siguen sin enterarse ni disfrutar lo que la comunidad científica descubrió hace muchos años.

Si sometemos esta información a un debate ético, tendríamos que añadir a los elementos de legitimidad, veracidad, los fines, las consecuencias, los medios y las circunstancias, una nueva dimensión relacionada con la selección de los problemas de salud que se deberían incluir como prioridades para que los centros de investigación y las universidades de todo el mundo encaminen sus investigaciones básicas, de manera que los conocimientos obtenidos puedan servir de sostén al desarrollo de productos y tecnologías capaces de modificar la situación sanitaria en los países pobres y entre los grupos de seres humanos más desfavorecidos.

Otro matiz del conflicto ético en relación con qué se investiga, lo tenemos cuando en centros de investigación y universidades ubicados, por ejemplo en África, continente donde la malaria provoca millones de muertes cada año, principalmente entre los niños menores de cinco años, se dedican a investigar, como primera línea o fortaleza que los caracteriza en las ciencias biomédicas básicas, la fisiopatología de la enfermedad de Alzheimer, solo porque el interés de los financistas se centra en esa enfermedad y en la dilucidación de los mecanismos que la provocan como paso previo para la obtención de fármacos que permitan combatirla o paliar sus efectos en las poblaciones que la padecen, que son mayoría en el mundo desarrollado y en las edades avanzadas de la vida.

Por supuesto que estas investigaciones tienen un fin muy loable para los que padecen la enfermedad, y sobre todo para los que pueden pagar las futuras terapias

que se podrían elaborar partiendo de los conocimientos de esas investigaciones básicas, pero no resolverá ningún problema relacionado con la supervivencia y el bienestar de los habitantes de ese continente y país al que pertenecen los investigadores y donde están ubicadas las instituciones que investigan, debido a que son pocos los integrantes de esas poblaciones que alcanzan la edad en que con más frecuencia aparece la enfermedad de Alzheimer, porque mueren en edades tempranas como consecuencia de enfermedades prevenibles por vacunación o por observación de medidas higiénicas.

Es así, entonces, que las investigaciones básicas dentro de las ciencias factuales, orientadas a la construcción conceptual para reformular sus basamentos, pueden realizar su actividad por la causa pura del conocimiento, pero siempre obtienen ese conocimiento acerca de algo que existe en la realidad y que está fuera de la mente del investigador. Lo ético sería entonces que, si partieron de problemas de la realidad, y el objetivo central de la investigación en la ciencia factual «pura» o básica es por definición mejorar el conocimiento sobre el mundo de los hechos, estas se ejecuten a partir de problemas que constituyan prioridades de los grandes grupos sociales, buscando sustento teórico para aspectos fundamentales y las posibles explicaciones de eventos relacionados con las principales enfermedades que aquejan a los seres humanos, y para las que hasta ahora no hay solución, y, si es posible, tener en cuenta que sean las más importantes en las comunidades o países en los que se realizan las investigaciones o que respondan a convenios solidarios para resolver problemas de gran prioridad en los países pobres.

Entre los criterios que podrían orientar esta selección estarían los relacionados con la ponderación del problema de acuerdo con su frecuencia, su importancia según la morbilidad y la mortalidad, porque producen una elevada cuota de sufrimiento e invalidez, las que aún no tienen forma de prevenirse, o que cumplen ciertos criterios de interés para cada país en particular, concertando esas necesidades sociales con las motivaciones de los grupos de investigadores, la factibilidad de ejecución y los recursos con que se harían las investigaciones, dejando a un lado el sensacionalismo, la ambición y el oportunismo. Pero, por supuesto, en la ciencia como en todas las cosas de la vida, existen matices y lo que se necesitaría sería consenso dentro de la comunidad científica, con participación social, para equilibrar las investigaciones sin coartar la iniciativa creadora de los científicos, afectar su autonomía, ni lesionar su curiosidad natural.

Existe un ejemplo, extraído de una vivencia personal, en relación con «qué investigar» como dilema ético y las repercusiones de la pobreza mundial. Durante la conferencia de un eminente científico, profesor de una prestigiosa universidad norteamericana, se discutieron las estrategias de nuevas vacunas contra enfermedades diarreicas, cuyos agentes causales se transmiten por el agua y por los alimentos contaminados, y, al declarar que se habían invertido cifras enormes en las investigaciones básicas, en las de investigación-desarrollo para la elaboración de candidatos vacunales y en los ensayos clínicos —realizados por supuesto en

países del Tercer Mundo—, uno de los integrantes del auditorio le preguntó si no era preferible invertir parte de ese dinero en campañas para el saneamiento de las aguas, la construcción de alcantarillados y la educación sanitaria de las poblaciones para evitar las infecciones, que seguir manipulando el sistema inmune de los seres humanos con vacunaciones contra todos los gérmenes, tal y como ocurre en el Primer Mundo, donde esas enfermedades no constituyen graves problemas de salud, a lo que el conferencista respondió: «Con esa cantidad de dinero se pueden pagar las investigaciones para resolver un gran problema de salud de los países en vías de desarrollo mediante la inmunidad activa en las poblaciones en riesgo, pero lo que sí le puedo asegurar, que considero incalculable e inalcanzable, a pesar que resolvería definitivamente el problema, es lo que se necesitaría para eliminar la miseria y las desigualdades en el mundo, que son la principal causa de que esas enfermedades sigan provocando muertes.»

Sobran los comentarios acerca de la legitimidad de las investigaciones y su relación con los problemas de distribución de la riqueza en el mundo, donde no solo están afectados los países en desarrollo sino también los sectores más desfavorecidos y marginados de las sociedades del denominado «mundo desarrollado», pero nótese también el sesgo pesimista de la respuesta del investigador, que es reflejo de la impronta que en él ha producido la sociedad en la que vive y donde se desempeña, cuando utilizó el término «inalcanzable».

Esta visión de lo que para un científico puede resultar importante, alcanzable o inalcanzable es explicada por la filosofía marxista «que supo ubicar a la ciencia como ingrediente esencial de las formas modernas de producción de bienes y mercancías. Estos modos de producción determinan la estructura, carácter intrínseco de cada sociedad del cual dependen todos los demás elementos, sean estos institucionales, jurídicos, económicos, sociales o culturales. A partir del aporte marxista, enriquecido por los cuantiosos aportes de la sociología moderna, es casi automático afirmar que «cada sociedad posee el tipo de ciencia que corresponde a su modo de producción».⁸ Y dentro de él a la pujanza de las ideas más progresistas que logran diferencias entre países de estructura económica semejante.

¿Por qué y para qué se investiga? El dilema ético de los fines, las consecuencias y las circunstancias en las ciencias básicas biomédicas

Luego de analizar los postulados del acápite anterior, donde se consideró el componente ético en «lo que se investiga», la pregunta ¿por qué y para qué se investiga en la ciencia básica biomédica? podría tener una respuesta «elegante» y formal, tan sencilla como que la curiosidad intelectual ha sido la fuente de

⁸ J. Bacallao Gallestey. Op. cit.

la mayoría de los conocimientos científicos y, de acuerdo con lo que plantea Mario Bunge,

[...] el hombre es el único ser problematizador, el único que puede sentir la necesidad y el gusto de añadir dificultades a las que ya le plantean el medio natural y el social y que la capacidad de “percibir novedad” y “ver” nuevos problemas y de inventarlos, es un indicador de talento científico y consiguientemente un índice del lugar ocupado por el organismo en la escala de su evolución [...].⁹

Tiene razón Bunge cuando atribuye al hombre la creatividad y la capacidad de inventar, y lo asocia con la generación de una cadena de problemas que surgen a partir de la solución de uno anterior, y considera que esta es una fuente fecunda de problemas científicos para el progreso de la ciencia. Pero el conocimiento por el conocimiento no se justifica, y cuando se trata de tomar decisiones para otorgar fondos a las investigaciones, la justificación y los propósitos de la investigación deberán responder a problemas clave o de alta prioridad para un grupo social en cuestión, y convencer a los financistas y a las autoridades que gerencian la investigación de su importancia, pertinencia y posible impacto sobre la sociedad.

Más allá de la respuesta «intelectual y formal», a la pregunta ¿por qué y para qué se investiga? se encuentra la esencia de un dilema ético, porque emergen los aspectos relacionados con los fines y las consecuencias de esas investigaciones y las necesidades que tienen los investigadores de recibir sustento económico en forma de financiación para sus proyectos

En los tiempos que corren, donde las desigualdades sociales se incrementan en los países con economías de mercado, en particular entre los que pertenecen al llamado «Tercer Mundo», o como se les denomina eufemísticamente «países en desarrollo», la evolución del modo de pensar en la ética de la investigación se ha movido de acuerdo con los modos históricos de interacción entre los países desarrollados y los que están en vías de desarrollo.¹⁰ O sea, asumen un quehacer ético sobre problemas que no tienen (estudian y se ocupan de los del Primer Mundo) y los que tienen continúan sin prioridad, destruyendo la riqueza humana y hundiendo a la nación.

Grandes consorcios que buscan evadir el pago de elevados impuestos crean fundaciones que financian proyectos de investigación, pero fijan los temas de acuerdo con sus intereses, lo que se ve con mayor frecuencia y claridad cuando es la industria farmacéutica, con sus grandes trasnacionales, quien bajo la cobertura de una ONG o fundación con el nombre de un famoso y altruista científico, otorga fondos para que los investigadores talentosos de los países más desfavorecidos trabajen sobre temas prefijados que solo interesan a los consorcios o bien los contratan para que realicen las investigaciones básicas, de proteómica,

⁹ *Ibidem* 1.

¹⁰ V.B Penchaszadeh. «Ética de las investigaciones biomédicas en un mundo globalizado.» En J.R. Acosta Sariego (editor científico). *Op. cit.*: 439-54.

genómica. biología molecular, farmacología básica y de otras muchas ramas de la ciencia en el país que paga y con el tema elegido por los que pagan y no en las que necesitan del trabajo y los aportes de ese investigador.

A esta situación contribuye la reducción de los presupuestos para la investigación en las universidades estatales en muchos países de América Latina, y aun del mundo desarrollado, y que para sobrevivir como ámbito académico que posee fortalezas en ciertas ramas del saber tiene que vender su fuerza «intelectual» sustentada en el trabajo de sus científicos a poderosos financistas interesados en temas muchas veces ajenos a las necesidades de las mayorías.

Pero, en última instancia, el juicio moral, favorable o no, a pesar de tratarse de investigaciones básicas, dependerá de que se pueda establecer la distinción entre los fines objetivos y los subjetivos, que son los propósitos. Si bien es cierto que toda investigación básica se dirige a la obtención de conocimientos, cada día con más celeridad ellos son la base teórica para las investigaciones aplicadas donde pueden obtenerse productos o procedimientos que estarán lejos de cumplir el principio de la beneficencia y la no maleficencia porque atenten contra la salud y la integridad de las personas, induzcan conductas eugenésicas y discriminatorias y violen también el principio de justicia porque fuesen accesibles solamente para los individuos de las capas o los estratos sociales cuyo poder adquisitivo les permita pagar los costos de esas tecnologías.

Es aquí donde se ubica la encrucijada donde contactan los fines con las posibles consecuencias de las investigaciones básicas, porque en la mayoría de las ocasiones, a pesar de que los propósitos o fines subjetivos de por sí podrían dar ciertas «pistas» sobre posibles futuras aplicaciones del cuerpo conceptual resultante de la investigación, es difícil predecir las consecuencias negativas que se pudieran derivar, a largo plazo, de esos conocimientos. Para la comunidad científica queda claro que las futuras aplicaciones pueden ser impredecibles, por lo que la valoración ética de las posibles consecuencias debería ocupar un lugar importante en el establecimiento de las bases del compromiso ético que adquieren los científicos, independientemente de cuáles sean los objetivos y el alcance de sus investigaciones, aspecto para el cual aún no existe un cuerpo moral ni jurídico en las comunidades científicas de las sociedades donde la ciencia ha alcanzado su más elevado desarrollo y en las que precisamente se han originado los más deleznable usos de los resultados del saber humano.

Sin embargo, si bien estamos apoyando una propuesta para que se establezca un sistema o bases para un compromiso ético entre los científicos en previsión de que los conocimientos obtenidos como resultado de las investigaciones básicas puedan ser utilizados en contra de los principios de la beneficencia, la no maleficencia y la justicia, debe tenerse en cuenta, según apunta Diego Gracia,¹¹

¹¹ D. Gracia. *Fundamentación y enseñanza de la bioética*. Santafé de Bogotá, Editorial El Búho, 1998.

que con un sistema de principios, sea este el que fuere, no se pueden solucionar a priori todos los problemas morales. Hay un primer momento en el que se establecen los principios y estos han de ser por definición generales, mientras que los conflictos éticos son concretos, particulares, por lo que, en el proceso del razonamiento ético se hace necesario establecer un segundo momento, distinto al primero, que es el de los puros principios, para reflexionar en torno a lo que pueda no ajustarse a ellos, de manera que el primero sirva para establecer las «normas» y el segundo las «excepciones» a esas normas.

Este verdadero dilema que se crea entre lo que sería deseable en torno a elaborar normas para evitar consecuencias de las investigaciones básicas que a largo plazo no cumplan principios de beneficencia, no maleficencia y de justicia por las inadecuadas aplicaciones de los conocimientos obtenidos, males difícilmente previsibles, y la necesidad de establecer también un momento en el proceso de ese razonamiento ético para establecer las excepciones, constituiría una fuente inagotable de problemas científicos en bioética a partir de los cuales investigar en cada una de las ciencias factuales en las que los bioeticistas se desempeñan profesionalmente.

Las circunstancias aportan un toque particular al debate ético en relación con los fines y las consecuencias de las investigaciones biomédicas básicas, pues habrá ocasiones en las que para ciertas acciones se puedan emitir juicios valorativos de «buenos proceder», a pesar de que anteriormente la sociedad lo consideró como un posible «mal proceder» y viceversa, o existir excepciones para determinadas circunstancias. Cualquier enfoque ético, por deberse a juicios valorativos de seres humanos, está sujeto a cambios que dependen de las ideas que predominan en sus instituciones, en el contexto de su sociedad y de su cultura, y ellos, a su vez, dependen del carácter intrínseco de cada sociedad, que está determinado por las relaciones de propiedad y por el sistema jurídico. Las circunstancias pueden ser diferentes dentro de una misma estructura social con idénticas relaciones de propiedad, solo porque cambiaron ciertos contextos culturales o porque se transformó la sociedad por el desarrollo de la ciencia, de la tecnología, de las artes y de otras actividades humanas en períodos relativamente cortos.

Según Diego Gracia,

[A]firmar principios éticos absolutos supone negar que puedan tener excepciones, es decir, que haya circunstancias en las que los principios no sean aplicables. Si los principios son absolutos, deben cumplirse siempre y en todas circunstancias, pero esto resulta difícil de asumir porque la experiencia parece demostrarnos continuamente que los principios morales más aceptados tienen excepciones. Ahora bien, hacer excepciones plantea la necesidad de justificarlas y que no pueden hacerse más que desde otro principio, que sería por tanto de rango superior y estaría siendo afirmado como absoluto y sin excepciones.¹²

¹² *Ibídem* 11.

Es cierto, como plantea Diego Gracia, que la rigidez de los principios morales se rompe en ocasiones frente a la fuerza de la realidad, pero las justificaciones de ciertas excepciones basadas en las circunstancias podrían abrir brechas para revestir de moralidad consecuencias de investigaciones básicas que a todas luces no son éticas, aunque se intente ampararlas desde otro principio de rango superior, por lo que la humanidad deberá exigir en todo momento que sean sometidas a debate dentro de la sociedad, donde tome partido la comunidad científica, y si los posibles daños afectarían a grandes grupos y naciones, las organizaciones multinacionales, como es el caso de las Naciones Unidas y sus respectivas dependencias, tendrían que intervenir, pero con criterio propio y no manipuladas por grupos de poder de las naciones ricas, que son las que más dinero aportan y mantienen la hegemonía mundial.

He aquí una arista más para la investigación en bioética, convergencia entre fines, consecuencias y circunstancias para, en casos particulares de la ciencia, dilucidar y analizar el cumplimiento de determinados principios éticos y las posibles excepciones derivadas de las circunstancias.

Con qué se investiga. El dilema ético en relación con los medios para la investigación biomédica básica

Puede hacerse un enfoque que podría considerarse poco convencional en el tratamiento de los aspectos éticos en relación con las técnicas y tecnologías que se emplean en las investigaciones biomédicas básicas y es lo relacionado con las limitaciones en la elección de las tecnologías más avanzadas que tienen su origen en los países industrializados, las que, por su elevado costo, están en muchas ocasiones fuera del alcance de los techos de los presupuestos asignados a los centros de investigación y las universidades de los países en vías de desarrollo, si es que han logrado financiación para algunas de sus investigaciones.

Más importante aún es la existencia de una monopolización del desarrollo científico-técnico por un reducido número de países y corporaciones transnacionales. Las barreras que obstaculizan la elección y el acceso a las estrategias y a los procedimientos pertinentes para la ejecución de investigaciones básicas, lejos de disminuir han aumentado, lo cual cierra las oportunidades de lograr investigaciones de avanzada en los países del Tercer Mundo.¹³

Añádanse a esto las graves lagunas tecnológicas que poseen los países más pobres, que no tienen una capacidad nacional suficiente para el desarrollo de esas investigaciones por la carencia de investigadores convenientemente calificados, pues no existe infraestructura de la ciencia para su formación, y los que logran alcanzar una competencia y un desempeño que los ponga en condiciones de

¹³ N. Choucri. «Red de conocimientos para un “salto tecnológico”.» *Cooperación Sur* [New Cork], 1998; (2).

ser científicos destacados emigran hacia los países industrializados, en los que encuentran un mercado laboral donde insertarse de acuerdo con lo que saben y pueden hacer, y que les permite no solo alcanzar desarrollo profesional sino también bienestar material. No pretendemos emitir juicios negativos en contra de aquellos que eligen mercados laborales más «sustanciosos», que les permiten vivir y trabajar con el confort y la tranquilidad que requiere la actividad en sí, sino a los determinantes de las desigualdades entre países y seres humanos, que son responsables de que no exista la capacidad para formar investigadores suficientemente calificados y ofrecerles las condiciones necesarias para que se desempeñen decorosamente en sus países de origen.

Por tanto, antes de debatir acerca de si las técnicas usan grandes cantidades de trazadores radiactivos –las tecnologías que genera la investigación biotecnológica y de ingeniería genética son éticamente permisivas para usarlas en investigaciones biomédicas básicas, en tanto pueden causar perjuicio a los individuos cuando son objeto de la investigación o para los investigadores por los potenciales riesgos de la radiactividad o de la contaminación biológica–, deberán establecerse y debatirse los conflictos globales en torno a las desigualdades de acceso a las tecnologías de avanzada para el desarrollo de la ciencia en los países denominados «en vías de desarrollo» con respecto a los que tienen todas las posibilidades y mantienen la hegemonía tecnológica, en detrimento del desarrollo equilibrado de la ciencia en el mundo.

Es incuestionable que en la investigación empírica resulta imprescindible hacer ciertas manipulaciones del objeto de estudio, y en el caso de las biomédicas básicas, ese objeto puede ir desde el hombre –al que se le realizan intervenciones aunque no se trate ni de una investigación aplicada ni de un ensayo clínico, sino porque aporta su organismo como un todo, sus líquidos biológicos, sus células o sus tejidos como muestras para estudiar–, pasando por los animales de experimentación, hasta los organismos unicelulares como las bacterias y las formas de vida que necesitan de la maquinaria genética de una célula para su multiplicación, como es el caso de los virus.

Si bien no será motivo de este trabajo el tema de la ética de la investigación en seres humanos y con animales de experimentación, no se puede pasar por alto el hecho de que son ellos los que reciben el efecto de los procedimientos y las tecnologías que permiten obtener los datos con los que se elaborarán explicaciones, se establecerán asociaciones, relaciones de causalidad, todas ellas necesarias para determinar un cuerpo conceptual que es esperado en estas investigaciones.

Los métodos y procedimientos que se aplican al objeto de estudio en la investigación constituyen un elemento imprescindible para las ciencias factuales: sin métodos la investigación empírica carece de herramientas para obtener conocimientos, y es por ello que en muchos análisis éticos se presta especial atención al problema de los medios. Pero lo que sí no puede considerarse moral, es que se tenga en cuenta solamente en el análisis ético la valoración de la pertinencia de

los métodos que se van a emplear, la exactitud de las mediciones, la excelencia en la ejecución de cada procedimiento y otros elementos inherentes a la aplicación y ejecución de esos procedimientos, si no se considera con profundidad a quién o a quiénes se aplican, la manera y el momento en que se hace, su invasividad, sus posibles efectos nocivos o su inocuidad a largo plazo, si causan efectos indeseables no relacionados con la variable que miden y todos aquellos aspectos que puedan tener cobertura bajo el principio ético de la no maleficencia y, por extensión, de la beneficencia.

Las tecnologías de última generación y ciertos procedimientos no han sido aún validadas por el tiempo, importante comprobador de inocuidades o de efectos dañinos a largo plazo, que sería quien diría la última palabra en cuanto a que un proceder al que es sometido un ser humano, que es el objeto de una investigación biomédica básica, cumple con los requisitos éticos que permiten su empleo. Pongamos como un ejemplo —no extraído de la realidad sino construido para este texto—, que se desea obtener conocimientos acerca de una posible influencia del bajo peso al nacer sobre la madurez del sistema inmune en recién nacidos, evaluada por la respuesta celular a la inoculación intradérmica de un antígeno, que ha sido utilizado en adultos sin que se hayan observado efectos deletéreos, pero que no se pueden predecir estos a largo plazo si se inocula cuando el sistema inmune está aún inmaduro. El dilema ético en este caso no se resuelve con la firma por los padres del «consentimiento informado», que no protege a ese recién nacido de padecer en el futuro de alguna enfermedad causada por el inóculo o que lo haga vulnerable frente a ciertos riesgos.

Este argumento, muchas veces esgrimido por los científicos cuando se investiga aplicando procedimientos que pueden dañar a los sujetos de investigación al afirmar que «se cumplieron los principios de autonomía y los requisitos del consentimiento informado», no legitima el sufrimiento ni el perjuicio a la salud, porque como escribe Fernando Lolas, a propósito de la redacción del texto de Nuremberg, donde se insinúa que si un sujeto consiente voluntariamente a una intervención sobre su cuerpo, ese permiso lo legitima: «¿Sería más legítimo y dejaría de ser malo reventarle los pulmones a alguien solo porque consiente en dejárselo hacer? ¿Serían mejores los datos porque el individuo consintió en participar?»¹⁴

El debate en torno al consentimiento informado es largo y, como aclaramos, no es objeto de este trabajo, pero creemos que el aporte que hace Núñez de Villavicencio cuando se refiere a que el consentimiento debe ser educado, porque «no siempre basta con informar al sujeto para que esté debidamente preparado para tomar decisiones, porque educar es mucho más que informar»,¹⁵ es crucial en las investigaciones básicas donde estén implicados seres humanos.

¹⁴ *Ibidem* 5.

¹⁵ F. Núñez de Villavicencio. «Bioética: el médico, un educador.» En J.R. Acosta Sariego (editor). *Bioética. Desde una perspectiva cubana*. La Habana, Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, 1997: 128-32.

Con respecto a los animales de experimentación, en las investigaciones biomédicas básicas es imprescindible en muchas ocasiones poseer modelos animales por la información que brindan cercana al comportamiento del organismo del ser humano y la posibilidad de hacer manipulaciones genéticas como animales transgénicos y knock out para ciertos genes, de donde se obtiene la información acerca de las funciones de órganos y sistemas, de regiones genéticas y genes en particular, relaciones causa-efecto en sistemas de mediadores para la señalización entre células y otras muchas aplicaciones en la búsqueda de explicaciones y de la fisiopatología en enfermedades humanas.

Existen principios éticos para la investigación con animales, basados en el consenso de científicos que se han preocupado porque se utilicen los animales correctos, en el número adecuado, y que su manejo se efectúe con buen sentido y buena sensibilidad. Al igual que con la investigación sobre humanos, no abordaremos el tema, sino solamente queremos hacer referencia a que existen exigencias en la selección de la especie, categoría y la calidad del animal de laboratorio, así como las condiciones de experimentación, la calidad del protocolo experimental, la calificación del personal y, principalmente, su actitud ante los procedimientos experimentales con los animales, además de hacer patente el conocimiento de métodos alternativos o complementarios a priori.

Lo relacionado con los animales de experimentación para las investigaciones deberá ser motivo de un análisis profundo y todo lo abarcador que permita que sean agotados los componentes de la praxis que se han amparado en ciertos principios éticos o que pueden constituir dilemas aún no debatidos o esclarecidos en el campo de la ética y que puedan ser fuente de enriquecimiento para la investigación en bioética

Esto debe estar a tono con lo universalmente aceptado por la comunidad científica para lograr resultados de investigación aceptables o válidos y relevantes que contribuyan al conocimiento. La experimentación animal requiere no solo animales con calidad definida, sino la justificación ética de su uso, al ponderar los resultados que se espera obtener, y protocolos cuidadosamente elaborados que muestren el trato humanitario al animal y la evitación en los procedimientos experimentales de sufrimiento, daño o dolor, o bien la fundamentación de causarlos, pero por el tiempo más breve posible, y de aliviarlos cuanto antes, sin secuelas.

Lo relacionado con las investigaciones que implican manipulaciones genéticas en organismos unicelulares o en virus será abordado en otro capítulo de este libro que analiza de manera particular todo lo relacionado con el genoma, tanto humano como de otros organismos, y, por tanto, solo de forma muy general expresaremos que la manipulación del material genético de microorganismos en los laboratorios, por controlados que sean los experimentos, pueden provocar la aparición de cepas con virulencias exacerbadas o con modificaciones que impidan al sistema inmune de los seres humanos lograr una adecuada respuesta, con las

consecuencias deletéreas que ello acarrearía. No están escritas estas oraciones con un fin alarmista, sino que ponen en la palestra posibles dilemas éticos que la ciencia y la bioética deberán considerar para cada caso en particular.

Investigaciones biomédicas básicas que pueden generar consecuencias violatorias de los principios de la bioética

Una vez analizados de manera general el tema de los fines y las consecuencias en las investigaciones biomédicas básicas, podríamos referirnos a ejemplos particulares. Tal vez lo primero que viene a la mente sean los dilemas éticos que está planteando la genómica a partir de los acelerados pasos del proyecto genoma humano, porque en torno a sus resultados se han desatado múltiples debates acerca de qué se investiga, para qué se investiga y cuáles serían las aplicaciones de esas investigaciones. En otra parte de este trabajo nos referiremos a ciertos ejemplos de esa ciencia, pero hay investigaciones en otras ramas del saber que, cuando sus resultados pueden servir de marco teórico para futuras aplicaciones, generan dilemas tan importantes como los de la manipulación del material genético. A continuación pasaremos a analizar algunos de ellos.

Las investigaciones acerca de la inmunopatología de la sepsis grave por endotoxinas bacterianas. Estos trabajos, de los cuales hay muchos realizados por talentosos científicos cubanos, han aportado importantes conocimientos acerca de las características de los componentes constitutivos de las estructuras de las bacterias y de la respuesta del hospedero que provocan la perpetuación de la inflamación y de la «parálisis inmunológica» que lleva al enfermo al desenlace fatal. Se han identificado los mediadores de inflamación, las citocinas proinflamatorias que desempeñan el papel más importante en la entidad, los receptores a los que se unen los lipopolisacáridos (LPS) bacterianos y que desencadenan la liberación de los mediadores de la inflamación, así como que existen péptidos que de manera natural, si se unen a ciertos receptores, pueden prevenir el *shock* o al menos minimizar sus efectos y favorecer la recuperación del enfermo y de manera artificial, si se administran unas horas antes o poco después que el cuadro clínico se inicie. Todo este cuerpo teórico permitiría fundamentar nuevas investigaciones que sirvieran para orientar el manejo de los enfermos con infecciones por gérmenes que posean el LPS.

Por tanto, los beneficios inmediatos no parecerían muy impactantes, pero si como consecuencia de esos resultados se inician por parte de las transnacionales farmacéuticas nuevas investigaciones para obtener de manera sintética los péptidos que protegen contra la aparición del *shock*, o nuevas drogas contra los mediadores y citocinas proinflamatorias que se liberan en este cuadro, estaremos ante un dilema ético que tiene como eje el cuarto principio de la bioética, que es la justicia. La pujante industria farmacéutica impulsará y financiará las investigaciones aplicadas y los ensayos clínicos en busca de nuevas ganancias

y los beneficios de estas últimas investigaciones los recibirán aquellos con más poder económico, porque los precios del mercado serán prohibitivos para las grandes masas de desposeídos que hay en el mundo.

Las iniquidades sociales, de las que ya hablamos, no se han resuelto en el mundo, a pesar de que las organizaciones internacionales claman constantemente que están trabajando para eliminarlas, porque la equidad y la justicia son de extrema importancia para aquilatar las dimensiones del desarrollo social, económico, político, ambiental entre otros.¹⁶ Y las iniquidades en salud están asociadas a la vulnerabilidad, la exclusión y la marginación social de grandes grupos de seres humanos en el mundo, por lo que ocurre que los más afectados, y donde hay mayor morbilidad por estas infecciones con una elevada mortalidad es precisamente en esos grupos vulnerables que no se beneficiarán con los nuevos fármacos.

Otra vertiente que no puede ser ignorada es la posible utilización de estos conocimientos para la manipulación de cepas de estos microorganismos más virulentos que sean resistentes a las terapias desarrolladas por esas mismas transnacionales farmacéuticas con el fin de utilizarlas en la guerra biológica, lo que, a pesar de que internacionalmente es condenado y está prohibido, no es imposible que ocurra.

Investigaciones sobre variantes del VIH que permiten caracterizar las cepas con diferente tropismo para infectar solamente a los linfocitos o a los linfocitos y a los macrófagos. Los resultados de las investigaciones acerca de las cepas del VIH que pueden infectar solamente linfocitos CD4+ o a linfocitos y a macrófagos con ese marcador aportaron importantes conocimientos acerca de la inmunopatogenia de la enfermedad, así como de la resistencia a desarrollar SIDA en individuos homocigotos para una mutación en el gen que expresa un receptor de quimiocinas, pero que funciona como correceptor para la penetración del VIH en las células, y que en los individuos que son heterocigotos para la mutación, la aparición de la enfermedad es más tardía que en los que no tienen el gen defectuoso.

Por tanto, las posibles aplicaciones de estos conocimientos podrían relacionarse con el desarrollo de vacunas que impidan la unión del virión no solo a la molécula CD4+, sino también al correceptor, y la posible manipulación genética en los infectados para frenar la diseminación del virus y la infección de nuevas células.

Al igual que en el ejemplo anterior, el principio de la justicia sería violado por las transnacionales de la industria farmacéutica una vez que se fabricaran esas vacunas, pues serían vendidas a precios prohibitivos para los países pobres y para los grupos más desfavorecidos dentro de las sociedades desarrolladas, que son precisamente los que están en riesgo de enfermar por la incultura, la promiscuidad

¹⁶ PNUD. *Investigación sobre desarrollo humano y equidad en Cuba*. La Habana, Centro de Investigaciones de la Economía Mundial/Editorial Caguayo, 2000.

y todos los males que aquejan a los grupos marginados, como ya lo han hecho en el caso de la terapia antirretroviral en los enfermos de SIDA, pues por sus costos no está al alcance de todos los infectados que lo necesitan, a pesar de que se conoce que retarda la muerte y mejora el estado clínico porque reduce la carga viral y permite la repoblación de los linfocitos CD4+. Esta conducta impropia se hizo escandalosa cuando se solicitó a las firmas de la industria farmacéutica la liberación para fabricar medicamentos genéricos que pudiesen distribuirse entre las personas de menores posibilidades económicas y en los países que no podían costear las terapias para los enfermos en los servicios de salud.

El utilitarismo y la economía del bienestar consideran que un patrón justo o socialmente óptimo de asignación de recursos es el que maximiza la suma de la utilidad total de los individuos en la sociedad sin reparar en la forma en que tales utilidades son distribuidas entre los miembros de la sociedad,¹⁷ por lo que a pesar de que la mayoría de los acuerdos internacionales tiene presente preocupaciones éticas relacionadas con la igualdad básica de todos los seres humanos y la existencia de derechos fundamentales e inalienables, todo no se convierte más que en letra muerta que no impacta en las sociedades desarrolladas con polarización de la riqueza, o en las de los países en desarrollo, donde estas diferencias son aún más dramáticas, porque es mayor el número de seres humanos que viven en los límites de la pobreza y en condiciones infrahumanas, y donde para enfermedades como la infección por el VIH/SIDA, que puede prevenirse con conductas de sexo con protección, sangre y hemoderivados libres del virus y otras medidas sanitarias ya adoptadas en los países industrializados, se incrementa el número de nuevos casos infectados por año, en contraposición con la reducción en la incidencia que se ha observado en el mundo desarrollado.

Pero también se sabe que en relación con las mutaciones en el gen que codifica para el correceptor de la infección por el VIH, en las poblaciones africanas y asiáticas no se han detectado personas homocigotos para esta mutación, mientras que entre los norteamericanos blancos el 1% es homocigoto y entre el 18 y el 20% son heterocigotos y, por tanto, demorarán más en desarrollar la enfermedad. ¿Surgirá alguna forma de discriminación relacionada con este comportamiento? Lo que sí es seguro es que a pesar de que están en desventaja porque no hay homocigotos para la mutación, y por tanto ni siquiera tienen uno de cada 100 que no se infectará, y que desde el punto de vista sanitario hay más iniquidades en el continente africano, ellos no serán los principales beneficiarios de cualquier estrategia que se elabore a partir del conocimiento de la existencia de estas cepas con diferente tropismo.

Otro ejemplo es el de investigaciones que probaron que el cambio en un aminoácido de la molécula de insulina humana hace que no se desarrollen autoanticuerpos contra esa molécula. Este resultado posibilitó localizar e identificar

¹⁷ *Ibidem* 12.

la región de inmunodominancia en la molécula de insulina humana, con lo que se enriqueció el cuerpo de conocimientos en torno a si esta hormona era o no importante en la génesis de la diabetes en los enfermos que tenían anticuerpos contra ella.

Las aplicaciones a más corto plazo podrían estar relacionadas con la realización de investigaciones de desarrollo para obtener por la tecnología del ADN recombinante una molécula de insulina con el aminoácido sustituido para utilizarlo en la terapia de los diabéticos insulino dependientes, sobre todo en los niños. Pero, ¿quién tendría capacidad tecnológica para en un breve plazo producir enormes cantidades del producto, hacer los registros de propiedad industrial, hacer los ensayos clínicos en todas sus fases y con los requerimientos en cuanto al número de personas involucradas, cumplir con los requisitos para el licenciamiento del nuevo producto en todos los países donde se pretenda vender y luego cubrir los costos de la comercialización de esa nueva insulina? Para esta pregunta hay una sola respuesta: las grandes firmas de medicamentos que monopolizan el mercado de la industria farmacéutica. Y vuelven a emerger como dilema ético principal los conflictos que son globales porque se relacionan con la justicia distributiva.

Otra posible aplicación sería administrarla por vía oral para intentar inducir tolerancia o «regulación negativa» que retardara la aparición de la enfermedad. En este caso, se necesita también, al menos a escala experimental, producir cantidades suficientes de esa insulina modificada para administrarla por vía oral y evaluar si induce o no tolerancia o es capaz de inmunorregular el sistema de reconocimiento de la molécula de insulina, para que no se desarrollen anticuerpos frente a ella y, además, lograr la financiación de la investigación para sostener los costos de los reactivos para los procedimientos que midan los efectos. Y surge entonces la pregunta: ¿cuántos países en el mundo cuentan con las posibilidades de abordar esas investigaciones y dar resultados en un corto plazo, de manera que se pueda lograr la primicia y la relevancia científica que todo investigador desea? La respuesta ya podemos prefijarla sobre la base del discurso en cuanto a las iniquidades en salud.

Con respecto a la manipulación del genoma, son múltiples los ejemplos de cómo las investigaciones básicas han impactado en el diagnóstico de enfermedades porque previamente se logró secuenciar total o parcialmente un gen, amplificarlo, conocer sus productos y las funciones de esos productos. Una vez obtenidos estos conocimientos, que fueron parte de investigaciones biomédicas básicas, se ha podido establecer su asociación con ciertas enfermedades, lo que permite hacer el diagnóstico posnatal y prenatal de posibles afectados o portadores heterocigotos del gen afectado, realizar el diagnóstico presintomático en aquellas enfermedades que aparecen en edades más avanzadas, y que en el futuro abrirán el camino a la terapia génica. Los aspectos éticos de estos proceder que ya están enmarcados en las aplicaciones tecnológicas en el diagnóstico, pueden

encontrarse con gran detalle en un capítulo escrito por la doctora Bárbara Barrios en el libro *Bioética para la sustentabilidad*.¹⁸

Un tema que se ha convertido en estos momentos en foco de debate por sus implicaciones éticas, es el relacionado con el empleo de células denominadas «pluripotenciales», que son capaces de diferenciarse en distintas células, tanto morfológica como funcionalmente, de acuerdo con el tejido en el que sean implantadas. Lo que ya hoy se ha convertido en un proceder tecnológico, y que en unos cuantos años será una alternativa terapéutica importante, tuvo una etapa de investigación básica que demostró que una célula pluripotencial, colocada en el microambiente particular de un tejido ya estructurado permitía a la célula adquirir las características morfológicas y funcionales de las del tejido «receptor» o «que sirvió de nido», y abrió el camino para el conocimiento acerca de las influencias de los mediadores hísticos y las señales intercelulares que permitieron el cambio, además de quedar establecidas las portencialidades de esas células primordiales. Quedan aún muchas investigaciones básicas relacionadas con esas células y la inmunocompetencia en los seres humanos, por lo que la obtención de nuevos conocimientos no se agota.

Las aplicaciones, que pertenecen al campo de la tecnología terapéutica, y una nueva alternativa para el trasplante y sustitución de órganos dañados quedarán, al igual que los otros ejemplos, restringidas a los grupos que puedan pagar, que tengan acceso a esas tecnologías, porque ya están aprobadas en sus países, y la seguridad social cubra esos servicios, y en los países donde la cobertura de salud permita que los beneficios lleguen por igual a todos los ciudadanos, como es el caso de Cuba. Las posibilidades de obtener las células madres y desarrollar las tecnologías, tampoco serán las mismas en todos los países, porque las razones de distribución presupuestaria y acceso a la ciencia que ya analizamos están presentes también en este caso.

Como ejemplo de en qué medida los resultados de las investigaciones básicas que pudieran hacer tomar decisiones acerca de modificar intervenciones profilácticas en la población y que implicarían dilemas éticos, tienen que ser obligatoriamente contextualizadas, está el caso de que, según el conocimiento obtenido en investigaciones biomédicas básicas en los países desarrollados, parece que hay alguna asociación entre la administración de vacunas a los recién nacidos y niños menores de un año cuando aún no ha madurado completamente el sistema inmune y el incremento de enfermedades alérgicas y autoinmunes en la infancia y en la edad adulta.

Una de las explicaciones que sustenta estas apreciaciones han sido los resultados de investigaciones básicas donde se encontró que en el recién nacido está favorecido un patrón de repuesta inmune de tipo Th2, que es el que predomina

¹⁸ B. Barrios. «Aspectos éticos de la manipulación del patrimonio genético.» En J.R. Acosta Sariego (editor científico). *Bioética para la sustentabilidad*. Op. cit.: 473-90.

en el microambiente placentario, donde es deseable que no se produzca respuesta inmune celular intensa para que se mantenga el embarazo como un «trasplante tolerado».

Por tanto, como el tipo de respuesta que predomina al nacimiento parece ser de tipo TH2, que es la que caracteriza a las reacciones alérgicas, la manipulación del sistema inmune a través de la vacunación en el momento del nacimiento y durante los primeros meses de vida provocaría que los recién nacidos con predisposición a padecer enfermedades alérgicas por historia familiar de enfermedades de este tipo, tengan un mayor riesgo de desarrollar enfermedades alérgicas como el asma, la rinitis, etcétera antes de cumplir los seis años de edad.¹⁹

De igual modo, la denominada hipótesis «de la higiene social» plantea que la falta de puesta en contacto del sistema inmune con los patógenos naturales que causan las enfermedades más frecuentes en la infancia, como consecuencia de las vacunaciones masivas que previenen la infección por bacterias y virus, no permite una adecuada maduración del sistema inmune y ello determina que sufran enfermedades alérgicas y autoinmunes al alcanzar la primera infancia, la adolescencia o la adultez con mayor frecuencia que hace varias décadas.²⁰

De ser ciertas estas hipótesis, si se acumulan suficientes evidencias como para que las autoridades sanitarias y los decisores orienten modificar los esquemas de vacunación hacia edades superiores al año, para evitar las inmunizaciones al nacer y en los primeros seis meses, esto podría ser de gran beneficio en aquellos países donde se ha observado el fenómeno, y que por las condiciones de higiene el riesgo de enfermar con ciertas infecciones es menor, pero sería impracticable en países de África, donde la mortalidad infantil es de las consideradas como más elevada, de hasta 60 por cada 1 000 nacidos vivos, por lo que no podemos detenernos a pensar en si los niños serán o no alérgicos antes de los seis años o si podrían desarrollar enfermedades autoinmunes en la adultez, porque por las condiciones sanitarias, la desnutrición y todos los males que existen en los países pobres, es mejor que se vacunen y se eviten las enfermedades que los harían morir antes de los seis años y ni los dejarían alcanzar la edad adulta.

Un problema ético aún sin solucionar es el relacionado con el tiempo que duran las evaluaciones de los productos para uso en humanos después que culminaron las investigaciones de desarrollo y se realizan los ensayos clínicos, y que el tiempo que transcurre en esas evaluaciones poscomercialización es muy corto para evaluar efectos adversos a largo plazo. Ello requiere un efectivo sistema de fármaco-vigilancia que permita detectar las desviaciones del comportamiento esperado después de transcurridos varios años. Ya se conoce

¹⁹ P.G. Holt, J. Rowe, R. Loh, P.D. Sly. «Developmental Factors Associated with Risk for Atopic Disease: Implications for Vaccine Strategies in Early Childhood.» *Vaccine*, 2003; 21(24): 3432-5.

²⁰ J.W. Upham, P.G. Holt. «Environment and Development of Atopy.» *Curr Opin Allergy Clin Immunol*, abril 2005; 5 (2):167-72.

sobre ciertos medicamentos, como algunos antiinflamatorios no esteroideos, que han sido retirados del mercado después de varios años de uso porque se produjeron casos con reacciones adversas fatales que no se detectaron en las fases del ensayo clínico.

En este ejemplo el debate ético estaría centrado en dos aspectos fundamentales: el primero relacionado con la existencia de normas que regulen el establecimiento en todos los países de un sistema de fármaco-vigilancia, y las posibles razones que explicaran por qué no existen o que impidan que se puedan crear. Para este debate tendríamos que responder a ciertas interrogantes, como serían: ¿tienen todos los países un sistema de fármaco-vigilancia capaz de proteger a los que consumen los medicamentos en virtud del principio de la no maleficencia? ¿Las razones por las que no cuentan con ese sistema pueden ser resueltas en un breve plazo? ¿Son estas razones de índole económica, por falta de recursos tecnológicos y humanos, por falta de infraestructura para su organización, carencia de experiencia en ese campo atribuibles todas a la falta de justicia distributiva y, por tanto, incumplimiento de otro de los principios de la bioética?

El segundo enfoque tendría como eje central los aspectos de juicio moral para el establecimiento de regulaciones basadas en los principios de la bioética con los que trabajarán esos sistemas de fármaco-vigilancia y también habría que plantearse ciertas interrogantes para proceder: ¿qué regulaciones éticas tendrían que incluirse, para que sean cumplidas por las grandes firmas productoras de medicamentos, que permitan garantizar el principio de no maleficencia a largo plazo?; ¿estarán las firmas farmacéuticas en disposición de acatar por igual las nuevas regulaciones establecidas?; ¿se podrá establecer el diálogo ético entre las organizaciones internacionales y los sistemas regulatorios de cada uno de los países para llegar a acuerdos que no puedan ser violentados por funcionarios o gobiernos de tránsito que no representen los intereses de las mayorías y del Estado?

Esta sería otra propuesta para el planteamiento de problemas científicos que originen investigaciones en el campo de la bioética, tanto en lo que se refiere a las causas que determinan conductas como a los sistemas de juicios morales prescriptivos, su fundamentación y aplicación en relación con el mantenimiento de los principios de beneficencia, no maleficencia, y sin pasarlo por alto porque responde a problemas globales, el de justicia. Pero al igual que para otras muchas cosas, las desigualdades entre países y estratos y clases sociales matizará los resultados y enriquecerá el debate, hasta llegar a acuerdos que deberán ser de obligatorio cumplimiento para todas las naciones, a pesar de que siempre quedarán desprotegidas las mayorías que no gocen del acceso a ese tipo de vigilancia sanitaria, porque los recursos para su cobertura no sean los requeridos o que para quedar incluidos se exija, en algunos lugares, incrementos en el pago de los seguros médicos que ya de hecho son elevados.

Consideraciones finales

Cuando se habla sobre desarrollo humano y la influencia que en él tiene la investigación, lo que ocurre generalmente es que se alude a sus resultados en términos eufemísticos de beneficencia, sin considerar que los problemas éticos fundamentales se encuentran en si existe o no justicia mediante la distribución equitativa de la beneficencia, porque el desarrollo humano no alcanza el verdadero valor moral positivo que se le puede atribuir hasta que no responda a criterios de justicia y de intereses de las mayorías.

Siempre que se discuta acerca de la ética en la responsabilidad de la ciencia, y en particular de las investigaciones básicas, no puede circunscribirse a los criterios de excelencia en el aspecto técnico o instrumental, al componente científico de su fecundidad aludiendo a su capacidad para generar otras investigaciones dentro de su disciplina y para cualquier otra, o dar mayor relevancia a los problemas de validez, legalidad y legitimidad, porque aunque la investigación sea básica y aparentemente tenga legitimidad ética en su diseño y ejecución, no puede eludirse el análisis de los fines, las consecuencias y las circunstancias que, en la fase en que se haga uso del cuerpo teórico producido por los resultados de esa investigación, habrá una gran cuota de intereses por parte de los grupos de poder, las transnacionales de productos farmacéuticos y de tecnologías, así como de otras personas que pueden ser decisores en cuanto a la entrega de financiación o de si se utilizan para violar los principios de la integridad de los seres humanos, el medio ambiente, etcétera.

A pesar de que tal vez resulte difícil, el debate ético deberá ampliarse y proyectarse hacia las posibles consecuencias de estas investigaciones y no circunscribirse a las regulaciones técnicas e instrumentales, que es lo que predomina en el mundo de la ciencia.

Son necesarias las investigaciones en bioética, tanto para ofrecerle sustento teórico-conceptual como para abordar nuevos dilemas relacionados con las investigaciones básicas que hasta el momento no han sido planteados y sometidos al análisis de una comunidad científica con una visión humanista capaz de aportarle el componente valorativo del conocimiento, que es la raíz filosófica de la ética. El Proyecto Genoma Humano tiene enfrascados en ese tema a los estudiosos de la bioética y ha involucrado a toda la comunidad científica en el debate acerca de qué es lícito y hasta dónde, en materia de investigación y aplicación de resultados. Pero hay otras muchas investigaciones que deberían atraer la mirada y el interés de los bioeticistas de manera que se amplíe su accionar en relación con la ciencia. Porque, como afirma Diego Gracia, los principios han de ser por definición generales, mientras que los conflictos éticos son concretos, particulares. De ahí que es amplio el universo de dilemas éticos que se pueden presentar y a los que se debe dar solución.

Los problemas de justicia en relación con la distribución de los resultados de las investigaciones básicas, aunque sea a largo plazo, tendrían que ocupar un

lugar destacado en la identificación de nuevos dilemas éticos, así como entre los problemas sobre los que podría investigar la bioética, porque en el mundo actual, en lo que se refiere a la salud humana, lo que resultaría «no ético» sería invertir tiempo y recursos en obtener conocimientos que no aportaran, al menos a largo plazo, aplicaciones que permitieran solucionar los grandes problemas sanitarios de la humanidad y tener la certeza de que fuesen distribuidos con equidad en todos los conglomerados humanos.

La utilización de modelos animales en biomedicina. Disyuntiva ética actual

Nibaldo Hernández Mesa y Roberto de la Peña Pino



¿Por qué necesitamos utilizar modelos animales en la experimentación?

El empleo de animales en biomedicina se realiza en nuestro medio con varios propósitos: la investigación, la docencia, así como los biomodelos para pruebas y producción de materiales diversos en el campo de la salud. Ello presupone seguir utilizando animales en el futuro. No obstante, desde hace algunos años este pensamiento unilateral ha recibido impactos críticos que están siendo considerados seriamente.

Los animales, en nuestro medio y en el resto del mundo, son sometidos con frecuencia a choques eléctricos, daño de órganos, intervenciones quirúrgicas, estimulaciones (eléctricas, mecánicas, químicas, electromagnéticas, térmicas), inyecciones de drogas u hormonas que no pueden ser aplicados en los seres humanos.¹

Algunas personas plantean que, si es incorrecto hacer estos experimentos en seres humanos, también lo es hacerlos con los demás seres vivos. Esta cuestión es difícil de decidir. Es innegable que los animales de laboratorio muchas veces sufren dolor o se debilitan por los procedimientos que no están –salvo excepciones– dirigidos en su propio beneficio sino en el de nosotros los humanos.

¹ N. López Moratalla, G. Herranz. «Experimentación en animales.» En *Deontología biológica*. Pamplona, Universidad de Navarra, 1987: 403-9.

Imaginemos por un instante que vivimos o visitamos un lugar donde hay seres distintos de nosotros, pero con un nivel de conciencia parecido y que han desarrollado una tecnología avanzada que nos supera y nos someten o convierten en animales domésticos, fuente de alimentación y de investigación. Tal sería la interrogante de una especie animal consciente. No está dicha la última palabra aún sobre la conciencia y si esta es un atributo exclusivo de los humanos. Por parte de aquellos que defienden la utilización de modelos se argumenta que su utilización ha sido fundamental para lograr el conocimiento de la fisiología de los animales y de los humanos.² Existe un amplio consenso en cuanto a que los tratamientos de numerosas afecciones que hoy controlamos han sido logrados a través de experimentos con animales. Muchos galardonados con el Premio Nobel lo han alcanzado por trabajos desarrollados con animales. En ese mismo orden se habla que la solución del SIDA, el Alzheimer, el cáncer y otras dolencias tendrá relación con estas investigaciones. En la mayoría de estos tópicos, si decidimos no investigar con animales, será difícil que encontremos alguna solución, y entonces la pregunta quedará sin respuesta. Un ejemplo claro es el de las personas que tienen problemas valvulares cardíacos y reciben trasplantes de válvulas de cerdo. Aunque se podría argumentar que tal vez en el futuro podría ser utilizado un material sintético, lo cierto es que en el momento presente estos pacientes en la práctica estarían condenados a morir.

Este problema ético parece tener contacto con otro muy sometido a debate en la actualidad, el del aborto. Si nos ponemos en el lugar de la salud y el bienestar psíquico de la mujer, la negativa del aborto es algo inaceptable. Si pensamos en la salud del feto que no piensa pero que lo haría en el futuro, si no fuera sacado en contra de una voluntad que aún no posee, pero que con probabilidad desarrollaría, entonces el aborto es éticamente un crimen.

Estableciendo un paralelo con el aborto, en la experimentación animal depende del lado que nos situemos, si es de la salud del animal o del interés de los humanos que la realizan. Existen posiciones extremas en ambos campos. Los investigadores que burlan las normas éticas son los extremistas de un lado. Los extremistas del otro han sido denominados abolicionistas, porque tratan de suprimir cualquier investigación. Llegan, en casos extremos, a destruir laboratorios, amenazar a investigadores, robar animales y destruir documentos.

Historia breve de la ética de la utilización de modelos animales

La ética en la experimentación animal tuvo sus antecedentes en Inglaterra a mediados del siglo XIX, cuando se promulgaron las primeras leyes de protección a los animales domésticos. Esta corriente trascendió a América mediante Henry Bergh, un incansable luchador por la eliminación del abuso con los animales.

² *Ibidem*.

En Cuba no se estructuró un movimiento proteccionista, sin embargo, hubo pronunciamientos en torno a esto; entre ellos se destaca un artículo del Héroe Nacional José Martí titulado «Bergh», publicado con motivo de su muerte, donde expresa «[...] maltratar a las bestias, abestia al hombre, [...] Los pueblos tienen hombres feroces como el cuerpo tiene gusanos. Se han de limpiar los pueblos como el cuerpo, se ha de disminuir la fiera».³

En cuanto a las regulaciones éticas de la experimentación animal, no fue hasta la década de los años treinta del pasado siglo xx que comenzaron a gestarse en el viejo continente primero y en los Estados Unidos después. Con el tiempo fueron perfeccionándose, hasta convertirse en leyes nacionales, disposiciones y principios, recogidos en guías y documentos reguladores. Estas regulaciones se expandieron hacia otros países, una vez que se conformaron organizaciones como el Consejo Internacional para las Ciencias de los Animales de Laboratorio (ICLAS) y el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS).

En la Unión Europea están implantadas dos directivas, la EC 86/609 sobre la experimentación animal y la de la Convención Europea para la Protección de Animales Vertebrados utilizados en experimentos y otros procedimientos científicos. Estas directivas aparecen en las legislaciones nacionales, sin que exista una obligación explícita de evaluar con el mismo criterio ético los experimentos con animales en los Estados miembros.

Entre las regulaciones más importantes están las licencias a centros científicos, educacionales y personal competente para realizar experimentos, y solo comprende a los que hayan recibido formación en los cursos orientados por la Federación Europea de Asociaciones de la Ciencia de Animales de Laboratorio (FELASA).

Adicionalmente, la antigua Comunidad Económica Europea (CEE) creó dos grupos de trabajo, el Eurogroup for Animal Welfare (EAW) y la European Biomedical Research Association (EBRA). El EAW actúa como canal de comunicación entre las organizaciones protectoras de animales de los Estados miembros con las instituciones de la actual Unión Europea (el Consejo de Ministros, la Comisión Europea, el Parlamento Europeo y el Comité Económico y Social). La EBRA promueve la divulgación de los beneficios para la salud humana y animal de los resultados obtenidos en experimentos y pruebas biológicas realizados con animales y trata de hallar un balance entre su uso en la ciencia y el bienestar de estos.

En Canadá existe una política de regulaciones concerniente a los animales de laboratorio que se recogen en la guía dirigida a institutos de investigación y universidades. En esencia recoge los mismos aspectos de las regulaciones europeas,

³ R. de la Peña Pino. «Algunas consideraciones éticas sobre la experimentación animal en los centros de enseñanza médica superior.» *Rev Cub Invest Biomed*, 2002; 21 (4): 270-5. http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol21_4_02/ibi08402.pdf

aunque ellos adicionaron el Acta de Ontario, con la cual se puede someter a procedimiento judicial a los infractores de las regulaciones. Con respecto a los Estados Unidos, sus guías son similares a las de Canadá.

En Cuba tales regulaciones éticas surgen por la década de los años ochenta, y aunque no existen leyes nacionales, sí se han implementado regulaciones con las cuales se orienta el proceder con los animales de experimentación. Se han aprobado leyes para la protección de la fauna y disposiciones para la de los animales afectivos, pero no contamos con un organismo que regule o controle la autorización de licencias para experimentar tanto a centros como a personas, si bien los centros científicos promueven la calificación de todo el personal vinculado a la experimentación con animales mediante cursos que se imparten en diferentes centros de investigaciones o universitarios.

Las primeras regulaciones cubanas fueron elaboradas por el Centro de Experimentación con Animales de Laboratorio (CEAL), dirigido a los Institutos y Facultades de Ciencias Médicas. Posteriormente, con la creación del Centro para la Producción de Animales de Laboratorio (CENPALAB) se editaron dos guías que sirven de referencia a las instituciones científicas del país, las que deben adaptarlas a sus características y elaborar sus propias regulaciones. De este modo, la aprobación de un experimento o ensayo queda a la decisión de las direcciones de cada centro, auxiliados por sus respectivos comités de ética.

Existe, además, una entidad reguladora, el Centro para el Control Estatal de la Calidad de los Medicamentos (CECMED), cuya función es el control de las pruebas o ensayos de medicamentos y, de hecho controlar indirectamente la utilización adecuada de los animales de laboratorio en los centros productores.

En cuanto a los centros de ciencias médicas, además de los documentos señalados anteriormente, se creó un programa de cursos, que se han venido impartiendo desde 1986, dirigidos a directores de vivarios e investigadores, incluidos los cursos dirigidos a médicos que hacen su residencia en ciencias básicas biomédicas.

Por otra parte, la Sociedad Cubana para la Ciencia de los Animales de Laboratorio (SCCAL), de reciente creación, ha instrumentado cursos para directores e investigadores de vivarios o bioterios del país.

Tendencias actuales en cuanto al uso de modelos animales

Se pueden distinguir cuatro tendencias en la utilización de modelos animales:

1. Utilización sin tomar en cuenta o menospreciando las consideraciones éticas.
2. Utilización de modelos tomando en cuenta las regulaciones éticas.
3. Minimalistas. Reducen al mínimo la utilización de modelos.
4. Abolicionistas. Niegan la utilización de modelos animales y los sustituyen por modelos artificiales.

Para una mejor comprensión del estado actual de este debate escuchemos una serie de argumentos esgrimidos contra la vivisección.

A. Vivisección como tortura física

La palabra vivisección, del latín, *vivus* (vivo) y *secare* (cortar), describe todas las torturas que sufren millones de animales –por lucro, curiosidad o ignorancia– en experimentos seudocientíficos, carentes de fiabilidad y rigor científico, realizados en los miles de laboratorios de todo el mundo que forman parte del lucrativo negocio de las industrias médicas, farmacéuticas, veterinarias, laboratorios de toxicología y cosmética, y universidades o centros de enseñanza donde –a puertas cerradas– científicos, cirujanos, químicos, psicólogos, veterinarios y sus equipos de técnicos, asistentes y estudiantes, practican la vivisección o disección de animales al margen de la opinión pública, con lo que se perpetra –supuestamente en nombre de la ciencia, la salud, o la educación– un holocausto de increíbles proporciones. Cada día, año tras año, cientos de millones de animales de todas las especies: ratas, ratones, gatos, perros, conejos, cerdos, cabras, ovejas, carneros, vacas, caballos, aves, pájaros, peces, primates, etcétera, sufren repetidamente hasta la muerte todo tipo de torturas físicas y psicológicas.

B. Resultados en animales no son extrapolables al hombre

Para determinar la supuesta inocuidad o toxicidad de nuevos productos comerciales o farmacéuticos, o simplemente para comprobar el poder letal de nuevas armas de destrucción, se utilizan animales como «modelos» en crueles e inútiles experimentos que no aportan soluciones a nuestros problemas, porque los resultados obtenidos no son científicamente extrapolables al ser humano. Someter animales sanos a operaciones que no necesitan, o criar animales con enfermedades «a la carta» para utilizarlos como «modelos» específicos para tratar de aportar soluciones a nuestros problemas de salud –aparte de una atrocidad moral– es una aberración fraudulenta –médica y científica–, porque las reacciones a los fármacos y las enfermedades o traumas inducidos violenta y artificialmente a animales de otras especies son distintas y no guardan relación con las enfermedades que se desarrollan espontáneamente en el ser humano.

C. Coartada de transnacionales y comerciantes

La práctica de la vivisección hace posible la proliferación de medicamentos y de otros productos, porque son una coartada legal que permite dar una falsa sensación de seguridad al usuario, quien ignora que los «nuevos» fármacos y productos de cosmética y consumo general –obtenidos para remplazar a los que van siendo retirados cuando se manifiestan los daños o «efectos secundarios» que producen– a veces se comercializan a pesar de su falta de fiabilidad por haber producido incluso cánceres o tumores en animales. Debido a la falta de información o la desinformación existente, muchos aún creen que algunos experimentos están más

justificados que otros, y aunque admitan, por ejemplo, como algo frívolo y éticamente injustificable el testar productos de cosmética en animales, la influencia y el enorme poder de las grandes industrias quimicofarmacéuticas impiden todavía, a una sociedad ignorante, condenar la experimentación médica, al menos desde el punto de vista científico, lo cual nos permitiría a todos los seres vivos dejar de ser tratados como «cobayos» por el sistema actual. Un cáncer espontáneo, por ejemplo, tiene una relación íntima con el organismo que lo desarrolla, y posiblemente también con su mente, mientras que las células cancerosas que se implantan en otro organismo no tienen ninguna relación «natural» con este. Los sistemas patológicos no pueden inventarse ni construirse. El síntoma no es la expresión de algo patológico, sino la manifestación externa de un desequilibrio interno. El hecho de que los animales estén siempre sanos antes de ser utilizados prueba también que el propósito de los experimentos nunca es prevenir ni curar. Las únicas pruebas científicas con cierto grado de fiabilidad son los ensayos y estudios clínicos en humanos. Mutilar, envenenar, irradiar, quemar, congelar, inyectar, operar quirúrgicamente a seres vivos sanos –que sufren y sienten– que no necesitan ningún tipo de operación, producirles cánceres y tumores, descargas eléctricas, privarlos de comer y beber, forzarlos a ingerir alcohol en contra de sus instintos y su naturaleza, o inhalar el humo de tabaco –que solo seres racionales capaces de leer la advertencia de su peligrosidad se tragan voluntariamente–, son acciones claramente cuestionables y condenables porque manifiestan un alto grado de sadismo y una flagrante carencia de sensibilidad y de rigor científico que, sin embargo, proporcionan beneficios millonarios a fabricantes sin escrúpulos de nuevos fármacos y productos como detergentes, limpiadores de hornos, blanqueadores, barras de labios, pasta de dientes, cremas corporales, perfumes, aditivos alimentarios e industriales, fertilizantes químicos, etcétera –a menudo innecesarios y peligrosos para la salud y el medioambiente–, para satisfacer la creciente demanda de medicinas y productos, de dudosa calidad y fiabilidad, con criterios puramente lucrativos y mercantilistas.

D. Peligro potencial para la salud humana

Estos experimentos –obviamente crueles y carentes de sentido común– ponen también en serio peligro nuestra salud, debido al uso de preparados farmacéuticos considerados originalmente seguros después de ser testados en animales y comprobarse posteriormente su toxicidad. Entre los desastres terapéuticos más conocidos –que no han dejado de aumentar desde los años cincuenta– se encuentra el caso de la talidomida –un sedante introducido en Alemania, en octubre de 1957, con el nombre de Contergan, recomendado como seguro para las madres gestantes después de tres años de pruebas exhaustivas con animales–, creada por la compañía Chemie Grünenthal y comercializada en 11 países occidentales, 17 de Asia y 7 de África, causó malformaciones congénitas a más de 12 000 niños que nacieron con miembros sin desarrollar o carentes de ellos, y manos en forma de aletas situadas

directamente sobre los hombros, con la falta de algún pulmón o con los ojos y las orejas deformes. Muchos nacieron sin vida o murieron poco después, cuando sus madres, enloquecidas por la tragedia, recurrieron al infanticidio. El estilbestrol, un potente estrógeno u hormona sexual, utilizado para tratar el cáncer de próstata y prevenir el aborto involuntario, causó un nuevo tipo de cáncer a mujeres jóvenes cuyas madres habían sido tratadas con estrógenos sintéticos durante el embarazo. El clioquinol también ha ocasionado la muerte de miles de personas y ha dejado paralizadas o ciegas a otras 30 000. El hecho de que los animales no reaccionen como nosotros a los fármacos y sean inmunes a la mayoría de las infecciones humanas como la difteria, el tifus, la fiebre escarlatina, la viruela, el cólera, la lepra, la fiebre amarilla o la plaga bubónica y otras infecciones –que como la tuberculosis se desarrollan de forma distinta en otras especies– demuestra que pretender controlar las enfermedades humanas a través de la experimentación animal podría parecer una locura si no supiéramos que tales prácticas son solo un pretexto para obtener cuantiosos beneficios económicos, a pesar del daño que se inflige a los animales y a la salud de los consumidores.

E. Los progresos médicos fundamentales no han implicado modelos animales

Los verdaderos progresos médicos y el aumento de la esperanza de vida se han conseguido a pesar de la experimentación animal y no gracias a ella, mayormente debido a la elevación del nivel de vida y a las mejoras higiénicas, infraestructurales y sanitarias como la canalización de aguas limpias y residuales, medida fundamental para el retroceso del cólera. La introducción de la asepsia, la antisepsia, el éter, opio, curare, cocaína, morfina, el cloroformo y otras formas de anestesia que hicieron posible el renacimiento de la cirugía, así como del termómetro, el microscopio, la bacteriología, el estetoscopio, el oftalmoscopio, los rayos X, la auscultación y el microscopio electrónico –de capital importancia para la diagnosis– no tuvieron nada que ver con la vivisección, lo mismo que el desarrollo de las vacunas y la obtención de la digitalina, el estrofantó, la atropina –que se extrae de la belladona y se emplea para dilatar las pupilas de los ojos y otros usos terapéuticos–; el yodo, la quinina, la nitroglicerina, el radio, la penicilina y otros. Se puede afirmar que no existe un solo descubrimiento terapéutico importante debido indiscutiblemente a la vivisección. Sin embargo, se pueden llenar libros enteros con los desastres terapéuticos causados indiscutiblemente por la experimentación animal. Las industrias quimicofarmacéuticas también son responsables de retrasar el progreso de la ciencia y la medicina, al impedir o dificultar la aceptación de sustancias médicas consideradas útiles, como la penicilina –descubierta accidentalmente por el doctor Fleming–, que es mortal para los cobayos, que, sin embargo, pueden consumir sin problemas la estrocnina, que es altamente venenosa para el ser humano, pero no para los monos. El cloroformo, por ser tan tóxico para los perros, no se utilizó como anestésico para las personas durante muchos años. La tuberculina, de Robert

Koch –que llegó a considerarse una vacuna contra la tuberculosis a principio de siglo porque curaba a cobayos tuberculosos–, causa la tuberculosis al ser humano. La digitalina –extraída de una planta– fue declarada tóxica en 1911, porque a los perros en los que se probó les subía peligrosamente la tensión arterial, por lo que se tardó diez años en aplicarla en las enfermedades cardíacas. Una dosis de belladona suficiente para matar a una persona es inofensiva para los conejos y las cabras. El arsénico –el veneno favorito de los asesinos de antaño– pueden consumirlo las ovejas en grandes cantidades sin sufrir ningún daño. Sin embargo, las almendras dulces son mortales para zorros y pollos, como sucede con el perejil, que es un veneno para los loros. La sacarina causa cáncer de vejiga al macho de la rata, pero no a la hembra –ni tampoco a los ratones, hámsters, monos ni al ser humano–, debido a una reacción de la sacarina con una proteína que solo se encuentra en los machos de la especie. Un puercoespín puede tragarse de una vez la misma cantidad de opio que se fuma un adicto en dos semanas, junto con una cantidad de ácido prúsico suficiente para envenenar a todo un regimiento. Una pequeña cantidad de la seta *Amanita faloides*, suficiente para acabar con toda una familia, puede consumirla sin ningún efecto negativo el conejo, uno de los animales más utilizados por los laboratorios. Algunas bayas silvestres mortales para el ser humano son muy apreciadas por los pájaros; y el cianuro de potasio tampoco hace daño al búho. La morfina anestesia y calma al ser humano, pero causa una excitación violenta en gatos y ratones, y los perros pueden tolerar dosis veinte veces más altas que nosotros. Si no acudimos al veterinario ni utilizamos medicinas destinadas a los animales para tratar nuestras dolencias o enfermedades, tampoco tiene ningún sentido consumir medicamentos o productos testados en animales.

F. No es imprescindible el uso de modelos animales para la enseñanza médica

En los colegios, la biología humana se enseña con la ayuda de diagramas, videos y el empleo de modelos –sin necesidad de diseccionar cadáveres humanos!–, del mismo modo que debe estudiarse la biología animal. La disección de animales no tiene sentido ético ni pedagógico, y pueden servir como ejemplo las medidas adoptadas en países como la Argentina, donde la resolución 1299/87, del Ministerio de Educación y Justicia, prohibía las prácticas de vivisección y disección de animales en todos los establecimientos de enseñanza. La Universidad de Buenos Aires se sumó también a dicha iniciativa en 1993, y reconoció el derecho al estudio de la ciencia de la vida sin violencia, mediante métodos científicos que no implican la muerte de animales, lo que de esa forma les permitió a los estudiantes, por motivos éticos, morales o religiosos, optar por un programa educativo que fomenta una relación sana y pacífica con los demás seres vivos y la naturaleza, basado en la observación de animales en sus áreas naturales, la simulación por ordenadores, el estudio de modelos anatómicos y de piezas de museo, videos y diapositivas, los trabajos escritos y la observación de tratamientos de cirugía animal en clínicas veterinarias.

G. La vivisección versus disciplina científica no violenta

Si deseamos acabar con la tortura injusta y despiadada de los animales y superar las lacras de la experimentación animal, debemos rechazar la mentalidad viviseccionista existente y adoptar una verdadera disciplina científica no violenta, basada en el respeto a la vida y en estudios y observaciones clínicas, cuyo objetivo sea la prevención y aplicación de las técnicas terapéuticas más adecuadas y menos invasivas en el tratamiento de las enfermedades, y no la recreación de las enfermedades en los animales.

Algunos de estos argumentos abolicionistas parecen a priori excesivamente absolutos y han sido sometidos a crítica y sugerida su no viabilidad. La discusión, no obstante, es lícita y está planteada. Pueden encontrarse respuestas en investigaciones referativas que contradicen la tendencia abolicionista.⁴ No obstante lo exagerados que parezcan, los argumentos abolicionistas deben movernos a reflexión a la hora del diseño, en el sentido de buscar eliminar o reducir el estrés en los experimentos realizar una planificación óptima para obtener resultados válidos y tratar de buscar alternativas en dos sentidos: primero en la búsqueda previa de datos de la literatura muy minuciosa, y segundo, en la investigación en modelos matemáticos, cibernéticos, etcétera.

Al lado de las posiciones extremas de los abolicionistas están las actitudes menos drásticas, calificadas como minimalismo, que tratan de reducir los experimentos a aquellos que prometan resultados importantes y reducir el estrés en estos. Detalles de todo lo señalado hasta ahora se pueden encontrar resumidos en *Biological Psychology* de Kalat.⁵

Regulaciones éticas y su cumplimiento

De la Torre y colaboradores enfatizan, en un trabajo reciente, la necesidad de que el código de ética no debe ser letra muerta, sino aplicarse en todas sus elementos y tiene que estar incorporado de manera consciente a la actividad diaria del experimentador. Esta preocupación surge del análisis de la literatura y de las observaciones propias, donde se ha regulado la obligatoriedad de la presentación de la documentación que respalda la aplicación de la bioética en los ensayos clínicos (comités de ética, comités de revisión, etcétera).⁶

Simultáneamente, en la experimentación con animales se ha tomado conciencia, de forma paulatina, acerca de la necesidad del comportamiento ético con respecto a los animales de laboratorio. Actividades tales como la introducción

⁴ «La vivisección. Una atrocidad ética y científica.»

⁵ «Guidelines for animal research.» En J.N. Kalat. *Biological Psychology*. 4ª ed. Cole Publishing Company, 1992: 615-7.

⁶ A. de la Torre Rodríguez, J.M. Figueroa Medina, L. Martínez Muñoz. «El código de ética en la experimentación animal no puede ser letra muerta.» *Anuario de Toxicología*, 2001; 1(1):140-5.

de las buenas prácticas de laboratorio (BPL), la acreditación de laboratorios, exigencias en relación con la cultura en el comportamiento de los animales dentro de la documentación del personal, han contribuido a sentar las bases legales para el desarrollo de la ética en el uso y cuidado de los animales de laboratorio. Más recientemente, la creación en Cuba de la Sociedad de Animales de Laboratorio constituye un marco propicio para lograr uniformidad en el enfoque nacional del código de ética para el uso de animales en investigaciones científicas.

El empleo de animales de laboratorio dentro del proceso experimental parece inevitable en el momento actual, en que asistimos al inicio del siglo de la biología y del cerebro. Desde el siglo XIX se comenzó a tomar conciencia de la necesidad de conducir los experimentos de una forma más humana, no solo por conciencia y consideración hacia el animal, sino porque se conoce que el dolor y el estrés en los animales de laboratorio introducen variables indeseables en la investigación y pueden interferir notablemente en la interpretación de los resultados.

Entre los factores que intervienen en el éxito y que deben observarse en la ética de la experimentación en biomedicina, los autores indican a:

- Las condiciones de vida del animal de experimentación.
- El diseño del experimento.
- El recurso humano.

Se conoce que adecuadas condiciones de vida de los animales de laboratorio contribuyen a lograr su bienestar y salud. Algunos parámetros que se deben tener en cuenta para garantizar este ambiente son:

1. La selección del habitáculo: sus dimensiones, estructura, así como sus complejidades y objetos de manipulación que les permiten la expresión de las posturas típica de la especie y realizar las actividades que faciliten su bienestar.
2. El alimento y agua para beber acorde con los requerimientos de la especie.
3. El encamado.
4. Higiene del macro y microambiente.
5. Temperatura y humedad relativa.
6. Ventilación.
7. Iluminación.
8. Ruido.
9. Ambiente social de acuerdo con las necesidades de la especie. En el diseño del experimento es importante:
 - La selección del modelo animal: su calidad y cantidad.
 - La selección del inóculo: dosis, vía y frecuencia de inoculación.
 - La determinación del punto final del experimento. El recurso humano tiene una extraordinaria importancia en el éxito de un experimento, ya

que va a ejercer influencia sobre los otros factores antes mencionados. Se puede contar con un equipamiento e instalaciones modernas, pero ha de tomarse en cuenta el personal vinculado a la experimentación, el encargado de realizar el diseño del experimento y el manejo de los animales. Debe conocer la biología y etiología de la especie en cuestión. Por eso, debe estar debidamente entrenado y ello debe comenzar a hacerse en el pregrado y enfatizarse una vez graduado. Debe estar consciente de que cualquier estudio con animales puede producir en estos distrés o dolor, por lo que cualquier esfuerzo es poco para tratar de minimizarlo sin afectar el objetivo del experimento. Se han establecido, además, los criterios para aplicar la eutanasia en animales moribundos. Entre estos tenemos: una rápida pérdida de peso en pocos días (15 al 20 %); expansión del área de caídas de pelos; diarreas prolongadas (tres días); signos clásicos de neoplasia; signos del sistema nervioso central como tremores y parálisis, sangramientos; orina muy descolorida; lesiones que interfieran el comer o beber. En investigaciones con modelos de animales con tumores implantados y animales para producción de anticuerpos donde los procedimientos producen molestias y dolor se toman consideraciones especiales, así como en animales transgénicos debido a su condición de inmunodeficiencia. El uso de los analgésicos y anestésicos apropiados, la determinación del punto final del experimento y la selección del método de eutanasia humanitaria acorde con la especie, son algunos aspectos que se tienen en cuenta con el objetivo de minimizar o suprimir su sufrimiento. Pero no solo el personal que manipula animales de laboratorio debe conocer estos criterios, ya que estos sin entrenamiento no son suficientes para conocer el dolor. Un personal inexperto puede confundir determinados signos clínicos que produzca algún inóculo con signos de morbilidad. Se debe considerar incluir dentro de la documentación del laboratorio un código de ética que no solo establezca la necesidad de reconocer el minimizar el dolor en los animales, sino que dicte, además, las medidas que se deben adoptar para que se ejecute lo que está establecido. El laboratorio tiene que planificar el entrenamiento del personal en esa actividad para que el código sea realmente efectivo. Un personal bien entrenado y actualizado en el cuidado y empleo del animal de laboratorio es esencial para asegurar la conformidad con las normas éticas y deben ser consideradas en la acreditación de laboratorios. Se debe considerar como tarea principal la educación bajo principios éticos de científicos y especialistas que trabajan con animales.

- Publicación de artículos científicos y la descripción y divulgación de técnicas experimentales.

10. Todo proyecto científico para ser financiado necesita la aprobación de un comité ético. Existen organizaciones que defienden el criterio de desarrollar

una ciencia basada en principios éticos en la experimentación con animales de laboratorio. Por ejemplo:

- Comité Institucional de Uso y Cuidado de Animales (IACUC). Establece las condiciones que debe cumplir un proyecto investigativo para ser aprobado.
- Centro Europeo para la Validación de Métodos Alternativos (ECVAM). Promueve diversos simposios sobre métodos alternativos. Además, sirve como canal de comunicación entre diversas instituciones para promover estudios colaborativos con el fin de validar un determinado método propuesto como alternativa.
- Fondo para el Reemplazamiento de Animales en Experimentos Médicos (FRAME). Edita protocolos, fruto de estudios colaborativos, que tienen como objetivo la sustitución de pruebas que emplean animales por técnicas *in vitro*. Además, edita la revista *Alternativa para Animales de Laboratorio* (ATLA).
- Colegio Brasileño de Experimentación Animal (COBEA). Promueve recursos y diversos entrenamientos para el personal que trabaja en la cría y la experimentación con animales, con el objetivo de mejorar su manejo para procurarles un mayor bienestar.
- Consejo Institucional de Revisión (IRB). Revisa y aprueba proyectos investigativos.
- Asociación para la Ciencia del Animal de Laboratorio (LASA). Promueve el desarrollo de la ciencia del animal de laboratorio y el avance del conocimiento sobre su cuidado y bienestar.

Estos objetivos son perseguidos en cooperación con otros centros interesados en esta ciencia, el bienestar y la tecnología. LASA apoya el concepto de las tres R de Rusell y Burch (refinamiento, reducción y reemplazamiento) de la siguiente forma:

- Los procedimientos *in vivo* deben ser reemplazados siempre que sea posible por métodos alternativos que no impliquen el empleo de animales vivos. LASA tiene un departamento que se encarga de revisar y validar todas las innovaciones en este sentido. Luego de validar la técnica, se encarga de promoverla y divulgarla como método de reemplazamiento.
- Los animales de laboratorio en un proyecto investigativo deben limitarse todo lo posible, sin afectar la confiabilidad de los resultados, a través de la implementación de continuos mejoramientos en la ciencia y el diseño experimental. Promueve, además, la selección de los modelos animales apropiados y las mejoras en los diseños.
- Promueve el refinamiento de las técnicas con el objetivo de minimizar el sufrimiento en los animales de laboratorio. Por ejemplo: el uso de técnicas

invasivas, proveer el animal de un ambiente adecuado; el uso de analgésicos y anestésicos. LASA facilita la discusión y diseminación del conocimiento sobre el cuidado y empleo de animales de laboratorio.

- Por lo tanto, esta organización no solo constituye un apoyo financiero para que se lleve a cabo el desarrollo de iniciativas en la ciencia del animal de laboratorio y para el entrenamiento del personal, sino que publica y promueve activamente los principios de la técnica experimental humana para el beneficio de los animales de laboratorio, la comunidad científica y la sociedad.
- Estas organizaciones son un ejemplo del esfuerzo internacional en promover un empleo apropiado de los animales del laboratorio, incluidos su reducción y remplazamiento.⁷

Dificultades éticas y su enfrentamiento general

No obstante las regulaciones éticas existentes, el hecho de que estas han sido un producto casi neto del siglo XX –y especialmente de su última parte– mucho más reciente que las prácticas de investigación animal, que datan del siglo XVI, se comprende que tengamos dificultades en su aplicación.

En el informe ya citado del Centro de Investigaciones Biomédicas de La Habana,⁸ se realizó un análisis de la experimentación animal en los centros de enseñanza médica superior de Cuba, donde se tomó como referencia el conjunto de leyes y regulaciones más importantes puestas en vigor por los países miembros de la desaparecida Comunidad Europea, debido a que en esta zona del mundo se han creado grupos de trabajo encargados del flujo de información de todo tipo, incluidas las nuevas legislaciones, uso de alternativas y el control sobre los procedimientos en los experimentos. Se incluyó también lo regulado en Canadá y los Estados Unidos, y al referirse a Cuba explica lo hecho hasta el presente en materia de protección con respecto al empleo de los animales a través de las medidas dictadas por el Centro de Producción de Animales de Laboratorio (CENPALAB).

Seguidamente analizó la situación específica de los centros de investigación y docencia de las ciencias médicas y señaló las deficiencias más comunes que pueden presentarse por la inadecuada aplicación de los principios éticos y las disposiciones secundarias orientadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas. Persisten problemas susceptibles de solucionar, algunos subjetivos y otros objetivos, detectados a través de las visitas a los centros y las preguntas realizadas posteriormente a los participantes en los cursos impartidos entre los directores de vivarios que conocían de las recomendaciones orientadas después de las visitas.

⁷ *Ibidem.*

⁸ Integrado actualmente al Centro Nacional de Genética Médica. (*Nota del editor científico.*)

Entre las principales deficiencias se encuentran:

1. El no contar con una persona o colectivo al nivel nacional que controle la aplicación del reglamento o las guías, asesore y haga recomendaciones. Aunque este aspecto no es decisión de los vivarios, el 100 % considera debiera existir alguna persona o colectivo que lo hiciera.
2. No todo el personal, incluidos los estudiantes que participan de un modo u otro en la experimentación con animales, está avalado mediante instrucción teórica y práctica por cursos o conferencias; el 100 % admite que una mayoría del personal la tiene, aunque no siempre actualizada, no así los estudiantes que carecen de esto.
3. No todos los centros poseen, o no consultan el reglamento para las ciencias médicas o las guías editadas por el CENPALAB. Sin embargo, algunos poseen ediciones recientes de las guías de otros países y de las normas ISO.
4. La mayor parte de los centros no tienen incluido en su Comité de Ética un especialista en esta temática para que contribuya en el análisis de los protocolos que incluyan animales de experimentación.
5. Hay instalaciones que presentan deficiencias constructivas o están deterioradas por el tiempo de explotación. Existen instalaciones con temperatura y humedad no controladas debidamente o con ventilación deficiente, poca iluminación o distribución no uniformemente de esta.
6. Violaciones del espacio mínimo requerido por el animal en jaulas, o densidad superior a la admisible en el área de alojamiento.
7. Experimentos realizados con animales en laboratorios o áreas no preparadas para ese fin.
8. Procedimientos no aprobados en experimentos o aplicación de eutanasias no aprobadas.
9. Investigaciones que han sido realizadas con animales sin categoría higiénica o genética reconocidas o no certificadas.
10. Poco uso o desconocimiento de métodos alternativos. Aspecto bastante generalizado.
11. Cambios de dietas por falta del alimento adecuado motivando el suministro de pienso de otra especie, ha ocurrido en 65 %, al menos una vez.

Las dificultades señaladas parecen estar asociadas a una inefectiva o inadecuada aplicación de las regulaciones sobre el uso de animales de laboratorio, establecidas en los principios básicos y las disposiciones secundarias; además, no hay un conocimiento general por parte de los investigadores sobre las regulaciones referentes a los procedimientos de trabajo.

Estos inconvenientes son factibles de resolver, si se tiene en cuenta que la ética en la experimentación no debe limitarse a no causar daño físico innecesario al animal, sino que lleva implícito proporcionar bienestar físico y psíquico, lo cual

se consigue cuando el proceder se ajusta al contenido de las guías o al reglamento y a la educación y actualización del personal en la materia.

Una posible vía para contribuir a mejorar el trabajo experimental con animales se sugieren en las recomendaciones, a través de las cuales se pueden subsanar los aspectos negativos y alcanzar así mejores resultados.

Tales recomendaciones pueden resumirse como sigue:

1. Debería designarse un colectivo o persona que oficialmente oriente la actividad ética en el empleo de animales de laboratorio para los Institutos y Facultades de Ciencias Médicas del país.
2. Designado el «controlador», deberá facilitársele la posibilidad de visitar los centros con la finalidad de intercambiar y asesorar a los comités de ética sobre los aspectos en los cuales deben mejorar durante la experimentación animal.
3. Encomendar a los comités de ética aprobar los protocolos que incluyan animales, y consultar previamente el parecer de un especialista en animales de laboratorio.
4. Que los comités de ética velen porque todas las personas vinculadas al empleo de animales de laboratorio estén previamente impuestos del contenido del reglamento o guías y que hayan recibido instrucción mediante cursos o conferencias.
5. Extender los programas de cursos o conferencias a todos los centros de Ciencias Médicas, o preparar a uno o más especialistas procedentes de estas instituciones para que después impartan dichos cursos en sus respectivos centros.
6. Incorporar en la enseñanza de pregrado un curso elemental sobre ética en la experimentación con animales.
7. Se debería crear un banco de información sobre métodos complementarios o alternativos u orientar los sitios de búsqueda en Internet.

Reglas de la conducción de experimentos en las neurociencias

La Sociedad de Neurociencias y otras prestigiosas instituciones y sociedades científicas del mundo estimulan la investigación con modelos animales, pero han establecido normas éticas para el diseño de los experimentos y para su conducción que se ubican dentro de una corriente minimalista y en algunas especies como los primates llega a ser abolicionista en la mayoría de los países de la Unión Europea

Reglas relacionadas con el diseño de experimentos

- La primera regla o factor principal que se debe evaluar es el grado de estrés o incomodidad aceptado por juicios antropomórficos realizados por

observadores prudentes. Los animales de experimentación, de acuerdo con este principio, no deberán ser sometidos a distrés o incomodidad que sean evitables. Lo cierto es que la mayoría de las investigaciones requieren distrés e incomodidad mínimas, por lo que a la hora de responder ciertas preguntas científicas debemos casuísticamente evaluar estas situaciones, incluidos los efectos colaterales que surjan debidos a las aplicaciones durante el experimento. Por tanto, cada investigador debe velar por eliminar las fuentes de distrés tanto directas como colaterales. Esta meta requiere atención por el investigador de los cuidados del animalario y del diseño experimental.

- La segunda regla trata acerca de los procedimientos invasivos y drogas paralizantes (curare/succinil colina) no deben ser empleados sin anestesia, a menos que el investigador demuestre una fuerte justificación científica después de demostrar que no hay otras alternativas. En estos casos deben utilizarse implantes crónicos con anestésicos. Cuando no es posible, se pueden monitorear las respuestas nociceptivas por electroencefalografía, la presión arterial y la respuesta pupilar.
- Como tercera regla general, los experimentos deben diseñarse de modo que sean mínimos los animales utilizados y, además, se tome en cuenta si la especie está en peligro de extinción. Esta meta es particularmente importante en el caso de programas de neurociencias que requieran replicación de resultados.

Reglas relacionadas con la conducción de experimentos

- Los animales que van a ser utilizados en la experimentación deben estar controlados en cuanto a su estado saludable. Los requerimientos generales de ubicación en jaulas apropiadas, calidad de la alimentación, ventilación, etcétera son cruciales no tan solo para la salud del animal, sino también para la validación del resultado experimental y, por ende para decidir si la experiencia debe iniciarse o detenerse hasta resolver las situaciones y desajustes encontrados. Adicionalmente a estos criterios generales, el experimentador debe plantear los suyos propios acorde con el experimento que se va a realizar, especie que se va a utilizar, en caso de experimentos sui géneris.
- Los animales que sean sometidos a procedimientos quirúrgicos con vistas a estudios crónicos y que planteen la supervivencia posterior del animal, deben ser conducidos o guiados por personas con experiencia y entrenamiento con vistas a evitar la sepsis y aplicar un método apropiado de anestesia que garantice insensibilidad al dolor del animal. Los relajantes musculares no son anestésicos y no deberán ser utilizados con este propósito. El tratamiento posoperatorio debe dirigirse a minimizar riesgos de infección y de distrés y dolor.
- En los experimentos que requieran intervención quirúrgica y en los que el animal será sacrificado al final (experiencias agudas), deberá garantizarse una

anestesia que provoque inconciencia durante el experimento. Al concluir el experimento, el animal deberá sacrificarse sin que haya despertado.

- En aquellos experimentos en los que se requiera restricción alimentaria o de agua por el paradigma experimental, deberá tenerse especial cuidado de disminuir las incomodidades y el distrés, que conlleven a males mayores como canibalismo o desfallecimiento. En los casos que requieran inmovilización, debe tenerse especial cuidado con la intensidad que puede soportar el animal.
- Otro tanto debe tenerse en cuenta en los experimentos de estrés, en los que se somete el animal a estresores de frío o calor intensos, sonidos, etcétera. En todos estos casos, deberán establecerse períodos razonables de reposo.

Consideraciones finales

Prestigiosas instituciones y sociedades científicas de nuestro país y el mundo en general permiten la investigación con modelos animales, pero han establecido normas éticas para el diseño de los experimentos y su conducción que se ubican como tendencia fundamental dentro de la corriente minimalista, y en el caso de algunas especies como los primates, llega a ser abolicionista en la mayoría de los países de la Unión Europea.

Con vistas a que nuestras regulaciones éticas para el empleo de animales con fines experimentales ganen en efectividad, sugerimos tomar en cuenta los factores que ya señalamos intervienen en estos procedimientos y que deben ser observados en la realización de investigaciones científicas y la docencia en biomedicina.

Finalmente, si bien en el campo de la investigación la tendencia minimalista parece la más sabia, en cuanto a la enseñanza general y la docencia universitaria de pregrado, incluida la dirigida a profesionales de la biomedicina, y dado que la enseñanza médica, cada vez más está dirigida a formar un médico generalista vinculado a los problemas de salud de la comunidad, es nuestra opinión que la opción más acertada desde el punto de vista bioético es el abolicionismo. Llegamos a esta conclusión porque hoy día la disección de animales –como regla– no tiene sentido ético ni pedagógico.

La investigación clínica en seres humanos en Cuba

Santa Deybis Orta Hernández y María Amparo Pascual López



La Segunda Guerra Mundial enmarca la aparición de una serie de documentos deontológicos, conocidos generalmente como las Declaraciones o Códigos Éticos Internacionales, que van dando un nuevo perfil a la ética médica: la universalización de la medicina, expresada en la constitución de la OMS, en 1946, bajo el auspicio de Naciones Unidas, y la Asociación Médica Mundial, en 1948; la Declaración de Ginebra en la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, en 1948, revisada en 1968; el compromiso político de la medicina y la presión del Estado sobre los médicos, cuya trágica realidad en la Alemania nazi llevó a los juicios de Nuremberg y su Código de diez pautas —a los cuales deben ajustarse los médicos para llevar a cabo experimentos en humanos—; la normativa de la investigación biomédica que se continúa en la Declaración de Helsinki; la tecnificación-especialización de la medicina y la emergencia de nuevos problemas morales, como la definición de la muerte, la eutanasia y el aborto, además de la introducción, por último, de la autonomía del enfermo como agente moral, objetivada en los diversos estatutos de los derechos del paciente. Todo ello, forma parte de la historia de la ética de la investigación.¹

¹ J.M. Arroyo. «Experimentación médico científica en sujetos humanos.» *Revista de Medicina Legal de Costa Rica*, 1992; R.G. Görlich. «New Clinical Trials Regulations in Germany.» *Applied Clinical Trials*, 1995; y M. Kottow. *Introducción a la bioética*. Santiago de Chile, Editorial Universitaria, 1995.

La investigación médica en el humano contribuyó de manera notable al rápido desarrollo inicial de la bioética. La actitud poco ética de algunos científicos nazis durante la Segunda Guerra Mundial y el mal uso de seres humanos en investigaciones que hicieran médicos de Estados Unidos recibieron amplia difusión, lo cual dio lugar a la primera crisis moderna en esta disciplina y a los reclamos de una nueva ética médica que acogiera tres principios básicos: el respeto por las personas, la beneficencia y la justicia.

Un nuevo punto de vista moral se alcanza con la bioética, cuyo desarrollo parece marcado por la praxis de una ética colegiada, trabajada internamente como laboratorio social. La bioética es una disciplina en la cual la ética universal se aplica a la medicina; se trata de una reflexión sistemática de lo cierto o errado (bueno o malo) en la práctica médica.²

Luego de estos antecedentes, parece lógico plantear la condición que debe ser cumplida para que una investigación clínica se considere ética. Esta se refiere a la duda razonable en la relación beneficio-riesgo que se debe tener en cuenta en cada uno de los tratamientos evaluados. De igual forma se deberá tener presente la existencia de una serie de bases legales y éticas que rigen la realización de los ensayos clínicos en humanos, como son, entre otras:

1. La Constitución de la Organización Mundial de la Salud (1946) y la Oficina Panamericana de la Salud (1902).³
2. El Código de Nuremberg, elaborado a partir de las Actas del Tribunal Internacional de Nuremberg (1947).⁴
3. La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948).⁵
4. La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948).⁶
5. El Código Internacional de Ética Médica, adoptado por la Tercera Asamblea General de la Asociación Médica Mundial en 1949, enmendado sucesivamente en 1968 y 1983.⁷
6. La Declaración de Helsinki, que contiene las Recomendaciones a los Médicos en la Investigación Biomédica en Seres Humanos (1964, revisada en 1975, 1983, 1989, 1996, 2000).⁸
7. El Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos (1966).⁹

² A. Peralta Cornielle. «La bioética en la República Dominicana.» *Boletín Informativo de Bioética*, 1995.

³ J.A. Mainetti. *Ética médica; introducción histórica*. La Plata, Editorial Quirón, 1989; y CIOMS/OMS. *Proposed International Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*. Ginebra, 1982.

⁴ J.R. Laporte. *Principios básicos de investigación clínica*. Madrid, Séneca Farma, 1993.

⁵ J.A. Mainetti. Ob. cit.

⁶ *Ibidem*.

⁷ J.C. Tealdi. *Documentos de deontología médica*. La Plata, Editorial Quirón, 1989: 77-83.

⁸ B.M. Dickens. «Tendencias actuales de la bioética en el Canadá.» *Boletín Especial de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 1990.

⁹ J.A. Mainetti. Ob. cit.

8. El Acta Médico Social de Nuremberg (1967), adoptada por la Asociación Médica Mundial.¹⁰
9. La Convención Americana sobre Derechos Humanos, llamado Pacto de San José (1969).¹¹
10. Normas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Sujetos Humanos de la CIOMS-OMS (1993).¹²
11. La Conferencia Internacional de Armonización (1996).

Según se reconoce en la actualidad, hasta hace relativamente poco tiempo la mayor parte de las investigaciones clínicas en el hombre habían sido realizadas en países desarrollados, por contar estos con las facilidades económicas y tecnológicas requeridas para ello.

Sin embargo, el avance y la evolución de la biología molecular y la alta tecnología en los países desarrollados, está proyectando su influjo hacia los países en desarrollo y, unido a ello, surge el planteamiento de nuevos dilemas morales que la bioética intenta solucionar con fundamento en los valores primarios del origen de la vida y del destino trascendente del ser humano, por lo que con frecuencia nos encontramos ante serias interrogantes difíciles de responder.

A los países de América Latina y el Caribe, donde se están desarrollando investigaciones clínicas con más frecuencia, les resulta difícil superar las limitaciones propias de la insuficiencia de sus infraestructuras en los sectores de la salud y la educación. Esto trae por consecuencia que a menudo los estudios clínicos sean realizados por especialistas provenientes de naciones desarrolladas y aparezcan una serie de inquietudes e interrogantes con respecto al cumplimiento de los criterios y principios éticos sobre los que se asienta la experimentación en seres humanos.¹³

Entre las razones que dan explicación a este fenómeno tenemos: la presencia de algunos problemas de salud propios de ciertas regiones que obligan a analizar las circunstancias en el medio en que se producen para poder conocerlos y estudiarlos, y la disminución de los costos y evasión de reglamentos y requisitos demasiado complicados en los países de origen de los investigadores.

¹⁰ R.G. Görlich. Ob. cit.

¹¹ J.M. Arroyo. Ob. cit.; y J.A. Mainetti. Ob. cit.

¹² A fines de la década de los años setenta, la OMS y el CIOMS evaluaron las especiales circunstancias en que fueron emitidos el Código de Nuremberg y la Declaración de Helsinki, por lo que en 1992 fue publicada la Propuesta de Normas Éticas Internacionales para las Investigaciones Biomédicas en Sujetos Humanos. Tras un largo proceso de divulgación, análisis y aplicación en más de 150 países, fueron corregidas, modificadas, reelaboradas y presentadas a la Conferencia del CIOMS, celebrada en Ginebra en 1992, aprobadas definitivamente y ratificadas en 1993 por el Comité Consultivo Mundial de Investigaciones Sanitarias de la OMS y por el Comité Ejecutivo del CIOMS. (*Nota del editor científico.*)

¹³ C Mejías. «Ética, investigación y experimentación médica.» *Boletín Informativo de Bioética*, 1995.

Desde cualquier punto de vista que se consideren los diferentes factores socioculturales, se puede llegar a la conclusión de que el incremento de investigaciones biomédicas en humanos efectuadas en países en desarrollo por investigadores procedentes de naciones desarrolladas plantea conflictos éticos delicados.¹⁴

Aspectos regulatorios

Existen bases legales y éticas internacionales para la realización de los ensayos clínicos en humanos que tienen sus inicios en el Juramento Hipocrático, las cuales en la actualidad han dado lugar a una serie de regulaciones y normas que deben ser cumplidas por los técnicos y profesionales vinculados con esta actividad.

Diversas organizaciones, entre ellas la OMS y el CIOMS, han dictado pautas para la investigación biomédica en seres humanos:¹⁵ la adherencia a los principios científicos y éticos que la justifiquen, su fundamentación en la experiencia previa realizada en animales de laboratorio o en otros hechos científicos, y que prevalezcan las probabilidades de los beneficios esperados sobre los riesgos predecibles, entre otras.¹⁶

El concepto de buenas prácticas clínicas (BPC) surgió de la necesidad de evitar el fraude en la investigación clínica y también de la de asegurar el respeto a los derechos del paciente. Este término fue introducido por la industria farmacéutica norteamericana para designar las normas que a partir del año 1977 había comenzado a publicar la Food and Drug Administration (FDA), relativas a las obligaciones de promotores, monitores, investigadores y comités éticos para la realización de investigaciones en humanos.¹⁷

En Cuba

El avance y desarrollo de la industria medicofarmacéutica llevan implícito un incremento marcado en la magnitud y complejidad de las investigaciones clínicas requeridas para evaluar todas las innovaciones en materia de diagnóstico, profilaxis o terapéutica, si se precisa de la utilización de seres humanos para su realización.

Este desarrollo acelerado de la industria encargada de la producción de genéricos biológicos, productos biotecnológicos y de alta tecnología, trae aparejada la creación del CECMED en 1989, entidad encargada de velar y garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos que circulan en

¹⁴ A. Peralta Cornielle. Ob. cit.

¹⁵ CIOMS/OMS. Ob. cit.

¹⁶ J.C. Tealdi. Ob. cit.

¹⁷ J.A. Mainetti. Ob. cit.; y Commission of the European Communities. «Good Clinical Practices for Trials on Medicinal Products in the European Community.» En *CPMP Working Party on Efficacy of Medical Products*, Bruselas, 1990.

Cuba, reglamentar los requisitos que deben cumplir los ensayos clínicos durante la evaluación de seguridad y eficacia de un medicamento, otorgar la autorización de inicio de estos ensayos acorde con los procedimientos establecidos,¹⁸ supervisar y realizar auditorías durante su ejecución y establecer y promover el cumplimiento de las BPC.¹⁹

La creación de centros de investigación-producción permite acumular experiencias en la correcta aplicación de las normas éticas que regulan dicha actividad. Entre ellos se pueden citar: el Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología, el Instituto de Sueros y Vacunas Carlos J. Finlay, el Centro de Química Farmacéutica, el Centro de Investigación y Desarrollo de Medicamentos, el Centro Nacional de Investigaciones Científicas y el Centro de Inmunología Molecular, donde se llevan a cabo investigaciones relacionadas con el desarrollo de medicamentos que requieren la realización de investigaciones clínicas.

Se hace evidente el grado de compromiso que tiene el Estado con la realización de investigaciones clínicas donde esté implicado directamente el hombre, y el nivel de exigencia y grado de responsabilidad asumidos por los investigadores que participan o están directamente relacionados con este campo de las ciencias, donde principios éticos fundamentales como el de respeto por la persona, el de beneficencia y el de justicia constituyen el sustento moral de la investigación científica.

Es oportuno retomar algunos de los aspectos mencionados con anterioridad y referirnos a la autorización de inicio de ensayos clínicos por la autoridad reguladora nacional, la cual debe garantizar, en primera instancia, el cumplimiento de lo establecido en relación con la protección, derechos, seguridad y beneficios de los individuos (voluntarios sanos y pacientes) que intervienen en los estudios. Para solicitar esta autorización es necesario presentar al CECMED un nivel de información, en dependencia de la categoría del medicamento en estudio, donde se tendrá en cuenta el grado de novedad de la sustancia evaluada y los antecedentes de su uso en el país. Sin embargo, siempre se deberá incluir el protocolo de la investigación que se va a realizar y un dictamen del Comité de Ética y Revisión (CER) o del Comité de Ética para la Investigación Clínica (CEIC).²⁰

En la mayoría de los países donde se realizan investigaciones clínicas se han establecido normas éticas y jurídicas, que deberán ser cumplidas en la realización de los ensayos clínicos, donde se contemplan todos los aspectos relacionados con el consentimiento informado, la aprobación de los comités de ética y la protección de los sujetos que participan en el ensayo.

Estos aspectos están bien definidos en el primer capítulo, «Aspectos éticos en la investigación clínica», del documento de BPC vigente –emitido en 1992

¹⁸ Ministro de Salud Pública Resolución Ministerial, 1991, (178) Ministro de Salud Pública, Resolución Ministerial, 1991, (178).

¹⁹ Ministro de Salud Pública, Resolución Ministerial, 1992, (48).

²⁰ *Ibidem* 18 y 19.

y actualizado en 1995 y 2000–, donde se exponen las normas para el diseño, la realización y la comunicación de los ensayos clínicos que aseguran la fiabilidad de los datos, la protección de los derechos, la integridad y la confidencialidad de los sujetos involucrados.²¹

Algunas de las pretensiones de las BPC son asegurar que los ensayos clínicos se realicen de acuerdo con los postulados éticos aceptados internacionalmente y que sean salvaguardados los derechos de los sujetos voluntarios decididos a participar en un proyecto de investigación biomédica.²²

Aspectos éticos en los ensayos clínicos

Los principios fundamentales de la ética en la experimentación en humanos, descritos en el informe Belmont desde 1978,²³ siguen siendo válidos hasta nuestros días:

Autonomía o respeto por las personas

Implica que los pacientes sean tratados como seres autónomos y también la protección a aquellos que tengan su autonomía disminuida. La materialización práctica de este primer principio se puede resumir en el consentimiento informado del paciente o representante legal antes de ser sometido a un experimento. Para que este consentimiento sea válido, deberá cumplir las definiciones de Levine: informado, comprendido, competente (legalmente) y voluntario.

Beneficencia y no maleficencia

Este principio responde al viejo precepto hipocrático de «ayudar y al menos no hacer daño». Los principios de autonomía y beneficencia no tienen un carácter absoluto, pues no se pueden dañar la autonomía del paciente y su decisión a participar o no en un experimento, sobre la base de una estricta beneficencia o con la expectativa del beneficio que el médico considera va a alcanzar.²⁴

Justicia

Una equitativa distribución de las cargas de daños y utilidades resume este principio, conduce a un balance riesgo-beneficio y población en riesgo *versus* población beneficiada. Los principios de no maleficencia y justicia de forma práctica se pudieran expresar en la concepción de establecer un experimento correctamente

²¹ Comisión Nacional de Ensayos Clínicos. *Buenas prácticas clínicas*. La Habana, MINSAP, 1992, 1995 y 2000.

²² *Ibidem*. A. Kumazai «Good Clinical Practices in Japan.» *Applied Clinical Trials*, 1994; C. Vallvé. «Buena práctica clínica. Recomendaciones internacionales en investigación terapéutica.» *Farmaindustria* [Madrid], 1992.

²³ D. Gracia. *Fundamentos de la Bioética*. Madrid, Universidad de Madrid, 1989.

²⁴ D. Gracia. «La bioética médica.» *Boletín Especial de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 1990.

diseñado que lleve a resultados válidos y, por tanto, a beneficios para la sociedad. A esto debe dársele un valor absoluto.

Algunos de los aspectos vinculados al diseño y al posible daño o ausencia de acción terapéutica, son los relacionados con el uso de placebos y los estudios en voluntarios sanos. Aunque existe un consenso en la necesidad del uso del placebo como única forma de probar la eficacia de un fármaco en algunas ocasiones, hay detractores que lo rechazan de forma muy categórica, en especial en nuestra región.²⁵ Esto dependerá de la enfermedad a la que se le busca la solución terapéutica, para la cual, o bien no existe terapia establecida, o se asocia con frecuencia a graves reacciones adversas. La dificultad radica en la limitación de esta situación en cada caso específico.

La realización de estudios en voluntarios sanos o de aquellos que no implican un beneficio terapéutico, conllevan de igual forma dilemas desde el punto de vista ético. En el caso de los voluntarios sanos, distintos móviles conducen a su participación. En general, oscilan entre los intereses altruistas de beneficiar a la población futura de pacientes y los motivos económicos dados por la compensación recibida a cambio. Ninguno de estos factores puede ser más fuerte que el riesgo al daño o perjuicio.²⁶

Una situación particular se da en los estudios tempranos (fase I) en medicamentos antitumorales, donde el escalado para determinar tolerancia se debe probar en pacientes por la toxicidad propia de estos medicamentos. El dilema ético que trae esta situación consiste en valorar cuánto no se beneficiaría con las terapias existentes (*clinical equipoise*) y cuánto podría beneficiarse aunque fuera de manera indirecta. Por otro lado, existe la duda acerca de la posible aceptación de las dosis subterapéuticas empleadas en este tipo de estudios. La simple intención del paciente canceroso de ayudar voluntariamente a pacientes futuros en ocasiones se invoca como parte de las razones justificativas de este tipo de estudio.²⁷

Cualquiera que sea la situación, debe quedar claro que el consentimiento debe ser absolutamente voluntario y comprendido en su más amplia y detallada expresión.²⁸

Otro aspecto interesante relacionado con los principios de justicia y beneficencia es el concepto de «revisión por iguales», mucho más antiguo que los propios principios declarados explícitamente en el informe mencionado.

El primer país que organizó este tipo de comités fueron los Estados Unidos, desde 1953, con la revisión de investigaciones a cargo del Instituto Nacional de Salud; con posterioridad, se convirtieron en los Institutional Review Boards (IRBs),

²⁵ M. Kottow. Ob. cit.

²⁶ D. Gracia. «Entre el ensayo clínico y la ética clínica.» *Medical Clinics*, 1993.

²⁷ B. Lenventhal, R.E. Wittes. *Research Methods in Clinical Oncology*, Nueva York, Raven Press, 1988.

²⁸ R.G. Gillet. «Medical Research with Impaired Consent.» *Applied Clinical Trials*, 1993.

creados en 1966 para evaluar las investigaciones financiadas por el gobierno. Pero, en 1971, la FDA estableció un sistema de IRBs de forma paralela al sistema de servicios de salud para la evaluación de los proyectos con medicamentos y de espectro más amplio en 1981.²⁹

La necesidad de crear estos comités queda recogida en la Declaración de Helsinki, a partir de las rectificaciones de 1975 y 1989. Este principio ha quedado establecido en todas las regulaciones y códigos que controlan la investigación en humanos en la mayoría de los países desarrollados.³⁰

El papel de los comités de ética consiste fundamentalmente en garantizar el cumplimiento de los principios éticos establecidos, lo cual implica la salvaguarda de los derechos de los individuos y de los requisitos científicos que dichos principios demandan. Su composición y forma de organización es variada, de acuerdo con los países. En esencia, sus funciones han sido resumidas de la siguiente forma: evaluación del diseño científico; evaluación de la competencia del investigador; revisión del procedimiento del consentimiento informado; evaluación del procedimiento de selección de los sujetos; evaluación del balance beneficio- riesgos y la prevención de una compensación por posibles daños.

Aunque los beneficios parecen obvios, aún queda mucho por reglamentar en los procedimientos y obligaciones de los comités. Un aspecto muy importante en este sentido es el espectro de acción de cada comité. Hay argumentos, tanto para apoyar los comités institucionales como para defender la creación de comités nacionales e internacionales. Esto cobra mayor interés cuando se trata de ensayos multicéntricos, donde los diferentes comités institucionales pueden no llegar a un acuerdo. Hay tendencias a crear comités *ad hoc* formados por miembros de diferentes instituciones que puedan sugerir modificaciones al protocolo; y la otra corriente –que podría no ser excluyente– es obtener la aprobación o no de los comités institucionales para realizar los ensayos en su hospital, sin realizar ninguna modificación.³¹

Las normas establecidas por las BPC incluyen todos los principios y consideraciones ya mencionadas, desde el punto de vista ético y científico. Además, dejan establecidas las responsabilidades y obligaciones de cada parte, tanto del promotor, el monitor o del investigador, y se refieren con amplitud a la veracidad y fiabilidad de la información, así como al aseguramiento de la calidad de todo el ensayo clínico.³²

El registro y reporte de los acontecimientos adversos constituye un capítulo importante en la seguridad y protección de los sujetos. La aparición de estos

²⁹ B.M. Dickens. Ob. cit.

³⁰ O.M. Bakke, X. Carné, F. García, *Ensayos clínicos con medicamentos. Fundamentos básicos, metodología y práctica*. Barcelona, Editorial Doyma, 1994.

³¹ R. Dzúrik. «How to Organize Clinical Trials in Czechoslovakia.» *Applied Clinical Trials*, 1992.

³² E.F. Huidberg. *Regulatory Implications of Good Clinical Practice Drugs*. S/e, s/f.

cuando son muy graves o con más frecuencia de lo esperado, puede conducir desde una mayor y más detallada explicación a la hora de solicitar el consentimiento, hasta la suspensión de un ensayo. Por lo tanto, la detección, registro y comunicación de acontecimientos adversos resulta esencial en el cumplimiento de los requerimientos éticos.

Experiencia cubana en la organización del Centro Nacional Coordinador y la Red de Ensayos Clínicos

En la década de los ochenta ocurre un verdadero *boom* en la producción de fármacos y productos biotecnológicos en Cuba. La obtención del interferón, la producción de anticuerpos monoclonales, del factor de crecimiento epidérmico, nuevos medicamentos (policosanól) y vacunas (antimeningocócica), o nuevas formas de obtener medicamentos (estreptoquinasa recombinante) y vacunas (hepatitis B recombinante), estuvieron enmarcados en formas de investigación científica con conceptos novedosos como el de investigación-producción e investigación a ciclo completo. El país tuvo dentro de sus prioridades, y como estrategia, el desarrollo de una industria medicofarmacéutica y biotecnológica que fuera capaz, en primer término, de contribuir a mantener y alcanzar niveles superiores en el estado de salud de la población cubana y, en segundo término, de poder convertirse en una fuente de ingresos.

A fines de esa década e inicios de los años noventa, se trataba de introducir en el mercado internacional un grupo de estos productos, con un enfrentamiento a todos los obstáculos propios de la competencia con industrias del Primer Mundo y a las exigencias que imponen las agencias reguladoras para aprobar los registros sanitarios antes de poder ser comercializados. Se toma la decisión de reforzar la agencia reguladora nacional para alcanzar progresivamente los estándares internacionales del Registro Sanitario y de crear una infraestructura que contribuyera de forma decisiva al proceso de evaluación de un agente diagnóstico o terapéutico, por lo que se propone la creación de los centros de coordinación de evaluación preclínica (toxicóloga de inicio) y clínica.

Con posterioridad, se crea la Comisión Central de Productos Priorizados, que tiene como objetivo fundamental el apoyo a los productos medicofarmacéuticos que lo requieran, en especial en su período de desarrollo, que incluye las etapas quimicofarmacéutica, farmacotoxicológica y clínica. Esta comisión agrupa tanto a los centros coordinadores como a las comisiones asesoras relacionadas con las diferentes etapas del desarrollo de un fármaco en su evaluación hasta que se registra.

En este contexto, a fines de 1991, quedó constituido el Centro Nacional Coordinador de Ensayos Clínicos (CENCEC). Los objetivos fundamentales de este centro fueron, desde el inicio: el diseño, organización y conducción de los ensayos clínicos, así como el procesamiento y análisis estadístico de sus

resultados con los requerimientos científicos y éticos exigidos por las BPC según los estándares internacionales y también la creación de una red de coordinación y ejecución de ensayos en todo el país.

En el mundo, este tipo de organización multicéntrica es propia de países desarrollados por su grado de complejidad y los recursos que exige. En vista de su necesidad, se decidió su creación, no obstante ser Cuba un país en desarrollo y con serias dificultades económicas. Entre los factores existentes para ello, se tuvieron en cuenta: el sistema de salud único que abarca todo el país, el buen nivel científico y con carácter homogéneo de las instituciones, la infraestructura tecnológica en todo el sistema y la experiencia en investigación clínica.

Las dos premisas de creación y ejecución de esta organización aún se mantienen: la calidad, de acuerdo con exigencias nacionales e internacionales, y la rapidez y optimización del tiempo de obtención de los resultados. La calidad se cumple con la aplicación de los estándares internacionales, buenas prácticas de investigación clínica, con un sistema de aseguramiento de calidad y el entrenamiento y preparación de los investigadores.³³

La rapidez y optimización del tiempo de obtención de los resultados se logra mediante estudios multicéntricos que agrupan varias instituciones alrededor de un ensayo clínico. Esto permite una mayor inclusión de pacientes en forma más acelerada.³⁴

Los elementos principales de la organización de los ensayos clínicos en el país son los comités científicos para cada estudio, el centro y red de coordinación, la red nacional de unidades de ensayos clínicos, los comités de revisión y ética, los talleres de uniformación de criterios para estudios multicéntricos, el sistema de aseguramiento de la calidad, los procedimientos normalizados de trabajo, el centro de manejo y análisis de datos, la autoría colectiva y la Comisión Asesora de Ensayos Clínicos.

¿Cómo ha influido la organización de ensayos clínicos de Cuba en el desarrollo y cumplimiento de los aspectos éticos?

En el país existen antecedentes de investigación científica, en especial en el campo de la biomedicina. El nivel alcanzado en las especialidades médicas es reconocido en la región y a nivel internacional. No obstante, las características de las investigaciones clínicas en la última década difieren de forma significativa de las realizadas en años anteriores.

Uno de los factores que más han incidido en esto ha sido el desarrollo de nuevos agentes diagnósticos y terapéuticos, ya mencionados con anterioridad. La

³³ *Ibidem*; Commission of the European Communities. Ob. cit.; Ministerio de Sanidad y Consumo. *Real Decreto por el que se establecen los requisitos para la realización de ensayos clínicos con medicamentos*. BOE, 1993. C. Vallvé. Ob. Cit.; y CNEC. Ob. cit.

³⁴ B. Spilker. *Guide to Clinical Trials*. Nueva York, Raven Press, 1991.

investigación clínica de etapas anteriores, excepto en determinadas especialidades como la oncología y las enfermedades cardiovasculares, se caracterizaba por ser observacional y las evaluaciones terapéuticas eran en su mayoría abiertas, lineales y sin grupo control concurrente.³⁵

El diseño adecuado del experimento

La introducción de una adecuada metodología, de acuerdo con las tendencias y exigencias internacionales, fue uno de los elementos positivos aportados por el CENCEC desde sus inicios. La concepción de un experimento correctamente diseñado que conduzca a resultados válidos es indispensable para preservar los principios de la ética. Esto primó en la creación de esa organización, pues dentro de sus objetivos estaba el diseño según requerimientos científicos y éticos.

Esto, unido al trabajo de la autoridad reguladora nacional, que elaboró las BPC desde 1992, al programa de entrenamiento y capacitación permanente de los investigadores en los diferentes niveles de atención en todo el país y la creación de la Comisión Nacional Asesora de Ensayos Clínicos, dieron paso a una etapa que de forma progresiva conduciría a un rigor más elevado de todas las investigaciones clínicas, tanto las terapéuticas como las diagnósticas.

Se elaboró una guía de protocolo, que forma parte de los procedimientos normalizados de trabajo utilizados para cumplimentar las BPC. Esta guía se propone una uniformación en el diseño que posibilita protocolos mucho más completos y con mayor calidad científica. Un capítulo importante en esta es el que aborda los aspectos éticos, donde se indica de forma explícita cómo deben quedar elementos que se analizarán posteriormente, como el consentimiento informado, la aprobación del comité de revisión y ética o el reporte de eventos adversos, entre otros.

Por otra parte, también quedan contemplados en la guía aspectos como la justificación del diseño, seguridad y evidencia de efecto, monitoreo y decisión para detener el ensayo, así como las obligaciones de cada participante.³⁶

Otro elemento importante es la conformación de los comités científicos para la definición del diseño y la estrategia de evaluación clínica. Se seleccionan los mejores especialistas con el fin de garantizar la competencia y calificación del investigador. Son grupos multidisciplinarios apoyados por personal especializado en diseño y organización de ensayos clínicos para la confección del protocolo, tanto del centro coordinador como de las áreas que atienden ensayos clínicos en los centros productores; todo lo cual fortaleció el triángulo: centro coordinador-sitio de investigación (hospital)-centro productor.³⁷

³⁵ J.R. Laporte. Ob. Cit.; y B. Lenventhal, R.E. Wittes. Ob. cit.

³⁶ J.R. Laporte. Ob. cit.

³⁷ C. Lemne. «Conducting Clinical Trials in Sweden.» *Applied Clinical Trials*, 1994.

Por tener la gran mayoría de los ensayos carácter multicéntrico, estos comités científicos son multinstitucionales. Culminan la confección del protocolo con una actividad de uniformación de criterios y discusión de este que facilita la profundización en los elementos técnicos y, por tanto, un cumplimiento más estricto durante la ejecución. En todos los talleres se imparte un entrenamiento acerca de las BPC, se distribuye el documento y se les explican sus obligaciones a todos los participantes.

El 80% de los ensayos clínicos realizados son multicéntricos, aleatorizados (excepto los de fase I, IIa y IV). Todos han sido sometidos al proceso de autorización de inicio de ensayo clínico por la autoridad reguladora.

El criterio de aleatorización –considerado como principio insoslayable del ensayo clínico para probar eficacia–, en nuestro medio ha confrontado algunos reparos cuando se trata de evaluar un medicamento novedoso por su forma de obtención, pero cuyo efecto o acción es internacionalmente conocido.³⁸

Por ejemplo, cuando se trató de evaluar un surfactante para el distrés respiratorio del recién nacido –con similar diseño al empleado en otros países que probaron la eficacia de productos parecidos–, se encontró un fuerte rechazo por parte de los investigadores, quienes aludían a criterios éticos. Se planteaba que al haberse demostrado la eficacia y efectividad en otras poblaciones con un producto equivalente, no se justificaba el uso de aire en el grupo control, ya que se privaba del efecto supuestamente beneficioso del surfactante a un grupo de recién nacidos. Por otra parte, la comparación con un similar reconocido internacionalmente habría requerido una muestra de tamaño muy elevado para demostrar diferencias en la mortalidad. Esto retardaría y encarecería el estudio, del cual se necesitaba su registro para poder extenderlo en Cuba y comercializarlo en otros países, en especial en la región latinoamericana donde hay una elevada mortalidad infantil y no se disponen de recursos suficientes para adquirir los surfactantes producidos por países desarrollados.

Este estudio se inició en 1992, cuando comenzaba la organización de ensayos clínicos –en el momento más difícil de la crisis económica–; hubo que llegar a un equilibrio entre aspectos éticos, diseño adecuado y posibilidades reales de ejecución. Se logró un estudio que evidenció la equivalencia con los similares mediante una evaluación del efecto farmacológico y una valoración clínica de su uso en la red multicéntrica de ensayos clínicos, lo cual se comparó con un estudio epidemiológico realizado previamente a la introducción del producto, con similares criterios de selección y evaluación. Con estos resultados se logró el registro y posterior introducción en la práctica médica de todo el país.

Este caso muestra que no siempre el criterio de rigor científico estricto prima, y que la flexibilidad, siempre que no afecte la credibilidad de los resultados, puede ser decisiva si se quiere un beneficio social a más corto plazo.

³⁸ B. Spilker. Ob. cit.

El uso del placebo en nuestro medio ha predominado en aquellas enfermedades que no tienen terapia establecida –tomemos como ejemplo un ensayo clínico donde se evaluó un agente cicatrizante en la proctitis radiógena–, o en aquellas enfermedades que tienen remisiones espontáneas o asociadas a factores psicógenos, como la psoriasis, siempre teniendo en cuenta no afectar al paciente.

Los estudios en voluntarios sanos por lo general se han realizado dentro de la comunidad científica del centro productor o investigador, o con apoyo de estudiantes de hospitales cercanos, pero hasta el momento no se remuneran. Los voluntarios acceden por razones humanitarias y compromisos morales con la sociedad.

El consentimiento informado

En Cuba, los ensayos clínicos terapéuticos que se realizaban antes de 1991 dejaban explícitos en sus protocolos –aunque en un porcentaje muy bajo–, el procedimiento que emplearían para solicitar el consentimiento y voluntariedad de los pacientes en el estudio. En la mayoría de los casos, la solicitud se hacía de forma verbal, no quedaba constancia de su conformidad y, en ocasiones, no se explicaban adecuadamente las características del estudio a los que iba a ser sometido.

Luego de la creación del CECMED, la aparición de regulaciones referidas a la autorización de ensayos clínicos y las BPC se creó el procedimiento normalizado de trabajo en el CENCEC, con el fin de dejar explícita la forma en que se obtendría dicho consentimiento y con posterioridad supervisar su cumplimiento mediante las visitas de control de calidad en el sitio de la investigación.

Las características e idiosincrasia de nuestra población, en la que prima una confianza extrema de los pacientes y sus familiares en el criterio del médico para decidir qué sería lo mejor para el paciente, hacía más delicada la tarea del diseño y la ejecución de dichos consentimientos. Al inicio, el porcentaje de pacientes que se excluían por no consentir en su participación era mínimo. La confianza mencionada, la falta de hábito de participación en ensayos clínicos, tanto por el médico como por los pacientes –también la no explicación adecuada por parte del clínico y el desconocimiento de su derecho a la autonomía en una gran parte de los pacientes– pueden haber influido en esa primera etapa entre 1991 y 1994.

En la actualidad, se han producido cambios que sugieren un acercamiento a las tendencias del comportamiento del paciente en un país desarrollado, con la particularidad de que se mantiene la confianza y seguridad en su médico. Se podría plantear que este proceso ha madurado esta relación.

La decisión o no de solicitar el consentimiento informado en determinados estudios en nuestro medio no siempre ha sido compartida por observadores externos. En la literatura relacionada con las excepciones de solicitud de consentimiento al paciente (aunque esté legal y físicamente capacitado), se mencionan

situaciones graves, de urgencia, que pondrían en peligro la vida o la integridad psíquica del paciente. Sobre la base de este criterio y unido a su seguridad, se consideró no conveniente la solicitud de consentimiento al paciente con infarto del miocardio durante un estudio de extensión de la estreptoquinasa recombinante, producto de efecto farmacológico reconocido y similar a otros trombolíticos de uso establecido en el mundo. Esto fue propuesto por el comité científico del estudio, y aprobado por el Comité de Revisión y Ética en 1993. No obstante, fue criticada en el transcurso de una auditoría internacional realizada a este estudio a fines de 1995.

Algunas situaciones afrontan características particulares en nuestro medio: al paciente con cáncer no siempre se le declara de forma explícita que es portador de una enfermedad maligna; se debe tener en cuenta que hábitos muy arraigados en la población y en el personal de salud no facilitan una comunicación transparente en el diagnóstico, por lo que el consentimiento informado adquiere una mayor complejidad. El hecho de estar el paciente en pleno uso de sus facultades y ser competente para dar su consentimiento, pero no manejar toda la información, alternativas y posibilidades, en la mayoría de los casos provoca que no tenga todos los elementos para tomar una decisión acertada. Si se trata de un estudio donde la selección del paciente corresponde a una enfermedad muy avanzada y su estado favorece que sea un familiar quien tome la decisión, en ocasiones se propone esta variante en el protocolo.

El consentimiento informado sigue siendo un dilema dentro de los ensayos clínicos, aunque en los últimos años algunas costumbres se van modificando y, sobre todo en estadios tempranos, en localizaciones con mejor pronóstico, o en pacientes con un grado diferente de madurez, preparación y cultura, el diagnóstico se maneja con mayor claridad.

En la actualidad se han perfeccionado los procedimientos y en la totalidad de los ensayos clínicos se solicita el consentimiento, se les brinda a los pacientes la información escrita y oral, se les aclaran todas las dudas y, además, se les manifiesta claramente que la calidad de la atención no se modificará aunque no acepten participar en el estudio.

Los comités de revisión y ética

Antes de 1989, cuando se pretendía realizar un estudio que implicaba una intervención experimental, ya fuera diagnóstica o terapéutica, si era un producto nuevo, se sometía a la consideración del MINSAP para obtener que fuera aprobada su aplicación por primera vez en el humano. Algunos ejemplos de evaluación de nuevos productos en esa época fueron el estudio fase I del anticuerpo monoclonal ior T1, de uso como antitumoral en linfoma T cutáneo, los ensayos tempranos del policosanol (PPG) como hipocolesteremizante, entre otros.

El requerimiento de una autorización para el inicio del ensayo clínico, en 1991, y el establecimiento de las BPC en 1992, exigieron la revisión de los protocolos por comités creados al efecto desde los puntos de vista científico y ético.³⁹

Los primeros comités de revisión y ética se crearon durante 1992; se definieron sus funciones, características de composición, forma de convocarlos y contenido del dictamen. La selección se realizaba a partir de expertos reconocidos, procedentes de diferentes instituciones y que en ningún caso pudieran haber estado vinculados a la investigación sometida a revisión. Se creaba un comité para cada ensayo clínico, al cual debía solicitársele autorización para el inicio del ensayo. Este comité tenía la posibilidad incluso de sugerir modificaciones o hacer sugerencias al protocolo.⁴⁰

Con posterioridad, se dejó definido que en cada comité de revisión y ética participara un miembro de la Comisión Asesora de Ensayo Clínico. Esta comisión, creada en el mismo año, forma parte de las comisiones asesoras que integran la Comisión Central de Productos Priorizados y responde al CECMED.

El papel desempeñado por el CENCEC en los comités de revisión y ética fue importante, tanto en la definición de los procedimientos como en su conformación y convocatoria. El plazo utilizado por el comité para dar su dictamen ha disminuido ostensiblemente, ya que al inicio en ocasiones tardaban dos y tres meses. Actualmente, el tiempo total, desde su convocatoria hasta la entrega del dictamen firmado por sus miembros, no rebasa las tres semanas.

A partir de la actualización y reelaboración de las BPC en 1995, se incluyó en sus funciones el seguimiento del ensayo clínico durante su ejecución, la recepción y análisis de los eventos adversos que aparezcan, así como la valoración de la necesidad de detener el ensayo clínico si existieran razones para ello. Cualquier modificación debe ser sometida a su consideración antes de ser llevada a cabo, una vez que ha sido aprobado.

Las características de los comités de revisión y ética difieren de los de otros países, porque son multinstitucionales. Esto se corresponde con la necesidad de valorar con gran frecuencia ensayos clínicos multicéntricos y con la conveniencia de buscar expertos en determinadas especialidades en instituciones ajenas a la del investigador principal. Otra particularidad de los comités de revisión y ética de Cuba es que la participación de sus miembros no se remunera y tiene un carácter voluntario.

El desarrollo de las investigaciones en las diferentes instituciones del país ha traído como consecuencia la identificación de la necesidad de crear en estos centros comités de ética para la investigación (CEIC), que permitan evaluar los aspectos éticos en toda su magnitud y transcendencia, con la participación de los investigadores y de personal no relacionado con ella.

³⁹ Ministro de Salud Pública. Resoluciones cit.

⁴⁰ CNEC. Ob. cit.

Tanto para el desarrollo de los procedimientos en la creación de los comités de revisión y ética, como para los CEIC en las instituciones, resultó de mucho valor el trabajo conjunto con algunos centros productores, como el Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología y el Centro de Inmunología Molecular. Resulta oportuno aclarar que cada institución, mediante su comité de ética institucional, tiene la posibilidad de aprobar la participación o no en el ensayo clínico, con independencia de que exista un comité de revisión y ética que lo haya evaluado.

Obligaciones de los participantes en el ensayo clínico

Las obligaciones del promotor, del centro coordinador, del investigador clínico principal y de los investigadores clínicos participantes han sido definidas en todas las versiones de las BPC (1992, 1995 y 2000).⁴¹ En cada protocolo se dejaron explícitas las obligaciones de cada parte, según lo recogido en el documento referido anteriormente.

El cumplimiento de las obligaciones se controla a través de visitas de control de calidad, auditorías por la unidad de garantía de calidad del CENCEC, monitoreos por el centro promotor y auditorías por el CECMED.

Existen antecedentes de ensayos clínicos detenidos en instituciones hospitalarias por haberse detectado incumplimientos de sus obligaciones –como la no adherencia al protocolo, mala selección de pacientes, utilización del producto fuera del ensayo clínico–; aunque la mayor parte de las veces se realizan sugerencias por no tener un carácter grave la deficiencia detectada.

Acontecimientos adversos

Los acontecimientos adversos constituyen uno de los aspectos esenciales en la ética de los ensayos clínicos de los medicamentos. Su detección, registro y notificación, así como la garantía de que el clínico posee el conocimiento necesario ante la conducta que debe seguir frente a los acontecimientos que se puedan presentar, contribuyen a la protección del paciente o sujeto sometido a experimentación.⁴²

En la actualidad se está trabajando en el desarrollo de un procedimiento normalizado de trabajo para la detección, registro, notificación y conducta que se debe seguir frente a cada acontecimiento adverso. Los principales aspectos de estos acontecimientos deben quedar explícitos en cada protocolo.

El cumplimiento de los procedimientos definidos en el protocolo se verifica en las visitas de control de calidad y en las auditorías. La aparición de acontecimientos

⁴¹ *Ibidem.*

⁴² Ministerio de Sanidad y Consumo. *Ob. cit.*

adversos graves puede conducir a la detención o modificación del protocolo, o a la modificación del consentimiento informado. Todo esto se valora por el comité de revisión y ética y se emiten las recomendaciones pertinentes.

Investigaciones que incluyan poblaciones especialmente protegidas

Otros aspectos importantes considerados por la ética de la investigación científica son los estudios en poblaciones vulnerables.

Investigaciones con niños

El dilema que se establece ante la necesidad de realizar estudios en población infantil es bien conocido; en ningún caso deben utilizarse niños para investigaciones realizables con adultos. Sin embargo, en muchos casos, los resultados obtenidos en investigaciones con adultos no son extrapolables a niños y jóvenes, o algunas enfermedades importantes de la infancia son prácticamente incompatibles con la supervivencia en la edad adulta, o incluso, en otros casos, los niños de corta edad son muy vulnerables a ciertas entidades que la población adulta tolera mejor. Con independencia de las ventajas que pueda ofrecer determinada investigación clínica para verificar o comprobar la validez de un tratamiento, resulta inevitable que cualquiera de los sujetos (niños) puedan sufrir algún daño como consecuencia de su participación en el estudio, aun cuando sus resultados sean beneficiosos para la comunidad. Es probable que el tratamiento de dichas afecciones solo mejore cuando se realicen investigaciones oportunas y adecuadas en la población expuesta. Hay algo bien establecido al respecto –incluso en el caso de medicamentos o vacunas con indicación precisa para niños–, antes de someter el producto a investigación en infantes, debe estar muy avanzada la comprobación de su seguridad y eficacia en los estudios en adultos.⁴³

En los estudios en niños, debe existir una posición de negativa ante cualquier intervención que implique un riesgo previsible para la salud, o la posibilidad de trastornos psicológicos, molestias físicas o dolores no razonables. Debe tenerse en cuenta que el uso de cualquier intervención invasiva, la exposición a radiaciones o cualquier otra manipulación cruenta también tiene que estar plenamente justificada.

El consentimiento informado del paciente es indispensable, y para su obtención se requiere del conocimiento y conformidad para la participación en el estudio, por parte de padres y/o tutores –con la excepción de los estudios donde se comparan dos tratamientos de urgencia. Se plantea con firmeza la inclusión del consentimiento expreso del niño en los casos en que sea posible.

⁴³ OMS. Resolución WHA 41.17. *Criterios éticos para la promoción de medicamentos*, Ginebra, 1988; J.K. Porter, G. de la Escosura. «Panorama bioético en México.» *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 1990; M. Sánchez. «Bioética y pediatría.» *Anales Españoles de Pediatría*, junio de 1991; (34): 10-2; C.S. Scholle. «Bioética.» *Boletín Especial de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 1990.

Investigaciones con mujeres embarazadas y en período de lactancia

En este sentido, existe consenso en contra de la exposición de forma deliberada de un feto a las consecuencias inciertas e inseguras que puede ocasionar una intervención experimental de cualquier tipo durante el embarazo, con la excepción de los casos donde la vida de la madre corra peligro. Estos criterios han sido compatibles con el desarrollo del conocimiento sobre los estudios de la función reproductora (fertilidad, teratogénesis y periposnatal) en animales durante la evaluación de medicamentos. Tanto la prudencia como la experiencia aconsejan, por lo general, excluir de los ensayos clínicos a cualquier mujer gestante o que pueda quedar embarazada durante el estudio y, de hecho, se plantea que deben tomarse medidas para tratar de asegurar que cuando una mujer en edad fértil sea incluida en un estudio no quede embarazada. Todas estas consideraciones son aplicables también a las mujeres que lactan durante el puerperio.

Un tratamiento diferente y otras intervenciones conllevan las investigaciones específicas para mantener el embarazo normal; sin embargo, se han notificado alteraciones teratogénicas y carcinogénicas latentes en sujetos expuestos intraútero a hormonas administradas con fines terapéutico y/o diagnóstico. Estos hechos y las consideraciones éticas que hemos revisado hasta el momento corroboran la necesidad de tener muy justificados y argumentados los resultados científicos destinados a avalar la seguridad y eficacia de un medicamento para someter a cualquier gestante a una intervención experimental.

Consideraciones finales

En nuestra región, el cumplimiento de los aspectos éticos en la experimentación en humanos ha constituido una preocupación permanente, en especial cuando se realizan evaluaciones de fármacos procedentes de laboratorios ubicados en países desarrollados. La observación de los mismos principios de ética y protección de los derechos de los sujetos, seguidas en los países donde se solicitan los ensayos clínicos, dependerá de la política regulatoria seguida en el país donde se ejecutarán dichos experimentos.⁴⁴

En Cuba, a partir de una necesidad creada por el desarrollo acelerado de la industria médico farmacéutica y biotecnológica nacional, se reestructuró la agencia reguladora, el CECMED, y sus exigencias se han armonizado progre-

⁴⁴ El estado de la regulación ética y legal de las investigaciones que incluyen seres vivos y ecosistemas, en particular aquellas directamente relacionadas con la salud pública y la biomedicina, presenta un panorama muy desigual en nuestra región. Si bien hay países como Cuba, Colombia, Brasil y Chile, entre otros, que establecieron normativas de alcance nacional en diferentes momentos de la última década del siglo xx, hay otros que aún hoy cuando estamos realizando la 3^a edición de este texto, no cuentan con estos instrumentos de aseguramiento de la calidad de los procesos investigativos y de protección para sus poblaciones y recursos biológicos. (*Nota del editor científico.*)

sivamente con los países del Primer Mundo y con los países de la región que tuvieran un mayor desarrollo. La experiencia de la creación de una organización multicéntrica ha contribuido con el CECMED en el desarrollo de los procedimientos normalizados de trabajo que permitan un cumplimiento de las BPC, se ha creado una cultura de ensayo clínico controlado y una conciencia de los aspectos éticos de la experimentación en humanos.

La experiencia cubana –que partió de condiciones muy similares a las de algunos países de la región–, puede contribuir al desarrollo de los principios más elevados de respeto al ser humano y, al mismo tiempo, puede aprovechar las ventajas de la incorporación de las tecnologías más avanzadas para el diagnóstico, tratamiento y control de las enfermedades, en su propósito de elevar el estado de salud de la población. Un experimento en humanos bien concebido desde el punto de vista científico y ético, no atenta contra la población, sino contribuye al bienestar social, en especial de los pacientes presentes y futuros. El deber de nuestras autoridades sanitarias y de los gobiernos es velar para que esto se cumpla estrictamente dentro de los contextos social y cultural propios de cada país.

Bases éticas de algunas dicotomías en el contexto de los ensayos clínicos

Jorge Bacallao Gallestey



Una de las diferencias esenciales entre la bioestadística y otras ramas de la estadística aplicada, radica en consideraciones éticas. El fracaso experimental con una nueva variedad vegetal no suele tener la misma gravedad que un resultado análogo con un paciente en un ensayo clínico. La habitual indiferencia con que se emplean los términos «fracaso», y su antónimo, para referirse a los resultados de un experimento binomial, sería una falta de ética intolerable si aquellos resultados fuesen la muerte y la supervivencia, y si «fracaso» y «éxito» fuesen eufemismos para designarlos.

El desarrollo sin fronteras de la ciencia, que invade los recintos más íntimos de la libertad individual, ha extraído a la bioética de los portafolios de los científicos y la ha colocado a la fuerza en la agenda del ciudadano común.

La edición del 2 de mayo de 1993, del *Mail in Sunday*, contenía el siguiente titular: «Ignorance May Be Better. Do You Want to Know if You Will Get Breast Cancer?» (La ignorancia puede ser mejor, ¿dejaría usted saber si va a contraer cáncer de mama?); y la del 12 de mayo de 1992 del *Daily Express*, mostraba este otro: «Your Baby Is Going to Be Homosexual, so We Will Abort Him. Scientists' Nightmare of DNA Revolution» (Su hijo va a ser homosexual, así que interrumpiremos su embarazo. La pesadilla de los científicos con la revolución del ADN).

Ética individual vs. ética social

Los conceptos de ética individual y de ética social, y su mutua interacción, han sido discutidos por Pocock.¹ La primera pone énfasis en el bienestar de todos y cada uno de los pacientes; la segunda, en el bien común de la sociedad. Aunque la razón de ser de los ensayos clínicos es de carácter social, y por tanto debe regirse por normas de ética social, es absurdo pretender que ello implique que la suerte y el destino de los pacientes en el ensayo deba subordinarse totalmente a dichas normas. De igual manera, es absurdo el extremo de sublimar la ética individual, al punto de considerar los ensayos clínicos injustificados y reprobables desde un punto de vista ético.²

El sentido común sugiere que estos dos extremos radicales no se excluyen ni definen una real dicotomía, sino que coexisten en un balance armónico, el cual se inclina en uno u otro sentido en dependencia del protagonismo de las partes involucradas en el ensayo, de la fase en que este se encuentre y de sus objetivos predominantes.

Investigadores vs. comités de ética

En los ensayos clínicos, los intereses de la ética social están representados por el investigador, cuyo objetivo primordial es garantizar el rigor científico y la validez de los resultados, precondiciones estas para su generalización en las poblaciones virtuales definidas en el diseño. Los comités de ética, por su parte, deben asegurar el bienestar físico y psíquico de los pacientes (casos y controles) involucrados en el estudio, y establecer las condiciones que minimicen los riesgos y maximicen los beneficios de las intervenciones. La calidad del ensayo es, por supuesto, el resultado de un balance adecuado entre estas dos posturas éticas.

Fases tempranas vs. fases tardías de los ensayos

Las etapas de un ensayo clínico constituyen un proceso de cribaje y, en cada una de ellas, el producto evaluado (droga, tecnología o proceder terapéutico), puede ser descalificado si no supera ciertos niveles mínimos, definidos en el protocolo del ensayo. En la fase I, el producto que se ensaya se ofrece por primera vez a seres humanos, afectados o no, con el propósito de determinar los niveles de tolerancia y seguridad, y las dosis adecuadas. En la fase II, se exploran en los pacientes signos o indicios concretos de eficacia. En la fase III, se practica un ensayo en gran escala, incluida la comparación con productos estándares, bajo condiciones experimentales rigurosamente controladas, de acuerdo con criterios

¹ S.J. Pocock. *Clinical Trials*. Nueva York, Wiley, 1983: 104-5.

² R. Burkhardt, G. Kienle. «Ethical Problems with Controlled Clinical Trials.» *Journal of Medical Ethics*, 1983; (9): 80-9.

de costo-efectividad. Por último, la fase IV tiene lugar después que el producto ha salido al mercado, con el fin de detectar efectos colaterales raros o tardíos.

Las fases I y II se realizan con tamaños muestrales pequeños, por razones que obedecen a la necesidad de enfatizar la ética individual. Las evidencias empíricas favorables al producto sometido a evaluación, antes de las fases I y II, son pobres, y aun las generadas durante esas fases son insuficientes, no solo por los propósitos inherentes a ellas, sino por los reducidos tamaños de las muestras.

No hay dudas de que, durante las dos primeras etapas, es necesario complementar la evidencia generada por el propio ensayo con fuentes externas de información y con la convicción previa, la cual debe hacerse ingresar en cualquier criterio analítico para decidir la conveniencia de continuar o dar por concluido el ensayo con un dictamen desfavorable.

Una vez que se ha llegado a la fase III y ha aumentado la confianza en el producto, se pueden –y se deben– incrementar los tamaños muestrales, ampliar el espectro de condiciones experimentales y hacer más estrictos los controles. El papel de los juicios a priori disminuye, la capacidad confirmatoria de la evidencia empírica del ensayo se incrementa y el balance se inclina hacia las exigencias de la ética social.

Así pues, la historia de un ensayo clínico que culmina con un dictamen favorable evoluciona mediante incrementos graduales de la confianza en el producto, obtenidos con el aumento del tamaño, el rigor y las exigencias de los ensayos, y, como telón de fondo de todo el proceso, hay un tránsito, también gradual, del predominio de la ética individual a la colectiva.

Muestra (pacientes actuales) vs. población virtual (pacientes futuros)

El desplazamiento del énfasis en una ética individual hacia una ética social es la imagen conceptual que describe la emergencia del plano poblacional y el declive del plano muestral. Cuando el nivel de confiabilidad en la terapéutica es aún bajo, es necesario tomar todas las medidas que garanticen la seguridad de los pacientes actuales; cuando el nivel de confiabilidad y el margen de seguridad aumentan, debe procederse a aumentar el rigor en los controles, con el fin de reducir al mínimo posible los riesgos esperados de los pacientes virtuales, es decir, aquellos que serán sometidos a tratamiento durante su aplicación masiva.

Bayesianismo vs. frecuentismo

Hay aun otra dicotomía que gravita en todo el proceso –de índole metodológica–, que se manifiesta en forma de disyuntivas prácticas acerca del modo de conducir e interpretar los resultados del ensayo clínico. ¿En qué medida los exámenes

parciales afectan la significación estadística? ¿Hasta qué punto los resultados experimentales son capaces de modificar una práctica clásica ya establecida? ¿Cuándo es necesaria la aleatorización? ¿Es lícito utilizar la información que se obtiene progresivamente para efectuar cambios sobre la marcha en el diseño inicial del ensayo? ¿Cómo interpretar un intervalo de confianza o un valor de «p»?

El frecuentismo y el bayesianismo darían respuestas diferentes a varias o, tal vez, a todas las interrogantes anteriores.³

Para el frecuentismo, la probabilidad es una frecuencia relativa a largo plazo, de modo que no tiene sentido hablar de la probabilidad de un suceso, si este no puede concebirse como el resultado de un hipotético experimento o fenómeno aleatorio, repetible un número indefinido de veces bajo idénticas condiciones. Para un frecuentista, es lícito referirse a la probabilidad de obtener un cuatro al lanzar un dado, o a la de que un paciente con hepatitis presente íctero en las etapas tempranas de su enfermedad, aunque en este último caso sea más forzada la abstracción de concebir un número indefinidamente grande de pacientes «idénticos», en el sentido de estar afectados por la misma enfermedad y de ser susceptibles de presentar o no íctero. Sin embargo, es inadmisibles una proposición como «la probabilidad de tal hipótesis científica es alta», porque es imposible definir sin ambigüedad una prueba susceptible de ser repetida de modo idéntico y cuyos resultados posibles fuesen «la hipótesis es cierta» o «la hipótesis es falsa».⁴ Bajo la óptica frecuentista, la preocupación por la objetividad conduce a rechazar, como ajeno al campo de las probabilidades, todo suceso que se resista a ser evaluado empíricamente a partir de la frecuencia relativa de su ocurrencia.

Por su parte, los bayesianistas —que suscriben un punto de vista subjetivo ante la probabilidad— han intentado aplicar el cálculo de probabilidades al mayor número posible de sentimientos de incertidumbre, por subjetivos que fuesen, y extienden así su campo de aplicación al tomar en consideración conocimientos importantes, pero de origen no frecuentista.

Si bien desde un punto de vista formal la posición más frágil es la de los bayesianos, el puritanismo frecuentista los obliga a abdicar ante una gran cantidad de problemas en la ciencia que se resisten a ser ubicados en el escenario de los fenómenos repetibles.

En lo relativo al análisis de datos, el bayesianismo se caracteriza por la incorporación del conocimiento previo a cualquier proceso inferencial, bajo la forma de una distribución a priori, lo cual confiere al proceso de adquisición de conocimiento científico un carácter cíclico, definido por el tránsito de la convicción inicial a la convicción final mediante la experiencia.

³ J. Herson. «Bayesian Analysis of Cancer Clinical Trials: An Introduction to Four Papers.» *Statistics in Medicine*, 1992; (11): 1-4.

⁴ B. Matalon. «Epistemología de las probabilidades.» En J. Piaget. *Epistemología de la matemática. Tratado de lógica y conocimiento científico*. Buenos Aires, Paidós, 1979, t. 3: 121-6.

Bajo la perspectiva bayesiana, la noción de probabilidad de una hipótesis se identifica con el grado de creencia que se posee acerca de su verdad, y esta noción, no solo es aceptable, sino constituye la idea central del cálculo de probabilidades. La idea de que el papel de la observación empírica consiste en modificar nuestras creencias subjetivas les resulta mucho más natural que los métodos de la estadística clásica, los cuales reducen toda inferencia a un simple proceso inductivo a partir del dato.

Según el punto de vista bayesiano —y este es un elemento crucial en la interpretación de los ensayos clínicos—, la inferencia es una decisión que obliga a tener en cuenta, por un lado, el grado de creencia en las hipótesis que se verifican, y por el otro, el costo asociado a las consecuencias posibles.

El enfoque bayesiano es congruente con las primeras etapas de los ensayos clínicos, cuando hay aún escasa evidencia empírica, cuando tiene un gran peso el juicio personal del investigador en la interpretación de los resultados y en la opción de continuar o interrumpir el curso del ensayo, y cuando es claro el predominio de una postura ética individual.

Baja vs. alta incidencia y alta vs. baja letalidad

Cabe considerar una última dicotomía que concierne a la frecuencia relativa (incidencia o prevalencia) de la enfermedad y a su grado de gravedad.

El peso de la ética individual es mucho mayor cuando se trata de una enfermedad poco frecuente y muy letal; lo contrario ocurre con enfermedades de alta prevalencia que no constituyen una amenaza para la vida.

En efecto, la curación probada de un solo caso de SIDA tendría un enorme impacto sobre el modo de tratar esta enfermedad y sobre la conducta que se debe seguir con cada uno de los casos individuales posteriores al paciente en cuestión. Sería absurdo aguardar por una gran casuística y luego llevar a cabo una prueba de significación estadística; y más absurdo aún sería, desde un punto de vista ético, privar a un grupo de pacientes del beneficio potencial de un tratamiento, solo por adherirse a las buenas normas del diseño experimental.

Del mismo modo, ningún producto nuevo hipoglucimante saldría al mercado sin haber superado todas las fases de un ensayo clínico, en particular sin haber demostrado sus méritos relacionados con la gran cantidad de drogas tradicionales, a través de una amplia casuística, y con estrictos controles experimentales. Es el mandato de una ética social naturalmente dominante.

Conclusiones

Aunque no exista una conexión lógica aparente, sí puede establecerse una asociación práctica entre la dicotomía ética (ética social *vs.* ética individual) y la dicotomía metodológica (frecuencialismo *vs.* bayesianismo).

En el contexto de los ensayos clínicos, se desvanece el carácter dicotómico de estas opciones éticas y metodológicas, que dependen de condiciones asociadas al ensayo en sí y a sus circunstancias: la óptica del investigador y de la comisión de ética, las fases de ensayo, iniciales o finales, la prevalencia o incidencia de la enfermedad y su grado de gravedad.

Aspectos éticos de la divulgación de resultados científicos

Agustín Vicedo Tomey



La divulgación de los resultados científicos constituye la etapa de culminación de la actividad investigativa.¹ En ella los investigadores hacen públicos los hallazgos obtenidos, el conocimiento alcanzado se socializa y pasa a ser patrimonio de la comunidad científica y del público en general. La divulgación de los resultados científicos se origina en un hecho por el cual se entiende la conclusión de una actividad investigativa de cualquier índole. La divulgación de los hechos científicos comprende, a la vez, la divulgación popular, que se realiza a través de los medios masivos de comunicación, y la divulgación especializada que se efectúa por canales académicos. La forma más común de divulgación especializada de los resultados de las investigaciones consiste en su publicación en revistas científicas o en forma de libros. También contribuye a la socialización de los resultados investigativos la presentación en eventos científicos, aunque con un carácter más local y perecedero.

Al realizar la divulgación de las investigaciones, es posible incurrir en conductas inapropiadas, las cuales deben tenerse presentes para no cometerlas. Los responsables potenciales de estas conductas inapropiadas son los actores del proceso de divulgación, e incluyen en el caso de la gestación del hecho científico a los autores, los órganos institucionales y otros participantes;

¹ R. Hernández, C. Fernández, P. Baptista. *Metodología de la investigación*. 2ª. ed. México, D.F., Mc Graw Hill, 2000: 429-37.

en el caso de la divulgación popular, a los autores, los periodistas y los directivos de la prensa, y en el caso de la divulgación especializada, a los autores, los revisores y los editores.² En el caso de estos últimos pueden generarse problemas éticos especiales cuando se publican en los órganos de divulgación que dirigen.³

En algunos casos, las conductas inapropiadas que se manifiestan al divulgar los resultados científicos son consecuencias de errores cometidos desde el planeamiento y ejecución de la investigación, a los que se denominan aspectos éticos genéricos, e incluyen elementos conductuales como el consentimiento informado, la reserva, la manipulación de animales y la preservación del ambiente.⁴ Las desviaciones éticas cometidas en etapas anteriores trascienden al acto divulgativo.

Existe un grupo de conductas inapropiadas que se corresponden de modo particular con el propio proceso de divulgación. En el caso de la divulgación popular, las más comunes son las siguientes:

- Generación de falsas expectativas. Se produce cuando la divulgación es de tal naturaleza que crea en los receptores una noción falsa en cuanto a los beneficios que se pueden esperar de los resultados investigativos divulgados.
- Desorientación. Consiste en la inseguridad que genera en el público una inadecuada visión crítica del conocimiento previo sobre un tema, con el afán de destacar los posibles valores de los resultados que se divulgan.
- Inexactitudes. Obviamente se trata de opiniones equivocadas que se producen cuando el hecho divulgativo no corresponde fidedignamente a los hechos científicos en que se fundamentan.
- Exageraciones. Se producen cuando se magnifican más allá de lo pertinente el alcance económico, científico o social de la investigación realizada.

Sin menguar la responsabilidad que cabe a los autores en la divulgación de carácter popular, es necesario significar que otros participantes, como los periodistas y los directivos de los órganos de difusión masiva, en su interés por generar noticias científicas de impacto pueden incurrir consciente o inconscientemente en las desviaciones antes citadas. Quizás la recomendación más importante que pudiera hacerse a los autores en este sentido, sea la de mantener una gran objetividad al interactuar con los periodistas, y muy especialmente, exigir el requisito de revisar la versión definitiva de lo que será publicado para autorizar su divulgación; será este el momento de reclamar cualquier corrección.

² H.R. Cowell. «Ethical Responsibilities of Editors, Reviewers, and Authors.» *Clin Orthop*, 2000; 378: 83-9.

³ J. Hoey. «When Editors Publish in their Own Journals» [Editorial]. *CMAJ*, 1999; 161 (11): 1412-3.

⁴ D. Orta, M.A. Pascual. «La investigación clínica en seres humanos en Cuba.» En J.R. Acosta Sariego (editor). *Bioética. Desde una perspectiva cubana*. La Habana, Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, 1997: 79-88.

Al tratarse ya de la divulgación especializada de los hechos científicos, las principales conductas inapropiadas están ligadas al concepto de autoría. Las irregularidades de la autoría consisten esencialmente en el reconocimiento del carácter de autor a quien no le corresponde. Esto remite a la consideración de qué debemos entender por autor de un trabajo científico.

En el terreno de la ciencia, la autoría ha estado ligada a dos elementos fundamentales, el reconocimiento al aporte intelectual que la publicación representa y a la responsabilidad social⁵ que se asume ante lo publicado.⁶ Sin embargo, en la práctica cotidiana de la actividad científica, la autoría cumple funciones adicionales que rebasan el marco estrictamente académico.⁷ Estas funciones son:

- Reconocimiento social. El autor de una publicación recibe el reconocimiento social por su contribución intelectual al desarrollo del conocimiento en el campo específico de que se trate.
- Establecimiento de prioridad. Como no resulta infrecuente que más de un investigador arribe a resultados semejantes ante determinado problema científico, la fecha de publicación es aceptada como el hecho que determina a los autores a quienes se debe reconocer la prioridad en cuanto a la obtención del nuevo conocimiento.
- Vínculo de propiedad. El autor mantiene con los conocimientos que son divulgados una especial relación de propiedad⁸ que se manifiesta fundamentalmente en el derecho a ser citado por otros investigadores en relación con el hecho científico divulgado.
- Mérito de promoción. Las instituciones académicas y científicas prestan especial atención a las publicaciones realizadas por los autores para transitar por los escalafones jerárquicos manifestados en las categorías científicas o docentes.⁹
- Retribución. La autoría de trabajos científicos suele tener alguna influencia directa o indirecta en la retribución material que reciben los autores mediante promociones de categorías, financiamiento de nuevas investigaciones, premios y otras.

⁵ B.J. Bailey. «What is an Author?» [editorial]. *Otol Neurotol*, 2001; 22 (2):127-8; W.J. Broad. «Crisis in Publishing: Credit or Credibility?» *Bio Science*, 1982; 32: 645-7.

⁶ R.C. Goodlin. «What is the Meaning of Authorship?» [carta]. *Am J Obstet Gynecol*, 2000; 183 (3): 775-6.

⁷ M.S. Benninger. «Why is Defining Authorship so Important?» [editorial]. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2001; 124 (1): 1.

⁸ P. Ducor. «Intellectual Property. Coauthorship and Coinventorship.» *Science* 2000; 289 (5841): 873-5.

⁹ E. Garfield. «More on the Ethics of Scientific Publication: Abuses of the Authorship Attribution and Citation Amnesia Undermine the Reward System of Science. *Current Contents*, 1982; 30: 62-6; G.K. von Schulthess. «Academic Degrees in the United States and Abroad» [carta]. *Radiology* 2000; 217 (1): 301.

- Responsabilidad. La autoría reconocida establece quién responde ante la comunidad científica y la sociedad acerca de la calidad científica del trabajo que se publica. Es, a nuestro juicio, la piedra angular del concepto de autoría.

Los editores de publicaciones científicas han prestado atención al concepto de autoría, el cual ha estado signado por una aguda polémica que llega hasta la actualidad con creciente intensidad.¹⁰ El Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE según sus siglas en inglés, conocido también como Grupo de Vancouver) elaboró los criterios fundamentales para poder calificar como autor de un trabajo científico. Si bien dicho Comité en la actualidad está aceptando algunas alternativas, es de interés remitirse a esta caracterización.¹¹ El ICMJE estableció los siguientes criterios para calificar como autor:

1. Participar en el trabajo lo suficientemente como para asumir responsabilidad pública por el contenido.
2. Contribuir a:
 - a) La concepción, el diseño y el análisis e interpretación de los datos.
 - b) La escritura del trabajo y la revisión del contenido intelectual.
 - c) La aprobación de la versión final.

Obsérvese la importancia que se concede a la responsabilidad asumida por los autores ante la comunidad. Queda claro que nadie puede aceptar aparecer como autor o coautor de un trabajo y ante determinada dificultad, datos falsos, por ejemplo, declarar que no tiene responsabilidad personal porque solo participó en el asesoramiento estadístico u otra actividad similar.¹² De acuerdo con el criterio del ICMJE, se es autor o no se es. Este Comité declaraba de forma explícita algunas actividades que, por sí solas, no justifican la autoría: la adquisición de recursos, la recolección de datos y la supervisión general de un grupo investigativo.¹³

Las conductas inapropiadas en relación con la autoría giran todas sobre el motivo común de la asignación inapropiada del carácter de autor cuando se procede a divulgar un hecho científico, pero tiene muy diversas modalidades.¹⁴

¹⁰ A. Sheikh. «Publication Ethics and the Research Assessment Exercise: Reflections on the Troubled Question of Authorship.» *J Med Ethics*, 2000; 26 (6): 442-6; A.J. Morillo. «The Authorship Dilemma: Will it Ever Be Solved?» *Radiology*, 2000; 217 (2): 597-8.

¹¹ Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas. «Requisitos uniformes para preparar los manuscritos que se proponen para publicación en revistas biomédicas.» *Bol Of Sanit Panam*, 1989; 107: 422-37.

¹² E.J. Huth. «Responsibilities of Coauthorship» [editorial]. *Ann Intern Med* 1983; 99: 266-7; G. Bellisola. «A Coauthor Dissociates Himself from Erroneous Published Results» [carta]. *Int J Clin Lab Res*, 2000; 30 (2): 112.

¹³ N. Gadoth. «Who Should Be Included in the List of Authors, Where and Why» [editorial]. *Harefuah*, 1998; 134 (9): 698-700.

¹⁴ G. Silva. «La autoría múltiple y la autoría injustificada en los artículos científicos.» *Bol Of Sanit Panam*, 1995; 108 (2): 58-67.

Algunas conductas inapropiadas en relación con la autoría tienen tal peligrosidad social que pueden ser consideradas de carácter delictivo¹⁵ y, por tanto, ser recogidas en los correspondientes códigos del orden jurídico interno de cada país. Las desviaciones de la autoría que pueden alcanzar connotaciones jurídicas son principalmente las siguientes:

- Plagio. Esta figura se origina por el acto de copiar parcial o totalmente lo publicado por otros autores sin hacer la necesaria acotación de fuente y asumir, por tanto, una autoría que no le corresponde.
- Fraude. El fraude se configura cuando el autor sencillamente falsea los datos. En ocasiones puede referirse al exagerar el número de sujetos estudiados o a manipulaciones de los datos, exclusión de algunos resultados inconvenientes y otras variantes.¹⁶
- Exclusión dolosa. Se produce cuando quienes publican, de modo intencional, dejan de reconocer el carácter de autor a alguien que lo merece en propiedad.
- Usurpación. La usurpación es sencillamente la obtención sin autorización y por medios deshonestos de datos, información, archivos, programas o cualquier otro elemento que es usado para generar, en todo o en parte, una publicación científica que se presenta como propia del usurpador.
- Cohecho. Se manifiesta el cohecho cuando una persona, en virtud de su jerarquía o autoridad exige su inclusión como autor de un trabajo científico sin calificar como tal.

En otros casos, las conductas inapropiadas no se consideran de elevada peligrosidad social y se caracterizan como desviaciones éticas.

Las principales desviaciones éticas de la autoría son las siguientes:

- Exclusión culposa. Se produce cuando, de modo involuntario, deja de incluirse entre los autores a alguien que califica como tal.
- Ayuda mutua. Es de las desviaciones éticas más comunes de la autoría. Se manifiesta por la adjudicación recíproca de autoría injustificada entre dos o más autores con el fin de engrosar su currículum. Tú me incluyes, yo te incluyo.
- Ayuda al novato. Se trata de la inclusión indebida como autor a estudiantes, recién graduados o personal nuevo en el laboratorio,¹⁷ con la intención de que comience a acumular méritos académicos.

¹⁵ H.D. Lippert. «Author and Medical Society Legal Aspects of Falsification of Research Data.» *HNO*, 2001; 49 (5): 408-10; D. Andersen. «From Case Management to Prevention of Scientific Dishonesty in Denmark.» *Sci Eng Ethics*, 2000; 6 (1): 25-34; P. Riis. «Scientific Dishonesty: European Reflections.» *J Clin Pathol*, 2001; 54 (1): 4-6.

¹⁶ E. Marshall. «Fraud Strikers Top Genome Lab.» *Science*, 1996; 274: 908-10.

¹⁷ L.F. Oddi, A.S. Oddi. «Student-faculty Joint Authorship: Ethical and Legal Concerns.» *J Prof Nurs*, 2000; 16 (4): 219-27.

- Ayuda afectiva. Consiste en la asignación injustificada de autoría a personas con las cuales uno o más de los autores reales tiene lazos afectivos de alguna índole.
- Lisonja al jefe. Se incluye, sin merecerlo, al jefe del grupo o laboratorio como un modo de halagarlo y conseguir su favor. Se distingue del cohecho porque la inclusión no es exigida sino graciosamente aceptada.
- Búsqueda de apoyo. Habitualmente ejecutada por autores noveles que mediante algún ardid, como el de pedir consejos o dar a leer el manuscrito a un investigador prestigioso del campo de estudio, lo incluyen luego como autor del trabajo con el fin de que su valoración del mismo se vea así incrementada por la presencia de una figura brillante entre los autores.¹⁸
- Forma de agradecer. Se trata de conceder autoría a personas que han brindado alguna colaboración en la realización del trabajo, pero que en realidad no llenan los requisitos para calificar como autores. Se da sobre todo con el personal técnico, los estadísticos, asesores, etcétera.
- Cuantificación. Ha sido una consecuencia de los premios y gratificaciones que se otorgan a trabajos científicos relevantes. Para su distribución entre los autores se les exige una declaración donde se expone el porcentaje de autoría que se debe reconocer a cada cual. Se corta así la autoría como si fuera un pastel. Es ridículo que alguien pueda considerarse responsable digamos del 15% de lo publicado. Es el premio lo que se reparte entre los autores, no la autoría, que no admite, por su naturaleza, división alguna.

La proliferación de trabajos científicos en los que participan diversas instituciones y un número elevado de investigadores, así como otras dificultades generadas por el legítimo interés de reconocer diversos tipos de participación en la realización de las investigaciones, ha llevado a plantear interrogantes en cuanto a la vigencia actual del concepto de autoría¹⁹ y sus funciones.²⁰

Rennie,²¹ en particular, se ha destacado por defender posiciones alternativas al concepto de autor. Este investigador plantea que el concepto de autor debe ser sustituido por el de «contribuidor» (*contributor*, en inglés) de modo tal que en cada publicación no se declara quiénes son los autores, sino quiénes han sido los contribuidores y, por medio de llamadas al pie, se aclara con toda precisión

¹⁸ R. Room, J. Rehm. «Authorship, Inclusion and Hierarchy» [carta]. *Addiction*, 2001; 96 (3): 509-10.

¹⁹ M. Nylenna. «The Authorship Criteria Are Changed» [editorial]. *Tidsskr Nor Laegeforen*, 2000; 120 (16): 1844.

²⁰ B.J. Bailey. «What Is an Author?» [editorial]. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2001; 124 (1): 2-3; R.S. Alexander. «Trends in Authorship.» *Arch Intern Med*, 1970; 125: 771-2.

²¹ D. Rennie, V. Yank, M.D. Emanuel. «When Authorships Fails. A Proposal to Make Contributors Accountable.» *JAMA*, 1997; 278 (7): 579-85; D. Rennie, A. Flanagan, V. Yank. «The Contribution of Authors» [editorial]. *JAMA*, 2000; 284 (1): 89-91; D. Rennie. «Who did What? Authorship and Contribution in 2001.» *Muscle Nerve*, 2001; 24 (10): 1274-7.

cuál ha sido la contribución de cada cual. Se considera que de este modo puede informarse con claridad quiénes concibieron el trabajo, ejecutaron los procedimientos técnicos, hicieron el análisis de datos, etcétera.

Estas posiciones han alcanzado alguna aceptación, y de hecho se admite como alternativa a la autoría clásica definida por el ICMJE en algunas de sus revistas médicas.²² Como puede razonarse con relativa facilidad, la inclusión de esta nueva modalidad en las publicaciones científicas no excluye el hecho de que se produzcan desviaciones éticas, ahora quizás al reconocer «contribuciones» injustificadas.²³

Claro que quienes defienden el concepto de contribuidor como alternativa al de autor, especifican que en esta publicación debe declararse quién o quiénes asumen la responsabilidad global por lo publicado. Hay aquí cierto grado de inconsecuencia. Por otro lado, algunos editores de revistas médicas que publican fundamentalmente en español, siguen acogidos al concepto tradicional de autor por considerar que el término «contribuidor» del inglés tiene una connotación diferente en idioma español.²⁴

Los defensores del concepto de autor en su acepción tradicional sostienen que la autoría es una concepción valiosa que refleja esencialmente el aporte intelectual al desarrollo de la ciencia y que en la publicación existe la posibilidad de incluir «reconocimientos» y «agradecimientos»,²⁵ a fin de dar a conocer los aportes «no autorales» realizados por determinadas personas, que si bien pueden ser de un valor extraordinario para obtener los resultados científicos perseguidos, no alcanzan los requisitos para ser considerados autores.

Ninguna colectividad científica está exenta de conductas inapropiadas en relación con la autoría. Algunas incluso llegan a alcanzar ribetes escandalosos. Es por eso que se considera de la mayor importancia que los órganos de divulgación declaren explícitamente su política al efecto, al igual que lo deben hacer los centros académicos donde se realizan la mayor parte de las investigaciones científicas.²⁶

De mucho valor será, además, el análisis y discusión en los colectivos de investigadores de estas concepciones como un factor de carácter educativo²⁷ que

²² J. Hoey. «Who Wrote this Paper Anyway? The New Vancouver Group Statement Refine the Definition of Authorship.» *CMAJ*, 2000; 163 (6): 716-7.

²³ Squires BP. Authors: who contributes what? *Can Med Assoc J* 1996; 155:897-8

²⁴ H. Reyes, R. Kauffmann, M. Andresen. «La autoría en los trabajos publicados en revistas biomédicas.» *Rev Med Chil*, 2000; 128 (4): 363-6.

²⁵ D. Hare. «Giving Credit When Credit Is Due-authorship versus Acknowledgment.» *Can Vet J*, 2001; 42 (4): 249-50; P.P. Carbone. «On Authorship and Acknowledgements.» *N Eng J Med*, 1992; 326: 1084.

²⁶ J.P. Breittmayer, M. Bungener, H. De The, D. Schewegw, M. Fougereau, G. Guedj *et al.* «Responding to Allegations of Scientific Misconduct: The Procedure at the French National Medical and Health Research Institute.» *Sci Eng Ethics*, 2000; 37 (4): 386-8.

²⁷ D.R. Sahu, P. Abraham. «Authorship: Rules, Rights, Responsibilities and Recommendations.» *J Postgrad Med*, 2000; 46 (3): 205-10; C.A. Athanasoulis. «Authors Need to Be Educated on Authorship Principles.» *Radiology*, 2000; 217 (2): 597-8.

contribuya a eliminar las prácticas inadecuadas que, con determinada frecuencia, se producen cotidianamente.

El autor del presente artículo ha efectuado encuestas en diferentes medios, con el fin de conocer el grado de manifestación de desviaciones éticas de la autoría.²⁸ Ha sido evidente que entre los encuestados no existe unanimidad en reconocer el carácter no ético de algunas de estas desviaciones. Por otro lado, muchos reconocen haber incurrido en este tipo de conductas y haberlas observado en su ámbito de desempeño.

Entre las conductas inapropiadas cuya comisión u observación se refiere con mayor frecuencia se incluyen la lisonja al jefe (88%), la ayuda afectiva (85%), la ayuda mutua (80%), la forma de agradecer (78%) y la búsqueda de apoyo (76%). Todas las conductas irregulares tipificadas en este trabajo han tenido algún grado de manifestación.

Estos elementos hacen pensar que en los medios indagados no existe una clara conciencia del carácter condenable de estas acciones; de ahí la importancia de su divulgación y discusión.

El advenimiento de nuevas modalidades de divulgación de resultados científicos, en particular las publicaciones electrónicas,²⁹ están dando origen a nuevos dilemas en relación con la autoría de lo que se divulga y la responsabilidad social de los autores. Estas variantes requerirán una atención especial en el futuro.

En cualquier caso, se ha considerado conveniente exponer los elementos fundamentales de un debate ético que afecta de modo no despreciable a la comunidad científica y requiere, por tanto, la mayor atención.

²⁸ A. Vicedo. «Aspectos éticos de la autoría científica.» Jornada Científica Girón 98. La Habana, 1998.

²⁹ J. Sixsmith, C.D. Murray. «Ethical Issues in the Documentary Data Analysis of Internet Posts and Archives.» *Qual Health Res*, 2001; 11 (3): 423-32; S.M. Wright, W.T. Tseng, K. Kolodner. «Physician Opinion About Electronic Publications.» *Am J Med*, 2001; 110 (5): 373-7; M.W. Jacobson. «Biomedical Publishing and the Internet: Evolution or Revolution?» *J Am Med Inform Assoc*, 2000; 7 (3): 230-3; B.P. Markovitz. «Biomedicine's Electronic Publishing Paradigm Shift: Copyright and Pub Med Central.» *J Am Med Inform Assoc*, 2000; 7 (3): 222-9.

La calidad de la investigación clínica. Papel de los comités de ética

Olga Ma. Rodríguez Núñez



A finales de la década de los setenta y principios de los ochenta, existía en el mundo desarrollado una gran preocupación por la calidad. Cada país tenía sus propios estándares, lo que entorpecía en gran medida el reconocimiento e intercambio internacional de productos. En 1979, un grupo de representantes de varios países interesados en las cuestiones de calidad crearon el Comité Técnico 176 (CT 176) de la Organización Internacional de Normalización y comenzaron a reunirse para unificar y dar sentido a toda la diversidad de estándares existentes.

Así, en la segunda mitad de 1987, hacia el fin de la Segunda Década de la Calidad, las series ISO 9000 fueron promulgadas y diseminadas como el fuego en diversos lugares como el Reino Unido y Holanda. Pronto cada país tradujo las ISO 9000 en su propia lengua. La Comunidad Europea en su totalidad parecía haber tomado conciencia ISO. Posteriormente, las series ISO 9000 fueron aceptadas por la totalidad de los Estados europeos y por más de 50 naciones en todo el mundo.

¿Qué es ISO 9000? Es un conjunto de estándares para el aseguramiento de la calidad en las industrias de producción y servicios.¹ Las series ISO 9000 exigen a la compañía el desarrollo, documentación y defensa de su sistema de aseguramiento de la calidad, esto es, sus

¹ Sanders Quality Associates. *How to Qualify for ISO 9000?* American Management Association, 1993.

prácticas para la dirección de calidad, que van desde las responsabilidades de la dirección con la calidad hasta sus prácticas de auditorías, desde las políticas de compras hasta el entrenamiento dentro de la compañía.

Los estándares pueden acomodarse a las variaciones entre diferentes compañías, e igualmente pueden adaptarse su filosofía, definiciones y términos a las empresas que trabajan en la investigación-desarrollo de medicamentos en sus diferentes procesos, incluida la investigación clínica. Por tanto, una empresa encargada del desarrollo clínico de productos farmacéuticos debe asegurar su calidad y establecer, entre otros elementos, los siguientes:

- Sistema de gestión de la calidad: sistema para establecer la política de la calidad y los objetivos de la calidad y lograr dichos objetivos.
- Gestión de la calidad: actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo a la calidad.
- Planificación de la calidad: parte de la gestión de la calidad dirigida a establecer objetivos de la calidad y especificar los procesos operativos y recursos afines necesarios para cumplir los objetivos de la calidad.
- Establecimiento de procedimientos: maneras especificadas de realizar una actividad o un proceso.
- Aseguramiento de la calidad: parte de la gestión de la calidad dirigida a inspirar confianza en que se han cumplido los requisitos de la calidad.
- Control de la calidad: parte de la gestión de la calidad dirigida a cumplir los requisitos de la calidad.
- Programa de auditorías: conjunto de auditorías que se deben realizar durante un período planificado.

La industria farmacéutica y las autoridades reguladoras en los diferentes países han comprendido la complementariedad de la filosofía de calidad propuesta por las BP «farmacéuticas» (buena práctica de manufactura, buena práctica de laboratorio y buena práctica clínica) y de los principios establecidos en las ISO 9000, y es esta combinación la que debe garantizar el éxito en el logro de estándares de calidad en la investigación-desarrollo de productos farmacéuticos.

En la literatura sobre «calidad» se identifica esta como «conformidad con los requisitos». ¿Qué requisitos debe entonces cumplir la investigación clínica para tener calidad?

- Requisitos éticos
- Requisitos reguladores
- Requisitos de la buena práctica clínica.

Estas exigencias y requisitos no pueden realmente verse separados unos de otros, pues en esencia se entrecruzan para garantizar el respeto de los derechos y el bienestar de los sujetos humanos incluidos en una investigación.

Los especialistas en bioética han establecido exigencias para la práctica de los ensayos clínicos que incluso han sido incorporadas a normas de derecho positivo. Entre esas exigencias se encuentra que el ensayo clínico sea sometido a una evaluación objetiva y externa a los promotores e investigadores.² La responsabilidad de esta evaluación externa cae con mayor peso sobre los hombros de los comités de ética de la investigación, que, aunque con diferentes nombres de un país a otro, en esencia son órganos revisores encargados de velar, por encima de todo, por la seguridad, el bienestar y el cumplimiento de los derechos de los sujetos incluidos en una investigación, cuidando también de que la investigación en la que van a ser usados esos sujetos tenga un justificado valor y una adecuada validez científica.

La existencia de comités que evalúen la investigación que será realizada, desde los puntos de vista ético, científico y metodológico, es indispensable también para preservar los principios de BPC y para cumplir con las exigencias de las autoridades reguladoras.

Antecedentes y situación actual de los comités de ética en Cuba

Antes de 1989, cuando se pretendía realizar un estudio con un producto nuevo, se sometía a la consideración del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) para obtener su aprobación. Posteriormente, en 1989, se crea el Centro para el Control Estatal de la Calidad de los Medicamentos (CECMED), con lo cual comienza un auge de la actividad reguladora de los medicamentos en el país. En 1991, se comienza a requerir de una autorización por parte del CECMED para el inicio de los ensayos clínicos, y en 1992 se establecen las primeras normas de BPC. De ese año datan los primeros comités de revisión y ética (CRE). En 1995, se actualizan y reelaboran las normas de BPC, que incluyen, entre las funciones de los comités, el seguimiento al ensayo clínico durante su ejecución.³

En nuestro país, la selección de los miembros de los comités se ha realizado habitualmente a partir de expertos reconocidos, procedentes de diferentes instituciones, y se crea un comité para cada ensayo clínico, comité *ad hoc*, centralizado, conocido como Comité de Revisión y Ética (CRE), el cual emite un dictamen de aprobación o no, o de aprobación con modificaciones del protocolo que se somete a su consideración.

Sin embargo, el desarrollo de las investigaciones en diferentes instituciones científicas del país trajo como consecuencia la identificación de la necesidad de

² G. Peces-Barba. «Derechos humanos e investigación clínica.» Conferencia de clausura del curso de la Universidad Internacional Menéndez Pelayo sobre Investigación Clínica-Terapéutica y Sociedad. Santander, 1992.

³ D. Orta, M.A. Pascual. «La investigación clínica en seres humanos en Cuba.» En J.R. Acosta Sariego (editor). *Bioética. Desde una perspectiva cubana*. La Habana, Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, 1997: 79–88.

crear comités de ética para la investigación en salud en estos centros, aunque estos ya existían en algunas instituciones hospitalarias de larga trayectoria en investigaciones, por ejemplo, el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR), donde fue creado desde el año 1995.

Es así que la Instrucción del Viceministro del MINSAP a cargo de la Docencia y las Investigaciones, VADI No. 4, emitida en enero de 2000, faculta a los directores para la creación de los comités de ética de la investigación científica (CEI) en las unidades del Sistema Nacional de Salud cubano,⁴ cuando el volumen y la complejidad de las investigaciones que se llevan a cabo así lo aconseje, y cuando este volumen no sea considerado lo suficientemente importante como para dar lugar a la creación de un CEI, entonces la Comisión de Ética Médica de la institución asumirá sus funciones.

Esto ha dado lugar a la coexistencia actual de tres tipos de comités: los comités *ad hoc*, centralizados o CRE, que generalmente funcionan en ensayos clínicos multicéntricos; los CEI institucionales, que pueden evaluar los proyectos generados internamente en su institución o en otra, y que quizás ya hayan sido aprobados por un comité centralizado, y las comisiones de ética médica que pueden funcionar en los centros con menor volumen de investigaciones.

¿Cuál es la experiencia de trabajo del Centro Nacional de Ensayos Clínicos de Cuba con la diversidad de comités existentes?

El Centro Nacional Coordinador de Ensayos Clínicos (CENCEC) fue creado en diciembre de 1991, como resultado de una necesidad que emergió del desarrollo de la industria medicofarmacéutica y biotecnológica cubana y de la existencia de una infraestructura reguladora, y estuvo vinculado desde sus inicios al surgimiento y desarrollo de los CRE. Es este centro el que usualmente y en mayor medida convoca estos comités *ad hoc* que han tenido a su cargo históricamente la revisión de todos los protocolos de ensayos clínicos, en su mayoría multicéntricos pero también monocéntricos, coordinados por el CENCEC.

Algunas características de composición y funcionamiento de los comités de ética que evaluaron algunos de los proyectos de investigación coordinados por el CENCEC

Como resultado de una investigación descriptiva, realizada para conocer las características propias de los comités de ética de la investigación o comités de revisión y ética que evaluaron los proyectos de investigaciones clínicas que estaban siendo coordinados por el Centro Nacional Coordinador de Ensayos Clínicos en el año 2001, y que fueron evaluados por estos comités entre los años 1999 y 2001, se conoció que en el año 2001 en el CENCEC se coordinaban 46 ensayos que se encontraban en diferentes etapas de desarrollo. De estos 46,

⁴ Ministerio de Salud Pública. Instrucción Ministerial VADI No. 4 de 2000.

en 26 ensayos las evaluaciones databan de años anteriores y 20 ensayos habían sido evaluados por un CRE o por un CEI entre los años 1999 y 2001. Estos años fueron los seleccionados por ser el año anterior y el siguiente a la emisión de la Instrucción VADI, que promulgaba la creación de los CEI.

Con los datos obtenidos de la revisión de las carpetas de ensayo clínico que constaban en el CENCEC, de esos 20 estudios encontramos que 12 de ellos habían sido evaluados por comités centralizados o CRE y 8 por comités institucionales o CEI, con lo que notamos que todavía existe un predominio de los primeros, a pesar del desarrollo de los CEI en las instituciones.

En cuanto a los documentos que constaban como revisados en las actas de la reunión y en la documentación recogida en la carpeta en relación con el proceso de evaluación (correspondencia, etcétera), en 18 casos existía referencia solo al protocolo del estudio. En dos casos se hacía referencia al protocolo y al manual del investigador, por lo que se impone aquí comentar que en ningún caso se encontró referencia a que el CEI o CRE evaluara el *currículum vitae* de los investigadores que participarían en la investigación y se confió en la elección hecha por los promotores, cosa esta que viola una de las responsabilidades del Comité, que es velar por la idoneidad de los investigadores propuestos.

En relación con la composición de los comités, en 15 casos estaban integrados por 5 miembros o menos, en 5 casos el comité contaba con 6 a 9 miembros. En ningún caso se registró un comité con más de 9 miembros. Aquí es válido señalar que comités con un pequeño número de miembros difícilmente puedan garantizar la multidisciplinaridad necesaria para una correcta evaluación de los proyectos. Podemos señalar, además, que solo en 9 de los 20 comités existía un miembro cuya área primaria de desarrollo era un área no médica (en su mayor parte abogados), y en solo 13 casos existió al menos un miembro que no pertenecía a la institución o instituciones donde se desarrollaría el estudio. Además, se detectaron deficiencias en un aspecto relacionado: no existencia de la lista de miembros en 4 de los casos, y ausencia de las calificaciones de los miembros en 8 casos.

En lo concerniente al dictamen emitido por estos comités, en 6 casos fue aprobación, en 14 casos aprobación con modificaciones, y en ningún caso se registró una desaprobación u opinión desfavorable.

En cuanto a la cantidad de presentaciones, en 13 casos el veredicto se emitió en la primera presentación, en 5 casos se necesitaron 2 presentaciones del proyecto al comité, y en 2 casos se necesitaron más de dos presentaciones.

De los 13 casos que tuvieron una sola presentación, 7 fueron aprobados con modificaciones y 6 fueron directamente aprobados. Esto último deja bastante que decir acerca de la calidad de la evaluación, pues es de todos conocido lo difícil resulta encontrar un proyecto perfecto. La inadecuada calidad de una evaluación por parte de un comité puede deberse a una insuficiente preparación de sus miembros, que aunque generalmente se seleccionan entre profesionales

de gran prestigio, adolecen de tener desconocimiento en temas tales como requisitos éticos, metodología de la investigación o de requerimientos reguladores particulares.

De aquellos que aprobaron en la primera oportunidad con propuestas de modificaciones, se debe aclarar que si el comité sugiere modificaciones, debe haber entonces una segunda evaluación para verificar si estas modificaciones se cumplimentaron, pues en ocasiones al haber obtenido ya la aprobación los investigadores eluden el cumplimiento estricto de las exigencias planteadas por el comité.

En cuanto al comportamiento por años, se obtuvo que en 1999 se evaluaron 3 proyectos, todos por comités centralizados o CRE; en el año 2000 los evaluados fueron 8, 2 por comités centralizados y 6 por institucionales o CEI, y en el 2001, de los 9 evaluados, 7 fueron por CRE centralizados y solamente 2 por los institucionales.

También se debe señalar que aquellos proyectos relacionados con cáncer como indicación, de los 4 ensayos evaluados todos lo fueron por el CEI del INOR. Cabe aquí resaltar que este comité marca la puntera en el desarrollo de procedimientos propios y en su preparación para la evaluación. Aunque también se debe decir que si se les selecciona para evaluar todos los proyectos relacionados con estas enfermedades en el país, aumenta la responsabilidad que cae sobre sus hombros y no deben descuidar la seriedad con que acometen su tarea.

De todo lo anterior podemos concluir que:

- La filosofía de gestión de la calidad según las Normas Internacionales ISO 9000 es perfectamente adaptable al proceso de investigación clínica debido a la universalidad de sus principios.
- En la calidad de la investigación clínica, los comités de ética de la investigación desempeñan un papel fundamental, al evaluar de forma integral los proyectos, actuar como una tercera parte no involucrada o neutral que asegura la protección debida a los sujetos participantes, velar por que se respete su autonomía y, al mismo tiempo, por el valor social y la validez científica del estudio que se somete a su juicio.
- En Cuba, la creación de los comités de ética de la investigación data de principios de la década de los noventa del pasado siglo, simultáneamente con su desarrollo y extensión en el resto del mundo, y su creación y funcionamiento han estado vinculados a la existencia del CENCEC.
- Los proyectos de investigación que estaban siendo coordinados por el CENCEC en el año 2001, y que fueron evaluados por comités éticos entre los años 1999 y 2001, fueron revisados en su mayoría por CRE, aunque ya se constata el trabajo que vienen realizando los CEI.
- A pesar de lo positivo que resulta el reconocimiento generalizado del papel que desempeñan estos órganos, se debe admitir que existen dificultades en

el cumplimiento de los requerimientos que se les exigen, como, por ejemplo, deficiencias en la documentación evaluada (solo el protocolo del estudio) en gran parte de la muestra seleccionada, predominio de comités con un número mínimo o insuficiente de miembros (5 o menos), lo que conspira contra la adecuada representatividad y múltiples enfoques que deben tener los mismos.

- La modalidad de dictamen emitido con mayor frecuencia en la muestra elegida fue la de aprobación con modificaciones, siendo este dictamen obtenido en la mayoría de los casos en la primera presentación del proyecto al comité.
- Existen también dificultades con el cumplimiento de requerimientos tales como la existencia de un listado de los miembros que componen el comité y la especificación de sus calificaciones.

La mayor parte de las dificultades descritas pudieran ser superadas si, siguiendo los requerimientos internacionales y nacionales para estos órganos, estos trabajaran siguiendo PNT bien estructurados y encontraran mayor apoyo y reconocimiento institucional en el cumplimiento de sus funciones. Esto último pudiera ayudarlos a superar dificultades, como pueden ser: la falta de tiempo por parte de sus miembros por encontrarse sobrecargados desde el punto de vista asistencial o administrativo; o la no disponibilidad de un local o parte de este, con el mobiliario adecuado para el archivo de toda la documentación que se les exige; o la gestión necesaria para la superación de estas personas en los temas que le son imprescindibles para ser eficientes en su papel de jueces.

A todos los involucrados en el quehacer científico del país y particularmente a aquellos a los que nos toca investigar sobre esa delicada materia que forma el cuerpo y la vida humana, nos debe quedar claro que son los comités de ética de la investigación, con su actuación independiente, capaz, prudente y responsable, los poseedores de una posición privilegiada en la lucha por la calidad de la investigación, tanto en su etapa de diseño como de ejecución, y aún más allá, cuando el resultado de las interrogantes científicas evaluadas deba llegar al resto de la comunidad científica y de la sociedad.

Bibliografía

- Arboleda-Florez, J. «La investigación en sujetos humanos: poblaciones vulnerables.» En *Investigación en sujetos humanos: experiencia internacional*. Programa Regional de Bioética. División de Salud y Desarrollo Humano. OPS-OMS, 1999. [Serie Publicaciones]
- Bakke, O. *et al.* *Ensayos clínicos con medicamentos*. Barcelona, Ediciones Doyma, 1994: 37-44.
- Baradat, C., A. Verny. «Ethical Review of French Clinical Trials.» *Applied Clinical Trials*, 2000; 9 (10): 54-6.

- Comité Estatal de Normalización. Serie NC-ISO 9000. *Normas cubanas sobre dirección y aseguramiento de la calidad*. CEN-Cuba. 1991.
- EFGCP Audit Working Party. «Managing Quality in Clinical Research.» *Applied Clinical Trials*, abril 2000; 9 (4): 28-31.
- Franca, O. *et al.* «Ética en la investigación clínica. Una propuesta para prestarle la debida atención.» *Rev Med Uruguay*, diciembre 1998; 14 (3): 192-201.
- Gracia, D. «Investigación en sujetos humanos: implicancias lógicas, históricas y éticas.» En *Investigación en sujetos humanos: experiencia internacional*. Ob. cit.
- Kottow, M. «Investigación en seres humanos: principios éticos internacionales.» *Cuadernos del Programa Regional de Bioética*, noviembre de 1996; (3): 41-52.
- Ministerio de Salud de la República de Colombia. Dirección de Desarrollo Científico Tecnológico. *Normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Resolución N° 008430 de 1993. Santafé de Bogotá, D.C., 1993.
- Navellán, P. «Participación en investigaciones y ensayos clínicos: aspectos éticos y consentimiento informado.» *Revista Hosp Clínico Universidad de Chile*, 1992; 3 (3-4).
- . «Aspectos éticos de la experimentación en seres humanos.» *Revista Hosp Clínico Universidad de Chile*, 1993; 4 (1-2).
- «Normas de pesquisa envolvendo seres humanos.» Res. CNS 196/96. *Bioética*, 1996; 4 (2).
- Pharmaceutical Manufacturers Association of Canada. *Pharmaceutical Clinical Research in Canada: An Orientation*. PMAC, 1992.
- Pocock, S.J. *Clinical Trials*. Nueva York, Wiley, 1983: 100-9.
- Rodríguez, O.M. *et al.* «Requisitos para la calidad en los ensayos clínicos.» *Revista Cubana de Farmacia*, 2002; 36, Suplemento Especial 1.
- . «Características de composición y funcionamiento de los comités de ética que evalúan proyectos de ensayos clínicos.» *Revista Cubana de Farmacia*, 2002; 36, Suplemento Especial 1.
- Salas, S. «Estructura y función de los comités de ética de la investigación clínica.» *Cuadernos del Programa Regional de Bioética*, noviembre de 1996; (3): 89-105.
- Sayre, J.E. «GCP Quality Audit Manual.» *Interpharm Press*, enero de 1990.
- Sharp, S. M. «The Ethical Foundations of Clinical Trials.» *Applied Clinical Trials*, abril 2001; 10 (4): 48-54.
- Wechsler, J. «Clinical Trial Controversies Draw Scrutiny.» *Applied Clinical Trials*, junio de 2000; 9 (6): 28-31.

Comités de ética institucionales para la investigación clínica

*Gilberto Fleites González,
Jorge L. Soriano García
y Olga Torres Gemeil*



La investigación biomédica es, en su concepto más amplio, cualquier actividad para desarrollar el conocimiento médico ejecutada sobre sujetos humanos.¹ Es necesaria para la lucha contra las enfermedades y la mejoría de la calidad de la vida, y puede realizarse en muy diversos campos. Por ejemplo:

- Tratamientos novedosos: medicamentos, radioterapia, técnicas quirúrgicas, etcétera.
- Pruebas diagnósticas: de laboratorio, imagenología, etcétera.
- Investigación en muestras biológicas, por ejemplo, estudios genéticos.
- Investigaciones epidemiológicas descriptivas o interventivas (por ejemplo, preventivas).
- Investigaciones sociales y psicológicas.

La investigación puede hacerse sobre pacientes o sobre personas sanas. Un tipo especial de investigación es el ensayo clínico: el estudio sistemático de un producto, equipo o proceder sobre un sujeto humano (enfermo o no), para descubrir o verificar las características y/o efectos del producto, equipo o proceder.²

¹ CIOMS / WHO. *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*. Ginebra, Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO), 2002.

² Commission of the European Communities. *Good Clinical Practice for trials on medicinal products in the European Community*. 1989.

Los ensayos clínicos con nuevos medicamentos se clasifican en cuatro fases:

- Fase I: cuando se aplica por primera vez un producto en el ser humano. Generalmente –pero no exclusivamente– se hace en voluntarios sanos. Su objetivo es la evaluación preliminar de la seguridad (efectos adversos, dosis a las que ocurre toxicidad) y del perfil farmacodinámico, aunque tal vez se obtenga alguna evidencia de eficacia.
- Fase II: estudio controlado en pacientes. Su objetivo es determinar la actividad del producto (efectividad, dosis apropiadas) y su seguridad a corto plazo. Se hace en un pequeño número de sujetos.
- Fase III: estudio, controlado o no, en pacientes, luego que se ha establecido en la fase previa que el producto es eficaz. Su objetivo es también determinar eficacia y seguridad, pero con más evidencias y precisión. Se incluye un mayor número de pacientes.
- Fase IV: estudio luego que el producto ya está aprobado y en el mercado, para obtener datos adicionales: seguridad a corto y largo plazo, efectos farmacológicos específicos, evaluación de nuevas indicaciones, evaluación en grupos de pacientes no incluidos en las fases previas (por ejemplo, niños o ancianos), nuevos métodos de administración o de combinación con otros productos. Debe distinguirse de otras categorías en las que normalmente no se requiere la revisión por el CEI: estudios de mercado o promocionales, vigilancia habitual de efectos adversos.³

Necesidad del control ético de las investigaciones

Los científicos en general, y los profesionales de la salud en particular, pueden cometer errores en la planificación y ejecución de una investigación biomédica en seres humanos, o «investigación clínica». Una investigación puede ofrecer beneficios, pero también graves perjuicios, por lo que debe ser reglamentada, vigilada y controlada por instituciones que garanticen la defensa de los derechos y el bienestar de los participantes. Esta es la función de los Comités de Ética de la Investigación (CEI).

Podría pensarse que la ciencia busca siempre el beneficio de la humanidad, y que no necesita de una «policía ética» que la vigile y regule. La realidad es que el resultado de cualquier investigación puede terminar utilizado de forma muy lesiva. Los ejemplos sobran: los conocimientos sobre la estructura y energía del átomo, lejos de garantizar una fuente de energía barata y segura, condujeron a la creación del arma nuclear; el desarrollo de la química y la biología llevaron a la creación de otras tantas armas de exterminio en masa; la manipulación

³ Las características de estas fases son algo diferentes cuando el medicamento es una «vacuna». (Nota de los autores.)

genética de organismos genera tantos problemas ambientales, sanitarios y socioeconómicos como los males que resuelve.

La vigilancia y regulación ética sobre las investigaciones científicas en seres humanos y sistemas biológicos es necesaria porque:⁴

1. La ciencia no se ejerce independiente de la realidad social, por lo que no hay una ciencia moralmente neutra, fuera del análisis de valores y de los intereses colectivos.
2. Es falso distinguir entre «ciencia pura» y «ciencia aplicada», entre teoría y práctica, pues la investigación científica depende de la técnica para sus experimentos, cuyos resultados, a su vez, se aplican en el terreno práctico.

Para poder comprender la responsabilidad y funciones de los Comités de Ética de la Investigación, es necesario el estudio de la bioética. Esta abarca a la ética médica, pero no se limita a ella. La ética médica, en su sentido tradicional, trata de los problemas relacionados con valores que surgen de la relación entre el médico y el paciente. La bioética constituye un concepto más amplio, con cuatro aspectos importantes.⁵

1. Comprende los problemas relacionados con los valores que surgen en las profesiones de la salud, incluso en las profesiones afines y las vinculadas con la salud mental.
2. Se aplica en las investigaciones biomédicas y sobre el comportamiento, independientemente de que influyan o no de forma directa en la terapéutica.
3. Aborda una amplia gama de cuestiones sociales, por ejemplo, relacionadas con salud pública, salud ocupacional, salud internacional, la ética del control de la natalidad, entre otras.
4. Va más allá de la vida y la salud humanas, en cuanto comprende cuestiones relativas a la vida de los animales y las plantas, por ejemplo en lo que respecta a experimentos con animales y a demandas ambientales conflictivas.

Comité de Ética de la Investigación

El Comité de Ética de la Investigación (CEI) es un organismo institucional de control ético, formado por un cuerpo independiente de profesionales médicos y miembros no médicos, con la responsabilidad de evaluar y aprobar las investigaciones clínicas para proteger los derechos y el bienestar de los sujetos que participan en la investigación.

⁴ M. Kottow. *La investigación científica como tema bioético*. Centro Interdisciplinario de Bioética (CINBIO), Universidad de Chile, 1995. [Publicaciones Especiales, no. 2]

⁵ S.S. Connor, H.L. Fuenzalida-Uelma. «Introducción.» En *Bioética: temas y perspectivas*. Organización Panamericana de la Salud, 1990. [Publicación Científica, no. 527]

Desarrollo de los CEI en Cuba

En 1983, se crearon las Comisiones de Ética Médica, pero se dedicaban sobre todo a problemas deontológicos y punitivos dentro del marco legal del trabajo en salud pública. Con el desarrollo alcanzado en Cuba por las ciencias médicas en general, y en particular por las industrias farmacéutica, biotecnológica y de equipos médicos, fue necesario perfeccionar las estructuras y regulaciones para garantizar la excelencia en la investigación biomédica y la aceptación de sus resultados a nivel internacional.

En 1997, la Resolución Ministerial no. 110 facultó a los directores de unidades del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) a crear comités institucionales de ética de la investigación científica, y posteriormente el viceministro, doctor José Jardines dispuso «orientar la creación de un Comité de Ética de la Investigación Científica (CEI)⁶ en aquellos centros que lo requieran, para que oficie como órgano asesor o consultivo colegiado, vele por el rigor ético de los proyectos y la ulterior ejecución de las investigaciones». Sin embargo, ya el 13 de febrero de 1995 se había creado el Comité de Ética de la Investigación en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR), propiciado por la categorización del INOR en 1986 como centro de referencia para la práctica e investigación en oncología en Cuba.

La labor teórica y práctica del CEI del INOR lo convirtieron en modelo y guía a nivel nacional en este campo, concretado en la elaboración de su *Manual de organización y procedimientos del Comité de Ética de la Investigación del INOR*, primero de su tipo en nuestro país.

Todavía tenemos un largo camino por recorrer para garantizar de manera universal la excelencia ética en las investigaciones en Cuba, debido a varios factores:

- Negación del conocimiento del diagnóstico de cáncer a los pacientes.
- Dificultad para reconocer que muchas complicaciones o la evolución desfavorable de un enfermo se deben con frecuencia a errores en el diagnóstico o tratamiento, y no al «curso irreversible de la enfermedad».
- Apreciación paternalista sobre el médico y las estructuras estatales como entidades omniscientes e infalibles, lo que es reforzado por el carácter gratuito y universal de la asistencia médica. Por ello, es rara la reclamación legal ante una mala práctica médica, lo que se agrava por la falta de regulación en muchas esferas de la práctica médica, por ejemplo, en la medicina «alternativa».

⁶ La Instrucción del Viceministro a Cargo de la Docencia e Investigaciones del MINSAP que reguló el estatus legal y el funcionamiento de los CEI fue promulgada en 2000. (*Nota del editor científico.*)

¿Cuándo una investigación es éticamente aceptable?

Una investigación aceptable desde el punto de vista ético es aquella que cumple en su formulación teórica y en su aplicación práctica, con dos requisitos esenciales:

1. *Validex científica*, pues una investigación que no sea científicamente válida, no es tampoco aceptable desde el punto de vista ético.
2. *Respeto por los cuatro principios éticos básicos*: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Autonomía implica el respeto de la capacidad de autodeterminación de las personas competentes. Cuando sea imprescindible incorporar personas con autonomía reducida o nula en una investigación, debe garantizarse su protección a través de representantes legales. Todo esto puede englobarse bajo el concepto de «respeto por las personas». Beneficencia (hacer el bien) y no maleficencia (no hacer el mal) implican la obligación ética de maximizar los beneficios y minimizar los riesgos o daños. Para esto, el protocolo de investigación debe ser científicamente correcto, debe haber un balance riesgo-beneficio favorable, los investigadores deben ser competentes para conducir el estudio y para garantizar el bienestar de los individuos, y debe contarse con todos los medios institucionales que garanticen la excelencia en el cuidado médico. Justicia se refiere a la obligación de tratar a cada persona de forma correcta desde el punto de vista moral, y de forma equitativa desde un punto de vista social, sin vulnerar a grupos particulares por razones de nivel socioeconómico, cultural, jerárquico, o de autonomía física o intelectual (niños, enfermos mentales o comatosos, prisioneros, etcétera).

Puede haber casos particulares en que el análisis de los cuatro principios básicos no baste para resolver un dilema ético. En ese caso se recurrirá a los que llamamos «los dos principios moduladores», uno de carácter generalizador y el otro particularizador: respeto o reverencia por la vida, según los postulados de Albert Schweitzer,⁷ y el principio de especificación o caracterización para el análisis de casos particulares, según Beauchamp.⁸

El CEI es responsable de evaluar y dictaminar sobre un protocolo de investigación para garantizar estos requisitos. Para ello utilizará las herramientas aprobadas a nivel nacional e internacional sobre metodología científica y buenas prácticas clínicas y éticas para la investigación en seres humanos: guías ICH, guías CIOMS, y otras.

En su análisis, el CEI prestará especial atención a los aspectos relacionados con el consentimiento informado. Este consiste en la decisión de participar

⁷ A. Schweitzer. *Kulturphilosophie I: Verfall und Wiederaufbau der Kultur* [Filosofía cultural I: Decadencia y restauración de la civilización]. Berna, Paul Haupt, 1923; A. Schweitzer. *The Philosophy of Civilization*. Nueva York, MacMillan, 1949.

⁸ T.L. Beauchamp. «Methods and Principles in Biomedical Ethics.» *J Med Ethics*, 2003; 29: 269-74.

en una investigación, tomada por un individuo competente que ha recibido la información necesaria, la ha comprendido y analizado, y que ha llegado a una decisión sin haber sido sometido a coerción, intimidación o influencia indebida.⁹ Al final (Anexo 2), adjuntamos una guía para la confección de un acta de consentimiento informado.

CEI: objetivos y principios metodológicos

Podemos entonces resumir los objetivos del CEI como:

- Garantizar la protección (derechos, seguridad y bienestar) de los individuos y sistemas que son objeto de investigación científica, por encima de las metas de la investigación.
- Velar por la validez científica y la justificación ética y social de los proyectos de investigación.

Para garantizar esos objetivos, se establecen los principios metodológicos del CEI en Cuba, algunos de los cuales son:

- El objetivo fundamental del CEI es asegurar la protección de los pacientes sometidos a experimentación.
- Las consideraciones más importantes son los derechos, la seguridad y el bienestar de los sujetos del ensayo, por encima de las metas de la investigación.
- Los intereses individuales de los sujetos de experimentación prevalecerán sobre los intereses científicos, institucionales y sociales.
- El CEI evaluará la investigación propuesta antes de su aprobación e inicio, y realizará su seguimiento durante su ejecución, con controles de evaluación y re-aprobación al menos una vez al año o siempre que ocurran cambios en el protocolo o procedimientos, o ante resultados preliminares inesperados, ya sean beneficiosos o perjudiciales.
- La experimentación en seres humanos en Cuba debe conducirse de acuerdo con los principios éticos delimitados por la Declaración de Helsinki, los requerimientos de las Buenas Prácticas Clínicas, el Código de Ética de los Profesionales de la Salud y las regulaciones nacionales para el Registro de Medicamentos y Equipos Médicos.
- La experimentación en humanos que no es científica tampoco es ética. Por tanto, el CEI prestará atención, al evaluar un protocolo de investigación, no solo a los aspectos éticos sino también a los científicos.
- Para incluir a un sujeto en una investigación clínica es necesario que exprese por escrito su consentimiento informado.

⁹ CIOMS / WHO. *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*. Ginebra, Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO), 2002. Guideline 4: Individual Informed Consent.

Constitución y composición de un CEI

Para constituir un CEI en un centro de investigación, se siguen una serie de normativas bien definidas en nuestro *Manual de organización y procedimientos*, que incluye: la convocatoria y nombramiento, requisitos de composición del comité, designación de cargos, reglamentación de reuniones, procedimientos de evaluación y dictamen, educación continuada, y otros aspectos.

La composición del CEI debe ser tal que garantice la revisión y evaluación competente de los aspectos éticos de un proyecto de investigación. Para ello es necesario que el CEI:

1. Se conforme según los reglamentos y leyes del país, y de acuerdo con los valores y principios de la comunidad a la que sirve.
2. Tenga una composición multidisciplinaria, con expertos científicos y éticos, balance en edad, sexo, perfil profesional y otros parámetros relevantes para el país o la institución, y sea capaz de representar los intereses de la comunidad. Para ello, en su estructura el CEI debe incluir:

- Al menos un médico, un enfermero y un abogado.
- Al menos una persona que sea un investigador clínico experimentado, una persona cuya esfera de trabajo sea no científica, una persona que no esté relacionada con la institución en la que se conduce la investigación y una persona no relacionada con el sector de la salud que represente a la comunidad o a los enfermos.
- Una proporción equilibrada de uno y otro sexo, y de diversos grupos étnicos que garantice diferencias de opinión de tipo generacional.

Es importante que los miembros del CEI dediquen especial atención a su propia educación en bioética, ya que el sentido común no basta para tomar una decisión correcta. Para la bioética es particularmente válido el famoso aforismo hipocrático: *Vita brevis, ars longa, occasio praeceps, experientia fallax, iudicium difficile* (La vida es corta, el arte eterno, la oportunidad fugaz, el experimento falaz, el juicio difícil).

Funciones del CEI

- Examinar y enjuiciar la validez ética y científica de los proyectos de investigación clínica, teniendo en cuenta:
 - a) Elementos esenciales del problema científico.
 - b) Características del producto, equipo o procedimiento.
 - c) Información sobre fase preclínica (en particular toxicidad) y el manejo ético de animales de laboratorio.
 - d) Buenas prácticas de producción, presentación y conservación.
 - e) Población diana, estado actual de la enfermedad y su tratamiento.

- f) Información sobre toxicidad clínica y procedimientos para minimizar los riesgos.
 - g) Información sobre beneficios esperados, la eficacia del producto, equipo o procedimiento en cuanto a la prevención, el diagnóstico o el tratamiento.
 - h) Diseño de la investigación: aleatorización, estratificación, enmascaramiento, criterios de inclusión y exclusión, diseño del tratamiento, análisis estadístico, condiciones en las que se dará por terminada la participación de un sujeto, plazos de auditoría, organización práctica, recursos necesarios, recursos de que se dispone, responsabilidades de los investigadores y de las instituciones patrocinadoras.
- Revisar, solicitar modificaciones, aprobar o desaprobar una investigación clínica.
 - Examinar procedimientos del consentimiento informado –incluso presenciando el proceso de información al paciente–, y exigir la documentación acreditativa de su cumplimiento.
 - Realizar el seguimiento periódico del desarrollo de las investigaciones, con intervalos pertinentes al tipo y duración de estas. En este sentido, debe haber comunicación permanente con los investigadores, promotores o directores del centro donde se ejecuta la investigación, para conocer de acontecimientos inesperados o adversos, y puede recomendar suspender una investigación previamente aprobada, si no cumple con los principios éticos o si surgen acontecimientos adversos o inesperados que sean lesivos para los pacientes.
 - Estudiar, educar y divulgar sistemáticamente sobre los aspectos éticos de las investigaciones clínicas, y asesorar a los investigadores en este campo.

Funcionamiento del CEI

Para garantizar la imparcialidad ética, moral y legal de la evaluación y dictamen del CEI, este es una entidad independiente, que no debe ni puede ser influida o presionada por estructuras administrativas, políticas, profesionales o comerciales. Su funcionamiento se ajustará a las normas éticas de la salud pública vigentes en el país, así como por el cumplimiento de los diversos aspectos de la legalidad socialista y de la Constitución de la República de Cuba.

¿Quién debe solicitar revisión por el CEI?

Toda persona o grupo que realice una investigación en sujetos humanos debe solicitar que su protocolo de investigación sea revisado y aprobado por un CEI. Esto incluye:

1. La realización de procedimientos sobre personas, o
2. La obtención de información o muestras de las personas. Por ejemplo:
 - Información privada, personal en general o médica, que pueda ser de alguna forma identificada con individuos, aun si esa información no se

recogió originalmente para el estudio en cuestión. Esto incluye líneas celulares y muestras de DNA.

- Materiales corporales: órganos, tejidos, células, fluidos corporales, cabello, uñas, etcétera.
- Especímenes diagnósticos residuales, incluidos los obtenidos como parte de los cuidados de rutina de pacientes que hubieran sido descartados si no se hubieran utilizado en una investigación.

Es especialmente importante que los protocolos de investigación que constituyan ensayos clínicos sean revisados y aprobados por el CEI.

Requisitos para aceptar un protocolo para revisión por el CEI

1. Carta de solicitud dirigida al CEI.
2. Acta de aprobación del protocolo por el Comité de Ensayos Clínicos u otra dependencia institucional competente.
3. Protocolo confeccionado según los parámetros exigidos por el CEI (ver Anexo 1).

Revisión de protocolo

El procedimiento de revisión siguen una guía reglamentada en el *Manual* (ver Anexo 1). La revisión incluye:

1. Revisión previa a la reunión del CEI: el protocolo es estudiado por todos los miembros del Comité, con el tiempo suficiente antes de la reunión para su discusión.
2. Revisión durante la reunión del CEI. Puede ser:
 - a) Completa o plenaria (Comité completo): durante una reunión a la que asista un quórum válido de miembros.
 - b) Expedita: por un directivo del CEI o un miembro o miembros designados. Esto será excepcional, pero válido para ciertas investigaciones de riesgo mínimo, o para cambios menores en una investigación ya aprobada. El dictamen de la revisión expedita puede ser definitivo, o quedar pendiente de confirmación por el Comité en pleno.

Dictamen del CEI sobre un protocolo

Al recibir un proyecto de investigación para evaluarlo, el CEI tendrá un plazo de 30 días hábiles para emitir un dictamen. Las bases para el dictamen no son solo de tipo ético, sino también de validez científica. Durante la reunión se decidirá el dictamen final:

1. Aprobación sin modificaciones.
2. Aprobación con modificaciones.

3. Recomendar la reelaboración del protocolo y nueva presentación al CEI.
4. No aprobación.

Es importante recordar que luego de aprobado un protocolo a nivel del CEI, y por las instancias superiores –hasta el nivel de organismos regulatorios estatales–, el CEI realizará un seguimiento del curso de la investigación durante el cual puede decidir la suspensión temporal o definitiva de la investigación, si considera que viola sus requisitos.

ANEXO I. Guía de evaluación de un protocolo por el CEI

1. Título apropiado.
2. Participantes: número, relevancia de su participación, competencia científica.
3. Promotor o patrocinador.
4. Introducción: descripción breve de los aspectos esenciales que fundamentan el problema y justifican realizar una investigación. Estado actual de la enfermedad y su tratamiento.
5. Características del producto, procedimiento o equipamiento a evaluar, que deben haber pasado las pruebas preclínicas y clínicas establecidas para la fase de evaluación propuesta.
6. Presentación del producto o equipamiento adecuada al tratamiento, que cumpla las buenas prácticas de manufactura, su almacenamiento sea apropiado, se garantice su suministro en tiempo y forma, y que el acceso al producto sea restringido.
7. Población susceptible de recibir el producto, procedimiento o equipamiento.
8. Información sobre toxicidad preclínica y clínica, según estudios anteriores.
9. Información preclínica y clínica sobre beneficios potenciales.
10. Propósito de la investigación, incluyendo beneficios esperados.
11. Objetivos, en orden de importancia. Hipótesis de trabajo, su validez científica.
12. Diseño de la investigación:
 - a) Aleatorización, estratificación, enmascaramiento.
 - b) Criterios de inclusión y exclusión; criterios de interrupción y de salida.
 - c) Diseño del tratamiento: experimental y de control o referencia. Especificación de tratamientos adicionales autorizados o prohibidos.
 - d) Criterios de evaluación de la respuesta.
 - e) Proceso y acta del consentimiento informado.
 - f) Exámenes y visitas: frecuencia y características.
13. Análisis estadístico.
14. Seguimiento, plazos de auditoría, cronograma.
15. Organización práctica, recursos necesarios, responsabilidades de los investigadores y de las instituciones patrocinadoras.

ANEXO 2. Guía de acta de consentimiento informado

Sección I. Información relevante resumida para el sujeto participante

1. Título del ensayo.
2. Informar que se trata de una investigación, tipo (ensayo clínico, otra), y se le invita a participar en ella, ya que usted tiene (tipo de enfermedad) y cumple los criterios de inclusión.
3. El objetivo (propósito) de este estudio es (objetivos, según sea ensayo Fase I, II o III): esta investigación se realiza porque (por ejemplo, actualmente no sabemos cuál tratamiento es mejor, o porque no hay un tratamiento efectivo para esta enfermedad).
4. El tratamiento que recibirá consiste en (describir procedimientos, incluyendo local, inyección, técnica quirúrgica, métodos invasivos, etcétera). De este tratamiento, el método convencional es (nombrar), y el método experimental es (nombrar).
5. Explicar, si pertinente, que al paciente se le asignará al azar a uno de los grupos de estudio, y la posibilidad de que le corresponda recibir un placebo.
6. Señalar la existencia de un tratamiento alternativo (diferente del propuesto) con beneficios similares, que no es el que se va a aplicar.
7. El número de participantes en el estudio será de (número de sujetos). Los sujetos serán incluidos según los criterios (describirlos).
8. Si decide entrar en el estudio, usted tendrá las siguientes responsabilidades:
 - Participar en el mismo durante (tiempo).
 - Acudir a (recibir tratamiento, chequeos periódicos) con (tal frecuencia).
 - Realizarse las siguientes investigaciones... (detallar).
 - Si es mujer en edad fértil, debe aceptar someterse a una prueba de embarazo y comenzar a utilizar un método contraceptivo de eficacia probada antes de comenzar el estudio.
9. Los beneficios de participar: puede que haya o no un beneficio médico para usted... (especificar si ya se conocen beneficios), posibilidad de beneficios para otras personas, o los beneficios posibles son al menos los mismos que si recibiera (tratamiento convencional).
10. Los riesgos o molestias previsibles son (enumerar, frecuentes e infrecuentes). De ocurrir un efecto adverso o complicación, la disponibilidad de tratamiento y la capacitación del personal que le atiende para enfrentarlo.
11. Si durante el curso del ensayo aparecieran nuevos datos relevantes, positivos o negativos, sobre beneficios o riesgos, o de otro tipo, que puedan modificar su decisión de participar, se le comunicarán oportunamente.
12. Compensación (económica o no, si pertinente) por su participación, o por perjuicios derivados del estudio, o por gastos en los que incurra por su participación (transportación, medicamentos, alojamiento, etcétera).

13. Su participación es voluntaria, y puede abandonar el estudio en cualquier momento sin que por ello se altere su relación con el médico o la posibilidad de recibir el tratamiento convencional o alternativo (si existe).
Si decidiera no entrar en el ensayo, no recibirá el tratamiento experimental.
Si decidiera no entrar en el ensayo, recibirá (tratamiento convencional o alternativo, o no tratamiento si no existe uno específico de eficacia probada).
El investigador puede decidir interrumpir el estudio o su participación individual en el mismo por (reacciones adversas, estado del paciente, nuevos descubrimientos, falta de eficacia, etcétera).
14. Los datos sobre su persona serán guardados de forma confidencial, y a ellos tendrán acceso solo (investigadores del centro ejecutor, promotor, representantes de agencia regulatoria, etcétera).
Se le informará de su participación además a (médico de familia, si pertinente).
Si se publican los resultados del ensayo o se presentan en eventos científicos, su identidad será confidencial (cifrada por iniciales, número de historia clínica o de orden); en el caso de fotografías se ocultarán los rasgos faciales que permitieran identificarle.
15. Si tiene alguna pregunta o problema puede contactar con:
- Investigador: nombre, dirección en horario laboral, teléfono a toda hora.
 - Comité de Ética de la Investigación: nombre, dirección y teléfono en horario laboral.
16. En caso de urgencia (efectos adversos) puede acudir a: centro, persona responsable.

Sección 2. Consentimiento escrito

He leído y comprendido la información arriba detallada. Comprendo los posibles riesgos y beneficios de mi participación. He podido hacer preguntas y evacuar las dudas sobre el estudio. Comprendo que mi participación es voluntaria, y que puedo retirarme en cualquier momento del estudio, sin tener que dar explicaciones, y sin que ello repercute en mi atención médica. Y doy mi conformidad para participar en el estudio.

Participante:

(Nombre manuscrito por el sujeto)

(Firma)

(Fecha manuscrita por sujeto)

Testigo:

(Nombre manuscrito por el testigo)

(Firma)

(Fecha manuscrita por testigo)

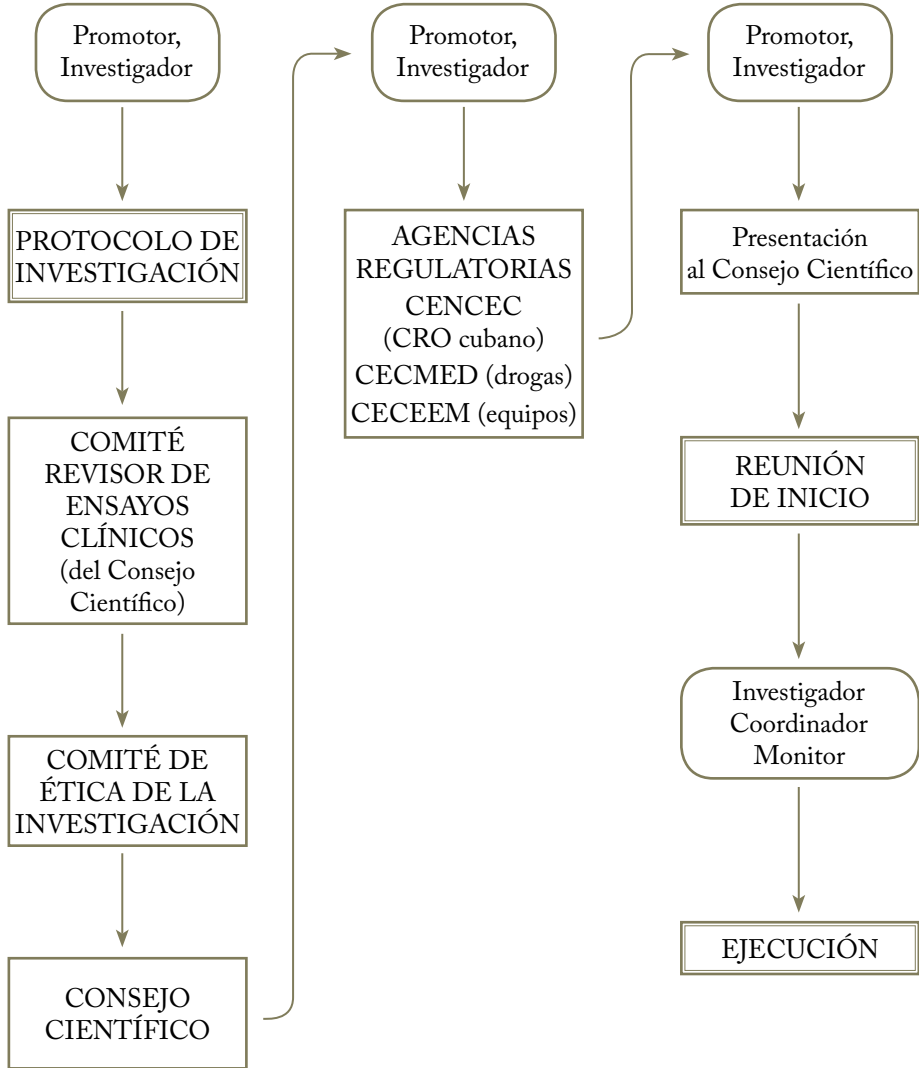
Investigador:

(Nombre manuscrito por el investigador)

(Firma)

(Fecha manuscrita por investigador)

ANEXO 3. Guía de flujograma de aprobación de un protocolo





Capítulo segundo

BIOÉTICA PUENTE

Segunda parte

BIOÉTICA MÉDICA

La nueva dimensión de la relación médico-paciente en nuestros días

Ricardo González Menéndez



Desde que el hombre primitivo sintió por vez primera los sufrimientos de una enfermedad, recurrió a un semejante en busca de ayuda; este, entonces, trató de ofrecérsela según sus posibilidades. Con el tiempo, surgió dentro del grupo social alguien que por vocación, características personales o designación del colectivo, se «especializó» en materia de salud y comenzó a incrementar su «arsenal terapéutico». Este es un largo proceso que ya supera los diez mil años, si tomamos como punto de partida la etapa en que el hombre comenzó a desarrollar el lenguaje hablado, delimitada en mayor grado a partir del neolítico, o sea, diez mil años atrás.

Durante este desarrollo de la gestión terapéutica, basada al inicio en el empirismo y finalmente perfeccionada mediante la investigación científica, la primitiva relación de ayuda devino relación médico-paciente; los rituales básicos, maniobras exorcistas y sacrificios dieron paso a complejos recursos psicológicos; las tisanas, masajes y baños se transformaron en recursos biológicos de alta técnica, y las elementales orientaciones a otros miembros del grupo humano para cooperar con el tratamiento se convirtieron en los múltiples recursos sociales utilizados en nuestros días durante la atención integral del enfermo.¹

¹ R. González. *Psiquiatría para médicos generales*, La Habana, Editorial Científico-Técnica, 1989: 167.

Huelga decir que desde las primeras etapas se hizo evidente la vinculación entre la utilidad de los diferentes medios empleados y la calidad de la relación de ayuda lograda.

La relación médico-paciente –piedra angular de la gestión médica asistencial–, pasó así por diferentes etapas históricas que pudiéramos denominar:

«De compañía». Cuando los recursos de nuestros antecesores se limitaban a estar junto al enfermo.²

«Mágica». Etapa basada en supuestos poderes del prestador de ayuda para manejar fuerzas sobrenaturales a favor del enfermo.

«Mística». Período que tuvo como contexto el animismo primitivo y la supuesta posibilidad de utilizar las potencialidades de los espíritus, en la relación de ayuda «médica».

«Clerical». Vinculada estrechamente a la aparición del cristianismo y a su desarrollo en el Medioevo, cuando todo era visto en razón de Dios, lo cual hizo recaer en el clero la responsabilidad de atender los problemas médicos.

«Profesional». Cuando gana terreno la concepción natural de las enfermedades, la profesión médica se despoja en gran parte de sus matices mágico-místico-clericales y surge el médico de familia.

«Tecnista». Iniciada en la segunda mitad del siglo XIX, esta etapa está vinculada al desarrollo científico-técnico. Se produce, por tanto, la transición del médico de familia del pasado siglo a un médico que, deslumbrado por los avances tecnológicos, subvaloró la significación de sus vínculos cognitivo-afectivos con el paciente y su familia, los cuales fueron desplazados como recursos básicos en su gestión profesional por el equipamiento moderno.³ El paciente dejó de ser una persona y se convirtió en un conjunto de órganos, cuyas disfunciones o lesiones eran evidenciadas mediante pruebas de laboratorio o gabinete, cada vez más sofisticadas, y cuyo diagnóstico y terapéutica, con igual nivel de aparataje, llegaron a ser considerados los objetivos exclusivos de la más humana de las profesiones.

«Integral». El hombre es valorado a la luz de la ecología de la salud como ente biopsicosocial, producto de la interacción dialéctica sujeto-medio.⁴ Los objetivos médicos se expanden a su atención, tanto en estado de salud como de enfermedad, y la relación médico-paciente, en un vuelco formidable, trasciende lo asistencial y amplía su espectro, al incorporar gestiones de promoción y protección específica de la salud, atención a grupos de alto riesgo, investigación clínico-epidemiológica, docencia y administración de salud.

De igual modo se hace evidente la necesidad del trabajo en equipo, y la ancestral concepción del médico, como agente exclusivo de las acciones de salud,

² A. Córdova, J. Pérez, M. Sorín. *Lo psíquico en propedéutica médica*. La Habana, Instituto Cubano del Libro, 1974: 28.

³ F. Núñez. *Psicología médica*. La Habana, Editorial Ciencias Médicas, 1987; t. II: 24.

⁴ R. Infante. *Ecología da saude mental*. Río de Janeiro, Universidad Federal de Río de Janeiro, 1989: 43.

cede el paso de manera progresiva a la del equipo multidisciplinario. Es aquí donde cada integrante con diferentes perfiles será elegido como líder, cuando la tarea abordada corresponda más específicamente a su profesión, pese a que como es inferible, y habida cuenta de su *curriculum*, será el médico quien con más consistencia desempeñará el papel de figura central en la gestión de salud.

En nuestro medio, el médico de familia del pasado siglo constituyó la tesis, el médico tecnicista de las primeras décadas de la presente centuria representó la antítesis, y el actual médico de familia, con su relevante campo de acción y extraordinarias potencialidades interpersonales, científico-técnicas y sociales, representa la esperada síntesis que implica un extraordinario salto cualitativo en la gestión profesional en materia de salud. Este modelo médico posibilita ampliar el tradicional papel asistencial desempeñado por el facultativo, al de «guardián de la salud».⁵

Ya hoy contamos en Cuba con más de treinta mil médicos de familia que atienden a casi el 99% de la población.⁶

El propósito de esta muy sintética valoración histórica de la relación médico-paciente es invitar al lector a las siguientes reflexiones:

1. Según la procedencia, desarrollo sociocultural y concepción del mundo de los participantes en la relación médico-paciente, habrá la posibilidad de reflejar en ella, con mayor o menor énfasis, aspectos relacionados con las diferentes etapas descritas, supuestamente ya superadas.
2. Los sustanciales y recientes cambios en el concepto, objetivo y funciones, así como en la relevancia de los diferentes aspectos por considerar en esta relación, la colocan actualmente en una situación de tránsito, donde tanto el profesional como el sujeto y objeto de su atención –el hombre sano o enfermo– deben ir modificando sus ancestrales concepciones acerca de la gestión médica.
3. Se trata, por tanto, de un proceso que pone en tensión nuestras responsabilidades como educadores médicos,⁷ pero que también somete a prueba a todas las instancias del sistema de salud en nuestro medio, así como a los propios usuarios, simbolizados ahora por el colectivo familiar.⁸

⁵ MINSAP. *El plan del médico de familia en Cuba*. La Habana, Editorial Ciencias Médicas, 1992: 46.

⁶ Los datos de cobertura de atención de la población por médico de familia corresponden a los ofrecidos por el *Anuario Estadístico de Salud* de la Dirección Nacional de Estadísticas del MINSAP, 2004. Es decir, 33 015 médicos de familia y el 99,4% de la cobertura de la población. (Nota del editor científico.)

⁷ R. González. «La evaluación de objetivos educativos en la formación del médico.» *Educación Médica Superior* [La Habana], 1990; 4 (1): 42-9; «Criterios sobre la educación formal y su significación profesional» [encuesta]. *Boletín de Psicología* [La Habana], 1984; 3 (7): 122-39.

⁸ O. Rigol (editor). *Medicina General Integral*. La Habana, Editorial Ciencias Médicas, 1985; t. I: 170.

4. El médico de familia –en su condición de pionero– es precisamente el profesional más responsabilizado con la importante misión de modificar y ampliar su escala de valores acerca de su perfil ocupacional; y lo que más puede ayudarlo a lograr estos objetivos es percatarse de la indiscutible repercusión positiva del nuevo modelo de atención sobre los niveles de salud de la población –objetivo fundamental de la vocación médica–, en un salto cualitativo que trascienda lo individual para destacar la responsabilidad social de nuestra profesión.⁹
5. Es gracias al énfasis en la gestión de educación para la salud, tarea de primer rango en el programa del médico de familia, que la medicina recupera su ancestral significado de magisterio, implícito en la etimología del término médico.¹⁰

Establecido este marco conceptual general, permítasenos destacar algunas características de la clásica relación médico-paciente, antes de comentar otros aspectos que se deben tener en cuenta cuando se valora la nueva dimensión de la relación médico-paciente en nuestros días.

El concepto de relación médico-paciente

Durante sus interacciones con otros seres humanos, el hombre establece diferentes tipos de relaciones, algunas de carácter superficial, como las desarrolladas al preguntar la hora a un transeúnte, y otras de carácter mucho más complejo, donde al menos uno de los participantes debe saber ponerse en el lugar del otro, sentir hasta cierto punto como él o ella, y disponerse a ayudarlo en el enfrentamiento a cualquier dificultad.

Como puede inferirse, se trata de las relaciones que establecemos con nuestros familiares, amigos, compañeros de trabajo o estudio y con la persona amada. Estas son las relaciones interpersonales, las cuales cumplen los tres parámetros establecidos por Laín Entralgo para conceptualizarlas: a) Saber ponerse en el lugar del otro (fase coejecutiva); b) sentir como él o ella (fase compasiva), y c) disponerse a ayudarlo cuando enfrentan dificultades (fase cognoscitiva).¹¹

Estamos ahora en condiciones de proponer una definición operativa de la relación médico-paciente: «Es una relación interpersonal de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud.»¹²

⁹ J. López, C. Cartaza. «El equipo del Médico de la Familia: sus funciones e importancia.» *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana* [La Habana], 1991; 32 (1): 439-48.

¹⁰ MINSAP. *Programa de trabajo del médico y la enfermera de la familia en el consultorio, el policlínico y el hospital*. La Habana, 1966: 8-10.

¹¹ P. Laín Entralgo. *La relación médico-enfermo*. Madrid, Revista de Occidente, 1964: 42.

¹² J.Á. Bustamante. *Psicología médica*. La Habana, Editorial Ciencia y Técnica, 1967, t. II: 91.

Apréciase que esta definición supera la de otrora, como modelo diagnóstico-curativo de la profesión médica, implícito en la existencia del término «paciente» (designación que recomendamos mantener por su profundo arraigo y condición de prototipo de las relaciones profesionales en el campo de la salud), aunque debemos subrayar que con dicho término nos referimos a la relación interpersonal profesional y técnica en la gestión de salud.¹³

Diferencias con otras relaciones interpersonales

Sin duda alguna, la investidura profesional del facultativo, lograda como fruto de muchos años de entrenamiento, cuya exitosa culminación requiere de una definitiva vocación, determina que su gestión –considerada entre las más necesitadas de dedicación total– sea altamente valorada por la población, la cual, mientras respeta y admira al facultativo, espera de él una conducta de acuerdo con su importante papel social.

Se trata, además, de una relación profesional donde se presta un servicio de alta significación, por ser la salud una de las más preciadas aspiraciones del ser humano y, a diferencia de las relaciones interpersonales convencionales, donde habitualmente se produce un intercambio equilibrado de información, solidaridad y comprensión, la situación profesional más frecuente es la entrega total, sin aspirar a reciprocidad alguna en los aspectos señalados.¹⁴ Cuando la relación implica la comunicación con un enfermo o su familia, se suma entonces un nuevo elemento que hará más compleja la comunicación: la ansiedad, cuya intensidad será concordante con la severidad de la afección.¹⁵

Por último, debe tomarse en cuenta que la relación profesional médica exige del facultativo el planeamiento de cada uno de sus pasos, ya que toda conducta médica «no pensada» implica un serio riesgo de cometer iatrogenia.¹⁶

El médico, por tanto, debe ser consciente de que su relación profesional interpersonal está caracterizada por:

1. El respeto que inspira su investidura técnica en una profesión de alto prestigio social.
2. La expectativa, por parte de la población, de que manifieste un comportamiento adecuado con su alta responsabilidad.
3. Su condición de piedra angular en la prestación de un servicio de gran significación humana, como promover o restablecer la salud.

¹³ R. González. *Psicología para médicos generales*. 2da. ed. La Habana, Editorial Científico-Técnica, 1984: 30.

¹⁴ *Sociología para médicos*. La Habana, Editorial de Ciencias Sociales, 1985: 178.

¹⁵ I. González. «Atención psicológica del acompañante en unidades de cuidados intensivos.» *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana* [La Habana], 1990; 31 (1): 107-12.

¹⁶ R. González. «¿Por qué hacemos iatrogenia?». *Revista Cubana de Medicina* [La Habana], 1975; 14 (6): 715-20.

4. Demandar una constante disposición a la relación de ayuda, sin aspiración de reciprocidad.
5. Requerir del facultativo el planeamiento cuidadoso de cada una de sus acciones, para evitar errores de grandes potencialidades iatrogénicas.

Por otra parte, debe también conocer que sus potencialidades diagnóstico-curativo-rehabilitatorias se incrementan, en razón directa con su capacidad para desarrollar exitosamente sus relaciones profesionales; y que estas, por mecanismos de retroalimentación comunitaria, incrementarán también el efecto positivo de sus acciones preventivo-promocionales.

Aspectos que se deben considerar en la relación médico-paciente

Características generales de los participantes. El médico debe estar plenamente consciente de sus características fundamentales como persona y como profesional, es decir, conocer los «talones de Aquiles» de su carácter –si es que los hay–, las situaciones en que pueda sentir inseguridad, angustia u hostilidad y, también, saber percatarse de sus mecanismos psicológicos para enfrentar dichas contingencias.

De igual importancia es el nivel de información de que disponga sobre estos aspectos y sobre otros de carácter sociodemográficos, culturales, económicos e ideológicos de sus pacientes. Debe también tomar en cuenta el gran significado profesional de su prestigio científico social.

Valore el lector el grado diferente de dificultad para conocer en profundidad las características apuntadas de los pacientes, cuando se trabaja con modelos convencionales o con el del médico de familia. Reflexione también acerca de si estos conocimientos son de utilidad en otras relaciones ajenas a las propiamente asistenciales, como cuando un núcleo familiar es persuadido sobre la importancia de vacunarse o hacerse estudios citológicos.

Objetivos perseguidos por los participantes. En esencia, el paciente pretende aliviarse, curarse o rehabilitarse, saber qué tiene y cuál es su pronóstico. El médico, sin embargo, persigue establecer una buena comunicación que le permita diagnosticar y tratar de manera adecuada la afección motivo de la consulta.

El lector deberá valorar, por ejemplo, la variación de objetivos en una visita hogareña orientada a modificar la actitud familiar ante el embarazo de una adolescente. Reflexione, además, sobre las consecuencias de la frecuente omisión de informaciones por parte del médico al subvalorar el objetivo de «saber qué tiene», presente en la mayoría de los pacientes.

Motivo de consulta. Según sea la intensidad de los síntomas, o la implicación pronóstica desfavorable de una afección, así será la mayor o menor dificultad para el desarrollo de la relación, toda vez que la presencia de angustia por parte del paciente es un importante obstáculo interpersonal al incrementarse la

exigencia, actitud crítica y hostilidad del enfermo, y también la inseguridad del médico.

Pongamos otros ejemplos. Reflexione el lector sobre la significación de este aspecto en la atención de un paciente con edema agudo del pulmón; como puede inferirse, iguales aspectos estarán presentes en otros encuentros con el médico, como cuando son valorados con un cónyuge los contactos sexuales riesgosos que puedan haberlo convertido en trasmisor de una afección venérea.

Estado afectivo de los participantes. En pacientes que sufren una afección grave, o en quienes la angustia es parte de un cuadro psiquiátrico, debe tenerse en cuenta la tendencia a una alta sensibilidad ante cualquier manifestación médica, susceptible de ser interpretada como expresiva de incomprensión, indiferencia o subestimación.

Asimismo, un facultativo de experiencia habrá notado el frecuente comportamiento pueril evidenciable en sujetos con enfermedades severas, quienes trasladan a la relación con su médico los patrones de comportamiento reforzados en el entorno familiar por sentimientos de lástima. Es importante que el facultativo tenga también conciencia de su propio estado afectivo en situaciones médicas de emergencia, o cuando existen factores estresantes de carácter extraprofesional.

Reflexionemos de nuevo sobre su capacidad para asimilar, con madurez, alguna expresión de hostilidad por parte de un paciente angustiado por un cuadro doloroso. Imaginemos la significación de estos aspectos, ante una situación donde se comunica el resultado positivo de una prueba citológica efectuada durante una pesquisa epidemiológica.

Posición en la relación. Este es un aspecto de alta relevancia destacado por los especialistas de la comunicación.¹⁷ Salvo contadas excepciones, por su nivel científico técnico y prestigio social, por lo general el paciente ubica al médico en una posición de superioridad (*one up*), con lo cual automáticamente el propio enfermo asume una posición de desventaja (*one down*). Es bueno saber que el éxito de una relación profesional médica depende muchas veces de la habilidad del facultativo para manejar esta situación, de modo que su actitud de atenta escucha, demostración de sincero interés por ayudar al paciente y trato afable logren equilibrar la relación y ubicarse, junto al enfermo, en el enfrentamiento a su problemática de salud. Esta es, en definitiva, «la alianza terapéutica», de alto significado sobre todo en pacientes con problemáticas psicológicas.

Cuando único el médico debe conservar su posición *one up*, es en relación con su condición de experto en materia de salud. Pero, debemos valorar si acostumbra a recibir a sus pacientes de pie y les estrecha su mano;¹⁸ reflexionemos

¹⁷ H. Haley. *Estrategia es psicoterapia*. Barcelona, Editorial Toray, 1969: 32.

¹⁸ R. González. «El estrechón de manos con el paciente: su valoración como recurso profesional.» *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana* [La Habana], 1979; 20 (4): 653-65; «Nuestra relación profesional desde el ángulo del paciente.» *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana* [La Habana], 1979; 20 (1): 41-50.

también sobre la situación creada cuando el usuario es otro médico, y consideremos el significado de estos aspectos en una gestión de educación para la salud.

Vías de comunicación. Es fundamental que el médico capte los mensajes del paciente y controle siempre los que el propio facultativo emita por las cuatro vías de comunicación: a) «verbal», mediante la palabra hablada o escrita; b) «extra verbal», implícita en las expresiones faciales, gestos y modulaciones de la voz; c) «táctil», fundamentada en el contacto piel con piel, de tanta significación en la maduración emocional del sujeto durante su desarrollo infantil, y representada en la relación que nos ocupa por el estrechón de manos, la palmada en la espalda y las maniobras inherentes al examen físico; d) «instrumental», que utiliza como intermediarios los equipos médicos.

Valore el lector que con frecuencia se omite la toma de la tensión arterial por considerarla no necesaria desde el punto de vista médico, y cuánta cautela pudiera esto manifestar cuando se examina un estudio electrocardiográfico frente al paciente, para evitar que la expresión facial del facultativo delate los hallazgos.¹⁹ Reflexione, además, sobre la importancia de tomar en cuenta estos canales de comunicación cuando obtenemos información familiar en un estudio epidemiológico de terreno.

Defensas y distorsiones de la comunicación. Estos obstáculos en la comunicación pueden ser conscientes y totalmente voluntarios, como cuando un paciente evita informar a su doctora que presenta una disfunción sexual (difusa, defensa); o inconscientes e involuntarios en el caso del enfermo que «niega» su carcinosis peritoneal con la racionalización de que presenta un cuadro digestivo banal (resistencia).²⁰

Valore cómo reacciona en su práctica cotidiana cuando «descubre» que un paciente ha omitido voluntariamente una información valiosa para su diagnóstico, y reflexione si estos obstáculos de comunicación pueden manifestarse en el familiar de un alcoholístico cuando hacemos una exploración evolutiva.

Potencialidad frustrante. Necesariamente el médico tiene que enfrentar situaciones donde pueden no cumplirse los objetivos del enfermo y, muchas veces, los del propio facultativo.

Este es el caso de pacientes con afectaciones de curso crónico o naturaleza incurable, cuando el más calificado de los tratamientos resulta nada exitoso. Esta situación implica un grado mayor o menor de frustración para el médico o el paciente, y pone a prueba la madurez emocional en ambos participantes para no expresar la hostilidad subyacente.²¹

¹⁹ R. Sullivan. *La entrevista psiquiátrica*. Buenos Aires, Editorial Psique, 1959: 52.

²⁰ R. González. «¿Son nuestras relaciones médico-paciente exitosas?» *Revista Cubana de Medicina* [La Habana], 1979; 18 (2): 165-89.

²¹ B. Serret, V. von Smith, E. Crespo. *El médico ante la enfermedad mortal, el moribundo y su familia*. Santiago de Cuba, Instituto Superior de Ciencias Médicas, 1993.

Valore el mecanismo implícito en la iatrogenia que produce un facultativo cuando informa el mal pronóstico de su afección al paciente artrósico que se queja (con cierta hostilidad) de no haber mejorado con el tratamiento impuesto. Solo el planeamiento indispensable en toda acción médica puede evitar esta comunicación de efectos catastróficos, y que en cierto grado expresa también la hostilidad del facultativo, o su errónea actitud al explicar de forma inadecuada la no efectividad del primer tratamiento indicado. Reflexione cuál sería su respuesta ante la frustración implícita en la negación de un usuario del área de un consultorio, al no aportar información para un estudio de prevalencia.

Contexto histórico social donde se desarrolla la relación. Valoraremos solo un aspecto, los matices de esta relación en la práctica privada y en aquella con carácter de gratuidad.

Permítasenos ahora abordar algunas cuestiones novedosas de alta relevancia, aportadas por autores internacionales con rango de expertos en la relación, donde al decir del profesor Velazco, «[...] la originaria proximidad médico-paciente se puede definir como alianza terapéutica y modelo de beneficencia y solidaridad.²²

Nicolás P. Ninos, en un formidable editorial de la revista *Critical Care Medicine*, se refiere a una carta enviada por un familiar de un paciente recluso en su servicio de cuidados intensivos:

Yo sé que usted piensa que la disposición de no permitir niños por debajo de catorce años en su unidad, es una medida justa, pero ¿ha pensado cómo debe sentirse un niño de ocho años cuando se le prohíbe ver a su padre, que quizás no viva lo suficiente para oírle decir otra vez, «Buenos días rayito de sol»? Por favor, tenga en cuenta esto, antes de romper otro corazón.²³

Con esta dramática situación, referida en un lenguaje donde lo afectivo trasciende lo cognitivo, el autor trasmite brillantemente el concepto del paradigma «tecnificación», determinante en el conflicto cuyas fuerzas opuestas son las exigencias tecnológicas de nuestros días y el humanismo, mecanismo capaz de explicar, en parte, la peligrosa tendencia mundial a la deshumanización de nuestra profesión.²⁴

Este fenómeno, que de manera dolorosa se identifica en muchas latitudes, y que Glick atribuye a la corriente de secularización existente en muchos países,²⁵ en nuestra apreciación está determinado por la frecuente subvaloración de los

²² M. Velazco. «Bioética y salud mental» [ponencia]. IX Congreso de la Sociedad Mexicana de Psiquiatría Biológica, 27 de junio de 1996.

²³ N. Ninos. «Humanism and Technology.» *Critical Care Medicine*, 1988; 16 (17): 1252-3.

²⁴ J.M. Alby, M. Gayda, G. Vacola *et al.* «Éthique en Psychiatrie.» En «Psychiatrie», *Encycl Med Chir*, París, Éditions Techniques, 1995; L. Haepille. «Des paroles pour l'éthique du temps présent.» *Neuro-Psychiatry*, 1996; 11 (4): 143-7.

²⁵ S. Glick. «Humanistic Medicine in a Modern Age.» *The New England Journal of Medicine*, 23 de abril de 1981: 1036-8.

aspectos interpersonales de la relación médico-paciente, actitud muchas veces relacionada con el impacto negativo de la tecnología mal asimilada y, también, por el menor énfasis dado a los objetivos educativos sobre los instructivos durante la formación médica.

Este último factor, erigido como problemática de primer orden, a ser superada en los actuales programas de educación médica en muchos países desarrollados y subdesarrollados, reclama el urgente desarrollo de instrumentos específicos para la evaluación de los logros docente-educativos.

Estos deberán expresarse fundamentalmente en el contacto humano, la esmerada educación formal y el estricto cumplimiento ético, aspectos trascendentes de la conducta médica, cuya adecuada evaluación solo se alcanzará cuando se viabilice la obtención cuantificable de las apreciaciones de pacientes, familiares, usuarios sanos y de la comunidad, de manera que sirvan de retroalimentación al profesional en las diferentes etapas de su desarrollo.²⁶

Stone²⁷ insiste también en los macroparadigmas descritos por Elhauge,²⁸ cuando valora los conflictos que se tienen que enfrentar durante la distribución de recursos en la atención a la salud, macroparadigmas descritos con su espectro conflictual específico:

- a) «Profesional», con los polos normas-calificación;
- b) «moral» con los extremos, derechos del usuario-posibilidades del proveedor;
- c) «político» con el conflicto necesidades-presupuesto; y el de
- d) «mercado» con las alternativas beneficio-costos.

Estos macroparadigmas influyen de forma indirecta sobre la relación médico-paciente en los diferentes contextos. Siguiendo esta línea de pensamiento podríamos también reflexionar sobre algunos microparadigmas de notable relevancia en la relación que nos ocupa:

- e) «Ético», con los extremos autonomía-paternalismo;²⁹
- f) «integral» con el conflicto entre lo biológico y lo psicosocial;
- g) «directivo», que abarca los polos activo-pasivo y participación mutua;
- h) «didáctico», cuyo espectro está delimitado por el aprendizaje activo y el pasivo;

²⁶ A. Donabedian. «Institutional and Professional Responsibilities in Quality Assurance.» *Quality Assurance Health Care*, 1998; 1 (1): 3-11.

²⁷ A. Stone. «Paradigms, Pre-Emotions, and Stages : Understanding the Transformation of American Psychiatry by Managed Care.» *International Journal of Law and Psychiatry*, febrero de 1995; 18 (4): 353-88.

²⁸ E. Elhauge. «The Moral Paradigm for Allocating Health Care Resources» [ponencia]. *Harvard Law School Faculty Workshop*, 4 de abril de 1994; J.R. Acosta, «¿Quién debe decidir?» *Avances Médicos de Cuba* [La Habana], 1996; 3 (6): 59-62.

²⁹ R. González. «Las relaciones con el paciente en el marco institucional.» *Revista Cubana de Medicina* [La Habana], 1976; 15 (4): 345-50.

- i) «transferencial», con los opuestos transferencia-contratransferencia;
- j) «religioso», con los extremos sacerdocio-profesional;
- k) «comunicacional», aspecto estudiado en profundidad por Borroto y Aneiros en nuestro medio,³⁰ donde describiremos los extremos verbal y extraverbal;
- l) «planificación», que abarca las conductas programadas, según los objetivos profesionales, y las conductas intuitivas o inconscientes que habitualmente implican efectos iatrogénicos;
- m) «calidad», con los extremos satisfacción-insatisfacción, en las dimensiones descritas por Donabedien como técnica e interpersonal;³¹
- n) «productivo» con el conflicto demanda-tiempo; y el de
- o) «campo de acción» con los polos diádico (médico-enfermo) y multirrelación (institución-equipo-paciente-familia-usuario sano-comunidad).³²

Todos ellos, y de seguro muchos más, en un contexto representado en cada país por su momento histórico social, sistema de producción y grado de prioridad conferido por el Estado a la salud de la población.

La nueva dimensión de la relación médico-paciente en nuestros días –título de estas reflexiones–, podría representarse mediante un símil con el contexto dado por un teatro arena, donde el escenario simbolizaría el respaldo estatal a la atención de la salud, y donde la primera incursión luminosa destacaría la clásica relación dual médico-paciente, para mostrar con posterioridad en sucesivos grados de iluminación –simbolizados por los macroparadigmas–, las múltiples variantes implícitas en la actual gestión del equipo de salud. Una vez presentados todos los actores, y luego de reoscurecer el escenario, cada momento argumental implicaría la iluminación simultánea, o sucesiva, de la escena por las diferentes luces directas –símbolo de los microparadigmas–, cuyos filtros de luz abarcarían el espectro total de las fuerzas conflictivas e interactuantes descritas en los mismos (ver Cuadro).

En nuestra apreciación, y con el temor de ser justamente calificados de simplificadores ante una problemática tan relevante y compleja, diríamos que el éxito de una relación médico-paciente depende en gran parte del grado de conciencia que el prestador de ayuda tenga de los macro y microparadigmas que lo influyen en cada momento, y de la capacidad para planificar sus acciones con el propósito de acercarse, en el mayor grado posible, al polo que éticamente considere más adecuado.

Como invitación a la reflexión nos preguntamos: ¿qué especificidades podrían delimitarse en el desarrollo de este símil, cuando el escenario esté representado por un Estado que, con independencia de su sistema de producción social, considere la salud del pueblo como una responsabilidad de primer orden, o cuando

³⁰ R. Borroto, R. Aneiros-Riba. Ob. cit.

³¹ A. Donabedien. Ob. cit.

³² R. González. «Las relaciones con el paciente en el marco institucional.» Ob. cit.

Algunos macro y microparadigmas de la relación médico-paciente en su dimensión actual

Macroparadigmas	Polo	Espectro conflictual	Polo
Tecnificación	Exigencias tecnológicas	.....	Humanismo
Profesional	Normas	.....	Calificación
Moral	Derechos del usuario	.....	Posibilidades del proveedor
Político	Presupuesto	.....	Necesidades
De mercado	Costos	.....	Beneficios
Microparadigmas			
Ético	Autonomía	.....	Paternalismo
Integral	Aspectos biológicos	.....	Aspectos psicológicos
Directivo	Activo-pasivo	.....	Participación mutua
Didáctico	Aprendizaje activo	.....	Aprendizaje pasivo
Transferencial	Transferencia	.....	Contratransferencia
Religioso	Sacerdocio	.....	Profesión
Confidencial	Protección individual	.....	Protección social
Comunicación	Verbal	.....	Extraverbal
De planificación	Conducta programada	.....	Conducta inconsciente
Calidad y técnica	Satisfacción	.....	Insatisfacción
Productivo	Demanda	.....	Tiempo
Campo de acción	Diádico	.....	Multirrelación

se trate de otros, donde la posición oficial ante esta problemática tan relevante se acerque al caótico «¡sálvese quien pueda!» de los naufragos?

¿Cuántos esfuerzos de conciencia exige el cumplimiento de los principios éticos, cuando el marco de la gestión médica responda a esta última descripción?

Recomendaciones para el desarrollo exitoso de la relación médico-paciente

1. Otórguele el valor que merece el significado de la relación positiva médico-paciente en el ejercicio de nuestra profesión y planifique siempre su comportamiento idóneo al respecto.

2. Trácese la meta de perfeccionar sus relaciones incrementando su información sobre el tema y asuma una permanente actitud autocrítica en cada nueva experiencia interpersonal.
3. Cumpla los pasos de la entrevista médica cuidadosamente.
4. Dispóngase a ponerse en el lugar del enfermo, y a comportarse ante este como quisiera usted ser tratado en su situación.
5. Veale porque sus problemas personales no se reflejen en sus relaciones con los pacientes.
6. Muestre a sus pacientes el interés por conocerlos como personas.
7. No pierda oportunidad para mostrarles afecto.
8. Tenga siempre presente las características generales de quien lo consulte y profundice en el conocimiento de sus propios rasgos de carácter y conflictos humanos no resueltos.
9. Trate de definir los objetivos fundamentales de su enfermo y familiares al acudir a usted, y dispóngase a satisfacerlos siempre que ello esté dentro de sus posibilidades humanas y profesionales.
10. Valore la posición de inferioridad interpersonal en que se encuentra su paciente durante la relación, y esfuércese por sacarlo de ella mediante su comportamiento respetuoso, afable, atento y amistoso.
11. Obtenga información por todas las vías posibles y apórtela siempre en forma planificada terapéuticamente, utilizando todos los medios a su alcance.
12. Recuerde que el paciente está dotado de mecanismos para ocultar o distorsionar las situaciones generadoras de sufrimiento y vergüenza, y usted está entrenado en recursos para explotarlos con honestidad y para valorarlas y orientarlas con humanismo.
13. Tenga presente que la tolerancia ante las frustraciones es una expresión de madurez emocional, y que todo médico debe esforzarse por ser cada vez más maduro.
14. Antes de concluir su relación con un paciente, asegúrese de que la pregunta, «¿He agotado todas mis posibilidades para dar a este enfermo lo que esperaba de mí?», pueda ser contestada de manera afirmativa.

La comunicación humana y la calidad de la atención médica

Radamés Borroto Cruz y Ramón Aneiros-Riba



Desde los mismos albores de la existencia humana, la palabra devino en el primer y más importante medio de comunicación, como envoltura material del pensamiento. También la gestualidad, los sonidos pobremente articulados, o los producidos mediante distintos instrumentos –primeras vías de interrelación en el proceso de humanización–, continúan aún estando presentes en el proceso de comunicación humana.

La comunicación es una forma de relación interpersonal en el proceso de actividad de los seres humanos. Comprende el intercambio de informes sobre la realidad; es parte inseparable del ser social y medio de formación y funcionamiento de la conciencia individual y social. Implica la organización de la interacción de las personas, la trasmisión de experiencias y la aparición y satisfacción de necesidades espirituales. Simplemente, es la trasmisión de información entre dos personas sobre el medio que les rodea o sobre ellos mismos.

La práctica médica, desde sus orígenes, ha estado muy estrechamente vinculada a la comunicación interpersonal y al desarrollo de habilidades clínicas. El análisis de los principales documentos¹ donde la historia recoge el desarrollo del ejercicio de la medicina, en las culturas de la antigüedad, nos muestra,

¹ J.A. Mainetti. *Ética médica*. La Plata, Editorial Quirón, 1989; E. Saint-Loup. *Historia de la medicina*. La Paz, OPS, 1991.

por ejemplo, cómo el Pen Tsao (2650 a.C.) expone que los médicos chinos de la época no prestaban atención alguna a la anamnesis y empleaban como principal método diagnóstico y pronóstico el análisis del pulso. En los papiros de Ebers y Smith (1550 a.C. aproximadamente) se aprecia que en la medicina egipcia coexistían, junto a los conjuros mágicos, conocimientos y acciones: la observación, la inspección y la palpación, después de oír atentamente la queja del paciente constituían los principales componentes de la actuación médica. En la medicina hindú, desde el siglo I a.C., Caraka recomendaba, para el reconocimiento de las enfermedades, el uso de la olfacción, del gusto y tener en cuenta la historia del enfermo. En nuestra América, se ha demostrado cómo en la medicina precolombina desempeñaron un papel importante las curas por sugestión, «invocación al Mallcu o Gran Cóndor»; aunque existe poca información sobre la utilización de rudimentos de semiotecnia.

Hipócrates (460 a.C., aproximadamente) enseña a examinar al enfermo, observar síntomas y signos, llevar un minucioso registro sin omitir los fracasos y a comunicarse extensamente con los pacientes. El Juramento Hipocrático ha pasado a la posteridad como encarnación del humanismo y del *ethos* médico; su influencia se proyecta en diversas culturas y aparece recogido, explícita o implícitamente, en el contenido de diversos juramentos médicos:

- En el Juramento de Iniciación de Caraka (India, siglo I a.C.), se acentúa como primera virtud la de la obediencia del discípulo y el paciente, y se prohíbe la comunicación del médico con los inculpados o marginados por la sociedad.
- En el Juramento de Asaph (siglo VI, literatura médica hebraica) se ostenta una depurada ética de la relación médico-paciente, donde se conjugan las virtudes del humanismo con la fe y la esperanza religiosa.
- La Plegaria de Maimónides (médico judío, del año 1135) subraya el *ethos* hipocrático de la filantropía y la necesidad de comunicación interhumana en la práctica médica. Proclama que «un paciente es ante todo un ser humano y no un simple caso».
- Los juramentos de las escuelas médicas de Salerno, París y Montpellier, durante la Edad Media recogen, unido a las virtudes de probidad, honestidad y respeto, los elementos que deben caracterizar la comunicación entre paciente y médico.
- En la modernidad, la necesidad del respeto a la dignidad humana en la práctica médica y, especialmente, en el ejercicio de la comunicación entre el médico y el paciente, se refrenda en todos los juramentos, los que continúan exhibiendo de alguna forma la impronta hipocrática en su función de modelo y fuente para la actuación médica.

Si bien la comunicación médico-paciente es tan antigua como la medicina misma, no fue hasta una época relativamente reciente que ha sido abordada

de modo sistemático y formal. Dado su carácter de relación social, la relación médico-paciente lleva la impronta del contexto social donde se desarrolle, lo cual no puede soslayarse en modo alguno al emprenderse su estudio. Cobra mayor vigencia si en el quehacer diario de la profesión se trata de generalizar en teorías, esquemas o modelos. Es decir, la «legitimidad» de un enfoque «universal» de este problema no es válida.

La diversidad de factores que intervienen en esta interacción ha propiciado el surgimiento de múltiples interpretaciones, enfoques teóricos y modelos, con tendencia a expresar su dinámica interna y externa. Seleccionaremos algunos que sobresalen, bien por su primicia, originalidad o divulgación; expondremos los principios fundamentales vinculados de manera más directa con la interacción personal en la relación médico-paciente, y acotaremos algunas observaciones al respecto.

Modelos teóricos para el análisis de la relación médico-paciente

Se puede afirmar que fue Sigmund Freud el primero en analizar directamente la relación psicológica desarrollada entre el médico y el paciente. En los conceptos que estableció sobre la «transferencia» y la «contratransferencia», Freud analizó un importante componente de la relación médico-paciente: el vínculo afectivo establecido entre ambos. Con el concepto de «resistencia» señaló las dificultades en la comunicación del paciente al médico. Sin embargo, todo ello queda matizado por su orientación pansexualista, mecanicista y biologicista.²

Parsons,³ reconocido como uno de los pioneros en el abordaje sociológico en medicina, creó una teoría tendiente a armonizar elementos de la relación médico-paciente con el sistema social que le tocó vivir, llevándola a un plano apologético. Así estableció lo que consideraba las características del médico ideal en lo relativo a su conducta. Estas eran:

- *Especificidad funcional.* El médico debe ceñirse en la práctica a los aspectos médicos del paciente y no sobrepasar estos límites.
- *Universalismo.* El médico debe desempeñar su función guiándose solo por intereses científicos. Por ello, en el trato a los pacientes, el médico debe prescindir de la repercusión que características de estos como, clase social, raza, edad, sexo, apariencia física, nacionalidad u otras, puedan ejercer sobre él como ser humano.
- *Neutralidad afectiva.* Ante el paciente, el médico debe mostrarse distante desde el punto de vista emocional. No debe dejar traslucir sus emociones libremente,

² J.Á. Bustamante. *Psicología médica*. La Habana, Pueblo y Educación, 1967.

³ T. Parsons. «Illness and the Role of the Physician: A Sociological Perspective.» *American Journal of Orthopsychiatry*, 1951; 21: 438-47.

ni establecer un grado alto de empatía, pues ello –según Parsons– entorpecería la objetividad científica de la ayuda terapéutica que brinda.

- *Orientación colectiva:* Los intereses personales del médico son secundarios ante los intereses de los pacientes, por lo que debe anteponer el bienestar del paciente a su solvencia económica.

En el papel del paciente, destaca como deberes, la motivación al tratamiento y la búsqueda de asistencia médica competente, en la cual debe confiar o sencillamente acatarla como tal. Los derechos inherentes a su papel implican librarse de las obligaciones sociales durante la enfermedad, así como de su responsabilidad por el tratamiento de la misma.

De igual manera, Parsons considera que tanto el médico como el paciente poseen las mismas metas y expectativas en la relación, factor que contribuye a la confianza de los pacientes en los médicos. Esta confianza se establece debido, según su teoría, a la asimetría en la relación comunicativa, es decir, al desbalance entre el médico bien informado y poseedor de la ciencia, y el paciente ignorante sin otra opción que confiar ciegamente en el médico como puente, entre su tormentosa ignorancia y el conocimiento médico de su enfermedad. Inscrito en la escuela funcionalista, Parsons no pretendió en modo alguno contradecir el orden socioeconómico imperante.

Cabe señalar que la especificidad funcional descrita es insostenible, cuando se conoce cómo el estado de salud de la población –y por ende, el estado de salud individual– están influidos por múltiples factores, no siempre relacionados de manera directa con elementos puramente biológicos de la enfermedad.

El universalismo es un concepto utópico bajo las condiciones de los países subdesarrollados, e incluso de algunos desarrollados, bajo las leyes del mercantilismo. La solvencia económica se convierte en tamiz diferenciador del tipo de atención médica a recibir.

Con relación a la neutralidad afectiva, se ha señalado⁴ que si bien es cierto que el médico no puede dar rienda suelta a sus emociones en beneficio del propio paciente, y debe por tanto mostrar una disciplina emocional, ello no quiere decir que no exista afectividad entre médico y paciente. La conducta médica fría, inexpresiva, tipo «jugador de póker», lleva al paciente a considerarse como un objeto, y atenta contra su valoración positiva de la relación. Ben-Sira,⁵ en estudios efectuados, comprobó cómo los pacientes, para sentirse satisfechos, se guían más por los elementos de comunicación afectiva, que por los puramente técnicos.

⁴ I. Harych. «Zum Verständnis Häufig Verwendeter Medizinischer Fachbegriffe bei Patienten.» *Z. Arztl Fortbild* [Jena], 1990; 84 (12): 619-21.

⁵ Z. Ben-Sira. «The Function of the Professional's Affective Behavior in Client Satisfaction: A Revised Approach to Social Interaction Theory.» *Journal of Health and Social Behavior*, 1976; «Affective and Instrumental Components in the Physician-Patient Relationship.» *Journal of Health Social Behavior*, 1980; 21: 170-80.

Friedson,⁶ a diferencia de Parsons, que veía la relación centrada en el médico y de modo armónico, enfoca la misma hacia el paciente, y plantea la existencia en ella de un «conflicto entre los interlocutores». La fuente de este conflicto está dada entre el deseo del paciente de que el médico, mediante la comunicación interpersonal, le exprese y le demuestre su interés en él, y el tratamiento de que es objeto, como parte de un negocio comercial que le brinda el médico. Otros elementos, en su opinión, estimuladores de este conflicto son la diferencia de experiencias o conocimientos, el flujo de información comunicativa y la diferencia de clases sociales entre ambos.

La diferencia entre los conocimientos anteriormente señalada por Parsons contribuye, según Friedson, a establecer un conflicto, pues ambos juzgan la interrelación de modo distinto: para el médico, es un «caso típico de», es decir, una rutina, y para el paciente es «su excepcional problema», lo cual, por demás, es con frecuencia sinónimo de gasto de dinero y aprensión. La diferencia entre estas expectativas crea el conflicto.

De igual manera, Parsons postula que el incremento del uso de medios técnicos modernos por parte del médico le hace al paciente cada vez más difícil participar en el conocimiento de su enfermedad por lo que, al no poder evaluar la experiencia técnica del médico, basa su juicio fundamentalmente en el interés demostrado por este y en la tecnología que maneja.

Friedson, por otro lado, señala que el médico retiene información para consolidar su control y manejo del paciente, lo cual critica. Del mismo modo, afirma que las clases sociales más bajas tienen cierta tendencia a ser más pasivas ante el médico y sus orientaciones que las clases más pudientes. La solución o mitigación de estos conflictos Friedson la ve en la estabilidad temporal de la relación entre ambos, lo que permitirá al médico entender mejor las expectativas del paciente.

Szasz y Hollender,⁷ más que teoría, proponen una suerte de descripción dinámica y pragmática de los intercambios producidos por la relación médico-paciente. Según su clasificación, existen tres tipos de relación:

- *Activo-pasiva*. En esta relación es el médico quien desempeña un papel activo al aplicar sobre el paciente, incapacitado de responder, sus habilidades técnicas. Por tanto, no entran en interrelación sus personalidades.
- *Cooperación guiada*. Parte de la base de la confianza y obediencia del paciente a las orientaciones del médico, por lo que este procura dirigir el comportamiento

⁶ E. Friedson. «Client Control and Medical Practice.» *American Journal of Sociology*, junio de 1960; LXV (4): 374-82; «The Sociology of Medicine: A Trend Report and Bibliography.» *Current Sociology*, 1961[a]; X y XI (3); *Patient's Views of Medical Practice. A Study of Subscribers to a Prepaid Plan in the Bronx Russell Sage Foundation*. Nueva York, 1961[b].

⁷ T.S. Szasz, M.H. Hollender. «A Contribution to the Philosophy of Medicine.» *American Medical Association Archives of Internal Medicine*, 1956; 97: 585-92.

del primero, quien, en este caso, aunque agudamente enfermo, presenta plena capacidad intelectual.

- *Participación mutua*. Típica de las enfermedades crónicas; en este modelo el médico orienta al paciente de forma general para que sea él quien de modo guiado, y sin la necesidad de la presencia del primero, lleve a cabo acciones de salud tendientes a mejorar o impedir el avance de su enfermedad.

Se puede observar, en distintas fases de una misma enfermedad, la presencia de los tres modelos, y en distintas afecciones de un mismo paciente. Esta concepción de la relación ha sido ampliamente divulgada, sin considerar otros de sus aspectos, excepto los puramente técnicos.

Para Mechanic⁸ «la interacción de expectativas entre médico y paciente» constituye un punto central de la relación, donde el primero debe mostrar igual interés, tanto por los aspectos físicos como por los socioemocivos del enfermo. Importancia especial concede al «flujo comunicativo», bajo el concepto de que aquel necesita la comunicación y debe, a su vez, brindarla al médico. En su opinión, a mayor información brindada al paciente, este obtendrá mayor grado de satisfacción. Según Mechanic, el médico debe decidir si el paciente padece realmente alguna enfermedad o si «lo que presenta es un problema emocional». En este último caso, el médico debe tener en consideración el factor económico del costo de sus servicios. Piensa que si una tercera parte, externa a esta relación, asumiera los gastos de asistencia, entonces el médico estaría en mejor disposición de proveer su atención. Señala, por último, que la compatibilidad entre médico y paciente es otro factor de gran importancia en el éxito de su interrelación. Entiende por ello la similitud de valores culturales y sociales, de personalidades y de sistema de referencias.

Veatch,⁹ basado en su concepción de valores éticos, describe cuatro modelos conceptuales de relación entre el médico y el paciente. En el primero de ellos, el modelo «ingenieril», el médico se ve a sí mismo como un científico «puro», preocupado solo por «hechos» y, por tanto, libre de consideraciones de valores morales en su interacción con los pacientes. El no estar involucrado en esta esfera da una imagen de libertad en la que imperan las decisiones «puramente técnicas». Pero un médico debe tomar decisiones, y las decisiones necesariamente implican valoraciones ético morales. La importancia jerárquica de las soluciones brindadas por el médico estará en consonancia con su propia escala de valores.

El segundo modelo que identifica el autor, el «sacerdotal», convierte la relación en un vínculo semirreligioso, donde el paciente reconoce al médico no solo como un experto desde el punto de vista técnico, sino como una autoridad en la toma de decisiones, lo cual tiene un fuerte componente moral. En este caso,

⁸ D. Mechanic. *Medical Sociology*. 2da ed. Nueva York, The Free Press, 1978.

⁹ R. Veatch. «Updating the Hippocratic Oath.» *Medical Opinion*, 1972; 8: 56m.

por la gran ascendencia del médico sobre el paciente, el primero prácticamente anula la participación del segundo en cuanto a su elección y decisión.

Un tercer modelo, «camaraderil», convierte a médico y paciente en compañeros, con el fin común de eliminar la enfermedad y preservar la salud, lo cual le da una mayor participación al paciente en las decisiones. Para Veatch, aunque este modelo preserva los valores de confianza, seguridad, dignidad y respeto, tan convenientes en una relación, es una posibilidad irreal a la luz de la habitual diferencia de clases, los prejuicios raciales, sexuales y los valores derivados de ello, imperantes en la sociedad norteamericana donde se desenvuelve, como otros estudios han demostrado.¹⁰

Veatch prefiere un cuarto modelo, el «contractual», el cual refleja de un modo mejor los derechos de que disponga cada parte y hasta dónde llegan sus límites. Según él, aquí se verían superadas las insuficiencias del modelo ingenieril y sacerdotal, en lo relacionado con la falta de participación de los valores éticos del médico y del paciente. Por su carácter idealista no hace referencia al modelo camaraderil.

Este enfoque se aviene con la necesidad actual de la práctica médica en algunos países, principalmente la privada, de disponer de algún reglamento de común acuerdo que la proteja de las constantes reclamaciones judiciales de los clientes; verdadera epidemia, que en busca de reembolsos económicos jugosos, son materia prima para la prensa sensacionalista.

Aporte de los modelos teóricos en la comunicación humana durante la relación médico-paciente

No obstante las diferencias de enfoques, interpretaciones y soluciones planteadas a los problemas, estas teorías han aportado un cuerpo de conocimientos que trae a primer plano el decisivo papel de la comunicación humana en la relación médico-paciente. En primer lugar, el «análisis de la interacción entre los participantes de la relación». Mientras Parsons centra su teoría en los puntos de vista del médico, Friedson lo hace en los de los pacientes. Szasz y Hollender, Veatch, y, en medida cualitativamente superior, Mechanic, tienen en cuenta la comunidad de intereses y su interacción. En particular Mechanic, pone acento en las expectativas mutuas de médico y paciente, y en lo decisivo de la resultante en la confrontación de ambas.

En segundo lugar, el «flujo comunicativo» (información y afecto). La asimetría en el flujo informativo a favor del médico –lo que Parsons considera adecuado para la relación– constituye para Friedson la fuente de un fuerte conflicto. Por su parte, para Szasz y Hollender, el flujo comunicativo está enmarcado en el

¹⁰ D. Levy. «White Doctors and Black Patients: Influence of Race on the Doctor-Patient Relationship.» *Pediatrics*, abril, 1985; 75 (4): 639-43.

esquemático enfoque del tipo de relación descrita por ellos. Prácticamente aplican un esquema parsoniano en la cooperación guiada y abogan por un mayor flujo en la participación mutua. Al parecer, para Veatch, quien tiene muy en cuenta el manejo de la información por parte del médico, los elementos contractuales –léase burocrático transaccionales– regirán la medida de ese flujo en su modelo ideal. Mechanic parte de la premisa de que el paciente debe dar tanta información como recibirla. Si el médico brinda información al paciente, ello cumplirá las expectativas de este último, y será fuente de su satisfacción. La comunicación afectiva entre el médico y el paciente en su relación, aparece reflejada en los distintos modelos o enfoques, desde los que abogan por su destierro, ignoran su papel (Szasz y Hollender) o los que, como Mechanic, consideran su alto valor, pues el paciente juzga a un médico cordial y afectuoso como interesado por él como persona, y ello se convierte en punto de referencia principal para sentirse satisfecho en la relación y valorar como adecuada la competencia técnico-profesional del galeno.

Calidad de los servicios de salud y satisfacción de la población

El concepto «calidad de la atención médica», en un primer nivel de análisis, puede parecer muy claro para todos. En la práctica social, todas las personas –con independencia de su nivel cultural– han interiorizado un grupo de experiencias relacionadas con la calidad en la atención médica que desarrollaron en ellas expectativas personales.

Por supuesto, el grado de desarrollo de esas expectativas –convertidas en patrones de referencia para evaluar la asistencia médica– difiere sustancialmente entre los distintos individuos y grupos humanos. En la medida en que exista mayor armonía entre las expectativas referidas a la calidad de la atención y las condiciones reales manifestadas en la prestación del servicio de atención médica, se obtendrá un mayor grado de satisfacción con la gestión del sistema en la población atendida.

La definición de la calidad de la atención médica ha sido abordada por múltiples investigadores¹¹ y cada uno ha hecho énfasis en determinadas aristas del problema. Luego, existen varias definiciones de la calidad o diversas variantes

¹¹ R.I. Lee, L.W. Jones. *The Fundamentals of Good Medical Care*. Chicago. The University of Chicago Press, 1933; A. Donabedian. «Mensuración y evaluación de la atención médica y hospitalaria.» *Academy Medical*, enero, 1976; 52 (1): 51-9; «Explorations in Quality Assessment and Monitoring.» En *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Michigan, Health Administration Press, 1980, t. 1; *La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación*. México, D.F., Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana, 1984; «Institutional and Professional Responsibilities in Quality Assurance.» *Quality Assurance Health Care*, 1989; 1 (1): 3-11; «La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad.» *Salud Pública* [México, D.F.], 1990; 32: 113-7; R. Sheeseer. «The Effectiveness of an Organized Emergency Department Follow-Up System.» *Annual Emergency Medical*, agosto, 1986; 15 (8): 911-5.

de una definición, y cada definición o variante es legítima en un determinado contexto, pero consideramos válido utilizar como concepto unificador de la calidad de la atención médica aquel fundamentado en la armonía de las características de los servicios brindados a la población con el sistema de normas valorativas y expectativas existentes en un momento histórico concreto y en una sociedad dada.

En el concepto calidad de la atención médica¹² podemos diferenciar de modo muy general dos dimensiones principales: el componente técnico de la atención y el determinado por el desarrollo de la interacción personal consustancial a la atención.

La calidad de la atención, en su «dimensión técnica», consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas de modo que reporte el máximo de beneficio a la salud del paciente y que minimice sus riesgos.

En la «dimensión interpersonal», se expresan las características cualitativas de las relaciones humanas establecidas entre los profesionales de la salud, de conjunto con el resto de su equipo y el paciente.

Algunos autores han denominado a la dimensión técnica «componente científico de la atención», mientras que a la dimensión interpersonal la han llamado «arte de la medicina».

Tanto la dimensión eminentemente técnica, como la interpersonal, tienen fundamentos científicos. Y debe ser objetivo de todo profesional que base su ejercicio en una filosofía humanista, la profundización permanente en la base científica del componente tecnológico médico, así como en los elementos –cada vez mejor conocidos científicamente– que determinan la calidad del componente interpersonal.

Es evidente que la práctica de una medicina basada en un papel preponderante de la dimensión interpersonal, donde el profesionalismo técnico quedara relegado, sería una falacia. Pero no se hace tan evidente que la sobreestimación de los elementos técnicos en detrimento de la dimensión interpersonal puede acarrear problemas serios de igual magnitud en los resultados de la práctica médica.

En la medida en que se profundice en la investigación de los factores determinantes del desarrollo de la dimensión interpersonal de la atención médica, y se aplique el conocimiento adquirido en la práctica médica y en la formación y perfeccionamiento de los recursos humanos de salud, la frontera entre la denominada dimensión técnica y la dimensión interpersonal de la atención médica se irá borrando y podremos hablar entonces de una atención médica a la cual le es inherente un alto nivel científico y técnico integral, pues el profesional de la salud estará cada vez más capacitado para actuar científicamente al acercarse a la dimensión humana de sus pacientes.

¹² A. Donabedian. Ob. cit. en *Quality Assurance Health Care*, 1989; 1 (1): 3-11.

La tecnificación actual de la práctica médica, con el enfoque biologicista que le es consustancial, así como las perspectivas de ultratecnificación inevitables e indispensables, nos obligan a mantener una perpetua vigilancia contra las amenazas que se ciernen sobre la relación médico-paciente contemporánea, caracterizada por dos polos opuestos: el peligro de la «deshumanización de la práctica médica» ante la invasión instrumental, y el diametralmente contrario, pero no menos nocivo, «neohipocratismos burgués», que preconiza el abandono total de la tecnificación en aras de una relación médico-paciente de excelencia en el marco de las corrientes de la «antimedicina».

El médico atiende seres humanos para restablecer, mejorar, mantener o incrementar su salud; para aumentar, en última instancia, la calidad de la vida de ese ser humano, su bienestar físico, biológico, psíquico y social. No puede, por tanto, actuar con un alto profesionalismo científico-técnico que ignore al objetivo fundamental de su actividad: la esencia de ese ser, su personalidad.

Existe una tercera dimensión de la calidad de la atención médica que, aunque a nuestro juicio no desempeña un papel tan decisivo como las dos expuestas, incide de manera notable en la satisfacción del paciente. Nos referimos a las comodidades y facilidades disfrutadas por el paciente en el proceso de atención médica,¹³ influyentes de manera decisiva en su estado anímico y en la confianza que este sentirá por el sistema de atención médica en general, lo cual le facilitará al médico la tarea de establecer una relación interpersonal de alta calidad. No obstante, la obtención de una exitosa relación interpersonal por parte del médico con su paciente no puede estar condicionada por las comodidades o facilidades del medio ambiente.

Calidad de la atención médica y satisfacción

En Cuba los pacientes, en general, se consideran satisfechos con el nivel de competencia técnica de los trabajadores de la salud.¹⁴ La preocupación principal estriba en percibir que esa alta competencia técnica sea ejercitada y puesta totalmente en función de resolver los problemas concretos de salud. Aunque los pacientes disponen de diversas vías para valorar en qué medida la competencia técnica del médico y del servicio en general se está aplicando en su caso, la principal vía es la evaluación que hacen del grado de interés manifestado por el médico mediante la relación interpersonal que establezca.

Este grado de interés se expresa concretamente en el nivel de satisfacción que el médico engendre en la relación sociopsicológica establecida con su paciente. La inmensa mayoría de las críticas hechas por los pacientes a la atención

¹³ *Ibidem*.

¹⁴ R. Borroto, T. Reinoso. *Descriptive and Comparative Study of the Populations' Perception and Satisfaction with the Doctor-Patient Relationship in Havana City* [tesis doctoral]. Berlín, Universidad de Humboldt, 1991.

médica están dirigidas a la calidad de las relaciones interpersonales, es decir, a la dimensión sociopsicológica del ejercicio médico. Valorar a profundidad esta crítica se torna decisivo, ya que la satisfacción de las necesidades sociales fundamentales tiene, para la realización plena del hombre, el mismo valor que la de las necesidades biológicas.¹⁵

Las necesidades sociales básicas tienen en el paciente un modo de expresión y satisfacción influido decisivamente por la situación de salud que enfrenta el sujeto enfermo:

- La *necesidad de comunicación y contacto social* puede ser limitada en alguna medida por la enfermedad, y en caso de hospitalización, debe canalizarse en un reducido grupo humano prácticamente desconocido. Especial importancia adquiere el intercambio afectivo. A la necesidad de comunicación dirigida a obtener información respecto al medio, le es consustancial la búsqueda de comunicación afectiva, lo que en el enfermo se intensifica sobremanera, pues necesita en primer orden sentir muestras de cariño, ternura, afecto y solidaridad humana.
- La *necesidad de conocimiento del mundo y de sí mismo* está predominantemente dirigida a la comprensión de lo que sucede con su salud. El paciente necesita poder valorar y comprender su estado de salud.
- La *necesidad de desarrollar una actividad transformadora* que le permita utilizar de manera útil el tiempo, y que normalmente se canaliza en la vida laboral, en el sujeto enfermo está dirigida a la lucha contra la enfermedad. El paciente no desea ser un individuo pasivo, exento de responsabilidades sociales, sino necesita colaborar en su restablecimiento de manera activa.
- La *necesidad de un clima de seguridad social* que garantice el libre y total desarrollo del individuo, se manifiesta de modo general en el sujeto enfermo circunscrita a su problema de salud, pues en el hombre enfermo existe un objetivo priorizado, del cual depende su seguridad social: sanar lo más pronto posible.

Determinantes de la satisfacción

La valoración que hace cada individuo del grado de satisfacción de su necesidad de salud en cada momento, está influida, en primer lugar, por su propia experiencia como usuario del sistema de salud, y esta experiencia valora fundamentalmente la calidad de la relación establecida con el médico, como paciente o como familiar de este. Esta relación puede tener como marco el hospital, el policlínico, la casa, e incluso la calle o la cuadra, en el nuevo tipo de relación establecida entre el médico de familia y su comunidad. Pero no se limita la experiencia de

¹⁵ *Ibíd*em 4.

cada ciudadano sobre el sistema de salud a su valoración de la relación con el médico; incluye sus criterios sobre la relación entablada con enfermeras, técnicos, personal auxiliar, estudiantes de Medicina, y con las instituciones de salud en general. Asimismo, engloba la información recibida sobre estas cuestiones, ya sea mediante los medios de difusión masiva, publicaciones especializadas, o por las informaciones obtenidas en sus múltiples relaciones interpersonales. La satisfacción del paciente analizada en su integralidad cumple varias funciones:

- *Social.* Para el ciudadano cubano, la salud pública es una institución priorizada, responsabilizada con el mantenimiento, conservación y mejoramiento de su salud; y sus experiencias en estas instituciones influyen de manera decisiva en su opinión sobre el sistema social.
- *Profiláctica y dinamizadora de las conductas generadoras de salud.* El ciudadano que tiene experiencias positivas de la salud pública y alto nivel de satisfacción con la atención médica, mantiene una actitud activa en cuanto a la solicitud de ayuda médica y a la transformación de su modo de vida, en aras de incrementar su salud.
- *Terapéutica.* Un paciente satisfecho con la atención de salud presenta un mayor grado de cumplimiento de las indicaciones del médico y se muestra muy cooperativo, dado lo cual traduce la existencia de una real confianza en el criterio y actividad del profesional. Como ya hemos expresado, el paciente tiende a enjuiciar la competencia técnica del médico por el grado de apoyo sociopsicológico y emocional recibido de él. Por esta razón, el médico que se gana la confianza de su paciente está engendrando una respuesta socioemotiva en este, que beneficia por muy variadas vías el resultado de la atención médica. Esta relación se ha comprobado empíricamente en varias investigaciones internacionales.

La satisfacción del paciente representa su evaluación acerca de la calidad de la atención, y está determinada por la percepción de sus expectativas de una atención médica de buena calidad, dadas en la medida en que sean satisfechas. Es de vital importancia como indicador de la calidad de la atención, pues proporciona información sobre el éxito del sistema de salud en alcanzar las expectativas del paciente, y su medición es un instrumento de extremo valor para la investigación y dirección de ese sistema.

Sin embargo, la satisfacción de los pacientes tiene también limitaciones como medida de la calidad, pues es común que ellos tengan un conocimiento incompleto de las bases científico-técnicas de la atención médica. De ahí que sus juicios en relación con estos aspectos pueden no ser válidos; en algunos casos, esperan y exigen cosas imposibles de ser proporcionadas por el profesional.

Estas limitaciones no necesariamente restan validez a la satisfacción del paciente como una medida de la calidad de la atención. Por ejemplo, si el paciente está insatisfecho porque sus altas expectativas sobre la eficacia de la ciencia

médica no se han cumplido, es evidente que el profesional falló en la educación de su paciente y no supo transformar las expectativas del mismo en función de sus reales necesidades de salud.

Por lo general, el paciente no puede valorar con justeza si el aspecto científico-técnico funcionó adecuadamente en la atención médica recibida. Él no sabe si una intervención quirúrgica o un examen complementario fueron realizados con la calidad requerida, o si el diagnóstico es acertado o no, pero sí sabe qué tipo de asistencia recibió, qué grado de calor humano sintió en la relación establecida con el médico y el resto del personal del equipo de salud; sabe si fue tratado como una persona o no. De modo general, el criterio del paciente acerca de la competencia técnica de la asistencia recibida está correlacionada positivamente con el grado de satisfacción general que él mismo sienta en la relación interpersonal establecida con el médico y el equipo de salud.

Como tendencia, las expectativas de los pacientes sobre la atención médica pueden agruparse en cuatro amplias categorías:

1. Los aspectos referidos al proceso de interacción personal que se establece entre el médico y/o el equipo médico y el paciente, la familia o la comunidad.
2. Los aspectos referidos a los valores morales del profesional de la salud manifestados en el cumplimiento de la ética médica y la ética general de la sociedad.
3. Los aspectos referidos a la percepción de la competencia técnica del médico y su equipo.
4. Las condiciones de los lugares donde se brinda la atención, así como su grado de accesibilidad.

Teniendo en cuenta los aspectos analizados en el presente trabajo, solo nos referiremos a las dos primeras categorías.

Interacción personal entre el médico y/o el equipo médico y el paciente, la familia o la comunidad

Las expectativas referidas a la interacción personal que se establece en la práctica médica han sido estudiadas por diversos autores.¹⁶ Como principales factores dentro de esta categoría, se encuentran los relacionados con el proceso de comunicación informativa y los correspondientes a la calidad de la comunicación afectiva.

¹⁶ Z. Ben-Sira. «Affective and Instrumental Components in the Physician-Patient Relationship.» Ob. cit.; M.R. DiMatteo, R. Hays. «The Significance of Patients Perceptions of Physician Conduct: A Study of Patient Satisfaction in a Family Practice Center.» *Journal of Community Health*, otoño, 1980; 6 (1); Y. Steinert, E. Rosenberg. «Psychosocial Problems: What do Patients Want? What do Physicians Want to Provide?» *Family Medical*, septiembre-octubre, 1987; 19 (5): 346-50.

Proceso de comunicación informativa

La comunicación establecida en el marco de los servicios médicos entre el paciente, por una parte, y el médico u otro trabajador de la salud por otra, no es espontánea; está predeterminada por los respectivos papeles asumidos por ambos interlocutores en esa singular relación. Es responsabilidad del médico dirigir el proceso de comunicación, en su relación con el hombre, objeto de su trabajo, dado que su preparación técnica debe capacitarlo para esta tarea primordial.

En la comunicación plena que tiene el médico con la población a su cargo, varios factores hacen de aquella una verdadera necesidad para lograr el desarrollo exitoso de la atención de salud. Entre estos factores, cabe destacar los cambios en el cuadro de la morbilidad en el país, con un predominio creciente de las enfermedades crónico-degenerativas, la orientación esencialmente preventiva de la salud pública y el aumento de la población en la tercera edad, todo lo cual enfatiza la necesidad de una participación más activa de la población en las acciones de salud y, por tanto, de la más efectiva comunicación con ella y, en especial, de la información sobre los problemas de salud que se deben evitar o resolver.

La comunicación con el paciente adquiere no solo un valor en el orden social sino, además, un importante valor terapéutico.

La esencia del quehacer médico se resume en la satisfacción de las necesidades de salud del hombre. Nadie puede ser feliz en la ignorancia, y mucho menos si se trata de aquello relacionado con su propia salud. El paciente solo estará satisfecho cuando conozca todo cuanto desee sobre su salud o su enfermedad. Nadie como el médico tiene la posibilidad de acercarse a lo más íntimo y sensible del ser humano. Tiene el privilegio de la confianza que el paciente deposita en él y la recompensa mayor de quien se dedica a las ciencias del hombre: el propio hombre disfrutando de sus posibilidades plenas.

Tabla 1. *Los pacientes recuerdan después de la consulta*

Necesidad de consulta anterior	100%
Dudas sobre el diagnóstico	80%
Explicación de los síntomas	67%
Necesidad de investigaciones ulteriores	70%
Datos para la terapéutica medicamentosa	52%
Datos para la terapéutica no medicamentosa	33%
Instrucciones para la prevención	43%
Instrucciones para la promoción	48%
Información sobre el curso de la enfermedad	18%

Tomado de Harych, 1990.

Diversos autores han estudiado a profundidad el papel de la comunicación informativa en la satisfacción del paciente: DiMatteo y Hays¹⁷ Ben-Sira,¹⁸ DiMatteo *et al.*,¹⁹ Waitzkin;²⁰ Black,²¹ Epstein y Beckman²² y Short.²³ Expondremos algunas de las conclusiones más importantes a las cuales se ha arribado:

- El volumen de la información brindada incrementa la calidad de la relación medico-paciente (ver tabla 1). En la medida en que la cantidad de información que se brinda es mayor, y a un ritmo que permita su recepción adecuada por el paciente, mayor posibilidad se da para la participación activa de este en su propia atención y una mayor satisfacción se deriva de la relación.
- La importancia de la calidad de la información se ha mostrado en varios estudios. La información clara, precisa y en lenguaje apropiado para el paciente resulta de vital importancia. La jerga médica usada de manera indiscriminada no solo crea dificultad para que el paciente descodifique adecuadamente el mensaje verbal y lo malinterprete, sino que puede crear, además, inhibiciones y rechazo ante lo que interpretaría como petulancia por parte del médico, y puede generar, por lo tanto, insatisfacción.
- No existe un esquema general para la información a los pacientes. Su adecuación a las características individuales del paciente es indispensable para engendrar satisfacción. La experiencia de diversos estudios muestra que los pacientes más jóvenes, de mayor nivel de escolaridad y del sexo femenino tienen una tendencia más elevada a exigir información sobre su situación de salud.
- Un problema actual de la práctica médica, que está por resolverse, es el incumplimiento por parte de los pacientes de las indicaciones médicas. La falta de cooperación y la insatisfacción es elevada cuando el médico solo recopila información del paciente e ignora su necesidad de recibir información. En cuanto al papel de la comunicación en el resultado del tratamiento médico, hay múltiples evidencias de que la calidad de la relación interpersonal y, en particular, una adecuada comunicación, influyen decisivamente en el éxito o el fracaso del tratamiento médico.

¹⁷ *Ibidem* 16.

¹⁸ *Ibidem* 16.

¹⁹ M.R. DiMatteo *et al.* «Relationship of Physicians' Nonverbal Communication Skill to Patient Satisfaction, Appointment non Compliance, and Physician Workload.» *Health Psychology*, 1986; 5 (6): 581-94.

²⁰ H. Waitzkin. «On Studying the Discourse of Medical Encounters. A Critique of Quantitative and Qualitative Methods and a Proposal for Reasonable Compromise.» *Medical Care*, junio, 1990; 28 (6): 473-88.

²¹ F. Black. «What do Patients Expect in a General Practice Consultation?» *Australian Family Physician*, 1994; 23 (4): 722-3.

²² R.M. Epstein, H.B. Beckman. «Health Care Reform and Patient-Physician Communication.» *American Family Physician*, 1994; 49 (8): 1718-20.

²³ D. Short. «Total Patient Care.» *British Journal of Hospital Medical*, 1994; 51 (4): 189-91.

- El análisis de la repercusión del entorno en la calidad de la comunicación ha evidenciado que el ruido, la falta de privacidad, las condiciones físicas e higiénicas deficientes del lugar de consulta, son factores entorpecedores de la comunicación y generan gran insatisfacción en los pacientes.

Calidad de la comunicación afectiva

La esfera afectiva, sentimental o emocional de la personalidad es aquella integrada por el conjunto de sentimientos y emociones que continuamente se suscitan en el permanente flujo de comunicación consustancial a las relaciones sociales. Esta esfera de la personalidad existe porque todos los elementos del ambiente con los cuales el individuo entra en interacción tienen determinada significación para la satisfacción de sus necesidades: la facilitan, o la dificultan; la posibilitan, o la impiden. Es indudable la importancia, para cualquier persona, de todo lo relacionado con su salud o la de sus familiares. Luego, la relación entablada con el personal que preservará o devolverá su salud, es inobjetable que movilizará de manera intensa sus emociones y estas intervendrán poderosamente en esa relación humana.

La dimensión eminentemente afectiva de la relación médico-paciente y su repercusión en la satisfacción en relación con la atención médica, ha sido objeto de diversas investigaciones.²⁴ Expondremos algunas de sus principales conclusiones:

- La satisfacción con la atención médica, el cumplimiento de las indicaciones y el resultado del tratamiento están íntimamente vinculados con la capacidad del médico para satisfacer las necesidades emocionales del paciente. Este vínculo afectivo es conocido como afinidad o empatía. La capacidad del médico para establecer empatía con el paciente depende en alguna medida de sus habilidades de comunicación y, sobre todo, de la descodificación y codificación de mensajes afectivos mediante el lenguaje extraverbal y verbal.
- La calidad de la relación afectiva entre médico y paciente puede influir sobre el resultado de tratamientos que aparentemente dependen solo de factores técnicos. Existen evidencias de que la respuesta del paciente al médico puede

²⁴ R. Borroto, T. Reinoso. Ob. cit.; Y. Steinert, E. Rosenberg. Ob. cit.; F. Black. Ob. cit.; M.R. DiMatteo, A. Taranta. «Predicting Patient Satisfaction from Physician's Nonverbal Communication Skills.» *Medical Care*, abril, 1980; XVIII (4); Z. Ben-Sira, «Primary Medical Care and Coping with Stress and Disease: The Inclination of Primary Care Practitioners to Demonstrate Affective Behavior.» *Social Science Medical*, 1985; 21 (5): 485-98; M. Rawlinson. «The Sense of Suffering.» *Journal of Medical Philosophy*, febrero, 1986; 11 (1): 39-62; R. Hays, M.R. DiMatteo. «A Short-Form Measure of Loneliness.» *Journal of Personal Assessment*, primavera, 1987; 51 (1): 69-81. M. Serret, R. Borroto. «Valoración ética del médico ideal por estudiantes que comienzan la especialidad de Medicina.» *Boletín de Psicología del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, septiembre-diciembre, 1986; IX (3); M.R. DiMatteo «The Physician-Patient Relationship: Effects on the Quality of Health Care.» *Clinical Obstetrics Gynecology*, 1994; 37 (1): 149-61; B.M. Korsch. «Patient-Physician Communication: More Research Needed» [editorial]. *Clinical Pediatrics*, [Filadelfia], 1994; 33 (4): 202-3.

ser tan efectiva como la respuesta al medicamento; el paciente recibe beneficio o daño no solo con el medicamento, sino también con la conducta afectiva del médico hacia él.

- La sensibilidad emocional del médico, altamente correlacionada con su capacidad de engendrar afinidad en la relación médico-paciente, es decisiva para poder apreciar las necesidades sociopsicológicas del paciente y responder a ellas con una actitud que engendre en el paciente confianza con toda la actividad médica –incluida la percepción de la competencia técnica del médico– y, por tanto, satisfacción. La sensibilidad emocional se expresa en el lenguaje verbal y de modo especial en el lenguaje extraverbal.
- La comunicación no verbal en la interacción médico-paciente es un componente afectivo crucial. De especial interés para la sensibilidad emocional es cómo las personas pueden «rezumar» sus verdaderos sentimientos, tanto mediante expresiones corporales como por expresiones faciales.
- En varios estudios, la satisfacción promovida por los médicos en sus pacientes mostró una correlación significativamente positiva con la habilidad de los médicos para descodificar las emociones expresadas mediante la postura corporal y los movimientos faciales.
- La habilidad del médico para comunicar cariño e interés a los pacientes, a través de los canales verbales y no verbales, es un aditivo especial a la capacidad técnica en la prestación efectiva de la atención médica, ya que la comunicación de afectividad refuerza la percepción satisfactoria de los pacientes acerca de la competencia técnica del médico.
- La consistencia o armonía entre signos verbales y no verbales ha sido objeto de varias investigaciones. El paciente desea percibir naturalidad y sinceridad en la relación con su médico. Se ha concluido que en la relación emocional con el paciente la coincidencia del mensaje emocional verbal y el extraverbal es decisiva. Si esta no se logra, el efecto será contraproducente: el paciente puede sentirse engañado.
- Por tanto, la sensibilidad emocional y la expresividad no verbales del médico parecen estar vinculadas fuertemente a la satisfacción del paciente con el tratamiento médico.
- La preocupación que el médico muestre por los aspectos personales, familiares y sociales de su paciente es percibida de modo general como una manifestación afectiva de especial significación por los pacientes, y contribuye, por tanto, a engendrar satisfacción con la atención médica.
- Las cuestiones consideradas tradicionalmente como problemas personales –incluso los más íntimos, como aquellos relativos a la esfera sexual–, los problemas familiares y el mundo más complejo de la inserción del individuo en la sociedad –trabajo, estudio, participación activa en la construcción de la sociedad, amistades–, inciden en la salud de cada individuo de forma peculiar y deben ser explorados profundamente por el médico.

- A esto se añade que el interés por estas cuestiones contribuye a mejorar la percepción del paciente acerca del interés que sobre él, como persona, tiene el médico, y, por otra parte, el propio hecho de conversar sobre estas cuestiones, a veces muy íntimas, favorece la liquidación de barreras en la relación del médico con el paciente e incrementa la empatía.
- En Cuba, cada vez más, la población, en especial la más joven, tiene entre sus expectativas acerca del papel del médico que este indague sobre estas cuestiones, incluso sobre aquellas consideradas por ellos como no vinculadas a su problema de salud.

Todos los aspectos de la comunicación afectiva con los pacientes que hemos estado analizando con anterioridad se hacen más importantes en la atención primaria. La índole *sui generis* de la relación médico-paciente en este nivel de atención, que involucra a la familia y a la comunidad en su totalidad, y el género de los problemas de salud que se deben atender, elevan el papel del vínculo emocional con los pacientes para la solución de dichos problemas: la prevención, donde es fundamental la educación para la salud; las enfermedades crónico-degenerativas, con la gran necesidad de apoyo afectivo que implican; y los trastornos funcionales, donde la relación emocional es decisiva para su curación o alivio, por el fuerte componente psíquico en sus causas y síntomas.

La satisfacción de las necesidades afectivas debe propender hacia el establecimiento de una relación médico-paciente camaraderil, de mutuo respeto, donde el paciente no se sienta a merced del médico, y donde se reconozca a este como el miembro de la sociedad encargado del cuidado de la salud del pueblo.

Valores morales del profesional de la salud

El cumplimiento de los valores éticos de la sociedad en general y de los principios de la ética médica son otras de las expectativas determinantes para el logro de un alto grado de satisfacción referida a la atención de salud.

Varios autores han evidenciado que los pacientes requieren confiar y apreciar la integridad moral de sus médicos.²⁵ Este hecho cobra una trascendencia especial en nuestro país, dada la peculiar relación establecida entre el médico de familia y su población, pues este convive con la comunidad que atiende, y, por esa razón, debe ser un exponente cabal de las normas y valores morales en su vida en general.

²⁵ R. Veatch. Ob. cit.; R. Borroto, T. Reinoso. Ob. cit.; «Uso del método de las situaciones concretas en la enseñanza de habilidades para la comunicación interpersonal. Método del incidente y método de la representación de roles.» *Memorias de la I Conferencia Científica del ICBP Victoria de Girón*. La Habana, 1986: 315; M. Stacey. «Medical Ethics and Medical Practice: A Social Science View.» *Journal of Medical Ethics*, marzo, 1985; 11 (1): 14-8.

La población cubana espera de su médico de familia un modelo en cuanto a conducta moral y hábitos de vida que engendren salud. Si el discurso no es armónico con su vida personal, su integridad moral es fuertemente cuestionada.

Los jóvenes, y aquellos con un nivel de instrucción superior, son especialmente críticos cuando perciben incumplimiento de los principios de la ética médica o de los principales valores éticos característicos de la sociedad cubana actual, o al apreciar que la calidad de las relaciones humanas establecidas por el médico en la cotidianeidad es insatisfactoria.

Una relación interpersonal adecuada con toda la comunidad se convierte, entonces, en antecedente obligado para el desarrollo de una relación médico-paciente satisfactoria en el plano individual.

Resultados de una investigación sobre percepción y satisfacción con la relación médico-paciente en Cuba

En una investigación que abordó entre sus objetivos la temática de las expectativas referidas a la interacción personal y a los valores morales de los profesionales de la salud, en su vínculo con la satisfacción de la población con la calidad de la atención médica,²⁶ se evidenciaron múltiples elementos que, aun cuando en su mayoría son armónicos con los hallazgos internacionales, muestran peculiaridades propias de nuestro medio.

El trabajo se desarrolló durante los años 1989 y 1990, y estuvo dirigido a obtener la percepción sobre la imagen ideal y real de la relación médico-paciente en distintos grupos. Para cada uno de estos se seleccionó una muestra representativa.

Los grupos de estudio fueron: población adulta de toda la ciudad (constituido por dos subgrupos poblacionales de acuerdo a si estaban o no atendidos por médicos de familia); profesores de Ciencias Médicas; estudiantes de 1º a 6º año de medicina y médicos de familia. Al propio tiempo, al grupo constituido por la población le fue evaluada la satisfacción expresada acerca de la atención de salud que recibían. Los principales resultados referidos a la interacción personal y a los valores morales del profesional de la salud se resumen en las tablas 2 a la 5.

La tabla 2 muestra las seis fuentes principales de insatisfacción de la muestra de la población de Ciudad de La Habana con la calidad de la atención médica. Como puede apreciarse, la percepción de la competencia técnica y profesional del médico por parte de la población no constituye una de las causas de insatisfacción. Ellas están determinadas, en lo sustancial, por aspectos concernientes a la comunicación y a la apreciación que la población hace de la armonía existente entre su sistema axiológico y el del médico.

Merece destacarse que la población atendida por el médico de familia muestra una imagen real de la relación médico-paciente mucho menos crítica,

²⁶ *Ibidem* 14.

Tabla 2. Principales fuentes de insatisfacción.
Muestra de la población en Ciudad de La Habana

Intranquilidad del médico en la consulta	40%
Imagen de inseguridad del médico en la consulta	40%
Pobre explicación de acción del médico	43%
Falta de información general	45%
Insuficiente comunicación afectiva	30%
Trato despersonalizado	20%

Tomado de R. Borroto, T. Reinoso. *Descriptive and Comparative Study of the Populations' Perception and Satisfaction with the Doctor-Patient Relationship in Havana City* [tesis doctoral]. Berlín, Universidad de Humboldt, 1991.

Tabla 3. Imagen ideal y real de la relación médico-paciente (RMP)
en población atendida o no por médicos de familia

Ima- gen	Comunicación informativa Ambas muestras	Comunicación afectiva Ambas muestras
Ideal	<p><i>Demandan:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Más información del médico - Debe permitirse al paciente dar más información <p>Muestra 2</p> <ul style="list-style-type: none"> - Imagen ideal menos avanzada 	<p><i>Demandan:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Relación más camaraderil - Relación menos informal - Atención médica más integral - Ambiente emocional más favorable <p>Muestra 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - imagen ideal más avanzada
Real	<p>Ambas muestras</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los médicos retienen información - Los médicos no prestan atención a la información que dan los pacientes - Los pacientes se limitan a dar información a los médicos - Los médicos no permiten a los pacientes dar información <p>Muestra 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Imagen real menos crítica 	<p>Muestra 1</p> <ul style="list-style-type: none"> - Imagen real menos crítica <p>Muestra 2 (40 %)</p> <ul style="list-style-type: none"> - No interés de los médicos por conocer los problemas sociales de los pacientes - Los pacientes no expresan los problemas sociales al médico, pues no encuentran apoyo - Los médicos no conocen individualmente a sus pacientes - Los médicos tratan a los pacientes formalmente y no desarrollan empatía

Legenda: Muestra 1. Población atendida por médicos de familia. Muestra 2. Población no atendida por médicos de familia. Tomado de R. Borroto, T. Reinoso. *Descriptive and Comparative Study of the Populations' Perception and Satisfaction with the Doctor-Patient Relationship in Havana City* [tesis doctoral]. Berlín, Universidad de Humboldt, 1991.

y la imagen ideal es muy superior en expectativas, en contraste con la población atendida por otros médicos. Consideramos que ello se relaciona con el hecho de que la satisfacción de las necesidades en torno a la relación que se establece en el proceso comunicativo con el médico de familia ha engendrado necesidades superiores y, por ende, nuevas exigencias (ver tabla 3).

La imagen real que tienen los estudiantes de los años superiores es marcadamente más crítica que la de los otros grupos en estudio (véase tabla 4) y se aproxima a la de los jóvenes de la muestra poblacional con instrucción superior, que es la más crítica de todas. Merece mención que la imagen real e ideal de la relación médico-paciente en los estudiantes se deteriora, en la medida en que progresan en sus estudios, lo cual está determinado, en primera instancia, por el impacto negativo que la observación de la práctica médica ejerce en ellos.

Tabla 4. *Imagen real en estudiantes de años superiores sobre la comunicación (informativa y afectiva)*

Comunicación afectiva - Subestiman su importancia - Muy insatisfactoria - Muy poco tiempo dedicado a los pacientes - Pobre conocimiento integral de los pacientes a la información que se les da	Comunicación informativa - Insatisfactorio grado de claridad y detalle de la información que el médico ofrece - Insatisfactorio grado de atención que el médico presta a la información que da al paciente
--	--

Tomado de R. Borroto, T. Reinoso. *Descriptive and Comparative Study of the Populations' Perception and Satisfaction with the Doctor-Patient Relationship in Havana City* [tesis doctoral]. Berlín, Universidad de Humboldt, 1991.

La valoración de la calidad de la práctica médica donde están inmersos los grupos en estudio es decisiva para el desarrollo de su percepción (véase tabla 5). Así, los médicos de familia más satisfechos tienen una mejor percepción de la imagen real. Los profesores mucho más insatisfechos, por su parte, valoran más negativamente la imagen real y tienen expectativas ideales muy avanzadas que no ven materializadas en su quehacer. Por último, los estudiantes son más críticos, pues cuestionan la práctica médica sin compromiso alguno con su ejecución.

Los resultados antes expuestos constituyen una muestra fehaciente de que la dimensión interpersonal de la atención médica es un factor decisivo en la valoración de su calidad hecha por los pacientes, por lo que en el trabajo orientado a perfeccionar la satisfacción de la población, el análisis de la dimensión sociopsicológica del ejercicio médico es prioritario, en particular lo concerniente a la preparación en habilidades comunicativas en los recursos humanos en salud.

Tabla 5. *Imagen ideal y real de la relación médico-paciente en estudiantes, profesores y médicos de familia*

Médicos de familia	<ul style="list-style-type: none"> - Mejor percepción de la imagen real - Imagen ideal menos avanzada - Menor diferencia entre imagen ideal e imagen real (13%)
Estudiantes	<ul style="list-style-type: none"> - Peor percepción de la imagen real - Más críticos en la comunicación (afectiva e informativa) - Déficit de tiempo muy marcado para la relación médico-paciente en imagen real - Mayor diferencia entre imagen ideal e imagen real (40%)
Profesores	<ul style="list-style-type: none"> - Imagen ideal avanzada - Diferencia alta entre imagen ideal e imagen real (39%) - Más críticos con la competencia clínica - Déficit de tiempo para la relación médico-paciente en imagen real

Tomado de R. Borroto, T. Reinoso. *Descriptive and Comparative Study of the Populations' Perception and Satisfaction with the Doctor-Patient Relationship in Havana City* [tesis doctoral]. Berlín, Universidad de Humboldt, 1991.

La ética clínica

Varán von Smith Smith



Dentro del marco amplio de la ética de la salud, el más limitado de la ética médica o el más moderno y abarcador de la bioética, según James F. Drane, trataremos de arribar a algunos conceptos y procederes prácticos en ética clínica.¹

Si partimos de los basamentos filosóficos que guían nuestra conducta, de nuestra vocación médica humanista –desarrollada en un régimen social avanzado, el cual de una forma u otra nos ha marcado–, me referiré fundamentalmente a la ética en la clínica médica, en aquellos campos donde no podemos soslayar situaciones meritorias de reflexiones éticas, las cuales pueden producirse en diferentes instituciones de salud, sean estas un hospital general, como ocurre durante las consideraciones clínicas en cirugía, obstetricia e incluso en perinatología, o en un policlínico o consultorio, donde a pesar de que los problemas comunitarios tienen preponderancia, también conflictos de valores morales individuales están presentes en la consulta, el ingreso en el hogar u otras acciones de salud.

Por otra parte, la complejidad de los problemas a los cuales se enfrenta la atención de salud contemporánea, así como los conflictos que estos comportan, tanto en las situaciones límites como en las cotidianas,

¹ J. Drane. «La bioética clínica: la aplicación de los conceptos a la cabecera del enfermo.» Seminario-Taller del Programa Regional de Bioética para América Latina y el Caribe, marzo de 1995;

hace necesario tener en cuenta criterios multidisciplinarios, con el fin de concluir a satisfacción un debate y tomar decisiones moralmente válidas de acuerdo con los valores humanos puestos en juego.

Cuando abordamos los problemas éticos de la clínica, vale la pena comenzar por los que se producen en la relación médico-paciente y enfermera-paciente-familia-otro personal de la salud. No pretendemos en este trabajo establecer otras relaciones consideradas por la bioética, como la relación médico-empresa. Consideraremos aquellas áreas fundamentales del trabajo clínico, donde pueden manifestarse conflictos de valores morales, y haremos una breve reflexión acerca de los procedimientos de decisión en ética clínica desarrollados por diferentes tendencias y autores, así como su probable utilidad en el contexto cubano.

El respeto al paciente

En nuestro país, ordenado y sustentado fundamentalmente sobre la base de la propiedad social sobre los medios de producción, se determina una moral y se ha creado una ética, en el orden general, acorde con este contexto. La ética médica no puede sustraerse de este influjo político social que alcanza a la relación médico-paciente y hace que esta sea de respeto mutuo.²

El paciente siempre respeta al médico en primera instancia, debido a la condición de dependencia temporal en que se encuentra; mas el respeto del médico hacia él deberá ser más amplio y polifacético por la propia naturaleza de su encargo social. El médico, como dirigente principal del «equipo de salud», deberá exigir respeto para el paciente a todos los participantes en su atención. Y se guiará por el principio martiano consagrado en nuestra Carta Magna: «el culto a la dignidad plena del hombre».

Dentro de la ética clínica, gana un lugar preponderante el respeto a la integridad del individuo, y esto se ejercerá en cualquier ámbito clínico donde se encuentre y sea cual fuere su afectación. Algunos autores, como Pellegrino, interrelacionan la integridad y la autonomía; coincido con este criterio que se aviene más a la perspectiva cubana: violar la integridad es más inmoral que afectar la autonomía; aunque ni la una ni la otra deben ser violentadas. No resultaría ocioso decir que para respetar la integridad y practicar una medicina integral, el médico debe ser íntegro.³

Así tenemos que conservan total vigencia las observaciones ya contenidas en el *Corpus Hipocraticum* de que el buen humor del médico pudiera alegrar al

y «Métodos de ética clínica.» En OPS-OMS. *Bioética: temas y perspectivas*. Washington, D.C., 1990. [Publicación Científica, 527]

² D. Alonso, V. von Smith, A. Ramírez. *Ética y Deontología médicas. Texto básico*. La Habana, Pueblo y Educación, 1987.

³ E. Pellegrino. «Metamorfosis de la ética médica. Una mirada retrospectiva a los últimos 30 años.» *Cuadernos del Programa Regional de Bioética* [Santiago de Chile], septiembre de 1995; (1): 19-34.

enfermo, pero el exceso sería contraproducente; se debe ser optimista, pero no tanto que lo haga aparecer frívolo; ni tampoco pesimista, pues esto lo desanimaría; debe expresar confianza y seguridad; no debe manifestar duda, pues menguaría la estimación de su habilidad profesional.

En cualesquiera de los niveles de atención donde el médico actúe se considera irrespetuosa una actitud de autosuficiencia, expresada por el empleo de palabras altisonantes u otros términos. A veces hemos oído increpar a un paciente de forma arrogante, porque este le sugirió un medicamento; o respuestas como «yo soy el médico», a la madre que sugiere que su hijo presenta sarampión. Estas cosas señaladas contribuyen a disminuir la necesaria cooperación del enfermo, sin lo cual no podríamos extraer los elementos necesarios para realizar un correcto diagnóstico, además de encontrar resistencia en el paciente a permitir algunas investigaciones molestas, aunque este no haya dejado de tener interés por el tratamiento. Se hace evidente el derecho autonómico. Una forma particular de irreverencia clínica es aquella tendiente a identificar al paciente con el número de una cama o con la enfermedad que padece; a veces es la enfermera quien hace lo mismo, todo lo cual constituye malos ejemplos de conducta profesional inadecuada, tanto para los estudiantes como para cualquier otro personal de la salud presente.

En la práctica de la ética clínica en Cuba, la beneficencia rebasa a la autonomía. Esto podemos observarlo claramente en algunos programas de salud, como el de la prevención del cáncer cérvico uterino: la forma en que se aborda la situación de las mujeres que no consienten ser sometidas a la prueba citológica y la subsecuente insistencia del médico, la enfermera o la trabajadora social, e incluso de las organizaciones sociales y comunitarias; también en otras variadas situaciones. Por ejemplo, el esfuerzo colectivo para disuadir del hábito de fumar a pacientes con bronquitis crónica de inicio.

Ha existido una tendencia en nuestro medio que ha hecho primar el principio de «beneficencia» –como en toda la cultura latina, que no ha dejado de ser paternalista–, aunque se hayan respetado hasta cierto punto la integridad y autonomía del paciente. Sin embargo, al sustentar el antiguo precepto ético y actualmente también bioético de beneficencia, en clínica debemos insistir, además, en el de no maleficencia, lo cual puede manifestarse de varios modos y maneras.

Importante es la beneficencia, pero quizás ante este principio universal se eleva otro secular: el de no hacer daño, o la «no maleficencia». Pero es que la intención no basta muchas veces; hay que reflexionar a profundidad para actuar correctamente y no hacer daño.

La superación integral del hombre, ocurrida tras la lucha constante y tesonera en todos los órdenes, le ha permitido pensar y actuar por sí mismo, aun ante el médico, quien por milenios ejerció el paternalismo con sus enfermos. Esta lucha condujo a tomar en consideración un nuevo principio, la «autonomía». Ya hemos señalado cómo este principio de la bioética se ha manifestado con mayor fuerza

y razón en aquellos países industrializados donde surgieron primero los eventos que dieron lugar a los nuevos preceptos éticos.

La asignación de recursos tecnológicos, bien sean de diagnóstico o terapéuticos en clínica, en ocasiones crea una nueva y difícil situación, sobre todo cuando estos recursos son escasos o sus beneficios requieren ser prodigados a quienes los necesitan realmente. A esto se le llama «justicia» en los conceptos bioéticos. Nosotros en Cuba, por razones antes expuestas, distribuimos los recursos de acuerdo con una planificación que favorece a todos por igual y con iguales derechos. Hoy tenemos algunas dificultades debido, fundamentalmente, al bloqueo impuesto y arreciado por el gobierno de los Estados Unidos. Muchas reflexiones deberán hacer la dirección del centro, los comités de ética y de otra índole en el hospital, cuando les toca decidir quién ocupará una cama en la unidad de cuidados intensivos, en la sala de afecciones coronarias, en el cardiocentro para recibir una prótesis valvular, o a quién ingresar en el plan de trasplantes renales. Dentro de las dificultades se trata de ser lo más justo posible.

El contacto con el paciente

Al producirse el contacto del personal de salud en el nivel clínico, debe primar en su ánimo el interés total por el hombre y el auténtico deseo de ayudar a la persona. Deberá tener presente que tiene ante sí dos alternativas: el enfermo quiere recuperar o no perder su salud, y el médico, al menos, necesita información para prevenir o curar.

El paciente siente habitualmente temor de morir, angustia ante lo desconocido, tristeza y hostilidad frente al infortunio y, en caso de enfermedad real, una permanente demanda de afecto. Por otro lado, el médico debe romper este valladar que, de no hacerlo, pudiera aislarlo para siempre del paciente. A la ética clínica le corresponde enfrentar al enfermo en fase terminal, y los clínicos deberán procurar que el resto de vida del paciente decurse con la mejor calidad posible; y si la muerte se ha de producir, ha de ser con dignidad.

Es posible que la locuacidad sea un «adorno» de la manera de ser del cubano, pero ante el sentimiento de la existencia amenazada, el enfermo se puede defender psicológicamente callando, o no diciendo todo lo que siente y sabe. Debemos tratar de oír, pues esto enseña a veces más que un interrogatorio. Es un antiguo precepto que saber hablar es un don de la naturaleza, pero saber oír es una virtud.

Aunque, por suerte, esto no ocurre con frecuencia en el orden clínico, quizás el más grave defecto ético del médico sea la superficialidad, tanto en el interrogatorio como en el examen físico, los dos elementos que permiten estrechar y hacer adecuada la relación médico-paciente. Cada una de las maniobras realizadas son evaluadas, y a veces comparadas por el paciente con las que dejó de hacer otro colega anteriormente. Hemos oído muchas veces exclamar, «Ese doctor sí que

me examinó.» No se trata solo de eso, sino de que la superficialidad es la mayor fuente de errores cometidos por el personal de salud.

Cabe decir, entonces, que el ejercicio de la solidaridad es la acción que más satisface al enfermo y produce mayor satisfacción al médico cuando la practica. Pero existe una calidad superior de solidaridad: aquella atención practicada fuera del país a un enfermo postrado en lejana cama, por encima de diferencias raciales, niveles de desarrollo socioeconómico y diferentes elementos de psicología social, y realizado todo en virtud del internacionalismo médico, actitud moral que deviene la más hermosa expresión de solidaridad entre los hombres.

El error profesional, la confidencialidad y la veracidad

El error médico es un viejo problema de la ética clínica resultante de una equivocación, donde no existe la mala fe ni se ponen de manifiesto elementos de negligencias, indolencia, desprecio o ignorancia profesional. Se puede producir por complejidad en el diagnóstico, enfermedades raras poco frecuentes, la escasez de medios diagnósticos disponibles o la inexperiencia. El error muchas veces puede evitarse en la clínica mediante el pase de visita conjunto y la jerarquización escalonada, lo que permite intercambiar experiencias. Otra cosa es, pongamos por caso, cuando se le ordena a un residente realizar un procedimiento, como punción lumbar, paracentesis u otro, sin averiguar previamente su competencia para efectuar la acción. No es suficiente alegar que el residente es un médico graduado; el que ordenó el acto puede ser culpado por negligente.

El secreto profesional es otro de los paradigmas de la ética secular, pero aún tiene validez y en la actualidad se discuten dilemas bioéticos en relación con la confidencialidad. Al respecto dijo Portes que no hay medicina sin confidencias, y no hay confidencia sin confianza, como tampoco hay confianza sin secreto. Pero en aquel tiempo no había la obligación de declarar las enfermedades infecciosas. Hoy, se conserva en ética clínica el precepto de secreto, siempre y cuando no perjudique a los demás, por lo tanto, adquiere un carácter relativo.

En Cuba se practica el principio de la veracidad soportable, en cuanto a la información. Sin embargo, el problema radica en cuánto habrá que informarle al paciente en clínica para cumplir con las expectativas que aconseja la bioética. Tiene el derecho, por supuesto, a que se le informe de la manera más pormenorizada posible sobre las investigaciones que se le harán, y también acerca del tratamiento que habrán de prodigarle, discutirlo con él y, en fin, toda acción médica propuesta le deberá ser informada, para obtener su «consentimiento». La información debe proporcionársele al enfermo de forma clara y comprensible. Pero debemos estar seguros de que comprende cuanto se le informa, si está en condiciones mentales apropiadas para entender y comprender, o si podrá asumir una decisión. De no ser así, un sustituto válido asumirá la función. Al abordar

el consentimiento informado nos damos cuenta de que debe ser manejado por alguien del equipo con suficiente experiencia clínica, y nunca deberá dejarse en manos de los más inexpertos.

Papel de la enfermera y del personal paramédico

Los acelerados avances tecnológicos crean y producen los impulsos que habrán de desarrollar la ética clínica; no obstante, veremos que la investigación científica agiganta sus pasos con la velocidad de sus resultados, a los cuales difícilmente la moral puede mantenerle el paso. Lo ideal sería poner, a la par de las nuevas tecnologías, los preceptos educativos y morales que las regularían.

En el contexto avanzado de la tecnología, observamos que la enfermera tiene como obligación la superación de su aval básico, al adquirir una mayor responsabilidad ante los complejos procesos que atiende. Durante los últimos años, se ha desarrollado una cuasi revolución dentro de los departamentos de enfermería, pues este personal adquiere el grado universitario de licenciado. De ese modo pueden avenirse con las exigencias del gran número de clínicos que atienden la salud en nuestro medio. La enfermera, como personal de salud, está subordinada a los principios de la ética profesional, pero su destacada posición dentro del equipo de salud la sitúa en un punto muy sensible e importante del desempeño profesional relacionado. El punto de vista ético desempeña un importante papel en la conservación de la autonomía del paciente, el mantenimiento de su integridad, y le proporciona dignidad y calidad de vida a este.

Otros técnicos paramédicos y personal de la salud transitan por parecidos procesos educativos con el fin de alcanzar la necesaria competencia. Debemos recordar que fueron los avances tecnológicos los que en gran medida decretaron el *boom* de la bioética. Por tanto, la superación debe del mismo modo apuntar también hacia el dominio de los principios fundamentales de esta nueva disciplina, a fin de poder participar con éxito en la solución los dilemas morales que su trabajo les plantea.

Los procedimientos de decisión en ética clínica

La toma de decisiones moralmente válidas en el trabajo clínico de ningún modo puede ser espontánea, sino cuidadosamente razonada. Esto ha generado la necesidad de establecer procedimientos de análisis y decisión en ética clínica, cuestión abordada por diferentes autores. No es objeto del presente trabajo hacer un recuento detallado de las diferentes tendencias en este campo. Para el lector interesado recomiendo el documentado ensayo de Diego Gracia sobre el tema.⁴ Solo quiero apuntar que, en términos generales, los procedimientos

⁴ D. Gracia. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid, Editorial Eudema Universidad, 1991.

de decisión conocidos hasta el momento pueden agruparse en tres tendencias fundamentales:

1. Procedimientos de orientación utilitarista, como, por ejemplo, el principalismo y el casuismo.
2. Procedimientos de orientación deontologista: la ética de la virtud y el método narrativo.
3. Procedimientos sincréticos, que han tratado de conciliar los elementos positivos de los anteriores, como el método del Hastings Center y el de Diego Gracia.

Como es obvio, los métodos de base utilitarista hacen mayor énfasis en las acciones y consecuencias de estas, mientras que los deontologistas tienen mayor preocupación por el sustento moral de las acciones, y no precisamente por sus consecuencias. Por tanto, si bien los últimos son eminentemente ontológicos, los primeros son teleológicos.

En lo fundamental, todos estos procedimientos han tenido su origen en culturas primermundistas, y por eso es lógico que no se avengan completamente con nuestra idiosincrasia y nuestro contexto. En Cuba no se ha desarrollado un procedimiento de decisión en ética clínica propiamente dicho. Sin embargo, en la obra de destacados profesionales de la salud cubanos, como José Ángel Bustamante, Ricardo González y Fidel Ilizástegui, entre otros, hay claras referencias al papel de la consideración de los valores humanos en la toma de decisiones médicas.

De los procedimientos existentes, el más cercano a nuestra perspectiva es el propuesto por el profesor Diego Gracia, quien parte de una base ontológica enraizada en la ética kantiana, y a partir de esto adopta una metodología constituida por tres pasos fundamentales: 1) hacer la primera valoración del problema; 2) realizar el análisis de la corrección del acto; seguidamente, 3) analizar su bondad para, finalmente, arribar a la toma de decisiones.

Las situaciones de conflicto en ética clínica que no puedan ser resueltas por el equipo de salud en conjunto con pacientes y familiares deben ser analizadas entonces por comités multidisciplinarios, los cuales asesoran con la resultante de su pensamiento colectivo a los que deberán decidir, o sea, sanitaristas y usuarios.

Los comités institucionales de ética contarán con personal avezado en estas cuestiones, con un espectro profesional heterogéneo para garantizar la diversidad de enfoques de los problemas bajo análisis. En la literatura internacional se recomienda que al menos dos terceras partes sean profesionales de la salud, quienes deberán aportar su experiencia a partir de las múltiples situaciones manejadas, y comportarse como eticistas prácticos. El resto deben ser humanistas e incluso representantes de los pacientes o de la comunidad en general. Es necesario e impostergable diseñar un procedimiento cubano de decisión en ética clínica que tome en cuenta nuestra tradición de pensamiento médico y estos aportes de la literatura universal.

Problemas éticos del diagnóstico clínico

Jorge M. Otero Morales y Ana María Suárez Conejero



Los principios son enunciados en los que se enmarcan concepciones fundamentales en relación con determinada área de conocimiento, con la pretensión de guiar u orientar a los humanos en sus actos. En el caso particular de la ética, parece haber consenso en la actualidad en definir los principios éticos como máximas de actuación ética, es decir «criterios convergentes de todos los hombres, o al menos de los más prudentes y sabios».¹

Los principios pueden erigirse en reglas, leyes, normas, preceptos y doctrinas; y pueden reflejarse o no en códigos. También suelen obligar, es decir, constituirse en deberes. Al respecto, es justo consignar que el Código Internacional de Ética Médica no es propiamente un código ético, sino deóntico, ya que lo que se reseña literalmente en dicho documento no son principios, sino deberes.

Hay diferentes formas de clasificar los principios éticos en la actualidad. Pero para el tema que nos interesa resulta útil considerarlos como «generales» y «particulares», atendiendo a si estos sirven de máxima o fundamento a todas las actividades humanas sin distinción o solo a un grupo específico de actividades, respectivamente. Desde este punto de vista, en el primer caso quedarían contemplados los

¹ D. Gracia. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid, EUDEMA Universidad, 1991: 98.

principios generales de la bioética y en el segundo los principios de la ética médica, entre los que se incluyen, por supuesto, los principios de la ética clínica. En el Cuadro 1 se muestran estos principios. Observe cómo los principios particulares no contravienen en modo alguno a los principios generales, sino que vienen a constituir, en realidad, formas en que se expresan o revelan los principios generales para una disciplina en particular. El principio de justicia, por ejemplo, se revela en el principio del humanismo y en el de honestidad; el de autonomía, en el de confidencialidad; y el principio de beneficencia en el de la prudencia, en el de la diligencia y otros.

Cuadro 1. *Principios éticos relacionados con el quehacer médico*

I. Principios éticos generales

- Principio de autonomía
- Principio de beneficencia
- Principio de no maleficencia
- Principio de justicia.

II. Principios de ética médica

- El principio del humanismo médico
- El principio de autoridad médica
- El principio de honestidad médica
- El principio de la modestia médica
- Principio de la diligencia médica
- Principio de la prudencia médica
- Principio de la confidencialidad médica
- El principio de la inocuidad

En el ámbito de la atención médica, los que planifican, organizan, controlan o ejecutan el quehacer médico no siempre actúan con arreglo a los principios éticos. En tales casos, pueden ocurrir situaciones que lesionan en mayor o menor medida la autonomía, la beneficencia o la justicia que por derecho debe recibir desde el punto de vista ético un individuo. Esto constituye un problema ético. Un problema ético se puede definir, por tanto, desde el punto de vista conceptual, como cualquier situación, circunstancia o hecho cuya existencia constituye una vulneración o trasgresión de los principios éticos en los que se debe sustentar la actuación humana.

A partir de esta concepción, es factible reconocer, en el ámbito de la atención médica y en particular del quehacer diagnóstico, la existencia de un sinnúmero de situaciones que constituyen problemas éticos (Cuadro 2). Muchos médicos, sin embargo, suelen ignorar la existencia de estos problemas. Es un hecho habitual, por ejemplo, que todavía se indiquen pruebas diagnósticas sin el debido consentimiento del paciente; o que se decida arbitrariamente el tipo de enfermo

que tiene acceso a determinada prueba diagnóstica; o que la orfandad médica sea más bien lo regla y no la excepción.

Cuadro 2. Problemas éticos de la investigación diagnóstica

- La deshumanización médica
- La despersonalización del paciente
- La orfandad médica del paciente
- La adopción médica obligatoria
- La complacencia médica
- La medicalización del paciente
- La mercantilización de la investigación diagnóstica
- El paternalismo médico
- La inaccesibilidad a los servicios diagnósticos
- El error diagnóstico
- La atención médica multidisciplinaria
- La especialización de la atención médica
- La automatización de la atención médica
- La medicina defensiva
- La iatrogenia médica
- El tecnofetichismo
- El síndrome de *burn out*

El reconocimiento de problemas de carácter ético se suele enmascarar también por la sinonimia que se les otorga erróneamente a los términos problema y dilema. En el ámbito de la clínica, un dilema ético se concibe como una situación disyuntiva o conflictiva en la cual el médico se ha de decidir por algunas de las alternativas de actuación ética involucradas. Por consiguiente, el dilema *per se*, a diferencia del problema, no entraña menoscabo de la condición moral del paciente. No es lo mismo, por tanto, conceptualizar el «aborto» como dilema que como problema. En el primer caso, el «aborto» es todavía un hecho que se debe decidir; y en el segundo caso, es ya un hecho consumado, cuya existencia hubo de causar, por demás, algún daño de carácter moral al paciente.

En este trabajo en particular, se conceptualizan los principios de ética médica que guardan relación con el quehacer diagnóstico y se reseñan aquellos problemas éticos que se presentan con asiduidad en el ámbito de la atención médica en relación con el quehacer diagnóstico, algunos de los cuales apenas si se mencionan en la literatura médica.

Principios de ética médica

Humanismo

Por humanismo se entiende, en filosofía, aquella actitud que hace hincapié en la dignidad y el valor de la persona. En medicina, el término, en su sentido lato, suele hacer referencia a la actitud *humanitaria, solidaria y compasiva* que el médico ha de tener hacia los enfermos. Por tanto, el principio en cuestión aboga porque las acciones médico sanitarias estén matizadas en su más alta expresión por el conjunto de estas tres cualidades.

A los efectos del quehacer médico, *la actitud humanitaria*, consiste en interesarse por el bien del paciente; *la solidaria*, en adherirse, en las circunstancias de este quehacer, a la causa del paciente; y *la actitud compasiva*, en sentir pena hacia el mal que padece el enfermo.

Autoridad

El término autoridad tiene varias acepciones. En una de ellas este se emplea con la intención de señalar ese poder y derecho que tiene alguien para mandar, gobernar o regir, e imponer por ello obediencia. Sin embargo, en relación con la medicina, el término está realmente referido a significar el crédito o fe que se le atribuye al médico como profesional para ejercer con eficiencia sus labores. Por tal motivo, el principio en sí reclama el mantenimiento y desarrollo de los conocimientos, habilidades y capacidades que hacen a un médico competente para el desempeño de su labor asistencial.

Honestidad

La honestidad se concibe, dentro de los límites del quehacer médico, como la virtud de dispensar a los pacientes, de buena fe y por convicción, un trato franco, honrado y leal.

Modestia

La modestia se interpreta, dentro del ámbito médico, como aquella virtud por medio de la cual un médico se cuida de tener una opinión muy elevada de su capacidad hasta el punto de poder prescindir de la ayuda que en materia profesional le pueden brindar sus colegas. En el caso particular del quehacer diagnóstico, el principio insta por propiciar el intercambio de opiniones médicas.

Diligencia

Ser diligente, desde el punto de vista médico, significa ser cuidadoso, aplicado y asiduo en la realización del quehacer profesional. Por ello, en contraposición, la negligencia médica se entiende como descuido, falta de aplicación o falta de empeño en las acciones médicas.

Prudencia

La prudencia es una virtud cardinal que consiste en discernir o distinguir lo que es bueno o malo para seguirlo o huir de ello, respectivamente. En el caso de la medicina en particular, obrar con prudencia significa reconocer cuál es el límite entre lo evidente y lo hipotético, entre la certeza y la probabilidad, entre la certidumbre y la incertidumbre, para de esta forma poder brindar protección al enfermo.

Confidencialidad

La confidencialidad médica estriba en preservar el derecho que tiene todo paciente a que se le respete su privacidad. Huelga aclarar que la confidencialidad, si bien tiene como fin respetar la autonomía del enfermo, puede y debe ser violada en aras de proteger a terceras personas, como puede ocurrir, por ejemplo, en el caso de pacientes con enfermedades de transmisión sexual.

Inocuidad

Con el principio de la inocuidad se instrumenta el principio de no maleficencia. El principio en sí aboga porque el médico efectúe durante la realización del quehacer diagnóstico, en primer término, aquellos procedimientos que no entrañan riesgos para el paciente.

Los problemas éticos

Deshumanización

El médico ha de ser humanitario (interesarse por el bien del paciente), solidario (adherirse circunstancialmente a la causa del paciente) y compasivo (sentir pena o dolor hacia el mal que padece el enfermo). Estas son las tres cualidades fundamentales que definen el carácter humano de las acciones médicas. La carencia de estas cualidades en un médico es a lo que se le denomina deshumanización del médico.

La causa básica de este fenómeno reside, fundamentalmente, en errores en la educación o formación deontológica del médico, y entre sus formas de expresión fundamentales son de destacar la negligencia y la indolencia médica ante los problemas del enfermo. Existen, claro está, otras formas de manifestarse este fenómeno, pero, en nuestra opinión estas constituyen las formas más evidentes de patentizarse en la práctica el fenómeno de la deshumanización del médico.

Es justo, no obstante, consignar que la negligencia médica, entendida como la falta de aplicación del médico para actuar como corresponde a la responsabilidad inherente a su profesión, no siempre es expresión de deshumanización médica. Existen otras circunstancias que pueden compulsar a un médico a cometer

negligencia. Sin embargo, el médico menos humanitario, solidario y compasivo con el enfermo es el más propenso a cometer actos negligentes.

Despersonalización del paciente

Durante el quehacer diagnóstico, el paciente es técnicamente un objeto de investigación. Sin embargo, ello no significa que el paciente sea tratado como tal. Ahora bien, cuando en las circunstancias de este quehacer el paciente es realmente manipulado como un mero objeto de investigación y no como una persona, es cuando se produce el fenómeno de su despersonalización.

Entre las causas que propician el desarrollo de este fenómeno se distinguen, esencialmente: la superespecialización, la automatización, la atención médica multidisciplinaria y la deshumanización del médico.

Las formas en que se manifiesta este fenómeno en la práctica del diagnóstico médico están en dependencia de las causas mencionadas. En las circunstancias de la superespecialización, por ejemplo, es frecuente que el médico enmarque su interés solamente en aquellos problemas del enfermo que conciernen a su especialidad, y se crea así en el paciente la sensación de que es un «corazón», un «hígado» o un «ojo» y no una persona. Otro tanto suele ocurrir en el desarrollo de la atención médica multidisciplinaria y en la automatización del servicio médico, donde el paciente puede sentir que es prácticamente más una «enfermedad» que un enfermo.

Una forma sutil de provocar en un enfermo la sensación de que no es tratado como una persona se produce con mucha frecuencia al dispensarle un trato impersonal, hecho que se observa sobre todo en los hospitales, donde los médicos y el personal de enfermería acostumbra a referirse al enfermo por la enfermedad que padece o el número de la cama que este ocupa y no por su nombre.

La despersonalización del enfermo obviamente incide negativamente en el éxito del quehacer diagnóstico, al limitar su comunicación y cooperación.

Orfandad médica del paciente

El término orfandad médica se emplea no solo para significar la carencia de un médico que se «ocupe» de los problemas de salud de un paciente, sino también la ausencia de un médico que se «preocupe» de solventar los problemas de salud a un paciente. Así, diferentes circunstancias pueden dar lugar a este hecho. El caso más obvio es el que se produce en aquellos países donde las condiciones socioeconómicas no permiten la cobertura médica de todos sus habitantes. En tales casos, queda claro que el paciente está huérfano de médico porque no tiene quien se ocupe de sus problemas de salud. Sin embargo, en países como el nuestro, donde toda la población tiene acceso a los servicios de salud, también puede producirse el fenómeno de la orfandad médica del paciente. En este caso, el hecho pudiera estar determinado porque el paciente no percibe que el médico se preocupa como debiera de su problema de salud.

Las causas que determinan la existencia de este fenómeno en nuestro país no son tan obvias; pero el hecho cierto es que no pocos pacientes vagan por diferentes médicos en busca de solución a sus problemas de salud. En nuestra opinión, el hecho, al menos en la atención secundaria, pudiera estar causado directamente por el sentimiento de despersonalización que provocan en el paciente situaciones como la superespecialización, la automatización y la atención médica multidisciplinaria.

La orfandad médica es fácil de identificar; se reconoce al asistir a un paciente errante de un médico a otro. Aunque parezca paradójico, el paciente que se atiende con muchos médicos es por lo general también un paciente huérfano de médico.

Adopción médica obligatoria

Se define de este modo aquella situación en la que un paciente es obligado a atenderse por un médico que no es de su agrado.

Esta situación, aunque se presenta por razones obvias casi exclusivamente en los servicios de salud estatalizados, al menos en nuestro país, no debe realmente su existencia a la estatalización de los servicios de salud, sino al desconocimiento que muchos pacientes tienen de que pueden optar por atenderse con otro médico si lo desean, previo acuerdo, claro está, con el médico que va a responsabilizarse con su atención.

El paciente que se siente privado de su derecho a elegir, por lo general, reacciona negativamente y se torna conflictivo para el médico. En realidad, cuando la situación no logra solucionarse, tanto el médico como el paciente se convierten en víctimas de esta situación. En el peor de los casos, el paciente rehúsa a atenderse con el médico y de esa forma queda prácticamente huérfano de asistencia médica.

Complacencia médica

En la práctica médica, la complacencia constituye un problema ético cuando es expresión de subordinación del médico a los designios del paciente. En el caso particular de la investigación diagnóstica, el hecho se manifiesta con frecuencia en la realización de exámenes diagnósticos que solo tienen la intención de satisfacer exigencias del paciente.

En sentido general, la complacencia médica está determinada por la pérdida de la autoridad del médico, quien muchas veces cede ante las exigencias del paciente por temor a que este se queje a las autoridades del sistema de salud. También, en no pocas ocasiones, son las propias autoridades de salud quienes, amparadas en la falacia de que «el paciente siempre tiene la razón», propician la complacencia médica.

La complacencia médica, en cualquier circunstancia, es violatoria del principio de justicia, dado que en estas situaciones el médico incumple la responsabilidad

que tiene con la sociedad, al no dispensar los recursos diagnósticos a quienes los necesitan realmente.

Medicalización del paciente

La revolución educacional e informativa que ha acontecido en muchos países como el nuestro, ha elevado el tenor no solo de la información sanitaria, sino también el de información médica, lo que contribuye al desarrollo de la medicalización de la sociedad y, en consecuencia, del paciente.

El fenómeno de la medicalización, por lo general, entraña una paradoja: de una parte, los pacientes medicalizados se suelen convertir en furibundos consumidores de atención médica y encarecer por este hecho, en demasía, los servicios de salud de una población; y de otra parte, puede darse también el fenómeno inverso, ya que el paciente medicalizado puede creer erróneamente que la información que posee le es suficiente para prescindir de los servicios del personal médico. Es por esta razón que muchos de los pacientes medicalizados se convierten a fin de cuentas en pacientes huérfanos de médico.

Mercantilización de la investigación diagnóstica

El médico, como ser social, tiene necesidades económicas que debe sufragar con su profesión. Sin embargo, ya en el plano de la relación profesional, el objetivo primordial del quehacer diagnóstico no es económico, sino investigativo. Cuando en esa relación profesional, los fines de la investigación diagnóstica se supeditan a los intereses económicos del médico, y el paciente es visto entonces como un objeto bursátil, se produce el fenómeno de la mercantilización de la investigación diagnóstica.

La realización de exámenes diagnósticos con el ánimo de lucrar y no con fines investigativos constituye la forma más frecuente en que se hace patente este fenómeno.

En las circunstancias de nuestro país, donde el Estado es quien costea la atención médica, la mercantilización de la investigación diagnóstica, tal como la hemos expresado, es obviamente imposible. No obstante, pueden darse formas abortivas de este fenómeno, como, por ejemplo, condicionar el trato médico a las dádivas que en agradecimiento ofrecen muchas veces los pacientes.

En cualquier condición social, la mercantilización de la investigación diagnóstica es un fenómeno determinado fundamentalmente por errores en la formación deontológica del médico. Por ello, este fenómeno suele estar íntimamente asociado a la deshumanización del médico.

Paternalismo médico

La esencia del paternalismo es «la búsqueda del bien de otra persona desde un nivel de preeminencia que permite prescindir de la opinión de esta». Es obvio

que el paternalismo concede más importancia al principio de beneficencia que al de autonomía.

En nuestro país el paternalismo médico es todavía un problema ético. Al parecer este problema debe en lo esencial su existencia al desconocimiento que muchos médicos tienen del derecho que le asiste al paciente a decidir cuestiones que conciernen a sus intereses.

En el caso particular del quehacer diagnóstico, el paternalismo suele manifestarse cuando se le realizan al enfermo procedimientos diagnósticos sin su anuencia.

Inaccessibilidad a los servicios diagnósticos

Este es, sin lugar a dudas, el problema ético que atenta por excelencia contra el principio de justicia, que concibe el acceso a los servicios de salud como un derecho ciudadano y uno de los problemas contemporáneos más graves en materia de salud.

Este problema ético se produce sobre todo en aquellos países donde la política sanitaria se sustenta en la medicina privada en cualquiera de sus variantes, y en países donde los servicios públicos de salud son insuficientes para dar cobertura a toda la población.

En nuestro país en particular, el problema no se suscita, dado que cuenta con una política sanitaria gratuita que alcanza por igual a toda la población.

En ocasiones, sin embargo, al margen de esta política, algunas instituciones compulsadas por limitaciones de recursos diagnósticos y en interés de cumplimentar a ultranza determinados programas de salud, suelen establecer de un modo arbitrario medidas administrativas que limitan la utilización de determinados recursos diagnósticos. Tal es el caso, por ejemplo, de limitar arbitrariamente el número de estudios radiólogos que se pueden hacer en una guardia médica, o restringir para pacientes embarazadas exclusivamente la realización de determinados estudios de laboratorio. Valga, no obstante, aclarar que la restricción de los recursos diagnósticos, es una práctica plausible dentro del campo de la gerencia de los servicios de salud, solo que toda restricción ha de estar sustentada en el principio ético de costo/beneficio o de lo contrario se puede pecar de arbitrario.

Error diagnóstico

El error diagnóstico se suele definir como el hecho que resulta de juzgar como correcto o verdadero un juicio diagnóstico que es falso o incorrecto. Aunque, en términos del método clínico, es mejor definirlo como el hecho que resulta de certificar una hipótesis diagnóstica que no se aviene bien con lo que tiene realmente un enfermo.

Las causas que pueden determinar un error diagnóstico se suelen diferenciar en dos grupos: en errores mediados por infracción médica, y los que no lo están por este hecho. Este último grupo es al que se le suele nominar en la actualidad como error médico diagnóstico. De tal modo, se sobreentiende que el error

médico diagnóstico es aquel que no tiene como causa básica la impericia, la negligencia, la imprudencia o cualquier otro hecho que determine que se incumpla con los deberes profesionales.

Atención médica multidisciplinaria

Existen enfermedades de carácter sistémico (la diabetes, por ejemplo) cuya atención requiere el concurso de diferentes especialidades. Con el propósito de dispensar al enfermo una atención médica más calificada, en algunos centros se crean equipos multidisciplinarios para atender tales enfermos.

En no pocas ocasiones, sin embargo, estos equipos no cumplen las expectativas del paciente, ya que cada médico del equipo, por lo general, solo suele prestar atención a aquellas quejas del enfermo que le competen. Este hecho, que se traduce en centrar más la atención en la enfermedad que en el enfermo, es causa del fenómeno de despersonalización en el paciente, y también, aunque parezca paradójico, de orfandad médica en el enfermo, ya que el paciente en realidad percibe que el equipo solo se ocupa de la enfermedad en cuestión y no, en el caso de que los hubiere, de sus otros problemas de salud.

Especialización de la atención médica

El progreso científico ha traído, en consecuencia, no solo la especialización de los médicos en determinada materia, sino incluso también lo que bien pudiéramos llamar la superespecialización. Así, no solo existen cardiólogos, neurólogos y endocrinos, sino también arritmólogos, epileptólogos, diabetólogos, etcétera.

Como ocurre en la atención médica multidisciplinaria, en la atención médica especializada los médicos también suelen desoír otras quejas del enfermo que no competen a su perfil y centrar la atención más en la enfermedad del paciente que en este como enfermo, hecho que puede causar, como dijimos en el apartado anterior, problemas éticos tales como la despersonalización y la orfandad médica del paciente.

Automatización de la atención médica

En los centros especializados, sobre todo aquellos en los que se dispensa atención a enfermedades medicoquirúrgicas, debido a la alta demanda de los servicios que se brindan, suele existir congestión en el flujo de los pacientes. Con la intención de mejorar la «productividad» y reducir dicha congestión, muchos centros instauran una atención médica en «serie» o «escalonada» que produce prácticamente una fragmentación de la atención médica.

En esta segmentación de la atención médica generada por la automatización del servicio que se dispensa, el paciente es capaz de percibir que es tratado realmente como una «enfermedad» y no como un enfermo. Por ello, como dijimos con anterioridad, este hecho es una de las causas principales del fenómeno de

la despersonalización del paciente. También en tales casos, como ocurre con la atención médica multidisciplinaria, el paciente puede tener la sensación de que se encuentra huérfano de médico, dado que no reconoce quién es realmente el médico responsable de su atención.

Medicina defensiva

El temor a ser demandado por el paciente por error médico puede generar en los médicos una actitud defensiva que, en relación con el quehacer diagnóstico, se caracteriza por realizar al enfermo investigaciones diagnósticas innecesarias. En nuestro país el hecho en particular está más bien motivado por el temor a la queja del enfermo ante las autoridades de salud.

La medicina defensiva es una postura médica que atenta tanto contra el principio de justicia como contra el principio de beneficencia. En el primer caso, porque se dilapidan los recursos diagnósticos, y en el segundo, porque la mayoría de los procedimientos diagnósticos no están exentos de riesgos para el enfermo.

Iatrogenia

Todo hecho nocivo que se produce a causa de la actuación médica es lo que se significa con el término de iatrogenia médica. De este modo, la iatrogenia constituye, en esencia, una situación que atenta en particular contra el principio de beneficencia.

En el quehacer diagnóstico, específicamente, se suele producir iatrogenia sobre todo a consecuencia del uso de los procedimientos de carácter instrumental. Este hecho en particular es lo que determina el valor que se le confiere en la práctica médica al principio riesgo/beneficio, en el caso de que se vaya a realizar en el paciente cualquier proceder médico diagnóstico.

Tecnofetichismo

El tecnofetichismo es una concepción que sobreestima el valor diagnóstico de la tecnología. Se manifiesta en la práctica clínica por el uso desmesurado de los instrumentos para llegar al diagnóstico. Sus consecuencias éticas gravitan sobre el principio de justicia y el de beneficencia.

Síndrome de *burn out*

El síndrome de *burn out* es un trastorno adaptativo producido por un estrés laboral crónico que menoscaba el rendimiento y la capacidad del médico. Se le denomina también síndrome de desgaste profesional o del «quemado».

Conclusiones

Los problemas éticos son situaciones que atentan contra la autonomía, la beneficencia y la justicia que se ha de dispensar por derecho a todo paciente

que recibe los servicios médicos sanitarios. La presencia de muchos de estos problemas es ignorada. Sin embargo, su identificación es fácil, una vez que se tiene conocimiento acerca de su existencia. En este artículo se han abordado en forma general algunos de los problemas éticos que más relación tienen con el quehacer diagnóstico, en interés de contribuir a su identificación.

Bibliografía

- Beauchamp, T.L., J. Childress. *Principles of Biomedical Ethics*. 5a. ed. Nueva York, Oxford University Press, 2001.
- Breslin, J.M., S.K. MacRae, J. Bell, P.A. Singer y el University of Toronto Joint Centre for Bioethics Clinical Ethics Group. «Top 10 Health Care Ethics Challenges Facing the Public: Views of Toronto Bioethicists.» *BMC Medical Ethics* [serie en Internet]. 26 de junio de 2005 [citado 03, enero, 2007]; 6 (5): 1-8. Disponible en <http://www.biomedcentral.com/1472-6939/6/5>
- Código Internacional de Ética Médica*. [monografía en Internet]. Adoptado por la 3ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, Londres, Inglaterra, octubre de 1949 y enmendado por la 22ª Asamblea Médica Mundial Sydney, Australia, agosto 1968 y la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre 1983 y la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, Pilanesberg, Sudáfrica, octubre, 2006. [citado 03, enero, 2007]. Disponible en <http://www.wma.net/s/policy/c8.htm>.
- Goic, A. «Ética de la organización de la atención de salud.» *Rev Méd Chile* [serie en Internet] marzo de 2004 [citado 03, enero, 2007]; 132 (3):388-92. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000300016&lng=es&nrm=iso.
- Gracia Guillén, D. «La deliberación moral: el método de la ética clínica.» *Medicina Clínica* [serie en Internet] 2001 [citado 03, enero, 2007]; 117 (1):22. Disponible en <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=13015505>.
- . *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid, Eudema, 1991.
- Grau, A., R. Suner, M. García *et al.* «Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales.» *Gac Sanit* [serie en Internet], 2005 [citado 2007-01-04]; 19 (6): 463-70. Disponible en http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000600007&lng=es&nrm=iso.
- Kuhn, G.K. *Diagnostic Errors*. Acad Emerg Med, 2002; 9: 740-750.
- Iserson, K.V. «Principles of biomedical ethic.» *Emergency Medicine Clinics of North America*, 1999; 17 (2): 283.
- Lolas Stepke, F. (editor). *Diálogo y cooperación en salud. Diez años de bioética en la OPS*. [monografía en Internet]. Santiago de Chile. Unidad. de Bioética OPS/OMS, Organización Panamericana de la Salud 2004. [citado 03, enero, 2007]. Disponible en <http://www.paho.org/Spanish/BIO/dialogo.pdf>.
- (editor). *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad, derechos*. [monografía en Internet]. Santiago de Chile. Unidad de Bioética OPS/OMS, Organización Panamericana de la Salud, 2000. [citado 03, enero, 2007]. Disponible en <http://www.paho.org/Spanish/BIO/cuidado.pdf>.

- Moreno Rodríguez, M.A. *El arte y la ciencia del diagnóstico médico*. La Habana, Editorial Científico-Técnica, 2001.
- National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. *Belmont Report: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research*. [monografía en Internet]. Washington, D.C., Government Printing Office, 1979, [citado 03, enero, 2007]. Disponible en <http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/belmont.html>
- Organización Panamericana de la Salud. Unidad de Análisis y Estadísticas de Salud (HA). Situación de la Salud en las Américas. Indicadores básicos 2006. [monografía en Internet]. Washington, D.C., 2006, [citado 03, enero, 2007]. Disponible en <http://www.paho.org/spanish/dd/ais/coredata.htm>
- Sánchez, J.M., C. Tena, E.M. Campos, L.E. Hernández, A.E. Rivera. «Medicina defensiva en México. Una encuesta exploratoria para su caracterización.» *Cir Ciruj* [serie en Internet], 2005 [citado 03, enero, 2007]; 73 (3): 201-8. Disponible en http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=38&id_seccion=180&id_ejemplar=3279&id_articulo=31888
- Viniegra, V.L. «El fetichismo de la tecnología.» *Rev Invest Clin* [serie en Internet], 2000 [citado 03, enero, 2007]; 52 (5): 569-80. Disponible en http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=2&id_seccion=856&id_ejemplar=218&id_articulo=1852
- Williams, J.R. *Manual de ética médica*. [monografía en Internet]. Francia, Unidad de Ética, Asociación Médica Mundial, 2005 [citado 03, enero, 2007]. Disponible en http://www.wma.net/s/ethicsunit/pdf/manual/ethics_manual.pdf

Consentimiento informado. Experiencias de su aplicación en las neurociencias en Cuba

Nancy Pavón Fuentes y Marianela Heredia Leyva



La introducción de los «derechos de los pacientes» trajo como consecuencia una profunda modificación de las relaciones sanitarias,¹ que tuvo su máxima expresión en la teoría del consentimiento informado.² La tradición de pensamiento, los sistemas de valores prevalecientes y las particularidades del desarrollo de la medicina y los servicios de salud en los Estados Unidos determinaron que su bioética se estructurara preferentemente en torno al principio de autonomía y adoptara como orientación principal la defensa de los derechos individuales de los pacientes. Sin embargo, los valores universales y los intereses humanos generales se expresan de manera concreta ligados con valores e intereses étnicos, regionales, nacionales, clasistas.³ En cada latitud y país, y en particular en América Latina, comenzaron a identificarse problemas propios, matizados por nuestras realidades nacionales, y se ha constatado la imposibilidad de resolverlos si se apela a fórmulas nacidas en otros contextos que en muchas ocasiones en nada tienen que ver con sus problemáticas propias.

¹ D. Gracia Guillen. «Los cambios en la relación médico-enfermo.» *Medicina Clínica* [Barcelona], 1989; 93: 100-2.

² P. Simón Lorda, L. Concheiro Carro. «El consentimiento informado: teoría y práctica (I y II).» *Medicina Clínica* [Barcelona], 1993; 100: 659-63; 101: 174-82.

³ J.R. Fabelo «Valores universales y problemas globales.» En *Filosofía y salud*. La Habana, MINSAP, 1994; t. 2: 419.

En el mundo unipolar de este fin de siglo, cuando los países socialistas prácticamente han desaparecido del planeta y Cuba se encuentra aislada y bloqueada por la potencia económica más importante del mundo, es necesario atender con espíritu creador estos asuntos y generar nuestros propios códigos éticos armónicos con los universales, pero sin desconocer lo particular de nuestra sociedad y los valores creados en ella.

El presente trabajo tiene como objetivo hacer una reflexión crítica sobre el consentimiento informado, sus nuevos retos y realidades, y hace énfasis en las experiencias prácticas de la esfera de trabajo de las autoras, las neurociencias.

El modelo simétrico de la relación médico-paciente

Durante sus interacciones con otros seres humanos, el hombre establece diferentes tipos de relaciones, algunas de carácter superficial, y otras con un carácter mucho más complejo, donde al menos uno de los participantes debe saber ponerse en el lugar del otro, sentir hasta cierto punto como él o ella, y disponerse a ayudarlo en el enfrentamiento a cualquier dificultad.⁴ La relación médico-paciente es un tipo especial de relación interpersonal que tiene un carácter profesional y sirve de base a la gestión de salud.⁵ La investidura profesional del médico determina que su gestión sea altamente valorada por la población, que espera de él una conducta acorde con su importante papel social.

La adecuada relación médico-paciente sustenta una buena práctica médica y se ha desarrollado a través de un largo proceso que data desde la época del hombre primitivo. En esta gestión terapéutica, la relación de ayuda que se estableció entre los hombres ha devenido en un vínculo interpersonal en el que se utilizan complejos recursos psicológicos, recursos biológicos de alta tecnología y múltiples recursos sociales destinados a la atención integral del enfermo.⁶

En nuestro país, donde las relaciones sociales están sustentadas fundamentalmente sobre la base de la propiedad social sobre los medios de producción, los valores morales subyacentes a estas relaciones se mantienen dentro de este contexto general y la relación médico-paciente se establece dentro del respeto mutuo.⁷ La posición ocupada tanto por el médico como por el paciente tiene una especial relevancia.

La ética médica, por lo general, es considerada hoy tradicional, pues sus postulados fundamentales permanecieron prácticamente intactos desde su

⁴ R. González Menéndez. «La nueva dimensión de la relación médico-paciente en nuestros días.» En J.R. Acosta Sariago (editor). *Bioética. Desde una perspectiva cubana*. La Habana, Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, 1997: 105-11.

⁵ J.Á. Bustamante. *Psicología médica*. La Habana, Editorial Ciencia y Técnica, 1967; t. 2: 42.

⁶ R. González Menéndez. *Psiquiatría para médicos generales*. La Habana, Editorial Científico-Técnica, 1989: 167.

⁷ V. von Smith Smith. «La ética clínica.» En J.R. Acosta Sariago (editor). *Bioética. Desde una perspectiva cubana*. Ob. cit.: 124-7.

formulación por la escuela hipocrática casi hasta nuestros días. Su contenido está conformado por un conjunto de normas morales orientadas a la regulación de las relaciones del médico con el paciente (no maleficencia, beneficencia, confidencialidad, etcétera), junto a otras exhortaciones al médico para llevar una vida pura y virtuosa.⁸

Salvo contadas excepciones, dado el nivel científico-técnico de los médicos y su prestigio social, como regla el paciente secularmente ha ubicado al médico en una posición de superioridad, con lo cual el propio enfermo asume un rol de desventaja. Sin embargo, el éxito de una relación profesional médica depende muchas veces de la habilidad del facultativo para manejar esta situación, de modo que su actitud de atenta escucha, demostración de sincero interés por ayudar al paciente y trato afable logren equilibrar la relación y ubicarse junto al enfermo en el enfrentamiento de su problemática de salud.⁹ Esto es lo que se ha definido como alianza terapéutica y modelo de beneficencia y solidaridad.¹⁰ La relación médico-paciente solo será perfecta si el profesional aspira a la virtud, es decir a la excelencia. La amistad es la virtud moral por antonomasia; el médico virtuoso habrá de ser siempre un médico amigo.¹¹

Además de la posición que ocupan médico y paciente en la particular relación que se establece entre ambos, es necesario tener en cuenta otros factores como:

- Las características generales de los participantes.
- Los objetivos perseguidos por los participantes.
- El motivo de la consulta.
- El estado afectivo de los participantes.
- Defensas y distorsiones de la comunicación.
- Potencialidad frustrante de una relación en la cual el médico debe enfrentar situaciones en las que no siempre pueden cumplirse los objetivos de curación y/o mejoría del paciente.
- El contexto histórico social donde se desarrolla la relación.¹²

Los principios de beneficencia y no maleficencia constituyeron durante milenios los pilares éticos más relevantes para la práctica médica. El derecho a tomar parte en las decisiones acerca de su salud es un fenómeno que se convirtió en exigencia en la segunda mitad del siglo xx.

La autonomía puede ser definida como el derecho que tienen los seres humanos de determinar conscientemente cuáles deben ser sus metas personales

⁸ E. Pellegrino. «Metamorfosis de la ética médica. Una mirada retrospectiva a los últimos 30 años.» *Cuadernos del Programa Regional de Bioética* [Santiago de Chile], 1995; (1): 19-34.

⁹ *Ibidem* 4.

¹⁰ M. Velazco. «Bioética y salud mental» [ponencia]. IX Congreso de la Sociedad Mexicana de Psiquiatría Biológica, 27 de junio de 1996.

¹¹ D. Gracia Guillén. «El juramento de Hipócrates en el desarrollo de la medicina.» *Dolentium Hominum*, 1996; 31 (1): 22-8.

¹² *Ibidem* 4.

y actuar siguiendo esta dirección de manera deliberada. A las personas necesariamente hay que darles un tiempo y oportunidad para que tomen sus propias decisiones y, por supuesto, respetárselas.

El respeto a las personas incorpora al menos dos convicciones éticas importantes:

- En primer lugar, que el individuo debe de ser tratado como un agente moral autónomo.
- En segundo lugar, que las personas con disminución de su autonomía estén completamente protegidas.¹³

El segundo aspecto aquí planteado está dado porque no todas las personas son capaces de tomar determinaciones por sí mismas. En cuanto a la capacidad para la toma de decisiones propias, es necesario apuntar que, por un lado, esta madura progresivamente durante la vida del individuo, y, por otro, puede perderse en presencia de algunas enfermedades mentales, en circunstancias donde la libertad de la persona está restringida severamente, etcétera. En estos casos, para preservar el principio de autonomía es necesario que los individuos de estas poblaciones vulnerables sean adecuadamente protegidos.

El principio de beneficencia va más allá de la manera ética en que deben de ser tratados los pacientes, al respetárseles su autonomía y protegerlos del daño. El médico y/o el investigador deben velar y hacer un máximo esfuerzo porque el paciente tenga un máximo de bienestar, es decir, maximizar el beneficio obtenido por el paciente, al mismo tiempo en que se minimizan los posibles daños.

La relación médico-paciente ha sufrido profundos e importantes cambios en las últimas dos décadas. El modelo de relación humana asimétrica clásico, marcado por el paternalismo, donde el médico desempeña el papel de tutor o padre poderoso y el enfermo el de desvalido, incapaz de tomar decisiones por sí mismo, va cambiando a un modelo donde las relaciones humanas se hacen horizontales y simétricas, y el enfermo tiene derecho a una decisión o consentimiento. Irrumpe con fuerza un modelo que pone su acento en la autonomía de los propios enfermos para decidir lo que debe o no debe hacerse con ellos. En situaciones clínicas, el respeto a la autonomía del paciente está estrechamente relacionado con el derecho que este tiene a dar un consentimiento informado.

El corazón de este nuevo modelo es, precisamente, la teoría del consentimiento informado, de ahí que este sea el nuevo rostro de una relación médico-paciente más simétrica.¹⁴

¹³ *The Belmont Report. Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research.* The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 18 de abril de 1979.

¹⁴ *Ibidem* 1: 100-2.

¿Qué entendemos por consentimiento informado?

El consentimiento informado es un fenómeno relativamente reciente. Ninguno de los textos clásicos de la ética médica hacen mención al mismo. La necesidad de que el médico informe a sus pacientes competentes acerca de riesgos, naturaleza y beneficios de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que estima conveniente para su caso introduce cambios sustanciales en la práctica habitual de los profesionales de la salud. El tradicional paternalismo, que impregna aún la mayor parte de las relaciones entre los médicos y los pacientes, tiene profundas raíces en la ética griega hipocrática. Para los griegos y para todos los pensadores que vinieron después de ellos, ser paternalista era un signo de distinción profesional, una obligación moral estricta. La obligación del médico era tratar de restablecer en el enfermo el orden natural perdido, la salud, y el deber del paciente era el de colaborar con el médico en ello. Todo lo que dificultaba o podía entorpecer esta tarea era sistemáticamente evitado por obligación ética.¹⁵ A pesar de los profundos cambios en las relaciones políticas, sociales y económicas que tienen lugar durante los siglos xv al xviii, las relaciones médico-paciente se mantuvieron en la tradición de la medicina hipocrática. Durante el siglo xix, comienza a aparecer un leve cambio en el enfoque de esta relación, en 1803, el médico Thomas Percival publica su libro *Medical Ethics*, que va a tener un gran impacto en el desarrollo posterior de la ética médica anglosajona y de los códigos deontológicos de prácticamente toda la medicina occidental. Sin embargo, no es hasta el siglo xx cuando se desarrolla un amplio movimiento de reivindicación de los derechos civiles que, iniciado a finales de la Segunda Guerra Mundial, tiene su auge en la década de los sesenta y setenta, momento en el que alcanza un vertiginoso desarrollo la teoría del consentimiento informado.¹⁶

El contexto sociocultural en el que tuvieron lugar los avances en la labor de fundamentación de la bioética y la identificación de los principios éticos que la sustentaban, determinó que la bioética norteamericana se estructurara preferentemente en torno al principio de la autonomía, adoptara como orientación principal la defensa de los derechos individuales de los pacientes, y adquiriera, como consecuencia de todo ello, un fuerte matiz legal. Los casos *Mohr vs. Williams* (1905), *Pratt vs. Davis* (1906), *Rolater vs. Strain* (1913) y, sobre todo, *Schloendorff vs. Society of New York Hospital* (1914) serán los primeros en plantear claramente el derecho de los pacientes a ser consultados respecto a lo que va a hacerse con ellos.¹⁷

En 1957, en el caso legal norteamericano de *Salgo vs. Leland Stanford Jr. University Board of Trustees*, se recoge la utilización, por primera vez, de la

¹⁵ P. Simón Lorda. «El consentimiento informado y la participación del enfermo en las relaciones sanitarias.» *MEDIFAM*, 1995; 5 (5): 264-71.

¹⁶ *Ibidem* 2: 174-82.

¹⁷ R.R. Faden, T.L. Beauchamp. *A History and Theory of Informed Consent*. Nueva York, Oxford University Press, 1986: 86-100.

expresión de «consentimiento informado». A partir de este momento quedaría establecido, el criterio de que no es posible que un paciente emita un consentimiento realmente válido si no ha recibido cierta cantidad de información, de tal forma que pueda tomar una decisión consciente y libre.

La teoría del consentimiento informado es de origen norteamericano, si bien en estos momentos ha pasado a formar parte del patrimonio ético de toda la práctica médica occidental.¹⁸ El movimiento social que tiene lugar en las décadas de los cuarenta y cincuenta en los Estados Unidos, conjuntamente con otros factores como el acelerado desarrollo científico-técnico de la medicina, repercutió en el ámbito de las relaciones médicas.

¿Cuáles son los elementos básicos de la teoría del consentimiento informado?

De manera general, es posible conceptualizar al consentimiento informado como la explicación, a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre sus efectos y los riesgos y beneficios de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a estos. La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada; el médico no debe sacar partido de su potencial dominancia psicológica sobre el paciente.¹⁹

A pesar de que el consentimiento informado ha emergido como un concepto central dentro de la ética moderna, su aplicación ha suscitado controversias entre los médicos. Para algunos profesionales, lejos de mejorar la comunicación entre el médico y el paciente, interfiere con ella. Sin embargo, es posible que estas interferencias estén más relacionadas con la forma en que se implementa la aplicación del consentimiento informado que con el objetivo que persigue. Se han sugerido dos modelos para implementar el consentimiento informado. A pesar de que ambos satisfacen los requerimientos legales y, por tanto, brindan protección al paciente, sus efectos sobre la relación médico-paciente son diferentes. En el primer modelo, el consentimiento informado sería un evento que ocurre o tiene lugar en un solo tiempo. Sería, por tanto, un acto discreto, circunscrito a un período usualmente corto, antes de la ejecución de los procedimientos médicos recomendados. En este modelo, la cantidad y minuciosidad de la información proveída por el médico a su paciente desempeña un papel clave.

El segundo modelo de implementación, por el contrario, trata el consentimiento informado como un proceso continuo que es parte integral de la relación médico-paciente.

¹⁸ *Ibidem* 2: 659-63.

¹⁹ Ad Hoc Committee on Medical Ethics, 1984. Modificada por P. Simón Lorda, L. Concheiro Carro. *Ob. cit.*, 1993: 659-63.

Las decisiones tomadas por cada una de las personas frente a una situación dada están basadas en su experiencia personal, su moral, su sistema de valores y objetivos que se ha trazado en la vida. Para tomar una decisión médica, el paciente no solamente toma en cuenta lo anterior, sino también debe hacer un análisis anticipando los riesgos y beneficios que le proporciona la realización del proceder médico recomendado.

En el primer modelo, de aplicación del consentimiento informado, no es posible trabajar en la mejoría de la calidad del proceso de toma de decisión por un paciente o en lograr una mayor comprensión por parte de este de su enfermedad. Más bien el énfasis está puesto en la cantidad de información que el médico debe suministrar. Este esquema, que pudiera ser práctico en la toma de decisiones en algunas situaciones extremas, definitivas sobre el inicio y el final de la vida, resulta insuficiente y entorpecedor de las relaciones médico-pacientes en el contexto de enfermedades crónicas o cuando la labor del médico está dirigida a la prevención de enfermedades.

En este último caso, es conveniente que el paciente participe en un proceso de toma de decisión presente en toda la relación que se establece con su médico. En este proceso el paciente no solo conocerá la información médica necesaria, sino que ganará en experticidad a la hora de reconocer, identificar, describir y evaluar los síntomas de su enfermedad. Podrá, además, ganar en responsabilidad para implementar cambios de estilos de vida que en última instancia harán exitoso un tratamiento a largo plazo. Esto último es sumamente importante, pues muchas veces la curación o el alivio de un paciente depende de su capacidad para renunciar a placeres, o vencer miedos, ambas cosas imposibles de superar solamente brindando información.

A juicio de Núñez de Villavicencio, en el contexto del consentimiento informado como proceso, el médico tiene que convertirse, por tanto, en un educador. Si se mantiene solo como informador, estaría renunciando a ser un combatiente por la salud. La beneficencia es y seguirá siendo la guía de conducta y el primer deber del médico. El derecho de autonomía del paciente es con frecuencia imprescindible para lograr esa beneficencia en relación con su salud. Al educar, el médico estaría actuando sobre la jerarquía de valores y sobre la escala de motivos del paciente, lo ayudaría a desarrollar sus cualidades volitivas de independencia, firmeza, perseverancia y autonomía para llevar a la práctica su decisión de salud.²⁰

Los elementos básicos del consentimiento informado que aquí exponremos, parten de asumir este como un proceso que evoluciona y tiene lugar en el seno de la relación médico-paciente y no como un acontecimiento aislado que partiría de una visión muy legalista y estrecha del alcance que puede tener el consentimiento informado.

²⁰ F. Núñez de Villavicencio Porro. «Bioética: el médico un educador.» En J.R. Acosta Sariego (editor). Ob. cit.: 128-32.

Voluntariedad

Para que el consentimiento informado sea válido, este debe ser dado libre y voluntariamente. No es aceptable, ni desde el punto de vista ético ni legal, que un consentimiento informado sea dado de una manera no voluntaria. No obstante, la voluntariedad de un paciente puede quebrarse y aparecer una limitación de su libertad para la toma de una decisión. Esto puede darse de tres maneras diferentes:

1. *Persuasión*. El paciente es sometido a un proceso sin darle la oportunidad de que efectúe ningún tipo de elección. No hay obtención del consentimiento.
2. *Coacción*. El paciente toma la decisión bajo coacción. La persona está amenazada por otra de forma explícita o implícita.
3. *Manipulación*. El médico, dada la posición de supremacía psicológica en que se encuentra respecto al paciente, le presenta la información a este último de tal manera que lo empuja a tomar una decisión determinada.²¹

Información

El consentimiento solo es válido si el paciente o el sujeto experimental lo otorga después de haber evaluado cierta cantidad de información al respecto. Existen varios códigos que establecen acápites para intentar puntualizar cuándo considerar suficiente la información dada. Hay un consenso bastante amplio en cuanto a que el consentimiento informado debe abarcar información que cubra los siguientes aspectos:

- Naturaleza, objetivos y manera en que se llevará a cabo el procedimiento.
- Riesgos, molestias y efectos secundarios posibles.
- Beneficios del procedimiento a corto, mediano y largo plazo.
- Posibles procedimientos alternativos con sus riesgos, molestias y efectos secundarios respectivos, y explicación de los criterios que han guiado al médico en su decisión de recomendar el elegido en lugar de aquellos.
- Efectos previsibles de la no realización de ninguno de los procedimientos posibles.
- Comunicación al paciente de la disposición del médico a ampliar toda la información si lo desea, y a resolver todas las dudas que tenga.
- Comunicación al paciente de su libertad para reconsiderar en cualquier momento la decisión tomada.
- Conocimiento de la enfermedad, causa, curso, pronóstico y costo económico del proceso.²²

²¹ President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research, 1982.

²² *Ibidem* 2.

Donde existe un mayor debate es en lo relativo a la extensión de cada uno de los puntos. Se han sugerido tres aproximaciones diferentes:

1. *Criterio médico razonable*. ¿Qué debe un hipotético médico razonable decir acerca de su intervención?
2. *Criterio de la persona razonable*. ¿Qué debería necesitar conocer un paciente promedio para tomar una decisión en el consentimiento informado?
3. *Criterio subjetivo*. ¿Qué debería necesitar conocer y comprender un paciente para tomar una decisión informada?²³

En cualquier caso, el médico debe siempre expresarle a su paciente su disponibilidad para ampliar toda la información si así lo desea.

Comprensibilidad de la información

El médico debe comunicarse con sus enfermos de la forma más sencilla y clara posible y tratar de optimizar al máximo la competencia del paciente para tomar una decisión.

Competencia

El concepto de competencia/incompetencia es uno de los más complejos y nucleares de la teoría del consentimiento informado. Si un paciente es considerado incompetente, se le retira el derecho a tomar decisiones sobre sí mismo. La competencia en su grado máximo está dada por la aptitud del paciente para comprender la situación a la que se enfrenta, los valores que están en juego y los cursos de acción posibles para a continuación tomar, expresar y defender una posición coherente con su escala de valores.²⁴

Validez y autenticidad de la decisión del paciente

La decisión tomada por el paciente, una vez que ha culminado el proceso de evaluación y discusión de la información, debe reflejar de forma adecuada sus deseos (ser válido) y estar en consonancia con la línea de valores que el paciente ha defendido a lo largo de toda su vida (autenticidad).

Nuestra experiencia en la aplicación del consentimiento informado en los servicios neuropsiquiátricos

En nuestro país el consentimiento informado no siempre ha sido aplicado adecuadamente. Si bien en el campo de la investigación la obtención del consentimiento informado mediante la firma de un documento escrito es una exigencia

²³ Informed Consent: Ethical topic in medicine, bioethx@u.washington.edu, 1990.

²⁴ *Ibidem* 2.

ineludible, controlada en las normas de buenas prácticas y por los comités de ética de la investigación, en la práctica clínica diaria esto no tiene la misma regularidad. En el presente trabajo se abordan fundamentalmente los problemas que existen en la aplicación del proceso de consentimiento informado a través de la ilustración de lo que ocurre en la práctica clínica diaria en el servicio de urgencias del Hospital Psiquiátrico de La Habana. No se hace especial alusión a los problemas que existen con el llenado de los formularios vinculados a investigaciones, lo que en modo alguno elude la presencia de otros problemas en este tema área en nuestro país.

Fue encuestado un total de 49 pacientes (o sus representantes válidos) que se encontraban ingresados en las salas de los servicios de agudos del Hospital Psiquiátrico de La Habana. Las características generales de la muestra aparecen reflejadas en la Tabla 1. Los representantes válidos encuestados se corresponden en todos los casos con familiares o personas allegadas de pacientes esquizofrénicos en crisis que habían sido valorados en la sala y considerados incompetentes para otorgar un consentimiento informado en ese momento.

Tabla 1. Características generales de la muestra de pacientes o representantes válidos encuestados

Personas encuestadas	Número	Edad media (mínima-máxima)	Sexo		Grado de escolaridad			
			F	M	Prim.	Sec.	Pre-U.	Univ.
Pacientes	29	38,34 (21 - 67)	11	18	4	12	10	3
Representantes válidos	20	46,05 (24 - 70)	11	9	4	5	6	5
Total	49	42,1 (21 - 70)	22	27	8	17	16	8

En el servicio de agudos del hospital los pacientes son atendidos por un equipo multidisciplinario de profesionales compuesto por médicos psiquiatras, psicólogos, defectólogos, médicos generales y enfermeras. Fueron encuestados cuarenta y dos profesionales pertenecientes al equipo multidisciplinario de atención a estos pacientes. Los datos generales de esta muestra aparecen reflejados en la Tabla 2.

¿Cuáles fueron los resultados de las encuestas aplicadas a pacientes o a sus representantes válidos?

La aplicación de las encuestas a los pacientes o a sus representantes válidos evidenció que más del 50% de estos nunca habían oído hablar de consentimiento

Tabla 2. Características generales del personal profesional que atiende a pacientes encuestados

Personal encuestado	n	Edad media (mínima-máxima)	Sexo	
			F	M
Médicos psiquiatras	16	44,18 (32 – 76)	12	4
Psicólogos y defectólogos	10	41,6 (28 – 59)	9	1
Médicos generales	11	39,4 (26 – 64)	5	6
Licenciadas en enfermería	5	42,2 (36 – 54)	5	-
Total	42	41,1 (26 – 76)	31	11

informado (Figura 1). Los conocimientos acerca del consentimiento informado fueron adquiridos por ellos, fundamentalmente, a través de su médico (77,7%). En orden decreciente, las revistas y libros, los programas televisivos, la comunicación por parte de la enfermera y por otras personas contribuyeron también a dicho conocimiento.

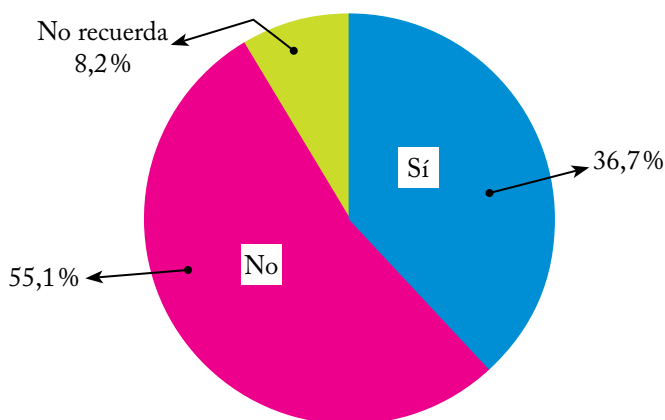


Figura 1. Comportamiento de la exploración sobre si los pacientes (o representante válido) habían oído hablar sobre consentimiento informado.

A pesar del resultado anteriormente comentado, el 59,18% de los pacientes o de sus representantes válidos, manifestaron que su médico siempre les daba una explicación comprensible sobre la naturaleza de su enfermedad, el balance entre los efectos de su enfermedad y los riesgos y beneficios de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados por él, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometidos a ellos (Tabla 3).

La aparente contradicción puede evidenciar más un desconocimiento por parte de los pacientes del proceso de consentimiento informado que la omisión de su aplicación.

En las Tablas 3, 4 y 5 se muestran los resultados de las preguntas 3, 4 y 5, respectivamente, que aparecen en el cuestionario que se aplicó a pacientes. Es importante destacar que de los 49 pacientes encuestados, 43 consideraron que el médico discutía el tratamiento con ellos, siempre o en ocasiones, y a 37 de ellos, siempre o en ocasiones, les pidieron autorización para someterlos a algún tratamiento.

Tabla 3. *¿Su médico discute con usted de la manera descrita el tratamiento que le impondrá?*

<i>Respuestas</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
a) Siempre	29	59,18%
b) Nunca	6	12,24%
c) En ocasiones	14	28,57%
Total	49	100,00%

Tabla 4. *¿Le han pedido autorización para someterlo a algún tratamiento?*

<i>Respuestas</i>	<i>Número</i>	<i>Porcentaje</i>
a) Si	35	71,40%
b) No	12	24,40%
c) En ocasiones	2	4,00%
Total	49	100,00%

Tabla 5. *Si respondió sí en la pregunta anterior, diga a qué tipo de tratamiento*

	<i>Total</i>	<i>Porcentaje</i>
a) Quirúrgico	9	25,71%
b) Endovenoso	3	8,57%
c) Electroterapia	20	57,14%
d) Medicamentoso	6	17,14%
e) Rehabilitador	10	28,57%
f) Otros	2	5,7%

La electroterapia y la rehabilitación fueron los tratamientos que un mayor porcentaje de pacientes (o de sus representantes válidos) refirieron que se les había pedido autorización para someterlos a ellos. Este resultado está estrechamente relacionado con las características propias de la muestra encuestada, que en su gran mayoría se trataba de pacientes esquizofrénicos y alcohólicos, en fase aguda, en los que es posible utilizar estos tratamientos.

Finalmente, en la encuesta aparecen reflejados aspectos vinculados con la relación médico-paciente (Figura 2).

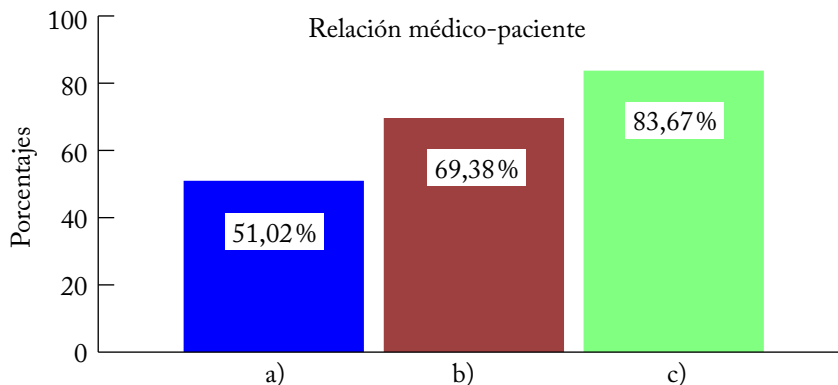


Figura 2. Comportamiento de los aspectos que evalúan la relación médico-paciente, desde la perspectiva de los pacientes (o de sus representantes válidos): a) Siente que el médico se pone en su lugar; b) Siente que el médico se solidariza con su problema; c) Siente que el médico está dispuesto a ayudarlo.

En la parte introductoria, abordamos cómo el consentimiento informado no es un acto individual y aislado en el que el paciente toma una decisión acerca de un proceder recomendado por su médico. Por el contrario, es un evento progresivo que tiene lugar en el contexto de la relación médico-paciente. Esta constituye una relación interpersonal, las cuales han sido conceptualizadas por Laín Entralgo²⁵ como relaciones en las que:

- Es necesario saber ponerse en el lugar del otro (fase coeje cutiva).
- Sentir como él o ella (fase compasiva)
- Disponerse a ayudarlo cuando enfrentan dificultades (fase cognoscitiva)

El verdadero fin de la relación médico-paciente ha de establecerse en el servicio que uno puede prestar al otro. El médico, en su trato con el paciente, debe buscar siempre la perfección, aspirar a la excelencia. La relación entre el médico y el paciente debe basarse en la amistad. La devoción, la constancia, el respeto de la persona y la responsabilidad deben caracterizar esta relación humana.²⁶

La toma de decisiones moralmente válidas en el trabajo clínico tiene que ser cuidadosamente razonada. En el contexto de la relación médico-paciente, este último tiene derecho no solo a ser informado de las razones y propósitos de cada acción que desee emprender el médico, sino también a ser convencido. Tiene derecho a que el profesional lo ayude a vencer sus temores u otros obstáculos, fundamentalmente de orden psíquico, que le hacen difícil enfrentar una necesidad

²⁵ P. Laín Entralgo. *La relación médico-enfermo*. Madrid, Revista de Occidente, 1964: 42.

²⁶ *Ibíd*em 11.

real para su salud.²⁷ Todo esto, relacionado tanto con la autonomía del paciente como con el deber de beneficencia del médico, tiene lugar necesariamente en la relación interpersonal que se establece entre un paciente y su médico.

La relación médico-paciente, en el caso de pacientes psiquiátricos, es muy compleja, pues plantea el problema de una relación con alguien que no siempre es competente para tomar o contribuir a tomar una decisión, y con sus familiares. Del total de pacientes o de sus representantes válidos encuestados, el 50% o más refirió sentir que el médico se pone en su lugar, se solidariza con él y está dispuesto a ayudarlo. Mientras que el 83,67% refiere que sienten que el médico está dispuesto a ayudarlo. De manera que hay un grupo de pacientes que se sitúan entre ambos puntos, lo que refleja que en nuestro contexto, y en el servicio explorado en particular, resulta necesario seguir fortaleciendo los valores espirituales que enriquezcan la comunicación para lograr una óptima relación médico-paciente.

¿Qué encontramos en las encuestas realizadas a médicos y otros profesionales de la salud?

La necesidad de que los médicos adopten el consentimiento informado como un derecho del paciente antes de llevar a cabo un proceder, es relativamente reciente. La primera referencia sobre este tema surge en los años cincuenta en los Estados Unidos con el «caso Salgo». En este caso, la Corte dictaminó que al médico le correspondía el deber de informar previamente al paciente sobre todo lo relacionado con el procedimiento al que debía someterse. Las viejas tradiciones de la ética médica no se pronuncian explícitamente sobre este aspecto. La medicina hipocrática, modelo de la medicina de Occidente, no contempló esto, aun cuando no es posible decir que fuera un tema no considerado o desestimado.²⁸ En el ámbito de la relación médico-paciente, el consentimiento informado determina en buena parte la actuación médica.

De los 42 profesionales encuestados, el 85,71% (36) habían recibido información sobre el consentimiento informado. La principal fuente de esta información fue la comunicación verbal de algún compañero, que resultó efectiva para el 66,6% de la muestra. En orden decreciente, constituyeron fuentes de información sobre el consentimiento informado para el personal encuestado: las conferencias o cursos nacionales (35,7%), las revistas y libros (23,8%), programas de radio y televisión (4,7%) y otros (2,3%).

Para el 50% de los profesionales encuestados, el consentimiento informado, en nuestro contexto, constituye un documento que se pone en la historia clínica del paciente. Para el 28,5% y el 9,52% constituye una legislación sobre

²⁷ Ibidem 20.

²⁸ G. Gamboa. «Consentimiento informado para el paciente terminal y su familia.» *Persona y Bioética*, 1999; 2 (5): 35.

el ejercicio de la medicina y una regulación sobre la relación médico-paciente, respectivamente. Finalmente, el 38,9% consideró que se trataba de un proceso educativo que se efectúa entre el médico y el paciente competente antes de decidir una conducta médica.

En nuestro país, se ha hecho un enorme esfuerzo por fomentar la medicina preventiva, encaminada a controlar factores de riesgo. Por esto, el consentimiento informado se ha enfocado no solo como un proceso en el cual el médico informa al paciente y le emite un documento para que este firme, sino como un verdadero proceso educativo. El médico no puede limitarse a informar al paciente, tiene que ir más allá en su relación y educarlo para lograr modificaciones en sus actitudes y estilos de vida que disminuyan los factores de riesgos para determinadas enfermedades.²⁹

Llama la atención que dentro de los profesionales encuestados, solo cuatro médicos psiquiatras consideraron el consentimiento informado como un proceso educativo, como la opción válida, lo cual es muestra de la necesidad de incrementar la labor de divulgación y superación en este sentido. En los servicios de agudos aquí muestreados, el alcoholismo constituyó una de las enfermedades más frecuentemente encontradas en los pacientes hospitalizados. El consentimiento informado para realizar cualquier tipo de tratamiento en estos pacientes no puede limitarse a una propuesta terapéutica concreta; debe de ir más allá, a educarlos para intentar cambiar hábitos de vida, de conductas sociales, etcétera.

El análisis de la pregunta 4 aparece reflejado en la Figura 3. La mayor parte de los profesionales consideraron que el objetivo de la realización del consentimiento informado era el de respetar un código de ética.

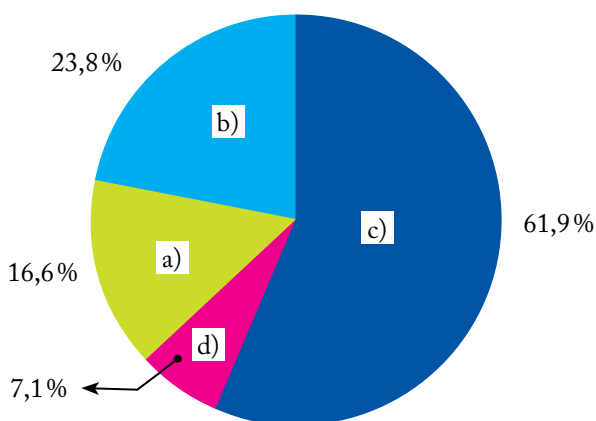


Figura 3. Conocimientos sobre el objetivo de la realización del consentimiento informado por los profesionales que trabajan en el servicio estudiado: a) Proteger al médico en el ejercicio de su profesión; b) Proteger la autonomía del paciente; c) Respetar los códigos de ética; d) Otros.

²⁹ *Ibíd*em 20.

Solo el 23,8% consideró que el objetivo del consentimiento informado es la protección de la autonomía del paciente. Desde la perspectiva ética, el consentimiento informado representa un medio idóneo de protección de los derechos de los pacientes que participan voluntariamente en los servicios de salud o en la investigación clínica.

El enfermo mental ha sido históricamente discriminado y marginado por el resto de la sociedad sin tener en cuenta que son seres humanos que merecen respeto y el derecho a vivir dignamente. Sobre los derechos de los pacientes mentales, aprobado por la Asamblea General Ordinaria de la AMP en Atenas, el 17 de octubre de 1989, se plantea: «Las personas que sufren de una enfermedad mental deben gozar de los mismos derechos humanos y libertades básicas que los otros ciudadanos. No deberán estar sujetas a una discriminación por razones de una enfermedad mental.»

En nuestro país, la sociedad de médicos psiquiatras discutió y aprobó, en 1998, un documento sobre los derechos de los pacientes psiquiátricos. Se acordó que este documento debía estar en un lugar público y visible en todos los servicios de atención a pacientes con enfermedades psiquiátricas.

Los códigos de ética están enmarcados dentro de los deberes morales del médico, o ampliando este concepto, de los trabajadores de la salud, en el ámbito social donde desarrollan su actividad.³⁰ En nuestro país, desde 1983, la Resolución No. 72 del Ministerio de Salud Pública, dispone la creación de comisiones de ética médica en sus unidades, las cuales deben ventilar las infracciones de los principios de la ética médica. Estos principios pautan la conducta ética de todos los profesionales, técnicos de la salud y estudiantes de las carreras respectivas. Adecuados a esa época, transcurridos veinticuatro años de su aplicación, se hace necesario modificarlos y actualizarlos.³¹ El documento enfatiza los deberes fundamentales relacionados con la promoción de salud, la disponibilidad de trabajar donde más necesarios sean los servicios y puntualiza, desde una visión paternalista acorde con nuestra idiosincrasia y tradición, el deber de contar con la aprobación del paciente y sus familiares antes de aplicar cualquier medida de alto riesgo. A la luz de los conceptos más actuales sobre el respeto a la autonomía del paciente, este documento resulta insuficiente.

La mayor parte de los profesionales encuestados discuten con su paciente (o representante válido) la conducta a seguir (Tabla 6).

Los procedimientos que llevan implícito algún riesgo para la vida y aquellos que tienen reacciones adversas son consultados por la mayor parte de los profesionales. Sin embargo, si después de consultados, el paciente o su familiar rechazan un procedimiento recomendado por el médico, el 76,19% de la muestra encuestada no respeta esa decisión (Figura 4).

³⁰ F. Ponce Zerquera, R. Suárez Mella. «Estado actual y perspectivas de la nueva deontología médica cubana.» En J.R. Acosta Sariego (editor). Ob. cit.: 192-6.

³¹ *Ibidem*.

Tabla 6. Conducción por los profesionales que trabajan con los pacientes del proceso de consentimiento informado

Ítem de la encuesta	Número	Total	Porcentaje
5. En la práctica asistencial diaria, ¿usted discute con su paciente (o su representante válido), la conducta médica que va a seguir?			
a) Siempre	42	23	54,7%
b) Nunca	42	2	4,70%
c) En ocasiones	42	17	38,00%
6.			
C.1. Riesgos para la vida del paciente	17	10	58,82%
C.2. Reacciones adversas	17	8	47,05%
C.3. Otras alternativas diferentes a la propuesta	17	5	29,41%
C.4. Otros	17	3	17,64%

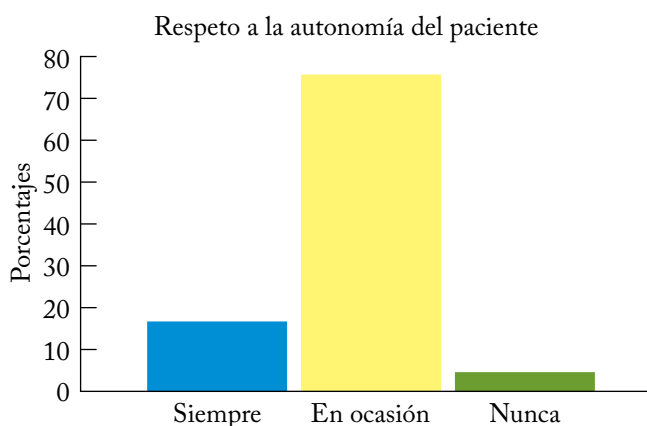


Figura 4. Evaluación del respeto a la autonomía de los pacientes por parte de los profesionales del servicio de agudos. Se consideró: **Siempre**: cuando respetan la decisión del paciente por encima de todo, **En ocasiones**: cuando respeta la decisión solo cuando no pone en peligro la vida del paciente, **Nunca**: cuando no tiene en cuenta la opinión del paciente para tomar una decisión.

Este resultado es el reflejo de un patrón de conducta paternalista, que en nuestro contexto domina las relaciones entre los profesionales de salud y los pacientes y que es propio de nuestra idiosincrasia.

La costumbre tradicional en nuestro país de ofrecer poca o ninguna información a los pacientes o dárselas solo a los familiares —especialmente evidente en las enfermedades de desenlace fatal sin tratamiento adecuado—; de no pedir el consentimiento para hacer algunos proceder, ya sean diagnósticos o terapéuticos; el imponer sutilmente la decisión del médico sobre el deseo del

paciente, no creemos en modo alguno que encierre en sí misma una acción mal intencionada. Por el contrario, están convencidos de que esto es lo mejor para el paciente y, por tanto, obran conforme al principio de beneficencia. Sin embargo, al concebir la medicina el concepto de que el equilibrio biológico no es el único necesario para lograr el estado de salud, y que el equilibrio psíquico y social no solo es necesario, sino que su alteración puede modificar también el equilibrio biológico, las posiciones paternalistas del médico resultan ineficientes para lograr la beneficencia de la salud.

En nuestra experiencia, el paternalismo aún le gana la partida a la autonomía, y esta es acotada por la disciplina y la autoridad del médico, que limita la participación del paciente en el proceso de toma de decisiones. Es importante que en la práctica clínica diaria exista un equilibrio entre el rigor con que el médico cumple sus deberes y la autonomía consciente del paciente, dada por un adecuado nivel de información y, sobre todo, de educación en función de la salud.

Bioética: el médico, un educador

Fernando Núñez de Villavicencio y Porro



Durante siglos los médicos, siguiendo los principios de beneficencia y no maleficencia, se atuvieron a una jerarquía de valores mediante la cual el objetivo de salvar la vida del paciente justificaba producirle molestias, dolores e incluso agresiones importantes que dejaban secuelas en su cuerpo. En la ética médica tradicional el cuidado de la vida siempre fue el valor de mayor jerarquía y la expresión más cabal de beneficencia.¹

Diversos trabajos refieren que, en la actualidad, distintos grupos humanos responden a jerarquías de valores diferentes que les indican por qué, por quién y para qué vivir, y les justifican por qué, por quién y para qué morir.²

Se plantea entonces que el médico no tiene derecho a imponer su jerarquía personal y es el paciente quien debe decidir, ante una situación determinada, qué acciones de salud realiza o le permite al equipo

¹ D. Alonso, A. Ramírez, V. von Smith. *Ética y deontología médica*. La Habana, Editorial Ciencias Médicas, 1979; Colectivo de autores. *Temas de ética médica*. La Habana, Editorial Ciencias Médicas, 1986.

² J.R. Acosta Sariego. «¿Quién debe decidir?», *Avances Médicos de Cuba* [La Habana], 1996; 3 (6): 50-62; D. Gracia. «El qué y el por qué de la bioética.» *Cuadernos del Programa Regional de Bioética* [Santiago de Chile], 1995; (1): 35-54; E. Pelegrino. «Metamorfosis de la ética médica. Una mirada retrospectiva a los últimos 30 años.» *Cuadernos del Programa Regional de Bioética* [Santiago de Chile], 1995; (1): 19-34.

médico realizarle, con el objetivo de salvar su vida. Este es el principio de «autonomía». Para poder ejercer este derecho, es lógico que el experto le informe al paciente acerca de los *pro* y los *contra* de esas decisiones para su salud. Esta es la esencia del «consentimiento informado».

Es evidente que la mayor parte de los pacientes se acerca a buscar la opinión y el consejo del experto, con la esperanza de que la experiencia de este lo conduzca por el mejor camino para su alivio y curación, y da su consentimiento para participar en las acciones propuestas por el médico.

El problema de los límites

La pregunta está en cómo conducirse cuando el paciente, después de informado, se muestra rebelde ante las acciones de salud propuestas. Y una segunda pregunta que queremos adelantar es si basta con informarlo para que esté debidamente preparado para tomar esas decisiones sobre su salud.

De manera simultánea, con el desarrollo de estas ideas, en el campo del estudio de la relación médico-paciente se observaban distintas formas de establecerla. Algunos médicos adoptaban una posición autoritaria, paternalista, sacerdotal, poseedores de toda la verdad y, en su relación con seres humanos que nada sabían sobre lo conveniente o no para su salud, los trataban como objetos que debían ser cuidados, sin darles participación alguna en las decisiones de cómo hacerlo. La función del paciente era obedecer ciegamente, y para esto no le era necesario estar informado de por qué y para qué se realizaban las acciones médicas.

Al alcanzar la medicina el concepto de que el equilibrio biológico no era el único necesario para lograr el estado de salud y que los equilibrios psíquico y social no solo eran también componentes de este estado de salud sino, en el caso de no estar presentes, eran capaces de alterar el equilibrio biológico, se evidenció cómo esa relación autoritaria le impedía al médico conocer y comprender los factores psicológicos y sociales que de forma importante tienden a influir en la salud de sus pacientes.

En todas las soluciones para encontrar una relación médico-paciente que resolviera ese problema o relación dialógica, el papel del paciente pasaba a ser mucho más activo, y rápidamente se constató que para lograr acciones de salud eficientes, sobre todo cuando los factores psicológico y social desempeñan un papel importante en la enfermedad, la simple orden o el consejo no funcionan y se hace necesario que el paciente abandone la posición de objeto para convertirse en sujeto de su propia salud.

El desarrollo de la salud pública apuntaba en este mismo sentido. Los planes, campañas, la atención a comunidades –y no solo a individuos en la práctica privada– exigían que estas comunidades y colectivos los hicieran suyos. No se trataba solo de informarlos, sino de cómo convencerlos, interesarlos y lograr

su participación activa. Una vez más resultaba imprescindible convertirlos en sujetos de su propia salud.

Era así como, por todos los caminos, se llegaba a la conclusión de la ineficiencia de las posiciones paternalistas y autoritarias para lograr la beneficencia de la salud.³

De esta manera, junto a la necesidad de la participación del paciente, el principio de autonomía gana cada vez más fuerza; pero se equivocan los que interpretan una mayor autonomía como límite al principio de beneficencia, lo que en todo caso sufre limitaciones son las posiciones paternalistas, autoritarias y sacerdotales en el ejercicio de la práctica médica.

La beneficencia es y seguirá siendo la guía de la conducta y el primer deber del médico; y el derecho de autonomía del paciente, casi como regla, no solo ayuda, sino que con frecuencia es imprescindible para lograr esa beneficencia en relación con la salud. En las ocasiones en que así no sucede, o se está haciendo un uso inadecuado y absurdo de ese derecho de autonomía, o se está aceptando erróneamente como beneficencia lo que en realidad no lo es.

Queda claro que la función del médico es luchar por la salud, es decir, por el equilibrio biológico, psicológico y social de sus pacientes. Es prácticamente imposible argumentar que el logro de la salud no sea una acción de beneficencia favorecedora de la calidad de vida del paciente; que las acciones conducentes a la pérdida de su salud, la cronificación de enfermedades y la aparición de secuelas son acciones de maleficencia que conspiran contra la calidad de vida del paciente, y que es deber del médico combatirlas.

No debemos plantear un límite a hacer el bien o a luchar por la salud; el problema está en alertar al médico de que si prioriza solo los aspectos del equilibrio biológico, habrá ocasiones en las que sus acciones de beneficencia en este sentido puedan estar produciendo desequilibrios psicológicos y sociales de una intensidad mayor. Autorizarlos a imponer su beneficencia en estos casos sería autorizarlos a llevar a cabo acciones contra la salud.

Sin embargo, al analizar el principio de autonomía no nos encontramos en la misma situación. Este derecho del paciente a ser informado, consultado y a participar en las acciones tomadas en relación con su propia salud, lo cual en esencia es incuestionable, requiere de limitaciones bien precisas para evitar que su uso inadecuado concluya en un desastre para el propio paciente.

El primer límite evidente está en que el derecho de cada cual termina donde este comienza a afectar el derecho de los demás; por tanto, en toda enfermedad susceptible de afectar a terceros ya el sujeto no queda totalmente libre sobre las decisiones que debe tomar en cuanto a su conducta como paciente, y la sociedad puede exigirle e imponerle acciones de cuarentena u otras medidas para protegerse como grupo.

³ J.R. Acosta Sariego. «De la ética hipocrática a la bioética en Cuba» [ponencia]. Primer Congreso Latinoamericano de Bioética, São Paulo, octubre de 1995.

También podemos encontrar limitaciones de orden económico. Analicemos la siguiente situación: se ha señalado, y con razón, que el paciente ingresado está más sometido a los criterios autoritarios del médico que el paciente ambulatorio –algunos hablan de tiranía–; los médicos se defienden argumentando que los hospitales no son cárceles, y que siempre ha existido el «alta a petición». Se argumenta en contra –con razón también– lo mezquino de este derecho de autonomía del paciente, porque la alternativa en este caso es la de subordinarse totalmente o quedar desprotegido y sin ayuda.

Este paciente debe tener derecho, sin arriesgarse a ser puesto en la calle, a ser informado de las razones y propósitos de cada acción y a ser convencido. Tiene el derecho, también, de que el profesional sea capaz de ayudarlo a vencer los obstáculos internos (temores u otros) que le hacen difícil enfrentar esa situación de necesidad real para su salud presente y futura.

Pero supongamos por un momento que independizamos el principio de autonomía de la realidad económica, y queremos prestarle al paciente una atención a su entera satisfacción. El paciente decide qué acciones permite le sean practicadas y cuáles no, y qué otras se dejan para mañana porque hoy no está preparado. Supongamos que en este caso no se corre el peligro de cronificaciones, ni de secuelas; el único mal estaría en la duplicación de su tiempo de estadía. Si consideramos que la mayor parte del planeta vive en una correlación de camas por habitantes insuficiente, y que esa cama ocupada impide el tratamiento de otro individuo, también necesitado, ¿podrán los médicos, aun los más interesados en el principio de autonomía, permitirse el lujo de otorgar al paciente ese tipo de derecho? De hecho esta autonomía, ¿no estaría también afectando a terceros?

En algunos artículos donde se sobredimensiona el principio de autonomía parece, en ocasiones, que solo se está pensando en el tratamiento de clínica privada al paciente rico, y lo que sí no parece ético es luchar por principios de conducta médica dependientes del poder económico del paciente. No debe haber una bioética para ricos y otra para pobres, o, peor aún, una sola para uso de una minoría y una utopía inalcanzable para los demás.⁴ Pero estos no serían los peores problemas de una autonomía sobredimensionada, como veremos después.

Antes de continuar con el tema, nos parece importante aclarar algunos aspectos. La mayor parte de los seres humanos tienen la tendencia, a partir de la lógica aristotélica, a simplificar las valoraciones. Las cosas son o no son; lo malo siempre es malo. Ejemplifiquemos con un concepto fuera de la medicina. Matar es malo y prácticamente en todos los países está penado por la ley, pero si incorporamos al análisis la lógica dialéctica, en esos mismos países, matar en defensa de la patria no solo está justificado, sino llega a considerarse una obligación.

⁴ A. Barreras. «Bioética y neoliberalismo» [ponencia]. Jornada Científica Girón '96. La Habana, julio de 1996.

Para resolver esta supuesta contradicción, en todo grupo existe una jerarquía de valores, y así queda subordinado cada valor social a otros considerados de mayor jerarquía para la supervivencia del grupo.

Si aplicamos una lógica formal de «siempre es bueno» o «siempre es malo», tan terrible sería, en un mundo de agresores, que un país quedara inerte, como autorizar a cada individuo, de acuerdo con su conciencia, a decidir cuándo puede matar.

A partir de esta reflexión, nos referiremos a «límites» o sobredimensionamientos en relación con el principio de autonomía. Porque una de las tareas importantes en el trabajo de los bioeticistas es tratar de llegar al consenso de cuál debe ser la posición jerárquica de los principios bioéticos, al aplicarse a sociedades diferentes en los distintos aspectos de la práctica médica.

Autonomía y consentimiento informado en la atención primaria de salud

En la atención primaria, con poca frecuencia se presentan las situaciones extremas en el ejercicio de la autonomía que conllevan decisiones definitivas sobre el inicio y el final de la vida, a lo cual ha sido dedicada una buena parte de la literatura sobre este tema. El médico de atención primaria actúa sobre pacientes ambulatorios y una parte importante de su tarea está destinada a la prevención de enfermedades en sujetos que ni siquiera sienten síntomas indicativos de desequilibrio susceptibles de afectar su estado de salud.

En nuestro país, el principal encargado de esta atención primaria es el especialista de Medicina General Integral. Este profesional vive en una comunidad y atiende una cantidad determinada de familias en áreas urbanas, las cuales se encuentran, como promedio, a menos de 300 metros de la casa del médico. Sus tareas principales no se concretan al diagnóstico, pronóstico y tratamiento de las enfermedades que no requieren ingreso, sino son las de prevención primaria.

Dentro de estas tareas de prevención primaria, quizás la más importante, por su incidencia en las principales causas de muerte en nuestra población, sea la del control de los factores de riesgo en la lucha contra las enfermedades crónicas no transmisibles.

Ahora bien, la lucha contra esas enfermedades (arteriosclerosis, cáncer, hipertensión arterial u otras), se torna imposible si no se logran cambios en el estilo de vida del paciente o en sus actitudes hacia las acciones de salud.

Por tanto, no es este un médico que puede esperar por los requerimientos de un paciente y mucho menos tener la filosofía de que se trata de adultos ya informados que han escogido ese estilo de vida; él está allí para intentar un cambio en el modo de vida de esa comunidad, para el bien tanto de esta como de las próximas generaciones. Es su deber luchar por lograr esos cambios, pero

son imposibles de lograr por la fuerza; no hay forma ni método que permita imponerlos. Solo serán alcanzados con la participación consciente y activa de los adultos de esa comunidad.

El paciente no ingresado decide en su casa qué acciones de salud realiza y cuales no –las órdenes no modificarán sus costumbres–, los productos alimenticios que consume en su dieta, qué cosas hace y cuales no en relación con su higiene personal e higiene del hogar, o qué método de premio y castigo utiliza para la formación de la personalidad de sus hijos.

Estas cosas establecidas a lo largo de muchos años de vida y a veces de generación en generación, no son modificables con un simple consejo o con una información que casi siempre ya ha escuchado y descartado antes. Exige del profesional, por tanto, técnicas más elaboradas de acercamiento para lograr las modificaciones que se quiere alcanzar en las actitudes y el estilo de vida relacionados con la salud.

Queda claro, pues, que el profesional de la atención primaria, y en especial en sus tareas de prevención de enfermedades, no puede asumir que nadie mejor que cada sujeto adulto puede saber lo que más le conviene, y que una vez bien informado de las posibilidades, escogerá la más conveniente para su salud, de acuerdo con su escala de motivos y jerarquía de valores; por tanto, sería un error considerar que los sujetos no requieren más ayuda en esta fase de toma de decisiones, excepto una buena información.

Todo profesional de la salud sabe cómo, en ocasiones, el precio a pagar por la curación o el alivio necesitado por el paciente requiere de este un esfuerzo de voluntad para renunciar a placeres, o valor para vencer temores; y que la simple información no los ayudará a superar estos obstáculos.

En estos casos, situarse en la posición de no influir, de no intentar modificar actitudes negativas para la salud, parece estar dirigida más a no comprometer al médico que a defender el derecho al principio de autonomía del paciente.

Para algunos, parece no tratarse de encontrar juntos la mejor solución para el futuro equilibrio biopsicosocial del paciente, sino abandonar a este en esa búsqueda, después de informarlo, con el pretexto del respeto a la autonomía.

Importancia de los aspectos psicológicos

El especialista en medicina general integral (médico de atención primaria) tiene que ser un educador, y educar tiene sus técnicas. Si dar órdenes, consejos, o decir «lo que yo haría en su lugar en este caso», son técnicas comprobadas como poco efectivas para educar – igual que cuando solo se informa–, no convierten en un problema de principios el empleo de estos recursos.⁵ Habrá situaciones y circunstancias en el amplio campo de esta especialidad en los que serán suficientes

⁵ J.R. Acosta Sariago. «¿Quién debe decidir?». Ob. cit.

para ayudar al paciente a decidir un cambio beneficioso en su conducta; pero de este profesional se espera mucho más.⁶

Si en su entrenamiento este profesional solo aprendió a transmitir lo que sabe con órdenes y consejos, no podrá cumplimentar las tareas para las que fue concebido. Esto se hace evidente en el ejemplo ya utilizado de cuando intenta cambios en el estilo de vida de sus pacientes para protegerlos de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Si debido a esta misma carencia de habilidades se refugia en la posición de que él solo es un informador, se autoconviene de que intentar educar viola de alguna manera el principio de autonomía y, por tanto, no debe ser más que un informador, ni siquiera un consejero, posición que de por sí ya estaría por debajo de la del educador, estaría renunciando a ser un combatiente por la salud.

Necesitamos de un especialista conocedor de la personalidad de cada sujeto, como reguladora de su conducta, y para intentar cualquier cambio en ella hay que lograr modificaciones en algunos de los componentes básicos de dicha personalidad.

En un esquema sencillo para trabajar, los componentes serían:

- La imagen del mundo: es decir lo que el sujeto cree conocer, sus opiniones y criterios.
- El sentido personal: los afectos provocados por las cosas que conoce.
- Sus motivaciones: surgidas de las necesidades que se le hacen conscientes.

Con todo esto conformará su jerarquía de valores y escala de motivos, aprendidos dentro de un grupo humano en su proceso de socialización.

Estos elementos son los que llevan al paciente a una toma de decisión, pero aún no son suficientes para producir la conducta deseada, pues para completar el proceso de regulación de la conducta mediante la personalidad, se requieren cualidades de la voluntad como la independencia, la firmeza, la perseverancia y el autodominio.

Este sistema, nada sencillo, donde la modificación de cualquiera de sus componentes obliga a buscar un nuevo equilibrio en la personalidad, al modificar indirectamente otros componentes del sistema, explica por qué es educación para la salud y no información para la salud lo que el médico debe y tiene que realizar para obtener resultados en el intento de modificar la conducta de sus pacientes.

Educar es mucho más que informar. En el caso de la atención primaria significa transmitir valores, actuar sobre la jerarquía de los valores y la escala de motivos del educado y, también, ayudarlo a desarrollar sus cualidades volitivas de independencia, firmeza, perseverancia y autodominio para llevar a la práctica su decisión de salud.

⁶ M.F. Comerford. «Issues in Patient Education.» *J Midwifery Womens Health*, 2004; 49 (3): 203-9.

Debíamos hablar pues, de «consentimiento educado» y no de «consentimiento informado» para que el paciente pueda cumplimentar el principio de autonomía a su entera satisfacción.

Para complicar aún más este pequeño esquema de cómo comprender la conducta humana, tenemos que incluir los mecanismos de defensa del *yo*. Frente a situaciones difíciles de aceptar por el paciente, sobre todo aquellas que afectan su autoestima, aparecen de forma inconsciente estos mecanismos de defensa. Por medio de ellos, el paciente puede, sin darse cuenta de lo que está sucediendo, «olvidar», ver como imposible lo que es evidente o justificar su conducta con falsas razones.

Cualquier texto sobre la relación médico-paciente explica cómo una de las tareas importantes del médico, durante la relación, es vencer las defensas levantadas de manera inconsciente por el paciente.

En la mayor parte de la literatura acerca de la posición que debe adoptar el médico, en relación con la autonomía del paciente, parece no tenerse en cuenta estos aspectos psicológicos. Algunos de los lectores poco avezados en psicología médica llegan a conclusiones muy simplificadoras acerca de qué se espera de ellos y sobre la capacidad de los pacientes para decidir en situaciones difíciles.

Se sigue con frecuencia una lógica formal de todo o nada. Se acepta la limitación de autonomía del deficiente mental, del psicótico, del demente o del niño y, en contraposición, se le otorga por igual a todo el que no esté dentro de estas categorías.

La infinidad de matices dependiente de la cultura acumulada y del grado de desarrollo intelectual, antes de recibir información para su consentimiento, hace que la diferencia de capacidad para decidir a favor de la salud entre una y otra persona sea evidente.

El grado de madurez de la persona, no siempre en relación con la edad, y la magnitud de los temores posibles de ser despertados por las distintas alternativas ofrecidas por el experto, obligan a este a actuar sobre obstáculos internos que requieren, además de información, acciones específicas sobre elementos básicos de la personalidad, distintos en cada paciente.

Un análisis diferente habría que hacer en el caso de un paciente que al tratar de resolver un conflicto de *evitación–evitación* escoge la menos mala de dos variantes reales. Sobre este aspecto se ha escrito bastante. Sin embargo, en nuestra práctica médica, encontramos con más frecuencia que el paciente comienza su toma de decisión entre un problema que le es diagnosticado y requiere de acciones para su solución que para él son desagradables y distorsiones de la realidad que lo llevan a creer en la posibilidad de alcanzar resultados similares sin someterse a ese sacrificio. No es el caso anterior de «no lo hago y me atengo a las consecuencias»; aquí es «no lo hago y tengo posibilidades de que no pase nada». No es que el paciente esté dispuesto a pagar el precio de la cronificación, las secuelas o la muerte; es que corre un riesgo calculado al confiar en su suerte, aunque la ley de las probabilidades esté en su contra.

El ejercicio de la autonomía, fundamental para un buen desempeño de la medicina, persigue darle libertad de opciones al paciente, pero si entendemos la libertad como el conocimiento de las necesidades reales, mientras el profesional de la salud no logre hacer coincidir las necesidades subjetivas de salud (las que el paciente siente y ha logrado hacer consciente), con sus necesidades objetivas (reales) por medio de la educación y modificar su escala de motivos, no habrá logrado incorporar a su práctica médica el respeto por la esencia del principio de autonomía.

Para concluir, en la atención primaria el médico no debe intentar imponer la beneficencia, no solo porque esta sería una posición no ética, sino porque en la práctica es de hecho imposible: se trata de una población no ingresada que decide su conducta de salud fuera del alcance de dichos médicos.

Los métodos autoritarios solo tienen un éxito relativo en pacientes cuya sintomatología los obliga a subordinarse en la búsqueda de alivio. Sería una beneficencia solo para aquellos que sepan subordinarse, sin que el médico se sienta en el deber de ejercer la beneficencia con los pacientes que no se subordinan.

Si, por el contrario, cree que solo basta con informar y, en nombre de la autonomía, dejar que cada cual haga lo que quiera en contra de la salud, produciría beneficencia solo en los pacientes capaces de decidir bien y se desentendería de todos los demás.

El profesional de la salud siempre está compulsado por el principio de beneficencia y no puede renunciar a este deber para con la población bajo su atención.

Este profesional está obligado a dominar técnicas de psicología y habilidades en la relación médico-paciente que le permitan producir cambios en la personalidad de sus pacientes, sobre todo en la escala de motivos, para lograr hacer coincidir las necesidades subjetivas de salud con las necesidades reales. De esta manera logrará que los pacientes se conviertan en sujetos de su propia salud, sin lo cual los principios de beneficencia y autonomía serían una utopía irrealizable.

El logro del consentimiento educado o decisión educada es una de las tareas fundamentales del especialista de medicina general integral para cumplimentar las tareas de atención primaria puestas en sus manos por la sociedad.

El consentimiento educado en la atención secundaria

Muchos se me han acercado desde la primera edición de este libro para plantearme que en la prevención primaria está clara la necesidad de educación para la salud, pero en la prevención secundaria (medicina curativa) el enfoque tiene que ser distinto, mucho más cuando se trate de la atención al paciente hospitalizado.

Hay quienes opinan que está muy bien adelantarse a la aparición de la enfermedad para dotar al paciente de elementos que le permitan un mejor ejercicio del principio de autonomía a favor de su salud, pero que ya enfrentados al hombre enfermo, tanto en la atención ambulatoria como en la hospitalaria, el

medico tiene que aceptar la decisión del paciente o estaría violando su derecho de autonomía.⁷

Otra vez se nos plantean las cosas en términos de todo o nada.

La inmensa mayoría de los pacientes, al menos en nuestra cultura, ejerce su derecho de autonomía aceptando la información del médico de cuáles son los tratamientos que ofrecen un porcentaje más alto de alivio y curación en relación con los riesgos que producen.

Creemos importante –y no siempre se hace– que el médico sea capaz de hacer un pronóstico de la evolución que tendrá la enfermedad y sus síntomas en cada una de las variantes de tratamiento planteadas, incluida su historia natural, en el caso de que el paciente estuviera pensando en no hacer ningún tratamiento.

Con esto se resuelven casi todas las discrepancias que pudieran aparecer entre la opinión del experto sobre la mejor conducta que se debe seguir y la opinión del paciente.

Sin embargo, en un porcentaje de casos (no importa cuán pequeño sea), se presentarán discrepancias. La mayoría de estas no son trascendentes y no ponen en riesgo la vida del paciente, ni la aparición de secuelas, ni la cronificación de la enfermedad; no aplicar en esos casos el principio de autonomía sería una postura inexplicable por parte del médico.

Pero, no obstante, habrá ocasiones en las que las discrepancias sí son importantes para el futuro de la salud del enfermo. ¿Qué hacer entonces? ¿Dejar, en nombre de la autonomía, que el paciente marche hacia el desastre?

Los amantes de los planteamientos de la bioética que cree que ella solo describe dos tipos de relación médico-paciente, la paternalista y la informativa, probablemente respondan que sí. Que habría más desastres si se deja al médico decidir cuando viola la autonomía del paciente e impone sus prácticas paternalistas (aún tan difundidas), que si este aceptara sin intervenir las decisiones autonómicas erradas desde el punto de vista médico que en ocasiones puedan aparecer.

Para esclarecer este conflicto, sería beneficioso considerar los cuatro tipos de relación médico paciente propuestos por Ezequiel y Linda Enmanuel: la paternalista, la informativa, la interpretativa y la deliberativa.⁸

En un futuro trabajo podré explicar en detalle las cuatro y los *pro* y los *contra* que vemos en cada una de ellas. Ahora, en respuesta a cómo ejercer el consentimiento educado cuando nos enfrentamos a una persona enferma que se niega a recibir los tratamientos adecuados para contrarrestar enfermedades de alta peligrosidad, nos limitaremos a explicar la relación deliberativa.

⁷ A. Goic. «Ética de la relación médico-paciente.» *Cuadernos del Programa Regional de Bioética* [Santiago de Chile], 1995; (1): 79-90.

⁸ E. Enmanuel, L. Enmanuel. «Four Models of the Physician-patient Relationship.» *JAMA*, 1992; 267 (16): 22-9.

La relación deliberativa

En este tipo de relación, el médico analiza junto al paciente las alternativas que se pueden seguir y discrepar y discutir sobre las decisiones del paciente. Trata de ayudarlo a encontrar soluciones de compromiso que permitan realizar las acciones médicas con mayores posibilidades de éxito que afecten lo menos posible los valores y motivaciones del paciente. Esta alternativa deja abiertas las puertas para tratar de influir en la decisión final, al tener como mira el costo/beneficio desde el punto de vista médico, pero con la obligación de no desconocer el derecho del paciente a ejercer su autonomía a partir de una información completa y que este en definitiva tomará la decisión final.

Sin embargo, saber influir es algo que requiere técnica e inteligencia. La orden directa y el consejo de lo que debe hacerse se ha demostrado que no es la mejor manera de cambiar actitudes hacia las acciones de salud.

En ocasiones, el uso de técnicas no directivas es un buen método para que el paciente aclare los verdaderos obstáculos que le impiden aceptar la propuesta de una acción de salud, pero en este caso, el médico a partir de una hipótesis sobre lo que está sucediendo, intenta corregir la actitud indeseada.

Este enfoque sobre el uso de la relación deliberativa la acerca mucho a lo que nos planteábamos en un artículo anterior en cuanto a que el médico, además de informar, tiene el deber de educar para obtener no solo un consentimiento informado, sino también un consentimiento educado.

En nuestra concepción, el médico debe ser un abogado de las acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias de sus pacientes y un educador que lucha para que en la jerarquía de valores y en la escala de motivos de sus pacientes estas acciones ocupen un alto lugar jerárquico en el momento de la toma de decisiones de estos.⁹

En esta relación deliberativa, debe lucharse para que sea el paciente el que plantee los sacrificios que está dispuesto a hacer en cuanto a cambios de hábitos y costumbres dañinas para la salud.

En la búsqueda de un estilo de vida más saludable, el médico debe tener paciencia y comprender que ir dejando que el paciente logre un pequeño cambio tras otro puede conducirlo a la meta deseada.

Los obstáculos que conducen al paciente a decisiones autonómicas no deseadas pueden ser externos o internos. Entre estos últimos, el miedo no controlado, y en ocasiones irracional, a las acciones médicas es un problema frecuente que exige de la participación del equipo de salud en la ayuda del paciente. No nos parece ético decirle al paciente: «La decisión es tuya; cuando estés listo vuelve a verme.»

⁹ D. Gracia. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid, EUDEMA, 1991; M. Sánchez. «El consentimiento informado. Un derecho del enfermo y una forma distinta de tomar las decisiones.» *Cuadernos del Programa Regional de Bioética* [Santiago de Chile], 1996; (2): 77-91.

Otro obstáculo interno que exige nuestra intervención está en relación con las cualidades volitivas del paciente para mantener y llevar a efecto la decisión tomada. La falta de independencia, de firmeza, de perseverancia o de auto dominio puede dar al traste con lo que ya parecía resuelto y obligar a nuevas decisiones colegiadas entre el médico y el paciente.

Debemos partir del criterio de que son minoría las situaciones en que las conductas médicas en uso son inaceptables para el paciente y también pocas las situaciones en que la decisión autonómica del paciente es inaceptable desde el punto de vista médico. Esto hace muy viable la búsqueda de decisiones colegiadas entre ambos y en la mayor parte de los casos no exige de largas entrevistas de análisis y discusión para llegar a acuerdo sobre la conducta a seguir.

El temor con este tipo de relación está dado porque las posibilidades de argumentación sobre cuestiones de salud entre el médico y el paciente son casi siempre muy dispares. Se argumenta que al intervenir el profesional con sus criterios puede conducir, sin darnos cuenta, a una relación paternalista.

La solución de este problema real depende de que el médico esté alerta con respecto a lo que realmente quiere, que no es imponer un criterio sino enriquecer el análisis de la decisión del paciente tomando en cuenta diferentes puntos de vista, y de que, incluso cuando está tratando de educar y modificar una actitud, evite confundir un paciente que se rinde con un paciente que aprendió.

De cualquier forma, insistimos en que una relación que informa sin hacer trampas, y atiende y discute lo que el paciente propone y deja en manos de este la decisión final, difícilmente pueda ser enmarcada dentro de la relación paternalista.

Queremos, por último, antes de abandonar este tipo de relación, referirnos al método de Hansen Bergsma. Este plantea que se trata de un proceso conjunto de toma de decisiones –lo que lo acerca a este tipo de relación– en el cual el paciente se acerca a la relación con su enfermedad y su sistema de valores, y el médico con otro sistema de valores y sus conocimientos calificados; el desarrollo de la relación es un intercambio de información para llegar a la toma de decisiones. Los pasos del método serían:

- Participación mutua, cada uno con sus valores.
- Fase de información.
- Ponderación de las alternativas.
- Ordenación.
- Priorización.
- Elección de la conducta que se va a seguir.

Pero aclara que en la ordenación, que no es otra cosa que la elaboración de jerarquías mutuamente aceptables, hasta que no se logra que el paciente sea capaz de distanciarse de su subjetividad, posición social e incluso de su propio cuerpo, no se produce la ordenación auténtica; y que una vez lograda esta, la priorización y elección correcta surge con facilidad.

Nos queda claro que sin la ayuda de un profesional capacitado difícilmente se produciría en el paciente este distanciamiento al que aspira Bergsma.

Metas que se aspira lograr

Lo primero que se debe conseguir con los médicos que psicológicamente no están listos para dejar en manos de sus pacientes la toma de decisiones, que son muchos, es lograr de ellos un salto de calidad en la información que brindan sobre diagnóstico, posibles pronósticos, las molestias y riesgos de las acciones médicas, y el para qué de cada una de las pruebas auxiliares diagnósticas y acciones terapéuticas.

Debe lograrse de ellos la comprensión de que con esto se obtiene un nivel muy superior de participación y apoyo activo del paciente como sujeto de su propia salud, y de esa forma se le evita un gran número de temores, sufrimientos y sustos producto de su imaginación y la falta de información.

El otro aspecto de gran relevancia que debe hacerseles comprender a los médicos, es la importancia de investigar y escuchar los conocimientos previos del paciente, sus opiniones y creencias; los afectos (emociones y sentimientos) en relación con la enfermedad o acción de salud de que se trata; las motivaciones del paciente en las que puede apoyarse y las que aún le faltan y deben intentar ayudarle a crear; que al menos en todo aquello que no signifique un cambio notable en cuanto al costo/beneficio para el paciente, debe tratar de hacer coincidir las medidas orientadas con la opiniones, expectativas y deseos del paciente.

Si lográramos esto con los que aún conservan una relación paternalista, aunque en esencia la relación seguiría siendo paternalista, se habría ganado un espacio de autonomía y se evitarían los errores acompañantes de una información pobre o tendenciosa y del trato despersonalizado del paciente.

En cuanto a los médicos que, por el contrario, han hecho suya la versión anglosajona más ortodoxa de la relación informativa, que no son muchos en nuestro medio, con un buen uso de la información, logran un buen consentimiento informado y respetan la autonomía del paciente, debemos conseguir de ellos la adecuación a nuestras particularidades, debido a las diferencias de metas entre nuestro sistema de salud y la práctica de la medicina en otros contextos, ya que mientras en otros medios predominan las relaciones médico-cliente, en el nuestro lo que se espera del especialista en Medicina General Integral es que se convierta en líder de opinión sobre salud del grupo humano a su cuidado, y que obtenga en su área de atención cambios en las estadísticas de morbilidad y mortalidad. Esto solo puede lograrse educando a la población e influyendo en los modos y estilos de vida y, en general, en la conducta en cuanto a la salud de ese grupo poblacional.

Por tanto, para cumplir con sus tareas, estos médicos deberán flexibilizar algunas de las prohibiciones de este tipo de relación.

En el caso de la relación interpretativa, la meta estaría en mejorar la enseñanza de técnicas psicológicas, en especial las no directivas, cosa esta que ya venimos haciendo en Cuba a través de nuestros programas de pregrado y en cursos de posgrado, aunque se nos hace evidente que aún no es suficiente el tiempo y el esfuerzo dedicado a ello.

En la relación deliberativa están puestas nuestras mayores esperanzas. Esta solución de compromiso entre la relación paternalista y la relación informativa ortodoxa nos parece la solución de los defectos que encontramos en ambas.

Tenemos la impresión de que los médicos intuitivamente van acercándose a ella. El peligro está en que se convierta en una nueva relación paternalista con maquillaje. Debemos lograr, por tanto, que en esta relación, el médico, mientras educa al paciente para que analice y valore mejor los beneficios de las acciones promovidas por la práctica médica, no pierda de vista el derecho del paciente a ser aceptado tal y como es en ese momento de su desarrollo; que la alternativa no puede ser «O haces lo que te digo o no te atiendo»; y que, por tanto, mientras lucha porque el paciente le permita más, estará siempre dispuesto a lograr lo más posible dentro de lo que este le permita hacer.

Bibliografía

- Bustamante, J.Á. *Psicología médica*. La Habana, Editorial de Ciencia y Técnica, 1979.
- Chan, E.C.Y., S.W. Vernon, F.T. O'Donnell, C. Ahn, A. Greisinger, D.W. Aga. «Informed Consent for Cancer Screening with Prostate-Specific Antigen: How Well Are Men Getting the Message?» *Am J Public Health*, 2003; 93 (5): 779-85.
- González, R. *Psicología para médicos generales*. La Habana, Editorial de Ciencia y Técnica, 1979.
- Gracia, D. «La bioética médica.» En *Bioética. Temas y perspectivas*. Washington, D.C., OPS, 1990.
- Jamieson, D.J., M.J. O'Sullivan, R. Maupin, M. Cohen, M.P. Webber, S. Nesheim, M. Lampe, P. Garcia, M. Lindsay, M. Bulterys. «The Challenges of Informed Consent for Rapid HIV Testing.» *Labor J Women's Health*, 2003; 12 (9): 889-95.
- Kottow, M. *Introducción a la bioética*. Santiago de Chile, Editorial Universitaria, 1995.
- Lara, M., J. de la Fuente. «Sobre el consentimiento informado.» En *Bioética. Temas y perspectivas*. Washington, D.C., OPS, 1990: 61-5.
- Ohler, L. «Informed Consent: A Process.» *Prog Transplant*, 2002; 12 (3): 165-6.
- Pellegrino, E. «La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica.» En *Bioética. Temas y perspectivas*. Washington, D.C., OPS, 1990: 3-7.
- Simón, P., L. Cocheiro. «El consentimiento informado: teoría y práctica.» *Med Clin [Barcelona]*, 1993; 100: 659-63.
- Truog, R.D. «Round Table on Ethics: Informed consent for research in intensive care. Inadequacies in Use of Informed Consent May Limit Potential for Research in Intensive Care.» *Program and Abstracts of the 15th Annual Congress of the European Society of Intensive Care Medicine*. Barcelona, España, 29 de septiembre al 2 de octubre de 2002.

Retos de la ética médica en la atención primaria de salud

*Elia R. Lemus Lago, Félix Sansó Soberat,
Julio C. Castellanos Laviña y Gladys de la Torre Castro*



A través de los tiempos, el trabajo por la salud se ha transformado de acuerdo con la evolución del pensamiento médico, el cual, a su vez, ha estado mediado, entre otros factores, por la interpretación del concepto «salud-enfermedad», en consecuencia con los conocimientos científicos y técnicos de cada época.

En la segunda mitad del pasado siglo, existió una tendencia hacia la disminución de la relación directa del médico con sus pacientes, y a la división del hombre según el órgano afectado, expresión del fortalecimiento del pensamiento individualista en la medicina, debido al modelo de atención especializada y supeditado a la tecnología. Los costos de los servicios de salud aumentaron.

Esta tendencia se mantiene en el proceder de muchos colegas pero, además, el perfil epidemiológico ha ido cambiando: hoy, en los países desarrollados –y también en nuestro país– son protagónicas las enfermedades crónicas no transmisibles, son significativas las que derivan del comportamiento del hombre en su relación con el medio ambiente, y cada vez es mayor la frustración creada por las superespecialidades en la solución de los viejos y los nuevos problemas.

En la actualidad, se habla de nuevas funciones en el trabajo médico. Ha surgido una nueva ideología de la salud, con implicaciones profundas en los cambios conceptuales, que van desde la ética individual tradicional del pensamiento hipocrático, hasta la ética de la

salud pública. Esto conlleva que la salud es para todos y es una responsabilidad de todos.

Antecedentes de la atención primaria de salud en Cuba

La salud pública en Cuba ha transitado por períodos fácilmente distinguibles.

Hasta finales de la década de los cincuenta, los servicios de salud tenían un carácter eminentemente curativo;¹ no existían programas ni acciones abarcadoras encaminadas a proteger la salud de la población ni a evitar las enfermedades. La atención médica era privada y estatal. Esta última se desarrollaba mediante los cuerpos de guardia de los hospitales y de las llamadas casas de socorro. Había una casi total ausencia de atención a la población rural.² La medicina no tenía un alcance verdaderamente social.³ En aquel entonces, las relaciones entre los profesionales de esta ciencia respondían a una ética que se estructuró en función de aquellos intereses.

En la década de los sesenta, se producen cambios en la política estatal con respecto a los servicios de salud pública. Se creó el Sistema Nacional Único de Salud;⁴ fueron nacionalizadas las clínicas privadas y mutualistas; se llevaron a cabo grandes campañas de vacunación con amplia participación popular y, a su vez, se crearon institutos de investigación en ciencias médicas y numerosos hospitales rurales.

Se comienza la regionalización de los servicios en 1965. Una de las primeras medidas del Ministerio de Salud Pública fue desarrollar la atención médica ambulatoria al máximo posible, con el propósito de hacerla accesible a toda la población.

Al inicio, se incrementaron con este fin los locales existentes en los hospitales, casas de socorro y dispensarios. Ante el aumento de la demanda, se hizo necesario habilitar nuevos inmuebles para brindar consultas, realizar exámenes de laboratorio, rayos X y otras prestaciones de servicios. Estos eran esencialmente de tipo curativo. Posteriormente fueron adquiriendo un carácter preventivo-curativo y, más adelante, se integraron ambas acciones de conjunto con las medidas encaminadas al control del medio. Aparece así el policlínico integral.⁵

Con el desarrollo progresivo del sistema nacional de salud y de la interrelación entre sus distintos niveles, junto a la incorporación de programas nacionales, no

¹ R. Borroto, F. Verdecia. «Evolución salud-enfermedad.» En *Sociedad y salud*. La Habana, Editorial Pueblo y Educación, 1986: 15-24.

² *Ibidem*.

³ *25 años de Revolución. Cronología*. La Habana, Editora Política, 1987.

⁴ MINSAP. *El programa del Médico de la Familia en Cuba*. UNICEF/FPNUA/OPS/OMS, 1992.

⁵ *Teoría y administración de salud*. La Habana, MINSAP, 1982: 120-6.

solo dirigidos al control del daño o de la enfermedad, sino también a la atención a las personas, en 1976 surgen los policlínicos comunitarios.⁶

A principios de la década de los ochenta, el desarrollo del sistema sanitario y el cambio en el cuadro de morbilidad y mortalidad, del predominio de las enfermedades infecciosas frente a las enfermedades crónicas no transmisibles, se necesitó un nuevo especialista con el fin de alcanzar niveles superiores de salud.

A partir de 1984, se implanta en la atención primaria el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, basado en el enfoque clínico-epidemiológico y social de los problemas de salud de la comunidad.⁷ La introducción de este modelo en el Sistema Nacional de Salud modificó la forma y el contenido de la atención médica en Cuba, pues el equipo de salud comienza a formar parte de la comunidad donde labora, lo que genera cambios en la calidad y en la cantidad de las prestaciones médicas, fundamentalmente las de carácter ambulatorio. Los cambios planteados no solo afectan esta forma de asistencia, sino repercuten también en la asistencia médica hospitalaria y en la de urgencias, las cuales se ven impactadas por el trabajo desarrollado con esta nueva organización de los servicios médicos.

Por concepto, el Sistema Nacional de Salud no establece una relación de subordinación entre sus partes o niveles sino, por el contrario, una matriz de interrelaciones de apoyo y fortalecimiento mutuos.

En la actualidad, la atención primaria cuenta con más de 30 000 médicos de familia y 32 000 enfermeras integrantes de los equipos de salud en los consultorios en la comunidad. En la práctica casi la totalidad de los cubanos están cubiertos con este modelo de asistencia, donde se incluye el 100% de las zonas montañosas y rurales.⁸

Por cada 15 o 20 consultorios se conforma un grupo básico de trabajo, el cual, junto a otros grupos básicos de un área de salud, forman parte de un policlínico. Este constituye el eslabón fundamental de la atención primaria con el resto de los niveles del sistema.

El grupo básico de trabajo está dirigido por un especialista en medicina general integral y constituido por un especialista en medicina interna, un especialista en pediatría, un especialista en ginecobstetricia, un licenciado en psicología, un especialista en estomatología, un técnico en epidemiología y un técnico en estadística. Cada área de salud atiende entre 20 000 y 30 000 habitantes.

Esta estructura se ha creado en función de garantizar que el médico y la enfermera de la familia puedan llevar a cabo, con igual carácter prioritario, acciones

⁶ *Ibidem.*

⁷ *Ibidem* 4.

⁸ J.B. Jardines. «Cuba: el reto de la atención primaria y la eficiencia en salud.» *Educación Médica Superior* [La Habana], 1995; 9 (1-2): 3-13.

de promoción de salud, prevención, curación de enfermedades y rehabilitación. Están insertados en la comunidad bajo el concepto, no solo de que esta forme parte activa en la conservación de salud, sino de su protagonismo en la formación de su propia salud.

Su base teórica es que la participación no es solo la respuesta a lo convocado, sino la intervención activa en todo el proceso, desde la identificación de necesidades, la consecuente definición y la formulación de estrategias, hasta la ejecución, pasando por la implementación y control del desarrollo de las actividades en torno a sus propias estrategias, transformadoras positiva y conscientemente de sus estilos de vida.

El desarrollo de un sistema único de salud se ha sustentado sobre la base de principios generales:

- La salud es un derecho de todos los individuos y una responsabilidad del Estado.
- Carácter integral, con especial acento preventivo, de los servicios de salud.
- Realización de las acciones de salud con la participación activa de la comunidad organizada.
- Accesibilidad geográfica, económica, legal y cultural de la población a los servicios de salud.
- Solidaridad e internacionalismo en el campo de la salud.⁹

Con la nueva concepción del médico y la enfermera en la comunidad, se transforma radicalmente el accionar médico, lo que engendra divergencias en el propio sistema de salud y entre este y la población, que se manifiestan en nuevos dilemas éticos cuyas soluciones constituyen en sí mismas verdaderos retos.

El reto ético está en la contradicción entre el nuevo modelo y el anterior. Se intenta formar a los jóvenes médicos con profesionales mayoritariamente forjados en las viejas concepciones, a quienes un análisis inadecuado los puede llevar a concluir que al aceptar el nuevo modelo se estarían negando a sí mismos.¹⁰

Esta contradicción se expresa en las expectativas que la sociedad puede tener en relación con las funciones de los servicios de salud, estructuradas sobre un enfoque biologicista de la medicina. Se trata del cambio de las funciones del médico: de ser el responsable de la salud de las personas, pasa a facilitador de la comunidad en materia sanitaria y corresponsable de la salud con su población.

⁹ «La salud pública en Cuba.» En *Medicina General Integral*. La Habana, Editorial Pueblo y Educación, 1987, (t. 1): 9-10.

¹⁰ La universalización de la educación médica, la creación de las sedes universitarias municipales y de los policlínicos universitarios es un proceso, aún en desarrollo, que contribuirá a trasladar el núcleo formativo desde la atención secundaria a la primaria y, con ello, a la superación paulatina de esta contradicción. (*Nota del editor científico.*)

¿Ante qué problemas de valores se enfrenta el equipo de salud en la atención primaria?

Aun cuando el equipo de salud sustente su actuación sobre la base de un ejercicio profesional de calidad, en la práctica pueden existir situaciones de conflicto y desarmonía entre los valores personales de médicos y enfermeras, sus deberes profesionales y los valores de la comunidad donde se desenvuelven.

La gama de conflictos, en este nivel de atención, es variada y abarca desde los tradicionales problemas que se desprenden de una inadecuada relación médico-paciente, hasta los ocurridos en la atención de urgencia, en el manejo del ingreso domiciliario, en la relación con la familia, en la propuesta de modificación de estilos de vida, y en aquellos que se presentan en el trabajo cotidiano, relacionados con los valores y normas específicos de cada comunidad en cuestión.

Haremos breve referencia a algunos de los aspectos mencionados.

Las urgencias en la atención primaria de salud

La atención de urgencia adopta sus propias características en los diferentes niveles de atención médica, en dependencia de los recursos materiales y humanos de los cuales disponga.¹¹

En nuestro país, el nivel primario de atención ha brindado servicios de urgencia en los consultorios médicos y policlínicos existentes. Los recursos fundamentales han estado históricamente destinados a las instituciones de nivel secundario, y el entrenamiento en el manejo de la urgencia del personal sanitario de atención primaria no se ha correspondido con sus necesidades, lo que favoreció la tendencia a una inclinación del flujo de pacientes hacia los hospitales.

Debido a las tendencias en el cuadro de salud de la población cubana, sus principales causas de muerte, las noxas responsables de las discapacidades y el reclamo de la población, unido a la voluntad política del Estado por el desarrollo continuo de la salud pública, el MINSAP ha comenzado el establecimiento de un subsistema de urgencias en la atención primaria que tiene su célula fundamental en el policlínico principal de urgencia. Este cuenta con los recursos humanos y materiales necesarios para garantizar esta asistencia, y con una red de transporte sanitario que favorece el acceso de los pacientes al sistema.

Este subsistema se concibe para la atención inmediata, próxima y regionalizada, de tipo escalonado, integrado con otros niveles de atención, en dependencia de las necesidades del paciente. Incluye procedimientos, que de no realizarse con rapidez y calidad, influirían en el pronóstico y pudieran comprometer la vida del paciente.

Para los médicos y enfermeras de la familia, esta nueva concepción de trabajo implica: reducir los indicadores que dependen de las urgencias médicas no tratadas

¹¹ M. del C. Amaro. «Principales problemas éticos y bioéticos de la enfermería» [material didáctico]. Curso previo al Congreso Enfermería '95. La Habana, 1995.

a tiempo, para lo cual deben enfocar su autopreparación y entrenamiento en función de la calidad del servicio que se debe prestar, además de lograr la aceptación de la población, acostumbrada a la asistencia hospitalaria. Con ello muestran a la comunidad las ventajas de este nuevo subsistema para la garantía de su salud, por la inmediatez en la atención y las facilidades de interacción con el nivel secundario, si fuera necesario.

Es justamente en la atención de urgencias donde se impone la jerarquización correcta de la atención al paciente, al atender al más necesitado de los posibles de recuperar, y al hacer todo lo posible por salvar lo fundamental: el hombre.¹²

Es muy importante el ejercicio pleno de las virtudes éticas y considerar que realmente el servicio de urgencias para el paciente requiere respeto, justeza y abnegación por parte de los profesionales de la salud que le atienden, que deben tratar a la familia con respeto y bondad, sin olvidar el respeto y la honestidad merecidos por los colegas y otros profesionales del sistema de salud.

La educación de la comunidad acerca de la génesis causal de las urgencias médicas –entre otras, accidentes, suicidios o enfermedades crónicas no transmisibles– es de vital importancia para la disminución de la incidencia y letalidad de estos eventos. A su vez, se requiere el entrenamiento a brigadistas sanitarias y población en general en técnicas de primeros auxilios para alcanzar dichos propósitos.

Salud reproductiva y planificación familiar

En Cuba, el Programa de Atención Materno-Infantil incluye la planificación familiar como un estilo que se debe incorporar por la pareja, y propone la protección, mediante un método anticonceptivo apropiado, de los individuos en edad fértil con vida sexual activa que así lo deseen.

A pesar de los avances sociales por la plena igualdad de la mujer, aún para muchos la responsabilidad de la concepción recae sobre ella. En el mundo, la mayoría de los programas y métodos anticonceptivos exigen de la mujer el mayor esfuerzo, a pesar de que «las mujeres son fértiles únicamente durante unas cien horas en cada ciclo, mientras que los hombres son fértiles todo el tiempo».¹³

Los hombres no siempre son conscientes de su responsabilidad en la concepción, ni del cuidado y educación de los hijos. Cuando el médico intenta dar participación equitativa a la pareja, con frecuencia encuentra resistencia a la cooperación en el componente masculino, que por tradiciones, tabúes u otras razones no considera importante ni necesaria su intervención en cuestiones que «solo atañen a mujeres».

Llevar a la comunidad y a la familia la responsabilidad compartida en la planificación familiar (maternidad-paternidad conscientes), constituye un reto que se tiene que enfrentar en la atención primaria de salud.

¹² *Ibidem.*

¹³ M. Aarhus. «Anticonceptivos e imperialismo cultural contra las necesidades reales de la mujer y las familias en el mundo entero.» *Medicina y ética*, 1994; 5 (4): 421-6.

Particular relevancia cobra el trabajo encaminado a incorporar los conocimientos relacionados con la sexualidad responsable, la reproducción y la planificación familiar en los adolescentes, quienes con independencia de las características propias de su edad, tienen el derecho de privacidad, confidencialidad, consentimiento informado y respeto.

En las relaciones de pareja, el adolescente se ve involucrado en decisiones importantes, como el tipo de protección que va a utilizar para evitar la concepción o prevenir infecciones de transmisión sexual, o cuando debe decidir el grado de responsabilidad que cada miembro de la pareja tiene ante un embarazo casual y no deseado. Es necesario educarlos para la toma de decisiones acertadas en concordancia con sus valores, los de la familia y la sociedad. La familia, como unidad básica de la sociedad, y la sociedad misma tienen el deber de contribuir al logro de estos propósitos.

La atención prenatal recae predominantemente en la atención primaria de salud e incluye una identificación previa de las mujeres y hombres con el riesgo reproductivo, la modificación o seguimiento del riesgo, la captación del embarazo, su seguimiento periódico, atención estomatológica, inmunización, preparación psicofísica para el parto, exámenes de laboratorio y de tecnología avanzada hasta el parto institucional.

En Cuba la mayoría de las embarazadas son captadas precozmente –en las primeras catorce semanas de gestación– y se les realiza una atención prenatal de acuerdo con el programa. Más del 98% de los partos son institucionales; sin embargo, no son pocos los conflictos que puede enfrentar el equipo de salud en el seguimiento de las gestantes.

¿Qué conducta adoptar ante un hombre o mujer con elevado riesgo reproductivo que actúe desconociendo las orientaciones médicas cuando se le alerta acerca de la necesidad de postergar la concepción del embarazo hasta la modificación o eliminación del riesgo?

¿Cuál debe ser el consejo médico ante los conflictos ético-morales que desencadena un embarazo no deseado y su manejo en la familia?

¿Qué hacer con la gestante que no coopera en la realización de algunas acciones necesarias en la atención prenatal?

¿Cómo enfrentar el conflicto que se genera ante la recomendación médica de interrumpir un embarazo, por diversas causas, y la decisión de la paciente al respecto?

¿Cómo manejar la situación de una gestante con amenaza de parto pretérmino que no coopera o se niega al tratamiento médico?

En nuestro medio se busca solución a estos problemas sensibilizando a la pareja y a la familia sobre el riesgo al que aquella se expone. Para ello se utiliza la posible influencia de la propia familia sobre la pareja, la de cualquier miembro de la comunidad o la del resto de los integrantes del grupo básico de trabajo.

Por lo general, la pareja, la familia y la comunidad se ponen en función de resolver los problemas, una vez que estos se han establecido y no se ha trabajado conscientemente en su prevención.

No es posible elaborar una receta rectora de la conducta ante cada cuestionamiento. La respuesta a estas y otras interrogantes va a estar siempre condicionada por múltiples factores, con énfasis en los que expresan valores, costumbres y tradiciones de la población en cuestión.

Transmitir a la comunidad cada experiencia positiva o negativa que resulte de una actitud dada, puede contribuir a enmarcar el sentido del camino que se va a seguir en este empeño, y a facilitar a la propia comunidad la edificación, a corto plazo, del nuevo paradigma.

Ingreso en el hogar

El perfeccionamiento de la atención primaria de salud, en correspondencia con las exigencias que la situación de salud ha ido demandando, así como la alta cobertura de la población por parte del médico y la enfermera de la familia, nos ha permitido llegar a una etapa superior en el proceso curación-rehabilitación, y ha hecho posible el surgimiento de una forma de atención diferente: el ingreso en el hogar.

Para proponer el ingreso en el hogar, el médico evalúa en el individuo su edad, las características de la enfermedad, su naturaleza aguda, no grave o con poca frecuencia de complicaciones, así como enfermedades crónicas no complicadas. Tiene en cuenta la posibilidad de tratamiento en el hogar y la situación socioeconómica del paciente y la familia. El ingreso se realiza con la aceptación del paciente y de su familia, la cual debe constituir un sistema de apoyo, tener adecuada cultura sanitaria y garantizar la compañía al paciente por uno de sus miembros u otra persona.¹⁴

En el lugar de residencia, se evalúan las condiciones estructurales de la vivienda, el índice de hacinamiento y otros aspectos que pudieran interferir con el ingreso.

El equipo de salud hará una valoración de acuerdo con estos criterios y considerará la posibilidad real de asumir la atención integral del paciente ingresado en el hogar, para lo cual solicitará, además, la colaboración de la trabajadora social y de su grupo básico de trabajo.

A todo paciente ingresado en el hogar se le ha de verificar diariamente su tratamiento higieno-dietético y medicamentoso, y también se velará por prevenirle, diagnosticarle e iniciarle tratamiento de las complicaciones. En los casos que corresponda, se considerará la interconsulta con otro especialista del grupo básico de trabajo o, si fuera necesario, se decidirá su ingreso hospitalario.

Con frecuencia, los niños menores de un año, ancianos y pacientes en estadio terminal son susceptibles de ingreso en el hogar. A estos se les atiende

¹⁴ Programa de especialización en Medicina General Integral. La Habana, MINSAP, 1990.

predominantemente, ya que, en ocasiones, la familia ignora el tratamiento por desorganización, casi siempre provocada ante eventos de esta naturaleza. El reto que se debe enfrentar por el equipo de salud ante los ingresos en el hogar estriba en lograr una atención médica integral de calidad, sistemática, que no se vea permeada por el exceso de afectividad generada por las relaciones cotidianas entre el médico y las familias. Se debe garantizar la atención con los recursos de que dispone, y también una calidad de vida, e incluso una calidad de muerte, acorde al merecimiento del hombre como ser biopsicosocial.

El médico debe ser celoso en su desempeño y valorar objetivamente la repercusión funcional, económica y social que sobre la familia produce el ingreso en el hogar de uno de sus miembros, y debe asumir íntegramente la responsabilidad que entraña este modo de actuación.

Participación vs. autonomía y paternalismo

Por la concepción social de nuestra medicina, existen programas nacionales dirigidos a la prevención, diagnóstico y tratamiento precoz de enfermedades y de otros daños a la salud que implican a toda la población en riesgo.

Con la intención de abarcar a toda la población en riesgo, se ha normado la actuación de los profesionales en cuanto a las acciones que deben realizar en función del objetivo, según el programa de que se trate. Tal es el caso del diagnóstico precoz del cáncer cervicouterino mediante la citología orgánica, del adenocarcinoma prostático por el tacto rectal, o del cáncer de mama en la mujer por examen clínico de las mamas. Debido a factores educacionales y culturales, entre otros, no siempre la totalidad de la población acepta la realización de dichas acciones.

Con frecuencia, el paternalismo gana a la autonomía, al ser esta acotada por la disciplina y la autoridad del médico, que limita la participación del individuo en la toma de decisiones.

Debe existir un equilibrio entre el rigor en el cumplimiento de estos programas y la autonomía consciente del individuo, dada por un adecuado nivel de información y educación en función de la salud. Es aquí donde la habilidad profesional del equipo de salud adquiere especial importancia para persuadir al paciente; pero, para lograrlo, resulta vital el conocimiento que los profesionales tengan sobre las características socioculturales de la comunidad, la familia y los individuos, de manera que puedan particularizar el manejo en cada caso con el debido respeto a sus valores, hábitos y costumbres.

Para lograr el éxito en la persuasión de los pacientes, el equipo de salud debe, ante todo, tener conocimientos científicos sólidos, estar convencido de la importancia de la labor que realiza y manejar el arte de la comunicación y las técnicas de educación para la salud.

El profesional que trabaja en la atención primaria debe ser, en primer lugar, un buen clínico, lo que le permitirá ganar el prestigio y autoridad necesarios

para desarrollar una eficaz labor de promoción y prevención en la comunidad bajo su atención.

El trabajo, en función de promover salud y prevenir enfermedades, debe partir del ejemplo personal del equipo de salud, su interacción con la familia, el trabajo con las agrupaciones comunitarias (círculos de adolescentes, abuelos, embarazadas), el análisis de la situación de salud con participación comunitaria, el apoyo del resto de los integrantes del grupo básico de trabajo y en los líderes formales e informales de la comunidad.

Las acciones intersectoriales establecidas a partir del abordaje de los problemas de salud detectados, deben estar dirigidas de manera integral al individuo, la familia, la comunidad y al ambiente para promover el bienestar de la población.

Aspectos relacionados con la atención continuada al paciente

Dentro del sistema único de salud, el paciente transita por los diferentes niveles de atención según sus necesidades. En este camino, el individuo es valorado por profesionales de cualesquiera de los tres niveles, los cuales no siempre van a tener puntos de coincidencia con respecto al seguimiento, estudio y tratamiento de un paciente. Por otra parte, se acostumbra a estratificar los tratamientos según el nivel de atención, cuando en realidad el paciente y la enfermedad son una sola entidad.

Ningún profesional debe considerarse superior a otro por el nivel de atención donde labora. Cada uno tiene su propia responsabilidad y no debe olvidar que el sistema es único. El trabajo en la atención primaria de salud no es siempre valorado con justeza por los profesionales de otros niveles; en ocasiones es francamente subestimado.

Enviar al paciente a otro nivel de atención sin una referencia adecuada, no garantizar una contrarreferencia de calidad que conlleve a un mejor entendimiento de su situación de salud, así como emitir criterios sin elementos de juicio en relación con la calidad de la atención brindada por otros profesionales constituyen graves violaciones de los principios éticos.

Para garantizar una adecuada atención continuada al paciente, es importante establecer una correcta comunicación entre los profesionales e instituciones, fluida, concreta, útil, contrarreferente y mediada por el respeto entre los profesionales.

En el Programa de Trabajo del Médico y la Enfermera de la Familia, están bien establecidos los principios que norman las relaciones entre los niveles de atención dentro del sistema de salud. Garantizar su cumplimiento es un reto y una responsabilidad de todos los profesionales y del propio sistema.

¿Satisface la corriente principalista las necesidades del equipo médico y de la comunidad en la producción social de salud?

La corriente principalista anglosajona¹⁵ propugna un nuevo sistema de principios que, al retomar los tradicionales cánones hipocráticos (beneficencia y no maleficencia), incorpora aquellos resultantes del pensamiento liberal occidental (autonomía y justicia). El principalismo ha sido la corriente de fundamentación de la bioética más divulgada y aceptada en Cuba. Sin embargo, la propia tradición anglosajona ha hecho que, en última instancia, se le dé preponderancia al tratamiento de los problemas de la autonomía, con lo cual se ha estructurado un nuevo paradigma de decisión ética: el modelo autonomista.

En nuestro medio, es característico que cada análisis ético esté sustentado en una fundamentación deontológica. La cultura latina requiere de un enfoque que tenga en cuenta la historicidad y el entorno. Para nosotros, la corriente principalista tiene un campo de acción, fundamentalmente en el nivel secundario de atención, sin obviar su posible aplicación en la relación médico-paciente de la atención primaria de salud.

El objeto principal del trabajo del equipo de salud en la atención primaria no es solamente el individuo, es también la familia y la comunidad en su propio medio. En el proceso social de producción de salud, el equipo médico comparte responsabilidades con la comunidad organizada.

La población históricamente ha asistido a la consulta médica en busca de orientación y tratamiento para un problema de salud ya instaurado. La solución, por lo general, ha estado dada sin incluir un enfoque clínico-epidemiológico y social en la terapéutica.

Los médicos de la familia con mucha frecuencia son blanco de reclamaciones por la comunidad en relación con las malas condiciones higiénico-sanitarias que pudieran existir en el entorno, cuando, en realidad, la higiene comunitaria desborda al médico y, a su vez, el médico no está en condiciones por sí solo de resolver estas situaciones.

Por otra parte, hasta hace un tiempo, el pensamiento y el trabajo médico estaban en correspondencia con las expectativas de sus pacientes. «Las dos virtudes que se han exigido siempre al paciente son el cumplimiento y la confianza.»¹⁶

No pocos profesionales se consideran dueños de la salud individual de las personas, y otros, que han ido incorporando un lenguaje a favor de la participación comunitaria, en su accionar cotidiano desempeñan un papel

¹⁵ J.R. Acosta. «¿Es la vida un valor absoluto?» *Avances Médicos de Cuba* [La Habana], 1996; 7: 59-61.

¹⁶ E. Pellegrino «La relación entre la autonomía y la integridad en la ética médica.» *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 1990; 108 (5-6): 379-89.

protagónico en la solución de los problemas de las personas e ignoran el papel de la comunidad.

Transformar el pensamiento de la comunidad, y de su equipo de salud hacia la edificación colectiva, cohesionada, organizada de su propia salud es un reto para la comunidad en sí misma. Por esto, para el proceso de producción social de salud, la forma en que se concibe actualmente el consentimiento informado no satisface estas necesidades.

Para la transformación de hombre-mujer con riesgo, a hombre-mujer sano, o para la construcción de hombre-mujer saludable, sería necesario un proceso educativo a partir de la propia comunidad, con la asesoría técnica del equipo de salud. Este proceso redimensiona el consentimiento informado o expresa un nuevo concepto, a partir de aquel, para uso comunitario.

La información y la educación de la salud deben ser principios básicos para la toma de decisiones de la comunidad. Esto incidiría indiscutiblemente en la toma de decisiones de los individuos en relación con sus problemas de enfermedad, y a sus decisiones respecto a los cambios que debe realizar en sus normas y estilos de vida, no solo por orientación médica sino por el análisis consciente sobre la calidad de su propia vida, todo lo cual deberá estar en armonía con los intereses de su comunidad.

Si a un individuo se le diagnostica una enfermedad transmisible y le son orientadas las medidas necesarias para controlar el foco, esta persona debe tomar en cuenta el peligro que entrañaría no cumplir con las normas sanitarias para evitar la propagación de la enfermedad y considerar los riesgos a los cuales expone a su familia y su comunidad. El bienestar y la seguridad comunitaria deben estar por encima de las decisiones individuales.

En nuestra experiencia, la toma de decisiones comunitarias en función de la salud se ha desarrollado mediante el análisis colectivo de la situación de salud. Es esta la que decide acerca de los problemas presentados, cuáles son los prioritarios, y establece un plan de acción en el que todas sus estructuras (políticas, económicas, culturales) participan en la solución de los problemas. Este proceso hace a los miembros de la comunidad partícipes conscientes en los cambios necesarios para mejorar su salud, lo que anteriormente era exigido al Ministerio de Salud Pública.

De acuerdo con nuestro proceder, pensamiento y los objetivos, propósitos y directrices de la salud pública en Cuba, la corriente principalista no satisface las necesidades para el trabajo comunitario en la atención primaria.

El nuevo papel de la comunidad en la producción social de salud, las nuevas funciones médicas y la interrelación con el resto de los niveles de atención en un sistema único, son factores que contribuyen al surgimiento en Cuba de un nuevo paradigma ético en la atención primaria, y es este, sin dudas, el mayor reto al que nos enfrentamos.

¿Sobre qué principios éticos se sustenta la atención primaria de salud?

Desde sus inicios, el equipo de salud de la atención primaria se ha regido por un Código de Honor,¹⁷ el cual tiene en cuenta las particularidades del trabajo en la comunidad, desarrollado fundamentalmente a través de las visitas al hogar —una de sus exigencias—, además del cumplimiento estricto de los principios de la ética médica vigentes en nuestro país desde 1983.

El equipo de salud debe promover amistad, confianza y respeto entre la población por cuya salud debe velar. Debe estar en estrecho contacto con las familias bajo su atención, visitar sus hogares, familiarizarse con sus hábitos de vida, higiene, cultura y todos los eventos que directa e indirectamente influyen en la salud, así como esforzarse por producir los cambios necesarios en aquellos posibles de incidir negativamente en la vida cotidiana.

Al visitar los hogares, el médico debe considerar en sus expresiones y conducta personal el respeto hacia la familia y hacia cada uno de sus miembros. El grado de confianza en él depositado no debe ser defraudado por acción alguna que hiera el pudor o la sensibilidad de la familia. Las observaciones realizadas y las conductas o confidencias que se le hagan serán objeto de estricta reserva y se utilizarán solo para alcanzar el propósito de promover una mejor salud, tanto del colectivo como de los individuos que lo conforman.

Cuando ofrece información a los organismos de gobierno o de la comunidad sobre la situación de salud de la población que atiende, no debe divulgar aspectos que sean parte de la vida privada de los pacientes o de personas relacionadas con ellas.

El médico está en el deber de escuchar (sin prejuizar), meditar y resolver, sin establecer tensión, ni mucho menos prejuicios susceptibles de ser traducidos en mal proceder o destructores del acto trascendental de la entrevista al paciente. Este momento se concibe como el más importante en el quehacer médico, pues durante el mismo pueden desarrollarse relaciones de simpatía y confianza perdurables de un enorme valor terapéutico. El médico debe ser receptivo, amable y acogedor, serio pero afectuoso, bondadoso y humano.

El nuevo modelo que está surgiendo se erige sobre la base de la identificación de los valores, intereses, motivos y necesidades sentidas de nuestra población, para en «común unidad» decidir su actuación en las nuevas situaciones impuestas por el desarrollo, y edificar este nuevo paradigma con el cual la atención primaria de salud en Cuba se adentra en el siglo XXI.

¹⁷ «El Código de Honor del médico de familia» [documento]. En *Medicina General Integral*. La Habana, Editorial Pueblo y Educación, 1987; t. 1:168-70.

Consideraciones finales

Hemos reflexionado sobre los aspectos fundamentales a los cuales se puede enfrentar el equipo de salud de la atención primaria.

El trabajo y convivencia del médico con la población ha socializado su imagen en la comunidad y, por tanto, su paternalismo ha disminuido. Esto ha generado un nuevo tipo de relación médico-paciente y ha contribuido al aumento de la satisfacción comunitaria.

No será hasta que la comunidad se convierta en la real protagonista del proceso de producción social de salud cuando los médicos y enfermeras de la familia habrán cumplido el principal reto al que hoy están convocados. Para lograr estos objetivos, es necesario que la propia comunidad entienda que no solo se está bien cuando hay ausencia de enfermedad, y que debido a esto el trabajo del médico y la enfermera no se limitan a tratar dolencias.

Es necesario que la comunidad reflexione mediante los análisis de la situación de salud y comprenda que para el mejoramiento del desarrollo humano, para el logro del bienestar individual, familiar, comunitario y social, es imprescindible que todos se integren y se consideren «actores principales» en la obtención de una satisfactoria calidad de vida, sustentada en estilos de vida saludables.

El desarrollo del trabajo comunitario tiene que ser concebido como un conjunto coherente de cambios en las estructuras mentales, sociales, económicas, culturales y políticas que, mediante mecanismos de participación activa en la comunidad, logren de forma sostenida mejores condiciones de vida. El médico y la enfermera de la familia se convierten en facilitadores de la salud. Para lograr este objetivo, se requiere de un modelo construido sobre la base de los principios éticos tradicionales y que se enriquece con los valores, cultura y costumbres de la sociedad actual. Este paradigma en desarrollo favorece la fundamentación y surgimiento de un procedimiento de decisión de acuerdo con las necesidades de la población cubana.

Dilemas éticos del diagnóstico prenatal

Barbara Barrios García



El objetivo principal de la genética médica es el diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades genéticas. Entendemos por prevención la evitación de daños a genes y cromosomas por agentes ambientales, la exposición ocupacional a teratógenos, evitar la concepción, el diagnóstico prenatal y la elección del aborto para dar alternativas que minimicen estos daños.

Los estudios prenatales pueden clasificarse en diferentes tipos, según la alteración que se detecte:

- Enfermedades con malformaciones mortales o muy devastadoras no tratables, en las que se valora el aborto selectivo.
- Enfermedades en las que está indicado el tratamiento posnatal inmediato.
- Enfermedades que pueden ser tratadas *in útero*, por medio de medicamentos, hormonas o cirugía.
- Características fetales no conceptuadas como enfermedades que se detectan de forma intencionada, como el sexo fetal, o por accidente, como el caso de feto XYY, que pueden obligar a una decisión respecto al aborto selectivo.¹

¹ B. Beiguelman. «Genética y ética» [conferencia]. X Congreso Latinoamericano de Genética. México, septiembre de 1995; A.V. Campbell. «Ethical Issues in Prenatal Diagnosis.» *British Medical Journal*, 1984; (288): 1633-4.

El diagnóstico prenatal (DPN) cumple el principio de beneficencia, al identificar posibles enfermedades con vista al mejoramiento del pronóstico. Pero, además, persigue dos objetivos adicionales: 1) dar a la madre y a la familia información sobre el embarazo, para que puedan tomar decisiones autónomas sobre este; y 2) identificar los embarazos gravemente afectados, o sea, aquellos en que la familia puede buscar disminuir la carga económica y comunitaria al eliminar aquellos embriones que inevitablemente devendrán en personas con graves minusvalías. Estas consideraciones generan discusiones morales, en parte porque desplazan los intereses del feto respecto a la familia y a la comunidad.

El feto tiene características que apoyan estos objetivos adicionales del DPN: el *status* moral especial del feto, el aborto selectivo como «tratamiento» y la relación física entre la madre y el feto.

El diagnóstico prenatal presenta, por tanto, dilemas éticos «generales», relativos a cualquier proceder médico, y dilemas «particulares» propios. En este trabajo analizaremos, de forma muy sucinta, cuáles son los dilemas y particulares de este tipo de diagnóstico, sin proponernos su solución, sino solo con la intención de mantener viva la discusión sobre ellos para poder aplicar mejor esta tecnología.

Dilemas generales del diagnóstico prenatal

Voluntariedad en la realización del estudio prenatal

La sociedad acepta el ejercicio de la libre autonomía de los adultos en relación con la atención médica. Pero el Estado asume cierta obligación ante la atención médica de los menores, al convertir en imperativas medidas de salud, como la vacunación, y considerar la atención médica al niño como ineludible cuando pelagra su vida.

Los principios que rigen la atención médica a los niños se pudieran extrapolar al feto, lo cual haría obligatorio el estudio prenatal en casos de riesgo para enfermedades genéticas graves o mortales que requieren de pruebas diagnósticas y posibilidades de tratamiento intrauterino eficaz. En realidad, existen pocas enfermedades genéticas que cumplan estas características.

Fletcher ha señalado la preocupación de que al poderse diagnosticar trastornos incapacitantes de manera temprana, la sociedad pueda encontrar un beneficio económico —al disminuir la frecuencia de estos en la población— con el aborto de los fetos afectados, lo cual pudiera tender al establecimiento de normas, para exigir estudios poblacionales que detectaran estos defectos.²

² J.C. Fletcher, M.I. Evans. «Maternal Bonding in Early Fetal Ultrasound Examinations.» *New England Journal of Medicine*, 1983; (308): 392-6; J.C. Fletcher. «Ethics and Trends in Applied Human Genetics Birth Defects.» *Original Article Series*, 1985; 19 (5): 143.

Existen formas muy sutiles de presionar al minimizar el carácter obligatorio del estudio prenatal, como crear el temor en los portadores de enfermedades genéticas o en personas con historia familiar de una enfermedad de ese tipo. Pero estas acciones deterioran el proceso objetivo de la toma autónoma de decisiones.

Cuando el médico recomienda la realización del estudio prenatal, puede que en ocasiones no plantee de manera balanceada sus riesgos y beneficios, porque el objetivo principal del profesional es la realización del mismo. Por ejemplo, en algunos programas masivos de prevención de enfermedades hereditarias que se hacen en embarazadas, aunque al tomarle a estas la muestra inicial se les explica la enfermedad que se va a estudiar y su pronóstico, la mujer no es consciente en ese momento de que el resultado de la prueba puede conllevar, más adelante, la elección del aborto selectivo de su futuro hijo, como ocurre en los programas para la detección de defectos de cierre del tubo neural por alfafetoproteína y los de detección de sicklemlia.³

De forma general, los estudios prenatales deben basarse en la «voluntariedad» de la mujer y de la pareja para respetar la autonomía e intimidad de la familia, la cual nunca debe ser tomada a la ligera.

Acceso a los servicios de diagnóstico prenatal

La distribución de los recursos de salud en el mundo tiene dos variantes, aunque las dos más comunes son la salud socializada, la cual preserva el pleno derecho de todos los ciudadanos al acceso a los servicios de salud, y la salud privatizada o por seguros de salud, que no garantizan el acceso de todos los miembros de la sociedad a estos servicios. En los Estados Unidos, por ejemplo, se conoce que más de 40 millones de personas no tienen cobertura de seguro médico.

Esta desigualdad en el acceso, establece que los fetos de madres con buena educación y recursos económicos tienen acceso a estos servicios, y también tienen la posibilidad de tomar decisiones sobre su futura descendencia, con lo cual, según sus deseos, se evita el nacimiento de niños afectados. En cambio, las clases más pobres y peor educadas no tienen acceso a estos servicios. Esta última situación contribuye a la discriminación hacia los fetos pobres, con lo cual se provocan dos situaciones: 1) que estas familias de pocos recursos económicos se vean agravadas con niños necesitados de cuidados especiales para garantizarles su vida, y 2) que con el tiempo surgirá un desbalance en la prevalencia de las malformaciones congénitas y las enfermedades genéticas entre las clases pobres y ricas, lo cual puede provocar tendencias eugenésicas contra las clases más necesitadas de apoyo social.

³ *Ibidem*; S.R. Johnson, T.E. Elkins. «Aspectos éticos del diagnóstico prenatal.» Comunicación personal, 1987.

Dilemas particulares del diagnóstico prenatal

Estos dilemas son los más controvertidos y se dividen en tres grupos:

Status moral especial del feto

Los criterios morales y teológicos sobre el feto van desde creer que este tiene un estado independiente, hasta limitarlo al criterio de que su *status* moral es igual al de cualquier persona nacida.

Es muy difícil, en sociedades pluralistas como la moderna, llegar a una definición absoluta sobre este aspecto. Pero, en relación con el interés médico sobre el feto podemos ver que el estudio prenatal lo considera de forma diferente. Fletcher e Evans han aportado pruebas de que el conocimiento visual del feto por parte de la madre, a través del ultrasonido, hace que estas se vinculen a él de forma especial.⁴

Pueden existir diferentes criterios que cambien el *status* moral del feto, como la edad gestacional, valorada desde el punto de vista de la viabilidad. La interrupción por causa genética se valora entre las 18 y las 20 semanas de gestación—cuando ya el feto tiene desarrollo del sistema nervioso central y forma humana completa—, por lo que, curiosamente, hasta los grupos feministas que luchan por la legalización del aborto no están de acuerdo con el aborto selectivo por diagnóstico prenatal, debido a la edad gestacional y por ser un feto deseado.

Un hecho importante que se debe tener en cuenta sobre el *status* moral del feto es el deseo de la embarazada de tener su hijo. Si la mujer se muestra deseosa de la interrupción en el segundo trimestre del embarazo, el *status* moral del feto varía para el médico en relación con la obligación hacia el futuro niño que no nacerá por deseos de la madre. Mientras que cuando la embarazada desea el nacimiento de su hijo, el médico se ve más obligado frente al *status* moral del feto que va a nacer debido al deseo de su madre.

Otro factor controvertido en este aspecto es el concepto de gravedad en las enfermedades genéticas, aunque muchos expertos coinciden en que una enfermedad genética es grave cuando provoca retraso mental severo (incapacidad total de comunicación), muerte temprana o incapacidad física extrema. No existe acuerdo respecto a este criterio, ni existirá en un futuro. Esto se debe a que enfermedades genéticas, hasta hace pocos años atrás causantes de muerte tempranas—antes de los diez años de vida—, como la fibrosis quística, hoy en día, gracias a nuevos tratamientos, estos pacientes llegan a la adultez. Así, también hay pacientes con síndrome de Down que pueden realizar algunos trabajos de utilidad social.

El dilema más agudo respecto al *status* moral del feto surge cuando analizamos enfermedades genéticas que provocan incapacidades compatibles con la

⁴ *Ibidem* 2.

vida, como el mencionado síndrome de Down. Vemos que cuando la familia acepta al niño enfermo, este llega a convertirse en la persona más importante del núcleo familiar.

En cambio, en el caso de otras alteraciones cromosómicas menos invalidantes que el Down, como las alteraciones del número de los cromosomas sexuales, existen criterios más estigmatizantes contra ellas. Este es el caso de parejas que no admiten tener un hijo con síndrome XYY —el cual va a ser infértil y tendrá trastornos de conducta en la adolescencia que requieren esfuerzos educativos especiales por parte de la familia—, ya que la infertilidad en el varón se confunde con impotencia, y no están dispuestos a gastar recursos en la atención de este niño. Lo mismo ocurre en ciertos grupos sociales que consideran a la mujer solo en su función de madre, y rechazan los fetos hembras con síndrome de Turner (XO) por ser infértiles.⁵

De forma general, podemos decir que el *status* moral del feto está muy relacionado con la decisión de los padres de aceptar o no al feto enfermo, por lo que resulta muy importante que el médico, a pesar de sus convicciones morales, no trate de influir de ninguna forma en esta decisión paterna, aun cuando en ocasiones no la comparta.

A pesar de la negativa absoluta de la Iglesia católica a la contracepción y al aborto, resultan curiosas estas palabras del Papa Juan Pablo II: «los niños no serán tratados como una carga o incomodidad, sino que serán amados como portadores de esperanza y signos de promesa para el futuro».⁶

La interrupción del embarazo como «tratamiento»

El diagnóstico prenatal es el único tipo de diagnóstico médico que termina con la muerte intencional. La aceptación legal de esta modalidad de eutanasia, en el caso del feto difiere mucho de la de un adulto, que es inaceptable, lo cual es otra prueba de la diferencia del *status* moral del feto en relación con los seres humanos nacidos.

Algunos autores han expresado que la disponibilidad del aborto en casos de defectos genéticos puede retardar los estudios de búsqueda sobre su terapia. Pero este es un criterio exagerado, pues existen voluminosas pruebas en la literatura internacional acerca de las investigaciones que se realizan para obtener nuevas terapias, e incluso terapias génicas.

No son pocos los que acusan al DPN de ser una práctica eugenésica porque se aborta el feto afectado y se acepta al feto sano. Por eso, algunos sectores

⁵ P. Weiding. «The Survival of Eugenics in 20th Century Germany.» *American Journal of Human Genetics*, 1993; (52): 643-9; D. Wertz. «Ethical and Legal Implications of The New Genetics: Issues for Discussion.» *Society of Medical Sciences*, 1992; (35): 495-505; D. Wertz, J.C. Fletcher, K. Berg. «Summary Statements on Ethical Issues in Medical Genetics.» *En Hereditary Diseases Programme*. Ginebra, OPS, 20-22 de febrero de 1995.

⁶ «Conferencia sobre población y desarrollo: los Estados Unidos promueven el aborto en los países del Tercer Mundo.» *Cuadernos de Bioética*, 1994; (17-18): 122-3.

acuden al concepto de «calidad de vida» para tratar de justificar o no el aborto selectivo. Este concepto en la práctica no es válido, por ser subjetivo y no poderse generalizar.

Se ha demostrado que la secuencia de pensamiento que enfrenta la embarazada cuando debe elegir el aborto selectivo, está basada no solo en la calidad de vida del feto en sí, sino en la de ella, que se siente unida al feto, y en la calidad de vida de la familia como un todo.⁷

Aunque algunas embarazadas pueden desear elegir el aborto antes de confirmar la afectación del feto, es obligatorio por parte del médico explicarles, previamente al inicio del estudio, los pasos que este conlleva antes de tomar una decisión final sobre el embarazo.

Investigaciones realizadas en los Estados Unidos en 300 mujeres estudiadas para detectar defectos de cierre del tubo neural, demostraron que el 24% no aceptó la posibilidad del aborto selectivo, a pesar de que el feto tenía alteraciones graves, además de que la proporción de aceptación del aborto selectivo aumentaba a medida que las alteraciones fetales se confirmaban. En cambio, en un estudio realizado en 10 mujeres suecas sometidas a diagnóstico prenatal por cromosomopatías, 7 de ellas manifestaron rechazo a la interrupción del embarazo, aunque todas aceptaron esta posibilidad en el caso de alteraciones que comprometerían la supervivencia posnatal.⁸

El diagnóstico prenatal por causa no genética, como la ansiedad materna, se acepta solo en casos de ansiedad morbosa que ponga en peligro la salud mental de la madre. El DPN para conocer el sexo fetal sin riesgo genético no debe ser aceptado, pues esta práctica puede llevar a un desbalance en los sexos, como ocurrió en la India, y a la discriminación por sexo. Es sabido que por tradiciones culturales de enfoque de género el sexo femenino sería el más discriminado.

Participación de la mujer en el diagnóstico prenatal.

Los «derechos de la embarazada» en comparación con los «derechos del feto» es uno de los dilemas de valores morales más difíciles de resolver en la práctica del DPN. Valoremos este punto desde otra óptica: ¿puede exigírsele a una mujer ser sometida a una prueba que determina penetración en su cuerpo, si no está de acuerdo con ella? Para una mujer no embarazada la respuesta sería un «no» categórico, avalado legalmente por los principios de ataque y agresión y por el imperativo del respeto a las decisiones autónomas en las personas competentes.

El dilema ético está en respetar la autonomía de la embarazada y actuar en beneficio del feto. Los adultos tienen el derecho competente de tomar las decisiones que estimen con su cuerpo. Esto se cumple en todas las intervenciones médicas necesarias para su salud. En cambio, no se exige ninguna acción que

⁷ D. Wertz, J.C. Fletcher, K. Berg. Ob. cit.

⁸ *Ibidem* 3 (S.R. Johnson, T.E. Elkins).

tienda a beneficiar a terceras personas. Por ejemplo, el familiar de un paciente con insuficiencia renal no tiene obligación de donarle un riñón al enfermo. Cuando esto ocurre se valora como una acción moral heroica, pero no obligada.

En cambio, ¿es lícito exigirle a la embarazada que se someta a riesgos en el diagnóstico prenatal en beneficio de su hijo? ¿Podemos exigir más de ella que del familiar del paciente con insuficiencia renal? El embarazo tiene una diferencia notable: para el feto la única alternativa siempre será a través de su madre. Además, la embarazada asume una responsabilidad singular hacia su nonato que la impulsa a colaborar en el diagnóstico y con el tratamiento de alteraciones susceptibles de hacer peligrar la vida del feto.

El peligro de considerar obligatoria la cooperación de la madre con el estudio prenatal depende de varios factores: la especificidad y la sensibilidad de la técnica usada, que nunca es del 100%; el valor predictivo de la técnica particular, el cual, si es bajo, debe moderar el entusiasmo para recomendarla; la dificultad de diferenciar entre las causas de defectos específicos, como en el caso de la hidrocefalia, donde el tratamiento intraútero no resulta efectivo para la mayoría de los fetos.

Como principio general, debemos considerar que cuando mayor es la penetración en el cuerpo de la madre para el estudio prenatal, y menor sea la certidumbre de beneficio para el feto, se le deben explicar claramente a la embarazada los riesgos y beneficios de la técnica en cuestión para que ella decida o no su empleo.

Conclusiones

La mitad de las mujeres del mundo, aproximadamente, concebirán en algún momento un feto con anomalías congénitas o genéticas. Aun existiendo el aborto espontáneo, el 2% de los recién nacidos padecerán algún defecto congénito o genético. A pesar de que cualquiera puede tener un hijo afectado, la mayoría de las parejas tienen hijos sanos. El objetivo del diagnóstico prenatal es dar seguridad cuando el feto es sano y brindar información, pronóstico y elección reproductiva cuando está afectado. Todas las evidencias indican que la mayoría de las parejas aceptan con beneplácito este diagnóstico, pues les brinda beneficios para la familia.

Deben existir políticas sanitarias y gubernamentales en los diferentes países que favorezcan el acceso a estos servicios; deberán también determinar la distribución de los recursos financieros, dirigir la responsabilidad del profesional, educar a la población, garantizar el entrenamiento adecuado de los profesionales y la evaluación del costo-beneficio de estos procedimientos.

Por desgracia, la desigualdad del acceso a estos servicios priva a muchas parejas de la información adecuada, lo que se revierte en pérdidas para la familia y la sociedad.

Pero uno de los aspectos que más deben enfatizar las políticas sanitarias es la discusión sobre los dilemas bioéticos, debido al desarrollo vertiginoso de la biotecnología aplicada al diagnóstico prenatal.

La bioética, a diferencia de la ética y la deontología –que se encarga de la conducta de los profesionales–, se ocupa de valorar las consecuencias sociales del avance de la biología humana, permite explicar la relación entre el hombre y la naturaleza en un lenguaje asequible para el público, y logra que este colabore con los científicos en la solución de grandes problemas de la humanidad. Por eso es necesario mantener viva la discusión de los dilemas morales que van surgiendo con el avance de la genética médica.

La prevención de enfermedades genéticas: un dilema ético en el tratamiento de parejas de alto riesgo de sicklemlia

Sandra Ayala Serret



El desarrollo impetuoso de la tecnología avanzada en el campo de la genética médica, ha revolucionado las normas sociales, éticas, morales y religiosas de la convivencia humana.¹ La aparición de la biología molecular ha modificado conceptos tradicionales al desentrañar parte de la información contenida en el DNA.

Se ha logrado descubrir el verdadero mecanismo intrínseco productor de diversas enfermedades genéticas, algunas de ellas extraordinariamente frecuentes. Un ejemplo evidente de este fenómeno es el estudio de las hemoglobinas humanas,² las cuales ocupan una posición única en la genética médica. Históricamente ha sido decisivo su aporte en la demostración de la relación entre la información genética y la estructura de las proteínas; han ilustrado los mecanismos de formación de nuevos genes y han contribuido al estudio del proceso evolutivo, tanto a nivel molecular como de poblaciones, al proporcionar un modelo de acción génica durante el desarrollo.

La sicklemlia es una enfermedad genética que se hereda de forma autosómica recesiva, caracterizada por anemia crónica, crisis dolorosas recurrentes y

¹ J.C. Tealdi. *Ética de las tecnologías reproductivas*. Buenos Aires, Fundación José M. Mainetti, s/f.

² B. Colombo, E. Guerchicoff, G. Martínez. «Conceptos generales sobre biología molecular.» En *Genética y clínica de las hemoglobinas humanas*. 2ª. ed. La Habana, Pueblo y Educación, 1993: 1-38.

mayor susceptibilidad a las infecciones, las cuales exhiben un rango variable de severidad. Para esta afección no existe tratamiento específico, ni es posible prevenir las crisis y complicaciones. Sin embargo, el pronóstico ha mejorado significativamente en los últimos años en lo relacionado con una atención médica más eficaz, al tenerse en cuenta las condiciones socioeconómicas, aunque resulta muy difícil de establecerse de forma individualmente.

En virtud de su herencia, los padres de un niño afectado por drepanocitemia, que son heterocigotos para el gen mutado, no manifiestan síntomas de la enfermedad pero son considerados una pareja de alto riesgo. De acuerdo con las leyes mendelianas, estas parejas tienen un riesgo del 25% de tener un niño afectado, y del 50% de que sea portador como ellos, mientras que el 25% restante tiene probabilidades de tener un hijo sano.³

De acuerdo con estimaciones de la OMS, existen más de 200 millones de portadores para las enfermedades hereditarias de la hemoglobina, y nacen anualmente entre 100 mil y 300 mil homocigotos severamente afectados. En Cuba, la frecuencia de portadores oscila entre el 3 y el 7% en las diferentes regiones, con un incremento significativo en las provincias orientales, y se espera que cada año nazcan aproximadamente 100 niños afectados.⁴

En la atención a estos enfermos se invierten anualmente alrededor de 3 millones 200 mil pesos, solamente en la asistencia hospitalaria, calculada sobre la base de dos ingresos por año para el 20% de los enfermos, con un promedio de estadía de 11 días y un costo de 1 000 pesos.⁵

Si tenemos en cuenta la gravedad de la afección, su incidencia y los aspectos socioeconómicos, podemos concluir que la anemia por hematíes falciformes constituye la enfermedad hereditaria de mayor repercusión en nuestro cuadro de salud, al igual que lo es, junto a otras hemoglobinopatías, para la tercera parte del mundo.

Es por eso que desde 1983 se desarrolla en nuestro país el Programa Nacional para la Prevención de Anemia Falciforme, basado en la detección de familias de riesgo, mediante pesquiasaje de mujeres embarazadas, asesoramiento genético y diagnóstico prenatal. Se brinda la oportunidad de interrumpir el embarazo, en los casos en que el feto está afectado, lo que a su vez permite reducir la incidencia de la enfermedad.⁶

Con el propósito de obtener criterios en relación con los problemas éticos y, en particular, sobre el asesoramiento genético (AG) y la práctica del

³ J.M. Old. «Prenatal Diagnosis of the Hemoglobinopathies.» En A. Milunsky. *Genetic Disorders and the Fetus. Diagnosis, Prevention and Treatment*. 3ª. ed. Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 1992: 468-90.

⁴ H. Granda *et al.* «Cuban Programme for Prevention of Sickle Cell Disease.» *Lancet*, 1991; 337: 152-3.

⁵ *Ibidem.*

⁶ L. Heredero. «Un programa de genética en un país en desarrollo: Cuba.» *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 1993; 115 (1): 32-8.

consentimiento informado, aplicamos una encuesta a un grupo de mujeres detectadas como parejas de alto riesgo (PAR) para la sicklemlia, mediante el mencionado programa, en la provincia Santiago de Cuba, región de nuestro país que muestra una de las más elevadas tasas de incidencia de la enfermedad, y cuyos resultados expondremos a lo largo de este trabajo.⁷

Los programas de pesquisaje genético afrontan numerosas dificultades éticas. La reproducción bajo circunstancias de riesgo genético se encuentra muy asociada a la justificación del uso de medidas coercitivas para el control social sobre la decisión individual de la reproducción. La detección de portadores implica un cambio en la imagen de las personas aparentemente sanas: estas quedan estigmatizadas, lo que genera temor y ansiedad.⁸

Hay quienes argumentan que, en ocasiones, la aplicación de medidas coercitivas dificulta estimar la peligrosidad de la reproducción no controlada, a lo que le sigue el deterioro del *pool* génico. Esto refleja una eugenesia negativa racional y es rechazado por algunos investigadores, para quienes aún no está claro el problema del deterioro genético. Controles tales como la amniocentesis mandatoria, seguida de aborto forzado y esterilización obligatoria, son ampliamente rechazados por invadir los derechos fundamentales de los individuos.

Es por ello que resultan indispensables una adecuada relación médico-paciente, propiciatoria de la educación y el asesoramiento necesario, antes de que la persona decida someterse a pruebas diagnósticas. Al enfermo se le debe proporcionar toda la información primaria acerca de su posible condición. Si un individuo resulta un portador como tal, entonces el asesoramiento genético, posterior al estudio es también esencial.

Los programas de pesquisaje masivos permiten conocer el riesgo individual —con frecuencia son parte de la política de salud gubernamental—, y requieren del establecimiento de medidas preventivas y de tratamiento para la enfermedad en cuestión que estén al alcance de toda la sociedad.

El diagnóstico prenatal representa la más importante aplicación de la tecnología en humanos. Sus problemas éticos tienen una historia y base cultural en cada sociedad, algunos de los cuales ejercen una marcada influencia en su evolución: la disponibilidad de recursos médicos y científicos, las tradiciones culturales en relación con el papel de la mujer y la familia, las leyes sobre el aborto, el tipo de sistema de salud y la posición de grupos religiosos y su actividad en la política pública.⁹

⁷ S. Ayala. «Consideraciones bioéticas en la aplicación del Programa Nacional de Prevención de Anemia Falciforme en la Provincia Santiago de Cuba» [tesis]. La Habana, Instituto Superior de Ciencias Básicas y Preclínicas Victoria de Girón, 1995.

⁸ B. Modell. «Ethical Aspects of Genetic Screening.» *Annual of Medicine*, diciembre de 1992; 24 (6): 549-55.

⁹ *Código sobre la Ética Profesional de los Trabajadores de la Ciencia*, marzo de 1995.

El diagnóstico prenatal plantea una serie de cuestiones difíciles de resolver en relación con los puntos de vista éticos, morales y filosóficos, los cuales están sujetos a la variación individual. Este debe ofrecérseles a todas las parejas con un alto riesgo de enfermedad genética, y brindarles la oportunidad de tomar la decisión que consideren es la mejor para ellos y sus planes futuros. Aunque en su mayoría interrumpen el embarazo si la enfermedad en cuestión es grave, se debe respetar el derecho de no hacerlo. En otras palabras, no se debe forzar la decisión en uno u otro sentido.

En nuestro estudio, de las mujeres en parejas de alto riesgo estables que se volvieron a embarazar, el 45,9% solicitó diagnóstico prenatal (DPN) espontáneamente. Estos resultados nos indican que menos de la mitad de las parejas enfrentadas a alto riesgo de una enfermedad genética en su descendencia, y que ya habían recibido asesoramiento genético, optan voluntariamente por el DPN y, eventualmente, por la interrupción de la gestación si el feto está afectado.¹⁰

Resulta necesario señalar que la mayoría de las parejas sin hijo afectado creen continuar con igual suerte en el futuro, aun cuando saben que el riesgo de tener hijos enfermos es el mismo para cada embarazo.

De igual forma, la tendencia actual de tener escasa progenie, una vez que ha sido identificado el riesgo, modifica el fenómeno de compensación reproductiva clásicamente observado en las parejas de alto riesgo. Ello ha estado relacionado con la reducida expectativa de vida de los niños con una hemoglobinopatía, lo que estimula a las parejas a continuar la procreación para reponer el lugar del hijo enfermo. Sin embargo, en la actualidad, la disminución de la reproducción es el resultado de la combinación de factores culturales, la propensión a escala mundial de constituir familias pequeñas y de brindar una mejor calidad de vida a los individuos afectados.

El efecto del riesgo genético en la conducta reproductiva puede estar condicionado por muchos factores: un niño previo afectado, el nivel cultural de la pareja, el número de hijos deseado, la disponibilidad del diagnóstico prenatal y la aceptación del aborto, cada uno de los cuales dependerá, a su vez, de las tradiciones culturales y resultará en diferentes tipos de conducta reproductiva.

Algunos autores han escrito acerca de la complejidad de las decisiones en relación con el diagnóstico prenatal. Unos enfocan su estudio en la toma de una decisión racional, mientras que otros lo abordan como una responsabilidad social. No obstante, existe consenso en que la detección de parejas con riesgo genético elevado, seguida de asesoramiento genético y ofrecimiento de DPN es un servicio voluntario, con el objetivo de que las parejas puedan tomar decisiones reproductivas libres, en conocimiento de sus riesgos genéticos y de las posibilidades de prevención secundaria.¹¹

¹⁰ *Ibidem* 7.

¹¹ V. Penchaszadeh. «Genética, individuo y sociedad: desafíos para la medicina social.» *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 1995; 118 (3): 254-63; D. Wertz, J.C. Fletcher, K. Berg.

Sin embargo, según el modelo prevaleciente de asesoramiento genético en algunos países desarrollados, la decisión de interrumpir un embarazo afectado se deja enteramente a criterio de la familia, lo que puede constituir un reflejo del menosprecio oculto de la sociedad hacia las personas con trastornos genéticos. La falta de información adecuada muchas veces lleva a la decisión familiar de terminar un embarazo tras la detección de un trastorno compatible con una vida sana y productiva. Por otra parte, los costos de un aborto en términos emocionales suelen recibir poca atención. Los servicios de asesoramiento raras veces preparan a los pacientes en este sentido, y son sumamente escasos los programas de apoyo para familias que se han decidido por el aborto.

Por tradición, el fin ulterior de la genética clínica ha sido cuidar de pacientes con trastornos genéticos, hacer investigaciones, proveer información acertada sobre riesgos y opciones reproductivas, buscar tratamientos eficaces mediante la aplicación de las últimas tecnologías y apoyar a las familias en sus decisiones. Si bien la accesibilidad misma a los servicios de diagnóstico prenatal implica la adopción de una conducta en torno a la evolución del embarazo, esta forma de prevención secundaria no debe ser un fin explícito de la genética clínica. Los genetistas deben, por igual, centrar su práctica en la atención a pacientes y en el DPN y sus implicaciones.

Es por ello que puede cuestionarse el por qué se limita el diagnóstico prenatal a tan pocas semanas de edad gestacional, cuando este, si su fin es puramente diagnóstico y no diagnóstico-terapéutico (interrupción), podría realizarse en cualquier momento del embarazo. Con ello se le daría la certeza a la pareja de alto riesgo de que su descendencia está sana, o bien que se halla enferma, pero ya no es posible su solución, con lo cual se pasaría entonces a la fase de preparación psicoemocional de la familia para recibir a un hijo con estas características.

Los principios bioéticos de respeto por la autonomía de las personas y la no maleficencia requieren que las parejas conozcan no solo el propósito de las pruebas diagnósticas, sino también el procedimiento que se debe utilizar y los riesgos y beneficios que de este se derivan, pues ello minimiza las falsas concepciones que sobre estos puedan tener. Dicha información resulta indispensable en el asesoramiento genético ofrecido previamente al estudio, con lo cual se propicia la toma de una decisión razonable. Ningún proceder investigativo deberá practicarse sin que esté precedido del asesoramiento adecuado y el correspondiente consentimiento de los participantes.

En las normas ético-sociales de la OMS para la prestación de los servicios genéticos, se señalan los aspectos que deben estar contenidos en el asesoramiento previo al proceder investigativo, donde se destacan: las características generales de la enfermedad, posibilidades de tratamiento, riesgo genético,

«Genetic Counseling.» En OMS. *Ethical/Social Guidelines for the Provision of the Genetics Services*. S/f: 32-42.

probabilidad de falsos positivos, falsos negativos o resultados ambiguos, riesgo médico de la madre y el feto, y las alternativas disponibles en caso de un resultado positivo.

El aspecto más controvertido es que el diagnóstico prenatal puede estar seguido de aborto de fetos con alteraciones genéticas. Al respecto, se han discutido los derechos del feto como ser humano sin que las leyes, la religión o la ética hayan podido dar una respuesta definitiva.¹²

El aborto selectivo de causa genética se refiere generalmente a la prevención de enfermedades, cuando por lo común se trata de la prevención del nacimiento de niños con un defecto genético. Incluso el lenguaje utilizado en estos casos alude a la enfermedad y no al feto afectado. En verdad, un individuo es parcialmente definido por su genotipo, pero solo parcialmente.¹³

El debate sobre el aborto selectivo se polariza en dos sentidos:

1. Una posición innovadora, cuyas razones van encaminadas al respeto por la selección parental, la prevención del sufrimiento del individuo y su familia, y el desarrollo de los programas de pesquisaje y educación voluntarios.
2. Una posición protectora de los derechos fetales basada en las tradiciones teológicas y médico-morales, bajo el argumento de que el propósito básico de la medicina –salvar vidas– es violado por la práctica del aborto, y que el diagnóstico prenatal tiende a apartar ciertos fetos como inservibles y, como tales, son tratados injustamente.¹⁴

Ahora bien, con independencia de la tendencia posible de prevalecer, resulta indispensable brindar una información adecuada. En general, existe consenso internacional en cuanto a que el asesoramiento genético es y debe ser no directivo. Los consultantes suelen ser individuos o parejas con riesgos genéticos, posiblemente superiores al promedio de la población general, debido a su historia médica, origen étnico, edad, presencia de una enfermedad genética en la familia o un resultado anormal de un análisis genético. La función del asesor genético es procurar que tomen decisiones racionales, basadas en una información objetiva y acorde con los valores, creencias y cultura de los consultantes. En principio, el asesor genético no debe influir, y sí estar dispuesto a apoyar las decisiones de las parejas, aun si estas no coincidieran con su criterio, o con las expectativas implícitas o explícitas de la sociedad. No obstante, la sola información no necesariamente genera cambios de conducta y actitudes.

¹² J.R. Acosta Sariago. «Tendencias del debate bioético contemporáneo» [ponencia]. Seminario Filosofía y Salud del Ateneo Juan César García. OPS, La Habana, abril de 1995; B. Modell. Ob. cit.

¹³ L.E. Karp. «The Prenatal Diagnosis of Genetic Disease.» En T.A. Mappes, J.S. Zimbaty. *Biomedical Ethics*. 2ª ed. Mc Graw-Hill, 1986.

¹⁴ J.C. Fletcher, D. Wertz. «Ethics and Prenatal Diagnosis: Problem Positions and Proposal Guidelines.» En A. Milunsky. *Genetic Disorders and the Fetus Diagnosis. Prevention and Treatment*. 2ª ed. Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 1992: 823-54.

El asesoramiento genético posibilita un intercambio franco, donde las parejas hacen preguntas, consideran las alternativas, valoran el riesgo y finalmente toman una decisión. Solo entonces deben hacerse los procedimientos investigativos.¹⁵

Más de las dos terceras partes de las mujeres encuestadas consideraron este asesoramiento necesario para las parejas, aunque un grupo minoritario tuvo una percepción negativa sobre este proceder. Casi la mitad de nuestra serie percibió que la información brindada correspondía con sus necesidades, de ahí que no estuvieran en óptimas condiciones para afrontar una decisión.

En el 64,2% de la muestra, el asesoramiento genético fue directivo, con la consideración de que la conducta tomada les fue sugerida o impuesta por el médico. El 2,3% manifestó insatisfacción con la decisión asumida, en relación directa con una conducta impositiva. No resulta despreciable que la cuarta parte se expresara en términos de conformidad y eludiera las variables que implicaban beneplácito por su actitud.¹⁶

Durante el asesoramiento genético, se debe ofrecer toda la información relevante que la pareja necesita para tomar su propia decisión, según sus valores y expectativas; en otras palabras, no debe ser directivo.

La función del consejero estará encaminada a proveer el soporte necesario para que los consultantes adopten una decisión, y a ayudar a asimilar los trastornos emocionales relacionados con su condición genética.

Karp considera que es responsabilidad del consejero genético adoptar una actitud neutral; le debe brindar al paciente toda la información necesaria para tomar su propia decisión acorde con su conciencia. Sin embargo, dado que el asesoramiento genético es considerado también como una herramienta en la prevención de enfermedades genéticas, existe un conflicto potencial entre la autonomía reproductiva de las parejas, las políticas de salud pública y las expectativas sociales sobre el nacimiento de individuos con discapacidades congénitas.¹⁷

Frente al deseo de proteger a todas las personas (beneficencia), debe velarse porque los intereses y el bienestar de cada uno (autonomía) encuentre justo equilibrio con los de la sociedad, e imponerse el principio de justicia.

La búsqueda de quién decide –que, por otra parte, ha sido constante–, se ha comprobado que por lo general lo hace la mujer. En Suecia, después de un estudio relacionado con la decisión acerca del diagnóstico prenatal, este autor concluyó que «aun cuando la mujer está libre de presiones externas, experimenta cierta obligación a realizarse el diagnóstico prenatal, existiendo una diferencia gradual entre obligación y coerción».¹⁸

¹⁵ P.S. Harper. «Prenatal Diagnosis.» En *Practical Genetic Counseling*. 4ª ed. Londres, Butterworths Heinemann, 1994: 91-4.

¹⁶ *Ibidem* 7.

¹⁷ L.E. Karp. *Ob. cit.*

¹⁸ M. Bruna. «Ética y epidemiología.» *Bioética*, 1994; 2 (1): 7-11.

Los cónyuges pueden ejercer influencia, pero esta y el grado de compromiso con la mujer es variable. En la sociedad occidental, los esposos y otros miembros de la familia usualmente no rigen el control de la selección de la mujer, quien de manera habitual lo hace después del asesoramiento genético y sin ningún tipo de consulta familiar, a diferencia de los países subdesarrollados, en especial los latinoamericanos, donde la familia tiene una importante participación en la toma de decisiones, por lo que es preciso considerar el impacto que en ella causa la existencia de una enfermedad genética.¹⁹

El consentimiento informado constituye en la actualidad un requisito indispensable en la relación médico-paciente y admite diversos matices en su ejercicio que provocan diferentes conductas. Las personas deben conocer los riesgos y beneficios de los procedimientos y las diferentes alternativas, incluida su no realización. Consentimiento informado significa, pues, que las personas brinden su aceptación o conformidad con la conducta médica que les ha sido explicada después de haber comprendido el carácter y posibles consecuencias de la misma.

Las comunidades ambicionan estar mejor informadas y tener una mayor influencia sobre su sistema de atención de salud. Los pacientes tienen el derecho de participar activamente en su atención médica individual y a un mayor control sobre ella, lo que los hace más responsables de su propia salud.²⁰

El consentimiento libre y con conocimiento de causa se funda en el concepto de que existe un conflicto de intereses entre la sociedad y el individuo. En el Encuentro Continental de Educación Médica, efectuado en 1994, el doctor Víctor Penchaszadeh resaltó los problemas que las tecnologías de avanzada abren en términos de privacidad, derecho o no a la información, y protección contra cualquier forma de discriminación.²¹

En nuestro país, el Código sobre la Ética Profesional de los Trabajadores de la Ciencia en relación con el objeto de estudio, orienta:

- Evitar que se produzcan daños o molestias a las personas, como resultado de los trabajos de investigación, asegurando el máximo beneficio posible del o los individuos objeto de la investigación.
- Respetar la autonomía, dignidad y el pudor de las personas que son objeto de investigación y proteger a los que no pueden ejercer su autonomía a plenitud.²²

La aplicación fría de los principios bioéticos no cumpliría su objetivo si no refleja adecuadamente las concepciones culturales y socioeconómicas del lugar

¹⁹ J.E. Drane. «Preparación de un programa de Bioética: consideraciones básicas para el Programa Regional de Bioética de la OPS» [conferencia]. En OPS. *Bioética*. Santiago de Chile, 1995.

²⁰ J. Lavados. S/t [intervención]. En OPS. *Bioética*; J.M. Old. Ob. cit.

²¹ «Recomendaciones para la acción.» *Recomendaciones de la Cumbre de Educación Médica*. Edimburgo, 1993.

²² *Ibidem* 9.

donde se desarrollan. Sin rechazar su posible validez universal, el hecho es que diferentes contextos requieren aplicaciones diferenciadas, por lo que se debe buscar el procedimiento que mejor se adecue a la situación concreta, para así lograr óptimos resultados.²³

Es necesario tener presente que la introducción de diagnósticos y tratamientos médicos de alta tecnología genera un gran consumo de recursos para un número reducido de personas. Esto afecta el acceso igualitario a los servicios de salud y a las políticas de asignación de recursos, por lo que se deben incorporar, en lo posible, consideraciones de justicia y equidad; y, como parte de una ética social, procurar establecer y mantener una distribución adecuada dentro de un marco de bienestar común que satisfaga las necesidades de los grupos mayoritarios.²⁴

En los países industrializados, el avance de los conocimientos y el auge de nuevas tecnologías se están aplicando rápidamente a los servicios de diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades genéticas. No obstante, las naciones en desarrollo todavía no se han beneficiado a plenitud de esos adelantos por motivos sociopolíticos y económicos.²⁵

Aunque determinados grupos de población de América Latina y el Caribe se parecen en muchos aspectos, es importante reconocer que existen diferencias históricas, culturales, étnicas y económicas significativas entre los países de la región y dentro de cada uno de ellos. De ahí que la expansión de los servicios de genética médica en América Latina debe analizarse dentro del citado contexto para entender sus características, limitaciones y posibilidades.²⁶

Cuba es el único lugar de América Latina que posee un programa genético básicamente comunitario que incluye, además, el desarrollo de la tecnología apropiada, lo que hace patente la aspiración de que las conquistas científicas y tecnológicas en el terreno de la vida sean puestas al servicio de la comunidad humana y de cada uno de los individuos por igual.²⁷

Nuestro Sistema Nacional de Salud propicia condiciones específicas favorecedoras del desarrollo de programas de pesquiasaje masivo; pero en aras de que el riesgo de su aplicación no sobrepase sus beneficios, se debe hacer énfasis en la educación de los genetistas humanos.

²³ J.C. Tealdi. *La ingeniería genética y el futuro de la niñez*. Buenos Aires, Escuela Latinoamericana de Bioética, Fundación José M. Mainetti, s/f.

²⁴ C. Guerra de Macedo. S/t [intervención]. En OPS. *Bioética*. Ob. cit.

²⁵ J. Montt. «El Programa Regional de Bioética» [ponencia]. Seminario de Bioética del VIII Congreso Latinoamericano de Trasplantes de Organos y Tejidos. La Habana, abril de 1995: 13.

²⁶ *Ibidem* 21.

²⁷ L. Heredero. Ob. cit.

Consideraciones sociológicas y éticas sobre aspectos del aborto demandado

María A. Amarillo Mendoza y Ubaldo González Pérez



El aborto demandado, a petición o como «método anticonceptivo», para interrumpir el curso de un embarazo que no presenta alteraciones o riesgos biológicos, aparentemente parece un problema fácil de valorar. La dificultad radica en que una conducta social no puede ser explicada por las opiniones y decisiones de sus actores. Depende de la compleja determinación del sistema de relaciones sociales donde está inmersa, de las relaciones jurídicas y morales, de las instituciones que influyen sobre ella y del soporte económico y tecnológico del lugar donde se produce.

Lo más frecuente en la literatura es encontrar el análisis del aborto centrado en unos pocos factores, que no van más allá del fenómeno que se debate, y en el que su objetivo, por lo general, está orientado a evaluarlo moralmente y no a tratar de explicarlo. Esto, por lo general, conduce a una trampa ética, facilitada por el relativismo cultural o ideológico de los analistas y por la abstracción de la realidad que lo origina.

Esta forma de proceder no debe ser heredada por una bioética y una sociología de enfoques científicos y verdadero progreso moral. Tampoco un análisis causal puede conformarse con formular abstracciones que no constituyen subsistemas o mecanismos conectados al desarrollo del fenómeno que se va a estudiar. Tal es el caso de las proposiciones eufemísticas acerca de la «falta de comunicación entre las ciencias y las

humanidades» o «la agresividad ancestral que los humanos arrastramos del mundo animal», para justificar la carencia de soluciones éticas frente a problemas de actualidad, que las condiciones socioeconómicas, el Estado y la dirección social no han logrado alcanzar.

Este trabajo es una exhortación a dilucidar los conceptos de autonomía y justicia contenidos en la tríada bioética, no solo aplicándolos a la mujer demandante de un aborto y al personal médico enfrentado al problema, sino al contexto donde se desarrolla este problema social y las presiones que mueven necesidades, decisiones y motivaciones.

La proposición de este trabajo es intentar un enfoque científico para el estudio del aborto, que incluya la situación real de la mujer, con una concepción ética en función del progreso social y el perfeccionamiento espiritual del hombre, teniendo muy presente el lugar y la época donde se realice el estudio.

El fenómeno del aborto

La contracepción es un problema casi tan antiguo como el hombre mismo. Sus implicaciones médicas tienen un carácter muy importante, pero mucho más lo han sido sus connotaciones éticas, al punto de convertirse en uno de los fenómenos más polémicos del mundo actual.

Es conocido que los métodos anticonceptivos comenzaron a usarse en épocas tan tempranas del desarrollo humano como en el antiguo Egipto. Los papiros de El Faiyun, que datan de la dinastía XII, recogen que el uso del estiércol de cocodrilo, convenientemente preparado, puede servir como tapón anticonceptivo.¹

A lo largo de todo este tiempo, hasta llegar a nuestros días, en diferentes épocas y culturas, se han utilizado métodos tales como el coito interrumpido, métodos de días fértiles, preservativos, esteroides anticonceptivos, dispositivos intrauterinos y esterilizaciones, tanto femenina como masculina.

Trataremos el aborto demandado como capítulo aparte de otros tipos de aborto, ya que su práctica tiene diferentes connotaciones psicológicas, éticas y jurídicas, en función no solo de la persona que lo practica, sino también de la sociedad donde se desarrolla y del lugar que en ella ocupa la mujer.

Al igual que los métodos anticonceptivos, se conoce que el aborto ha sido practicado desde hace cientos de años. Se le atribuye al emperador Shen-Ning (2723-2696 a.n.e.) el uso del mercurio como agente abortivo; además, el aborto fue practicado por egipcios, griegos romanos y hebreos.²

Consideraciones epidemiológicas sobre el aborto indican que, en la actualidad, más del 60% de la población mundial hace uso legal del mismo. Se estima que a

¹ J. Botella, N.J. Clavero. *Tratado de ginecología*. T. 3. La Habana, Ediciones Revolucionarias, 1983.

² OPS. *Salud reproductiva en las Américas. Tendencias históricas en las Américas*. 1992

nivel mundial se realizan entre 30 y 35 millones de abortos inducidos, de ellos, más de la mitad en países subdesarrollados.³

La situación de ilegalidad de la práctica del aborto conlleva, en la mayoría de las ocasiones, a que este sea realizado por personal con técnicas o condiciones no adecuadas, y con el subsecuente alto riesgo para la salud. La magnitud de este fenómeno puede considerarse alarmante, si se tiene en cuenta que la tasa de abortos ilegales puede alcanzar la cifra de 1 000 por cada 100 000.⁴

El fenómeno del aborto trasciende los marcos de la salud pública para convertirse en polémica social, en la cual participan instituciones religiosas, parlamentos, líderes políticos y grupos sociales, que escenifican protestas públicas, promueven foros internacionales, documentos y abundantes publicaciones, tanto en favor como en contra del mismo. Por todo ello, se ha convertido en uno de los temas más delicados de la ética médica.⁵

Problemática sociológica del aborto

La actividad económica y las formas de propiedad vigentes en cada sociedad van conformando la actividad cultural, a largo plazo, y las diferentes manifestaciones de la conciencia social, entre ellas la moral, la ideología, la psicología social, la religión y el sistema de valores que actúan como reguladores de la conducta de los individuos y de las decisiones sociales. Al aplicar esta concepción a los problemas creados por la actividad humana, se puede llegar a conocer el grado de complejidad multifactorial y el nivel de análisis de determinados problemas estudiados. El problema de la reproducción de las especies, cuando se trata de seres humanos, se hace más complejo porque se integran al conjunto de variables biológicas, todas aquellas que el hombre y la sociedad van creando y conservando en la cultura a lo largo de su desarrollo, que pueden ser tanto favorables como desfavorables. Esta característica de la sociedad humana es la que hace posible la diversificación y complejidad de los factores que intervienen en la causalidad de muchos fenómenos en la medida que evoluciona la sociedad. Además, el ser humano es el único ente vivo capaz de tomar conciencia de su actividad, lo que le da la posibilidad de actuar de forma planificada y propositivamente sobre ella.⁶ Por ejemplo, la decisión de una mujer de utilizar el aborto como medio anticonceptivo está sobre todo determinada por factores individuales, pero un aumento de la tasa nacional de abortos demandados en un país específico constituye un

³ *Manual de planificación familiar para médicos*. 6ª ed. Publicaciones Médicas del IPPF, 1989.

⁴ Declaración del IMAP sobre el aborto. S/l, s/f.

⁵ M. Kottow. *Introducción a la bioética*. Santiago de Chile, Centro Interdisciplinario de Bioética, Universidad de Santiago de Chile, 1995.

⁶ U. González. «Consideraciones éticas sobre los problemas del crecimiento de la población y la salud reproductiva para iniciar el milenio.» En J.R. Acosta Sarriego (editor científico). *Bioética para la sustentabilidad*. La Habana, Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, 2002.

problema social, lo cual, a la vez, actúa como indicador de que los componentes de la conciencia social han cambiado, y estos varían mucho después que la actividad económica y social se ha transformado. Por tanto, por la magnitud del problema, este no puede ser enfrentado como si fuera individual, médico o clínico asistencial.

Un aumento de la tasa de abortos en un país no se puede explicar mediante un análisis exclusivamente ético, ni se resuelve con campañas de información para tratar de reforzar la moral de la población. No sería suficiente divulgar un proyecto de control de la natalidad sin hacer la más mínima referencia al papel del Estado, las condiciones de vida, la situación económica, las formas de distribución, la educación de la población, el sentido de la vida y al grado de satisfacción existencial alcanzado en una comunidad y tiempo concretos. Se requiere investigar la actividad económica, las relaciones jurídicas, el papel de la familia, el sistema de valores, la utilidad del trabajo para resolver las necesidades y aspiraciones, la necesidad de cuidar la imagen pública para tener aceptación social, el papel de la religión, la moral relativa al sexo, la influencia de los medios de información y la eficiencia de los programas de educación para la salud, entre otros factores contribuyentes. Pero sobre todos los factores hay que estudiar la situación real de la mujer en ese país.

La forma de enfrentar estos problemas debe trascender lo fenoménico e ir en busca de la determinación causal del asunto estudiado en sus concatenaciones biológicas, psicológicas, económicas, jurídicas y espacio-temporales; ya que cada hombre y cada comunidad vive en un espacio y época concretos que influyen sobre la actividad humana y, a través de esta, en la determinación de las decisiones sobre la vida, la salud, la enfermedad y la muerte.

Son muchas las polémicas acerca del aborto; se han sostenido desde posiciones sublimes hasta arbitrarias e irracionales. Hay también muchos análisis éticos acerca de este problema, entre ellos la exposición brindada por M. Kottow en su libro, *Introducción a la bioética*. En este trabajo preferimos no tomar partido en favor de los puntos de vista de la controversia «aceptación *vs.* abolición», sino en favor de la mujer civilizada, honesta y susceptible de educación moral, a quien los polemistas no podrán garantizarle solución alguna desde puntos de vista éticos.

El aborto se convierte en un problema social solo cuando la sociedad alcanza determinado grado de desarrollo y coincide con el crecimiento acelerado de la población de las ciudades, la incorporación de la mujer al trabajo, cierta disminución en la tasa de mortalidad infantil y cambios demográficos que inician el envejecimiento de la población. Junto a esto actúan también la fragilidad de la autoridad familiar, disminución de presiones morales por debilitamiento de la religiosidad y las tradiciones, flexibilidad de los frenos morales de la conducta sexual y una modificación del sistema de valores.

Este proceso natural de la evolución social puede ser violentado por la invasión del comercio con productos de países desarrollados incluyendo tecnologías médicas,

por la transculturación que engendran los medios masivos de comunicación y por la asunción de un modo de vida ajeno, todo lo cual presiona a corto plazo el surgimiento de nuevas necesidades y estilos de vida, no coincidentes con el ritmo de desarrollo socioeconómico y moral en esa sociedad, ni con la capacidad de adaptación de la personalidad a los nuevos fenómenos.

La solución del aborto no radica en la proposición de condenarlo o legalizarlo, pues la legalización debe estar principalmente en función de la salud y la protección de los derechos de la mujer y de su integridad moral, así como la protección del resultado del embarazo por su condición potencial de persona y de ser social, para lo cual individuo y sociedad deben ser educados para sentirse presionados moralmente a proteger la calidad de vida de todas las personas, sino en algo que suele evadirse: la necesidad de estudiar y valorar el contexto cultural y socioeconómico donde se ha generado el problema y sus principales factores condicionantes, que pueden resumirse con la siguiente propuesta de estudio:

- La interacción entre el desarrollo económico, acceso a los bienes materiales y pirámide poblacional. Superpoblación y pobreza son fenómenos inseparables. En el *Informe sobre desarrollo humano*, de 1997, se considera que la erradicación de la pobreza en todas partes es más que un imperativo moral y un compromiso de solidaridad humana.⁷
- Las condiciones jurídicas para la protección de la mujer en relación con la igualdad de acceso al empleo, igual salario, seguridad social, igualdad ante las regulaciones del divorcio y la herencia. Pese a los enormes cambios ocurridos en el siglo xx, la discriminación y la violencia contra las mujeres y las niñas siguen firmemente arraigadas en muchas culturas de todo el mundo. Se deniega a las niñas y las mujeres el acceso a la educación y los servicios de salud. Millones entre ellas se ven sujetas a malos tratos y violencia,⁸ y enfrentan tribunales y sistemas jurídicos perjudicados. Se les niega oportunidades en el trabajo y se les remunera en menor cuantía que a los hombres por trabajos de igual valor.⁹ En el Reino Unido, resultados de investigaciones estiman que una mujer británica con educación escolar secundaria podría perder hasta 241 000 libras esterlinas a lo largo de toda su vida en comparación con un hombre.¹⁰
- La protección del niño, acceso a la salud, a la escuela y la prohibición de su explotación laboral. Además de la erradicación de fenómenos tan aberrantes como la prostitución infantil, robo y venta de niños, y hasta su utilización para suministro de órganos para trasplantes.

⁷ PNUD. *Informe sobre desarrollo humano*. Nueva York, Ed. Mundi-Prensa Libro, 1997.

⁸ PAHO/WHO. Population Reference Bureau. *Gender, Health and Development in the Americas*. 2003

⁹ G. Sen. «La política nacional de población de la India, 2000.» *Populi* [FNUAP], septiembre de 2000; 27 (2).

¹⁰ T. Lynch. «Los hombres y las mujeres, juntos, pero ¿iguales?» *Populi* [FNUAP], 1989; 16 (2).

- El estudio de la tradición social, religiosa, familiar y el sistema de valores que todos estos factores aportan para enfrentar los problemas del sexo, el matrimonio, el aborto y la maternidad.
- Las instituciones sociales y la educación que estas suministran, además de la aportada por la familia y la religión. Estas instituciones pueden limitarse a atiborrar de prohibiciones y de sentimientos de culpa, o fomentar formas de promiscuidad, sexualidad primitiva y libertinaje sexual, disfrazadas de liberalización y modernismo; o se orientan a facilitar estilos de vida favorables para armonizar el amor y la actividad sexual con los objetivos del bienestar humano, de forma sana y equilibrada y sustentados en valores que protejan el orden social.
- La magnitud del impacto que ejercen en la sociedad los promotores o abolicionistas del aborto, ¿constituyen o no grupos representativos del progreso moral, de los valores, las necesidades de la mujer y la calidad del resultado del embarazo y equilibrio psíquico y bienestar del futuro niño, y estilos de vida de la sociedad donde se desarrollan?
- Usos que la mujer y la sociedad hacen del aborto, de forma racional, técnica y éticamente justificado, o como «método anticonceptivo» que refleja el fracaso de la educación sexual y moral. La utilización del aborto como control de la natalidad o como anticoncepción es una barbaridad desde todos los puntos de vista. Debe ser reservado para cuidar de la madre, la familia o de la futura persona y por decisión de la pareja, y jerarquizar éticamente el conflicto de valores y las decisiones, y prevenir sus posibles daños.

En el análisis ético del aborto se expresan tanto los valores universales, como los de cada sociedad o grupo humano en particular, por lo que deben tenerse en cuenta las manifestaciones de relativismo cultural. Un uso arbitrario de este y su conversión en medio de contracepción, unido a otras variables, pueden llegar hasta el extremo de frenar la fecundidad a límites que comprometen el desarrollo social. Aquí se produce un doble problema ético para los partidarios de estas políticas. Primero, el aborto provoca riesgos físicos aunque se realice en instituciones hospitalarias y alteraciones psíquicas en la mujer. Segundo, el enfrentamiento del aborto desde un sistema conceptual dogmático engendra conflictos, fanatismos e imposibilidad de dialogar soluciones. No es lo mismo analizar el control de la natalidad en Holanda que en la India. Los principios de la bioética no tienen la misma efectividad cuando se aplican a distintas culturas y manifestaciones de un problema.

Los bioeticistas tienen el deber de analizar todo lo que afecte a la vida, desde concepciones tan amplias como progreso social, bienestar humano e igualdad.

El aborto como resultante de los problemas de la sociedad y la mujer

Un análisis científico-técnico de cualquier problema lleva implícita la necesidad de un enfoque causal, hasta donde los conocimientos sobre este lo permitan. Limitar el análisis al fenómeno es amputar el objeto de estudio de la realidad, y los resultados suelen ser poco prometedores para el conocimiento y las soluciones de ese problema.

La sociedad y la moral han evolucionado, y, a lo largo de este proceso, se ha observado que existen etnias, razas, credos, clases sociales y grupos que en algún momento han sido discriminados, así como otros grupos que no lo son. Pero la mujer es la constante discriminada en todos los grupos humanos, sean de discriminados o no. Y lo más desgarrador en este orden, es ver cómo, en sentido general, hasta las propias mujeres contribuyen a educar a sus hijos para que continúen reproduciendo la desigualdad de la mujer.

El aborto es un fenómeno convertido en problema social por el pobre desarrollo material, intelectual y ético que la humanidad ha alcanzado hasta nuestros días para enfrentarlo. Cuando este desarrollo sea alcanzado, el problema se resolverá dentro del marco de la normalidad, legalidad y moralidad. Pero, por el momento, las desigualdades de género se manifiestan en fenómenos como la falta de instrucción, de preparación técnica para el trabajo y de empleo, que esclavizan a la mujer al oficio de ama de casa, factores que son los que más contribuyen a la marginalidad moral y la alta reproducción. En un registro de 1992, las mujeres sin educación alguna tenían un promedio de 7 hijos, mientras solo tenían 2 las mujeres con educación universitaria.¹¹ Lo anterior se corrobora para varios países en un informe de la CEPAL de 1992,¹² donde se comenta que dada la correlación entre el nivel de instrucción y el del ingreso, también es importante anotar que en países como Brasil, Colombia y México existe evidencia de que la fecundidad en las madres sin educación o con primaria incompleta es más alta. De la misma forma que la miembro de una tribu, la campesina, la aldeana y la marginal tienen como denominador común la escasa o nula instrucción y la alta fecundidad.

Agobiadas por el hambre de su familia, con su analfabetismo o baja escolaridad, sin acceso al empleo ni a los servicios de salud y sin seguridad social, segregadas y valoradas bajo el prisma de innumerables prejuicios, las mujeres son arrastradas por estos denominadores comunes al oficio de vendedoras callejeras¹³ y engalanan, con sus fardos de mercancías y sus atuendos autóctonos o de

¹¹ T. Valdés, E. Gomáriz (coords.). *Mujeres latinoamericanas en cifras*. Madrid/Santiago de Chile, Instituto de la Mujer/FLACSO Chile, 1993.

¹² CEPAL. *Equidad y transformación productiva. Un enfoque integrado*. Santiago de Chile, 1992: 37.

¹³ M. Cohen, M. Bhatt, P. Horn. «Women Street Vendors: The Road to Recognition.» *Seeds* [Nueva York, The Population Council], 2000; (20).

pobreza, un lastimoso paisaje en plazas y aceras, con tonalidades éticas y estéticas medievales, con frecuencia ayudada por sus pequeños hijos.

Por tanto, es igualmente inadmisibles juzgar o condenar a una mujer por un problema que es también de la sociedad que no la educó o lo hizo mal y no le ofrece otras opciones, del hombre que la embarazó, del médico que realiza un aborto ilegal sin condiciones y por afán de lucro, o de aquellos que la hostigan con su crítica moral despiadada sin ofrecer soluciones asequibles.

Mucho se ha criticado a la medicina que se ocupa solamente de la enfermedad o del órgano, y no del hombre que la padece, ni de la problemática socioeconómica, psicológica y existencial que lo acompaña, y que tiene parte en la génesis de esa enfermedad. Consecuentes con esta crítica, comencemos por conocer las condiciones de las mujeres y las niñas, para poder evaluar lo que está sucediendo en muchos lugares del planeta, mediante copia textual de algunos artículos de la Declaración Final y ejemplos citados en los documentos adoptados en la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, convocada por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM).

Parte I

[...]

Artículo 3: La discriminación contra la mujer abarca cualquier distinción, exclusión o restricción basada en sexo que afecte el goce por la mujer, en igualdad de condiciones que el hombre, de sus derechos políticos, económicos, sociales o culturales, civiles o de cualquier otro tipo, sea cual fuere su estado civil.

[...]

Artículo 12: Los Estados tienen la obligación de proporcionar a hombres y mujeres igual acceso a la atención de la salud y la planificación de la familia.¹⁴

Estos artículos, entre otros que la Convención recoge, pueden considerarse lo más avanzado y moral para proteger a la mujer. Dentro de este mismo contexto, citaremos algunos ejemplos utilizados en documentos de la propia Convención, que recogen la triste situación en que vive la mujer y que causan bochorno a la humanidad más progresista.

Condición jurídica y realidad jurídica:

Las leyes sobre la propiedad de la tierra, como las vigentes en Kenya, Swazilandia, Zimbabwe y otros países limitan el derecho de la mujer a ser propietaria .

Las leyes que rigen la herencia pueden impedir que una mujer herede bienes propiedad de su padre o de su esposo. En Togo, por ejemplo, la familia del esposo puede privar a una viuda de todos los bienes gananciales del matrimonio (incluido el ganado doméstico).

¹⁴ UNICEF/UNIFEM. Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. www.unesco.org/Issj/rics158/tomasevsklspa.html, www.hvraw-ap.org/resources/pdf/Mexico.SR

Es lógico que el lector piense que esas son cosas solamente del mundo subdesarrollado, pero no es así; la discriminación de la mujer se descubre donde menos se espera. Las leyes tributarias pueden discriminar a la mujer. En Suiza, por ejemplo, las mujeres casadas no pueden presentar sus propias declaraciones de impuestos; sus esposos deben hacerlas por ellas.

En Japón, la Ley sobre iguales oportunidades de empleo afirma el principio sobre igualdad en la contratación, la capacitación y las prestaciones, pero no prevé penalidades en el caso de violación de las normas y el cumplimiento de la Ley depende de la buena voluntad del empleador.

En cuanto a la participación política, «las mujeres representan solo del 5 al 10% de los líderes políticos oficiales del mundo [...] Suiza otorgó a la mujer el derecho al voto solo en 1971».

Según estimaciones recientes, «hay entre 85 y 114 millones de niñas y mujeres que han sido víctimas de la mutilación genital: la ablación ritual, en todo o en parte, del clítoris y otras partes del aparato genital externo [...] La mutilación genital femenina puede causar muerte o infertilidad y durante el parto duplica el riesgo de muerte de la madre», según opiniones de la literatura sobre el tema.

Según datos y encuestas compilados por la Oficina de Estadísticas de las Naciones Unidas, aproximadamente una de cada cuatro mujeres de los países industrializados ha sido atacada físicamente por un familiar o asociado cercano. En Portugal, por ejemplo, el 52,8% de las mujeres declaran haber sido objeto de violencias por parte de su marido, amante o compañero. En Alemania, cada cuatro días tres mujeres son asesinadas por los hombres con quienes vivían, es decir cerca de 300 por año. En el Reino Unido, cada tres días es asesinada una mujer en las mismas circunstancias. En España, una cada cuatro días, cerca de 100 por año. En Francia, debido a las agresiones masculinas domésticas, mueren seis mujeres por mes, una cada cinco días, la tercera parte de ellas apuñaladas, otra tercera parte abatidas por armas de fuego, un 20% estranguladas y un 10% molidas a golpes hasta la muerte.¹⁵ [...] En el conjunto de los quince Estados de la Unión Europea (antes de su ampliación a 25) mueren 600 mujeres por año –casi dos por día– debido a las brutalidades sexistas en el círculo familiar.¹⁶

¹⁵ Rapport Henrion. Ministerio de Salud de Francia. Retractado de Ramonet Ignacio, Violencias masculinas. *Librinsula*, viernes 9 de julio de 2004; 1 (27). <http://www.bnjm.cu/librinsula/2004/julio/27/colaboraciones/colaboraciones118.htm>

¹⁶ «Mettre fin à la violence contre les femmes, un combat pour aujourd'hui.» Amnesty International, Londres, 2004. Retractado de Ramonet Ignacio, Violencias masculinas. *Librinsula*, viernes 9 de julio de 2004; 1 (27). <http://www.bnjm.cu/librinsula/2004/julio/27/colaboraciones/colaboraciones118.htm>; «Les violences contre les femmes en France. Une enquête nationale.» *La Documentation Française* [Paris], junio de 2002; OMS. *Rapport mondial sur la violence et la santé*. Cap. 4. «La violence exercée par des partenaires intimes.» Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2002.

La discriminación en la alimentación es la mayor causa de enfermedad y muerte de las niñas entre su nacimiento y los cinco años de edad.

De las 910 000 concepciones que se producen cada día en el mundo, el 50% son no planificadas y el 25% no deseadas [...] de esos embarazos, cada día se ponen a término unos 150 000 mediante abortos provocados y de estos, la tercera parte se realiza en malas condiciones. Cada día mueren unas 500 mujeres como resultado de abortos en malas condiciones. En materia de derechos de reproducción de las mujeres, el aborto sigue siendo la cuestión más delicada y que causa mayores enfrentamientos. Las investigaciones demuestran que, sea cual fuere la situación jurídica del aborto, por lo general la mujer que lo desea puede obtenerlo. Quienes proponen la configuración del aborto como delito no han sido disuadidos por las estimaciones de que cada año pierden la vida unas 70 000 mujeres como resultado de abortos en malas condiciones. Los problemas de planificación familiar y de salud reproductiva generalmente fueron tomados como tareas que se deben resolver con las mujeres, y, en el mejor de los casos, su pareja brindaba alguna cooperación a un problema considerado ajeno, por lo que se mantenía desinformado y no involucrado en la solución.

La condena moral y las dificultades que acarrea un aborto, realizado por personal, técnicas y condiciones no adecuadas, son insignificantes en comparación con los tormentos, discriminación y vejaciones que padecen las mujeres en muchas sociedades. ¿Se podría proponer condenar a la mujer por solicitar un aborto, argumentando principios de humanidad, moralidad y justicia, en vez de solidarizarse con su desgarradora situación y orientar la polémica hacia la defensa de los derechos de la mujer? Es por ello que analizar y polemizar sobre el llamado «problema» del aborto, sin profundizar en el «problema» de la mujer, nos parece superficial y francamente irresponsable.

Problemas éticos del aborto

Los problemas éticos, como las categorías que usa la bioética para analizarlos, no pueden estudiarse de forma aislada del sistema de relaciones sociales donde interactúan en la práctica, porque se corre el riesgo de convertir las categorías o al problema en estudio en una entelequia amputada de la realidad que impide comprender sus causas y posibles soluciones. Esto es así porque el científico, humanista o bioeticista no estudia los problemas por el placer de investigarlos, sino para traspasar el plano fenoménico, conocer sus causas o factores contribuyentes y elaborar recomendaciones a las instancias encargadas de su solución. Pobre de aquellas sociedades donde las sugerencias de los científicos y especialistas no se toman en cuenta para diseñar y aprobar proyectos sociales.

Aunque existen otras concepciones éticas, además del principalismo (consecuencialista, filosófica u otras), son frecuentes las consideraciones –por

ejemplo la expuesta por Kottow— acerca del principalismo como un esquema que permite desarrollar la bioética entre el rigor teórico y la plurivalencia práctica. Sus creadores admiten que los principios sean tomados como orientadores o que se apliquen como las explicaciones lógicas, utilizando una premisa general, enriquecida por las condiciones que aparecen en la situación práctica que esto pondera.

No obstante las flexibilidades del principalismo, esta tendencia está marcada por el pragmatismo y el individualismo de la filosofía que la gestó. Debe tenerse en cuenta que los demás enfoques o esquemas éticos también suelen priorizar el análisis de lo fenoménico o lo individual y se obvian o subestiman las causas mediatas. Mientras que en casi todas las publicaciones de bioética aparecen enardecidas polémicas acerca de historias sobre el suicidio asistido, el aborto, la inseminación heteróloga, son escasos o incluso están ausentes otras sobre la mortalidad infantil evitable, los niños sin escuela, el robo y venta de niños para el comercio sexual y de órganos, el enterramiento pagado de contenedores con desechos radioactivos o la evasión por soborno de los controles para la protección de la biosfera. Debía tenerse bien presente que es muy peligroso hacer bioética o ética sin moral. Los sucesos del 11 de septiembre de 2001 deben constituir una llamada de alerta de que este tipo de acciones y sus víctimas, ya no tienen límites.

Sin embargo, Potter insistió en una bioética globalista, que trascendiera la ética médica tradicional de enfoque clínico. Esto no garantiza que sea utilizada en función de los valores y de los criterios de lo bueno y lo malo de quienes la construyen y aplican. Por tanto, aunque la bioética no es ideología, esta sí forma parte de su esqueleto y se aplica en su función moral y de interpretación de la justicia.

Los tres principios de la bioética no pueden enajenarse de la realidad, como suele verse en la literatura. Justicia, beneficencia y autonomía deben apoyarse en un sistema de categorías generales e intermedias y de conceptos que los conecten a la realidad social e individual donde se apliquen. Estas categorías son, sencillamente, las que reflejan la estructura socioeconómica, la actividad humana, la superestructura social y la conducta de los individuos actores o víctimas de los problemas estudiados por la bioética.

Las soluciones a los problemas morales no están en la bioética misma, como se insinúa en algunos trabajos. La bioética es solo una valiosa y bienvenida herramienta intelectual, no un programa económico-político ni una revolución social. Dialogar sobre bioética no transforma las bases de la sociedad sobre las que descansan los problemas y la moral que se discuten, y que esa misma sociedad generó en algún momento.

Sin intención de establecer un orden, pero con una tendencia de lo general a lo particular, a continuación se relaciona un grupo de categorías y conceptos que pueden ser referentes de los principios generales de la bioética cuando se

examina un problema moral en relación con el contexto que lo determinó, y donde también deben buscarse su explicación y posible solución.

Categorías generales, intermedias y conceptos:

En el nivel más general:

- Ecosistema, naturaleza, sociedad, cultura.
- Vida, muerte, variables demográficas.
- Modo de producción, formas de propiedad, relaciones jurídicas.
- Modo de vida, nivel de vida, condiciones de vida.
- Ideología, psicología social.
- Grado de equidad, igualdad, libertad.

En el nivel más particular o grupal:

- Clase social, desclasados, marginados, familia.
- Condiciones de vida del grupo.
- Tradiciones, sistema de valores, sentido social.
- Formas de discriminación manifiestas y subyacentes.
- Salud, morbilidad, riesgo social.
- Asequibilidad y calidad del servicio médico.

En el nivel individual o personal:

- Condiciones de vida, estado de salud, *status* social.
- Personalidad, estilo de vida.
- Concepción del mundo, sentido personal.
- Jerarquía de necesidades y motivos, necesidades de salud.
- Toma de decisiones, rasgos de personalidad.
- Características situacionales.

Uno de los problemas éticos del aborto es enfrentar el principio de la autonomía de la mujer para demandar el aborto y la respuesta que la sociedad le conceda. Este principio puede cumplir su objetivo cuando la demandante conoce sus necesidades, la sociedad colabora con su educación y satisfacción, y ella está consciente de las consecuencias de sus decisiones (es libre). De lo contrario, puede convertirse en una autonomía dañina. Situaciones semejantes han provocado que ya se cuestione si la autonomía debe tener especificaciones o debe redefinirse.¹⁷ Esto ha sido una consecuencia de la condición de absolutos y abstractos atribuida a los principios de la bioética.

La autonomía debe ser analizada en relación escalonada con otros conceptos y realidades que la condicionan, unos de forma más inmediata, como necesidades, personalidad, toma de decisiones, y otros de forma más mediata, como las relaciones económicas, modo de vida, grupo de pertenencia u otros. La autonomía,

¹⁷ M. Kottow. «La autonomía del paciente: ¿limitada o redefinida?» [ponencia]. II Congreso de la Asociación Internacional de Bioética. Buenos Aires, 1994.

como manifestación de la acción y de las relaciones sociales, no es el simple acto de un individuo aislado; implica a otras personas e instituciones, y a unas relaciones de derecho y morales que legitiman el orden social y las decisiones donde este principio se efectúa.¹⁸ También es una propiedad o forma de expresión de la realidad humana.

En una misma sociedad pueden existir diferencias entre grupos sociales con relación al aborto demandado. Esta práctica es relativamente escasa o menor en la población campesina, en grupos de alta religiosidad y entre personas cultas y de vida estable. Como puede inferirse, por motivos sociales y psicológicos distintos llegan a resultados semejantes. La discusión ética debe contemplar estas particularidades.

Si se sabe que todos estos fenómenos forman parte de la evolución natural de la sociedad, y que condicionan o están asociados al aborto demandado, lo más sensato es definir objetivos orientados a lograr la modificación de las estructuras económicas y jurídicas que permitan mejorar las condiciones económicas y sociales de vida. Esto propiciaría el desarrollo físico y moral de la sociedad, y sustituiría los sermones que ignoran las necesidades humanas más apremiantes, porque de no ser así, lo que pudiera lograrse es la estimulación de una doble moral, un incremento del aborto clandestino, el sufrimiento de la gestante y el viacrucis del niño no deseado.

La concepción del mundo que cada pareja posee en un momento histórico específico tiene una expresión moral y afectiva en relación con la cantidad de hijos que tienen o desean tener. La diversidad de la actividad social alcanzada y su incorporación al modo de vida, el grado de desarrollo y progreso social y moral conquistado por la comunidad, por la familia o por el individuo, es lo que hace posible detenerse o no a meditar acerca de las condiciones requeridas para tener un hijo. Todo esto modela y posteriormente expresa un sentido social y personal y una actitud moral, no siempre consciente, que forman parte de esa concepción del mundo.

La mujer será más libre para exigir y ejercer su autonomía mientras mejor conozca sus necesidades y los mecanismos sociojurídicos que le permitan alcanzar su satisfacción. Pero esa libertad no debe confundirse con la posibilidad de tomar decisiones inherente a una persona. Es algo más complejo, porque abarca los conceptos genéricos de mujer y de libertad, así como las posibilidades que la sociedad, el Estado y la ley le proporcionan para la realización de sus necesidades, a los que la individualidad le añade infinitas posibilidades. Esto es lo que diferencia al análisis sociológico del psicológico y de la personalidad.

Los fenómenos sociales no están determinados por la conducta individual. La autonomía acompañada de una libertad incipiente o enajenada puede llegar a ser usada por una persona en perjuicio de sí misma. Esto sucede cuando en

¹⁸ M. Weber. *Economía y sociedad*. La Habana, Editorial de Ciencias Sociales, 1971.

una sociedad se practica el aborto legalizado de forma irresponsable, al punto de alcanzar tasas considerablemente altas y su secuela de daño físico, psíquico y moral.

Si somos consecuentes con el enfoque de sistema usado en este análisis, habría que preguntarse, ¿qué anda mal en los subsistemas que integran la sociedad?; ¿qué anda mal en los determinantes inmediatos y fundamentalmente en los mediatos?; ¿qué está repercutiendo en el incremento de las tasas de aborto? Estas mismas preguntas serían válidas para analizar incrementos en las tasas de alcoholismo, drogadicción, suicidio, prostitución, delincuencia, violencia e indisciplina social.

En el análisis filosófico cognitivo de la libertad se habla del «conocimiento de la necesidad», pero en el nivel social y psicológico hay que añadir el sentido de la necesidad para la sociedad y para el individuo, pues de ese sentido depende la jerarquización y prioridad que se le dé a las necesidades y a la actividad para satisfacerlas. Por esta razón, no es suficiente saber que el cigarro y el alcohol dañan la salud. Este conocimiento debe tener un sentido que determine el comportamiento de aceptación o rechazo social e individual frente a esas sustancias. Esto nos compele a tener presente que la formación de un sentido es mucho más que divulgar información.

Si se analiza la autonomía del fumador se podría aceptar su hábito nocivo, pero al fumar daña a terceros que no han asumido esa práctica, por lo que afecta los derechos de los demás y contradice el concepto de lo justo. La sociedad debe invertir recursos para prevenir y atender las enfermedades derivadas del hábito de fumar, y estos gastos pueden presionar al Estado a reducir otros programas, como la recreación o la vivienda, por lo que de nuevo entran en conflicto los conceptos de autonomía y de justicia.

Lo anteriormente expuesto puede reproducirse y ampliarse en el caso del aborto, porque en el caso de la decisión del aborto, el daño al feto y a la salud de la madre va mucho más allá, implica detener una vida potencial, el enfrentamiento de sentimientos de culpa y de valoraciones morales sobre su decisión; así como en el caso de parir un hijo no deseado implica una condena psicológica por el rechazo consciente o inconsciente que recibirá ese niño durante su crianza y la formación de su personalidad, las angustias de la madre por considerar que tuvo un niño sin tener condiciones y sentirse responsable de las consecuencias y las dificultades de la familia donde se produce el problema; todo ello resulta contradictorio para el análisis del principio de justicia.

A la par con la polémica del aborto se desarrolla la de «dejar morir» o «mantener vivo» a toda costa. En el caso del argumento de la muerte encefálica, como justificación para menospreciar la vida vegetativa en relación con la vida psíquica y social o viceversa. En el caso del aborto, ante esta situación vale la pregunta, ¿a qué tipo de vida está más cerca el feto de 6 a 8 semanas, a la vegetativa o a la psíquica y social?, si se tiene en cuenta que la vida psíquica humana, la personalidad y la

vida social del hombre solo se desarrollan en interacción con la sociedad. ¿La respuesta a esta pregunta permite autorizar o prohibir el aborto sin contradecir el principio de justicia?

Cada época interpreta la justicia de acuerdo con la actividad económica, social y jurídica imperante. Diego Gracia propone cuatro interpretaciones de la justicia: proporcionalidad natural, libertad contractual, igualdad social y bienestar colectivo.¹⁹

Cada interpretación de la justicia depende de los conceptos de libertad imperantes. De este modo se valorará la autonomía en dependencia del consenso social. No obstante, en la actualidad, a escala grupal e individual pueden manifestarse interpretaciones de la justicia que no se corresponden con nuestra época. Frente al aborto, la eugenesia o la eutanasia habrá grupos que estarán influenciados por cualesquiera de estas interpretaciones; lo mismo puede suceder con el médico, el jurista o cualquier persona que participe en el análisis de esta problemática.

En relación con el concepto de salud y su valoración por la teoría de la justicia, consideramos que no hay que establecer una dicotomía entre necesidad y capacidad en relación con la salud humana. El incremento de la salud reduce la necesidad e incrementa la capacidad, y viceversa. Pero este fenómeno no se detiene aquí, la satisfacción de necesidades reduce necesidades insatisfechas y abre el camino a la creación de nuevas necesidades. La multiplicidad de variables en juego nos advierten sobre la posibilidad de enfrentar este análisis desde la teoría de la complejidad.

Constreñir la autonomía de la mujer para enfrentar la planificación familiar es reducir su capacidad. Liberar la autonomía de la mujer, sin prepararla para saber usarla, puede conducirla a decisiones que distorsionen sus necesidades y dañen su salud. Esto pone de manifiesto que para precisar la comunicación de este debate, no solo hay que definir o interpretar el concepto de justicia, sino también el de necesidad.

La justicia no se conquista con la instauración de la polémica bioética. El tipo de relaciones de propiedad imperante y el acceso a los bienes materiales son determinantes mediatos en las formas de germinar y de interpretar la justicia y la moral, ya que estas son parte de la conciencia social generada por esas condiciones económico-jurídicas existentes.

Una forma eficaz para desarrollar o hacer evolucionar los criterios éticos para analizar la autonomía frente a los problemas del aborto, la vida y la muerte, sería favorecer el desarrollo económico basado en formas de propiedad cada vez más socializadas, que propiciaran equidad en el acceso a los bienes materiales y a la cultura. Dejar de escamotear lo causal con el discurso fenoménico.

¹⁹ D. Gracia. «Fundamentar la bioética hoy: problemas y perspectivas» [conferencia]. II Congreso de la Asociación Internacional de Bioética. Buenos Aires, 1994; y *Fundamentos de bioética*. Madrid, Editorial EUDEMA, 1989.

La misma sociedad que condena a la mujer que practica el aborto, por tener un hijo soltera o parir más hijos de los que sus condiciones económicas le permiten, la condena también al desempleo y la discriminación. Sería útil conocer en qué interpretación de justicia se fundamentan estas conductas valorativas.

Para exigir a la familia una actitud responsable ante la crianza de los hijos, esta debe tener, a la par que autonomía, capacidad económica, educación moral y derecho, en el sentido jurídico, a determinar el número de sus descendientes para que puedan vivir en condiciones saludables y decorosas, a tono con el desarrollo de la cultura de su época. Para esto, la mujer debe saber y poder usar los métodos anticonceptivos adecuados y acudir al aborto solo cuando sea ética y médicamente justificable.

Es tan irresponsable una mujer, psíquica y jurídicamente imputable, que teniendo capacidad para evitarlo, decida tener hijos padeciendo de rubéola, sífilis o VIH-SIDA, como la que aporta delincuentes a la sociedad o mortalidad infantil por mala higiene, promiscuidad, drogadicción o conductas desviadas y de indisciplina social. Estas conductas irresponsables no se pueden valorar en abstracto; hay que revisar primero la responsabilidad y capacidad del Estado y la sociedad para garantizar equidad económica, jurídica y social. De lo contrario, estaríamos usando la ética para violar la moral.

La lucha por desarrollar la autonomía o la justicia circunscrita solo al campo de la bioética, como principios absolutos, se convierte en un discurso o actividad estéril, en un objetivo amputado de la realidad, y en conceptos difíciles de integrar al sistema conceptual de las ciencias sociales y de las humanidades.

La polémica sobre el aborto se desenvuelve con tal ojeriza, que en la Cumbre Mundial sobre Población, celebrada en Egipto en 1994, no se llegó a ningún acuerdo. Se discutió desde posiciones drásticamente opuestas: desde considerar el aborto como un asesinato, hasta otorgarle a la embarazada el derecho a decidir a su libre arbitrio.²⁰

Las posiciones de la Iglesia católica acerca de las tecnologías relacionadas con procesos de reproducción humanas son bien conocidas por su invariabilidad secular; criterios que han sido reiterados en la XI Encíclica, *Evangelium Vitae*, de marzo de 1995.²¹

A la par que se polemiza sobre el aborto, cuánto se podría hacer por el bienestar humano, por una sexualidad y maternidad responsables, si la actividad económico-jurídica, el Estado y la sociedad propiciaran el logro de una familia adaptable, cohesionada y funcional, y que la religiosidad existente se orientara hacia el perfeccionamiento moral, espiritual y estético del hombre.

En el caso de las sociedades donde se legalice el aborto, ¿qué condiciones ofrecerían a la mujer para prevenir el aborto o para su realización? ¿Una educación

²⁰ G. Veloso de Franca Aborto. «Breves reflexiones sobre el derecho a morir». *Bioética*, Simposio sobre el Aborto, Consejo Federal de Medicina, 1994; 2 (1).

²¹ Juan Pablo II. Encíclica Papal *Evangelium Vitae*. Santiago de Chile, Editorial San Pablo, 1995.

moral, respeto a su autonomía, un aborto institucional con la calidad técnica requerida, gratuito o a un precio pagable con el salario mínimo? ¿Se consideraría resuelto el problema del aborto desde el punto de vista de las interpretaciones de la moral de la llamada sociedad occidental?

La vida moderna ha incorporado el concepto «calidad de vida» para evaluar el bienestar físico y espiritual del hombre, pero no todas las culturas, familias e individuos le otorgan el mismo sentido.

El consenso para valorar la calidad de vida puede enriquecerse mediante una discusión que contemple lo general y lo particular, lo objetivo y lo subjetivo de la moral y de la cultura. Su esencia no puede depender de criterios economicistas de nivel de vida, ni de una desiderata de polemistas o de parábolas mesiánicas. Debe buscarse en el sistema de relaciones sociales y en la estructura económico-jurídica que lo sostiene, en el grado de libertad que se disfruta y en el sistema de valores imperante. Pues no basta con proporcionar bienestar material; hay que educar para que el concepto de bienestar exprese progreso social y su vivencia colectiva e individual generen su defensa, cuidado y satisfacción con su práctica.

En la medida en que cada sociedad vaya alcanzando una verdadera calidad de vida para sus miembros, y en especial para la mujer, todos estarán más preparados física y moralmente para enfrentar las disquisiciones sobre el aborto demandado. Entonces, el discurso ético sobre el aborto habrá descendido de las abstracciones absolutas, independientes de la ubicación espacial y temporal, de las características de la cultura y de su base económico-jurídica, para estar asentado en la realidad económica, social y psicológica en que vive el hombre, y poder ocupar un lugar digno en las concepciones de la bioética. A la transformación de la sociedad para poder conquistar estos derechos debían dirigirse las acciones y los discursos de algunos que han confundido los problemas de género con el aliento de una guerrita entre hombres y mujeres con la metodología de una propaganda comercial o una competencia deportiva.

Perseguir y condenar el aborto, sin valorar la situación real en que vive la mujer, no aporta soluciones ni enaltece la ética de ese enfoque. Justificar, estimular y legalizar el aborto, después de haber facilitado el desenfreno sexual como consecuencia de la distorsión en la educación y la formación de valores, es fomentar una autonomía que la mujer usaría para hacerse daño físico, psíquico y moral, lo cual tampoco glorifica la ética. Ambos enfoques parten de una interpretación diferente de lo justo. El primero, niega de forma absoluta la autonomía; y el segundo, lleva la autonomía hasta la anarquía. Sin embargo, ambos enfoques terminan violando el principio de beneficencia, porque permiten que la mujer sea dañada. Busquemos una solución para la verdadera igualdad de la mujer y se estará asegurando una solución ética al problema del aborto.

Bioética en pediatría. Análisis de algunos aspectos

Rafael Torres Acosta y Julio Grave de Peralta Mesa



La ética clínica es la rama de la bioética que estudia las cuestiones de carácter moral presentes en las decisiones médicas, así como la relación entre los profesionales de la salud con sus pacientes; mientras que la ética pediátrica se define como el conjunto de los comportamientos implicados en el ejercicio de las profesiones que se ocupan de la salud de los niños, tanto en los aspectos preventivos como de cuidado.¹

La reflexión bioética contemporánea en pediatría se ha interesado fundamentalmente en lo relacionado con la autonomía del niño; el alcance y límites de su participación en el proceso de consentimiento informado; las características del paciente hospitalizado,² dado que la separación del hogar puede producir trastornos somáticos y psíquicos en el niño, incluso el llamado hospitalismo positivo; lo inherente a algunos aspectos de la neonatología;³ el alivio del dolor que desde hace siglos ha constituido un principio cardinal de la medicina, pero que en la práctica ha

¹ R. Torres Acosta. «Aspectos éticos en pediatría. Una aproximación.» En J.R. Acosta Sariago (editor). *Bioética. Desde una perspectiva cubana*. 2ª ed. La Habana, Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, 1998: 150-7.

² G. Galdo Muñoz. «Los derechos del niño hospitalizado.» *Anales Españoles de Pediatría*, 1998: 50-3.

³ M.J. Santos Muñoz, H. Severo Ochoa. «Humanización en neonatología.» V Jornada de Estudios Perinatológicos de la Comunidad de Madrid. Madrid, Hospital Universitario 12 de octubre, 7 de marzo de 1997.

sido un aspecto con frecuencia olvidado, y la cuestión de la muerte del paciente pediátrico.

Derechos del niño

Estamos convencidos de que la familia, como grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y bienestar de todos sus miembros, y en particular de los niños, debe recibir la protección y asistencia necesarias para poder asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la comunidad, al reconocer que el niño, para el pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, debe crecer en el seno de la familia en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. El niño, por su falta de madurez física y mental, necesita de cuidados especiales, incluso de la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento.

A tenor de estas circunstancias, se adoptó la Convención sobre los Derechos del Niño por la Resolución 44/25 de la Asamblea General de las Naciones Unidas del 20 de noviembre de 1989, y que entró en vigor de forma general el 2 de septiembre de 1990.⁴ La Convención de Europa sobre el Ejercicio de los Derechos del Niño, realizada en 1996, planteó que hasta ese momento no existían verdaderos instrumentos internacionales específicos relativos a estos, ya que la convención de Naciones Unidas solo tiene un alcance limitado, referido fundamentalmente a los derechos procesales y en el marco de la familia,⁵ mientras que quedaba soslayado el derecho a la asistencia médica. Según el documento europeo, este último derecho debe ser concretado en la exigibilidad a recibir atención sanitaria, de tal forma que se convierta en obligación de prestar esa asistencia por parte de los agentes implicados en esta (específicamente los centros de salud), y quien no cumpliera con esta incurre en la figura delictiva de omisión del deber de socorro.⁶

En nuestro país, luego del triunfo de la Revolución, estos derechos están bien definidos y llevados a la práctica de forma incuestionable sin distinción de persona, raza o religión. Los niños en Cuba tienen el derecho a que se les atienda, y a diferencia de otros países, el fenómeno social del maltrato tanto físico como psicológico es insignificante.⁷

⁴ «Convención de Naciones Unidas. Los derechos del niño.» *Revista Pediátrica de Atención Primaria*, 1999; 1 (1): 139-61.

⁵ I. Gómez de Terreros, L. Pérez-Prat. «Derechos de los niños en Europa.» *Anales Españoles de Pediatría. Acta 1* [Málaga], 1998: 45-9.

⁶ «Derecho a la asistencia médica.» *Bioética y Debate*, 1999; 5 (18): 4.

⁷ R. Ricardo. «Dos viejos pánicos. Una mirada al mundo de los menores que infringen la Ley.» *Granma* [La Habana], 13 de julio 1996.

Relación médico-paciente en pediatría

La relación médico-paciente es un aspecto básico de la práctica médica, a través de la cual el médico puede obtener la información necesaria para poder llegar a un acertado diagnóstico y una terapéutica adecuada. Aquellos profesionales de la salud que no establecen correctamente este tipo de relación no obtienen una buena comunicación e información, y esto se refleja en la calidad del servicio que brindan.⁸ La relación médico-paciente está modulada por factores sociales y culturales, y se da en un plano intelectual y técnico, pero también afectivo.

La relación debe ser de confianza, desde el lactante, con el que debe ser realizada a través de gestos y actitudes, hasta la edad de la adolescencia temprana y tardía, cuando se deberá crear una atmósfera que favorezca la comunicación, el respeto recíproco y la privacidad, dado que particularmente en esta etapa de la vida la confidencialidad es prioritaria.⁹

Una vez lograda la relación, incluidos a los padres y demás familiares, autoridad hospitalaria o trabajador social, el médico de familia o pediatra obtendrá información, comprensión y colaboración para el cumplimiento de los tratamientos, lo que permitirá actuar aun en las situaciones en las cuales el curso de la enfermedad y las complicaciones no encuentren soluciones.

Existen factores que influyen negativamente en esta relación: la impersonalidad en el trato, la actitud de juez y la petulancia del médico. Es por ello que este debe tenerlos en cuenta y esforzarse en generar sentimientos positivos que favorezcan el diagnóstico y tratamiento.

La relación pediátrica tiene la particularidad de que no es exclusiva con el enfermo sino también se extiende, necesariamente, en mayor o menor grado, a sus familiares, incluidos los amigos. El médico existe para ayudar al enfermo, no para juzgar sus conductas, condenarlo o absolverlo. Muchas de las insatisfacciones y críticas a la profesión médica así como procesos legales por negligencias médicas se deben a relaciones médico-paciente insatisfactorias, más que a eventuales insuficiencias técnicas del médico.

En lo que concierne al niño hospitalizado, su relación con el médico debe ser aún de mayor confianza y afecto. Desde hace ya décadas en nuestro país se ha podido integrar a la madre al cuidado del niño hospitalizado. Su presencia permanente constituye un baluarte para la evolución y observación de su propio hijo, lo cual propicia un desenvolvimiento físico y mental más adecuado y así se logra un pronto restablecimiento.¹⁰

⁸ G.A. Goic. «Ética de la relación médico paciente.» *Cuadernos del Programa Regional de Bioética* [Santiago de Chile], septiembre de 1995; (1): 79-90.

⁹ J.P. Beca. «Relación médico paciente en pediatría.» *Rev Chil Pediatr*, 1994; 65 (4): 242-6; «Confidencialidad y secreto profesional.» *Bioética y Debate*, 1999; 5 (18): 4-6.

¹⁰ H.M. González Oro. «Ética en el niño hospitalizado» [trabajo para optar por el título de Diplomado en Bioética]. Holguín, Facultad de Ciencias Médicas Mariana Grajales, 2001.

La relación médico-paciente en estas edades se realiza en gran medida a través de los padres o tutores, quienes al conocer que su hijo padece determinada enfermedad quedan sometidos a un estado de ansiedad y zozobra, máxime si conocen que la enfermedad es grave o crónica, o el niño ha sido ingresado en una sala especializada como las Unidades de Cuidados Intensivos.¹¹

Consentimiento informado

Desde la ocurrencia de las prácticas fascistas en seres humanos durante la Segunda Guerra Mundial, y el subsiguiente dictamen del Código de Nuremberg en 1947, se había planteado la necesidad del consentimiento voluntario del paciente en la realización de cualquier investigación o prácticas médicas. Sin embargo, el consentimiento informado es un proceso mediante el cual se informa detalladamente al paciente sobre el padecimiento, los diversos procedimientos diagnósticos, terapéuticos, posibles complicaciones, secuelas o riesgos inherentes a ellos, a efectos de que decida y autorice, o no, los procedimientos médicos de forma consciente, libre y responsable. Se diferencia de la autorización, ya que esta es solo la suscripción del documento que permite legalmente realizar determinado acto médico-quirúrgico sin requerir que el paciente se encuentre plenamente informado sobre las alternativas, diagnóstico, terapéutica, posibles riesgos, complicaciones, etcétera.¹²

Es indiscutible que un consentimiento informado válido en el caso de los niños no se puede obtener directamente. Entonces el médico está obligado a recurrir a los padres. Para lograr el consentimiento informado de un paciente y sus padres, tutor o representante legal, deberá tenerse en cuenta la capacidad de autodeterminación de estas personas. Sin embargo, si el menor de edad es capaz de valorar realmente la situación, deberá también tomarse en cuenta su opinión. Como habitualmente el consentimiento informado en pediatría se realiza a través de los adultos encargados de la atención del niño, la responsabilidad fundamental de decidir es transferida a estos.¹³

El personal médico no deberá buscar la confianza del paciente y sus familiares a través de la autoridad, sino estableciendo una adecuada relación interpersonal. Por ello, hay consideraciones en este tipo de consentimiento informado que debemos mencionar por su importancia. Algunos estudios han detectado que es

¹¹ E. García. «Los derechos del niño.» *Cuadernos de Bioética*, 2000; 11 (41): 80.

¹² M. Islas Saucillo, H. Muñoz Cuevas. «El consentimiento informado. Aspectos bioéticos.» *Rev Med Hosp Gen Méx*, 2000; 63 (4): 267-73; «Consentimiento informado.» *Bioética y Debate*, 1999; 5 (18): 6.

¹³ G.B. Cabello López. «Ética e investigación clínica sobre el dolor.» En *Datos e Investigación Clínica Terapéutica*, 1994; 9 (3): 113-4; J.R. Amaro Chelala, M.E. González Revuelta. «Consentimiento informado en la realización de ensayo clínico.» *Rev Cub Med Milit*, 1998; 27 (1): 54-61; M.C. Vidal Casero. «El consentimiento informado para el tratamiento terapéutico de un niño.» *Cuadernos de Bioética*, 2000; 11 (41): 95-105.

más frecuente que el adulto firme el acta de consentimiento informado sin leerla, hecho que debe ser evitado. En contraste, se ha visto que los enfermos jóvenes, con mayor nivel escolar, tienden a interesarse más y leer con detenimiento este tipo de documento.

Un médico viola sus deberes hacia el paciente y queda sujeto a responsabilidad si omite informaciones que son necesarias para formar la base de un consentimiento informado por parte del paciente, padre o tutor. A su vez, el médico no puede minimizar los riesgos conocidos de un procedimiento u operación con el fin de inducir al consentimiento informado. El médico está obligado a proporcionar una razonable explicación al paciente o a sus familiares acerca de la naturaleza y consecuencias probables del tratamiento que va a recibir, y, a su vez, a dar una información razonable acerca de los peligros que, según sus conocimientos, posiblemente implique el tratamiento que recomienda administrar.¹⁴

Hay casos excepcionales en los que el consentimiento parental no es un factor determinante para la adopción del tratamiento que se debe aplicar a un discapacitado profundo o un niño. Ejemplos de ellos son los de aquellos pacientes que requieren de un determinado tratamiento para salvar la vida. Incluso los adolescentes pueden tomar decisiones autónomas debido al desarrollo de su personalidad, pero no es ética ni legalmente aceptable que estas pongan en peligro sus vidas.¹⁵

Maltrato infantil

El maltrato infantil constituye un complejo problema social muchas veces difícil de detectar y con el cual los profesionales de la salud debemos enfrentarnos a diario. Este fenómeno existe desde los inicios de la humanidad. En América Latina, el maltrato infantil se expresa con violencia en todas sus manifestaciones, y en los Estados Unidos de Norteamérica se concentra en un alto porcentaje entre los niños latinos y griegos.¹⁶

En 1959, Kempe y Silver introdujeron por primera vez en la Sociedad Americana de Pediatría, el término con el que se conoce este síndrome: «*The battered child syndrome*» (síndrome del niño apaleado o golpeado). Hoy se acepta como maltrato toda conducta de un adulto agresor que por acción u omisión interfiere negativamente el sano desarrollo físico, psicológico o sexual de los niños. Se han planteado diversos factores de riesgo, entre los cuales se encuentran los

¹⁴ S. Rodríguez. «El consentimiento informado en pediatría.» *Anales Españoles de Pediatría* 1998: 54-6.

¹⁵ A. Sanz Rubiales, M.L. del Valle. «Firma del consentimiento informado en oncología.» *Cuadernos de Bioética*, 2000; 1 (41): 119; J.P. Beca. «Consideraciones éticas en la atención de la salud del adolescente.» II Jornada de Invierno. Universidad de Chile. *Apuntes Médicos*, 1999: 27-31.

¹⁶ N. Acosta. «Maltrato infantil.» *Paz y Soberanía*, 1996; (1): 34-6.

familiares y la edad de los niños, la pobreza, falta de educación de los padres, la drogadicción y la violencia familiar.¹⁷

Una de las situaciones que puede ocurrir al enfrentar el maltrato infantil a nivel del cuerpo de guardia es el no registrarlo de forma adecuada, lo que dificulta que se adopte una conducta correcta a nivel familiar o judicial.¹⁸

El maltrato infantil es un fenómeno universal que no tiene límites culturales, sociales, ideológicos ni geográficos; no existe país ni comunidad que escape de él, al presentarse tanto en países industrializados como en aquellos en vías de desarrollo.

En la actualidad, se han planteado indicadores para poder detectar el maltrato infantil, entre los cuales se hayan los indicadores físicos: contusiones, equimosis, quemaduras, fracturas etcétera; indicadores de abuso sexual: toda laceración en el área genital de un niño o niña que no se explique claramente como accidental debe considerarse como un abuso sexual. La presencia de equimosis entre las piernas y en los labios mayores, sangrado, inflamación e himen perforado son también elementos para plantear un maltrato infantil.¹⁹

Otros de los indicadores que se debe señalar es el abandono por parte de los padres y/o familiares más cercanos que conlleve al hambre, así como los trastornos psicológicos y emocionales del niño al quedar desamparado. Ciertas categorías de niños son más proclives al maltrato; entre estas se incluyen el de ser niña y, para ambos sexos, ser ilegítimos, adoptados o discapacitado físico o mentalmente, los enfermizos, o nacidos con malformaciones congénitas.²⁰

En algunas culturas matar a un hijo ilegítimo se considera menos reprochable que traerlo al mundo y sufrir la vergüenza y el ostracismo que inevitablemente recaería no solo en la madre soltera sino en toda la familia. En otros casos se trata con desprecio a los hijos ilegítimos, los cuales, en una porción significativa, son abandonados a su suerte al nacer o posteriormente.

¹⁷ A.M. Brunet, M. Di Meliá, A. Santos Muñoz. «Manifestaciones dermatológicas del maltrato infantil.» *Rev Arg Derm*, 1997; 78 (1): 5-13; I. López *et al.* «Maltrato infantil en el consultorio Dr. José Simón Ojeda.» *Rev Chil Salud Pública*, 1998; 2 (3): 185-90; M. Núñez Ferrer, Y. Jiménez García, D. Ferrer Guerrero, J. González Pérez. «La violencia familiar. ¿Un problema de salud?» *Rev Cub Med Gral Integr*, 1998; 14 (6): 538-41; B.A. Haye, U.S. Villa, B.U. Zelada, S.M. Orellana. «Maltrato infantil. Casuística de juicio diagnóstico.» En XVIII Jornada Chilena de Salud Pública. Recursos Humanos en Salud, 1998.

¹⁸ B. Palma, P. Kabalari, J. Engaña, I. López, H. Sepúlveda. «Maltrato infantil: seguimientos de casos detectados en el nivel primario de atención.» En *XIX Jornada Chilena de Salud Pública. Experiencias y desafíos en la salud para el nuevo siglo. Libro de resúmenes*. 1999: 47.

¹⁹ E. Herna Basto. «Indicadores para la detección del maltrato en niños.» *Salud Pùb Méx*, 1999; 41 (5): 420-5.

²⁰ L. Barreto Phebo, E. Suárez Ojeda. «Maltrato de niños y adolescentes: una perspectiva a internacional. Salud y sociedad.» *Bol Of Sanit Panam*, 121 (2): 123-35.

Paciente terminal pediátrico

Una vez que el niño es evaluado por su enfermedad y se decide su ingreso en el hospital, constituye un dilema para el médico cuando se le considera como paciente crítico o terminal, cuyos criterios diagnósticos deben estar bien definidos para tomar conductas adecuadas.²¹

El *paciente crítico* es aquel cuya salud se halla tan comprometida que hace temer un desenlace fatal, pero puede ser recuperable. El *paciente terminal* es aquel que a pesar de las medidas y procedimientos aplicados no tiene ninguna posibilidad de recuperación y se acerca de manera rápida e irremediable al final de su vida. Cuando el médico está plenamente consciente de que el enfermo es víctima de una afección fatal, debe integrar a su actuación no solo los aspectos biológicos particulares de la enfermedad en cuestión, sino también los de índole psicológico y social, incluidos los sentimientos del paciente, de su familia y del él mismo.

En la actualidad se cuestiona la utilización del término enfermo terminal por la connotación que ello pueda tener para la propia actuación médica ante los pacientes, y se propone el de síndrome de enfermedad terminal (Gil y colaboradores, 1988), el cual se definió como el estado clínico que provoca expectativa de muerte en plazo breve. Se presenta como el proceso evolutivo final de un grupo de enfermedades: cáncer, enfermedades degenerativas del SNC y otras.²²

Existen cuestiones éticas que tenemos que considerar en estas situaciones. Los cuidados otorgados a un paciente terminal no son dados para preservar la vida, sino simplemente para asistirlo. Toda persona humana tiene derecho a recibir cuidados mínimos por razón de su dignidad como tal, independientemente de su estado y condición. Por este motivo, solo excepcionalmente, cuando los cuidados deben ser administrados por técnicas especiales pueden convertirse en extraordinarios o desproporcionados. Los cuidados básicos para mantener la vida humana son la hidratación y la alimentación.²³

En el caso del paciente terminal, hay algunos autores que señalan que la futura calidad de vida es fundamental para determinar si un individuo es digno de recibir, ya no solo tratamientos sino inclusive cuidados mínimos. Otras veces se argumenta que no seleccionar a qué persona cuidar, basados en su calidad de vida, es no tener en cuenta el bienestar de ella. Sin embargo, adoptar tales criterios implica el juicio de que pacientes con ciertas incapacidades estarían

²¹ B. Serret Rodríguez. «La atención al paciente terminal.» En J.R. Acosta Sariego (editor). *Bioética. Desde una perspectiva cubana*. La Habana, Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela. 1997: 158.

²² J. Gutiérrez Vega, P. Martínez Baza. *Enfermo terminal y eutanasia*. Valladolid, España, 1995: 15-24.

²³ J.P. Beca, M.C. Trejo, V. Percival Cowley. «Dilema ético: proporcionalidad del tratamiento.» *Rev Chil Pediatr*, 1993; 64 (6): 411-3.

mejor muertos (Eckstein y cols., 1975). Si se adopta tal principio, la diferencia entre no cuidar al paciente y la eutanasia directa difícilmente podría ser mantenida.²⁴

Resulta sumamente importante, para lograr un adecuado desempeño profesional ante un paciente con una enfermedad fatal, que el médico precise en qué fase o estado esta se encuentra, así como identificar si se trata de un proceso activo y progresivo, de evolución galopante o crónica, o cualquier otra situación. El médico adopta las medidas necesarias que proporcionen el máximo bienestar posible al paciente, y no solo aquellas dirigidas puramente a la enfermedad primaria, sino también las que le brindan al enfermo sensación de confort y bienestar, al cubrir en lo posible todos los requerimientos básicos, el cuidado de la imagen, las reacciones psicológicas, las demandas de afecto.²⁵

Para poder comprender y, sobre todo, para poder aceptar la doctrina de la filosofía de los cuidados paliativos muy utilizados en los pacientes en estadio terminal de su enfermedad, es imprescindible haber admitido tres premisas:

1. El ser humano no es inmortal. Cumple con un ciclo vital que, indefectiblemente, acaba con la muerte.
2. La ciencia médica; a pesar de sus continuos avances, no puede curar todas las enfermedades de las personas.
3. Los tratamientos antitumorales no son inocuos. Son suficientemente tóxicos como para no usarlos si no existen evidencias racionales de efectividad; si no son beneficiosos son perjudiciales.²⁶

El fracaso en el objetivo de curación no significa que la función de la medicina haya finalizado con esos pacientes incurables. Ya no podemos curarles, pero aún podemos cuidarlos, ya que la etapa final de la enfermedad de estos pacientes, lo que llamamos fase terminal está plagada de síntomas de todo tipo (físico, psíquicos, espirituales, sociales) que producen intensos sufrimientos a la mayoría de esos pacientes.

El objetivo primordial de la medicina paliativa es mejorar la calidad de vida y aumentar su confort y bienestar. Los cuidados paliativos deben estructurarse en tres pilares: paciente terminal, familia del enfermo y equipo multidisciplinario.

²⁴ M.C. Vidal Caseiro. «Eutanasia activa y pasiva. Sus implicaciones éticas.» *Cuadernos de Bioética*, 1996; 7 (27): 281-7; H. García Romero, A. González González, J. Galicia. «Aceptación o rechazo de la eutanasia. Encuesta en 3 021 empleados del Gobierno Federal. *Gac Med Méx*, 1998; 134 (5): 629-35.

²⁵ R.M. Chacón, T. Romero Pérez, J. Gran Ábalo, R. Camacho Rodríguez, V.R. Rodríguez Hurtado. «Reflexiones en torno a los problemas éticos y bioéticos en el cuidado del paciente con cáncer en Cuba.» *Rev Cub Oncol*, 1996; 12 (1): 7-14.

²⁶ J.M. Luque Medel. «Filosofía de los cuidados paliativos.» En *Los cuidados paliativos. Avances en los tratamientos médicos y sociales*. Universidad del País Vasco, 1994: 1-3.

Abstención terapéutica

Una de las principales enseñanzas médicas desde los primeros años de la carrera es procurarle el bien al paciente y preservarle la vida. Es indiscutible que la necesidad de tomar en consideración el bien del enfermo en el manejo de un proceso irreversible, el cual plantea a veces el problema de enfrentar la decisión de abstenerse de continuar un tratamiento.²⁷

Un paciente no puede ejercer su derecho a rechazar un tratamiento siempre y cuando:

- a) La no intervención suponga un riesgo para la salud pública.
- b) Cuando el paciente no tenga la capacidad para tomar decisiones.
- c) Cuando la urgencia no permita demora por poderse ocasionar lesiones irreversibles o exista peligro de muerte.²⁸

La abstención terapéutica en pediatría es éticamente aceptable cuando el tratamiento disponible puede resultar en una sobrevida demasiado corta, si esa prolongación limitada de la vida va unida a un gran sufrimiento, y cuando no permita al paciente participación, aunque sea mínima, en la experiencia humana.

Es necesario aclarar la significación de tratamientos demostradamente inútiles, que son aquellos que no le proporcionan beneficios al paciente; ya que no le prolongan su vida; más bien hacen del morir un proceso más largo y peor atendido en el plano humano y espiritual.²⁹

Muerte en el niño

Es una situación difícil, tanto para el médico al enfrentarse a estos problemas como a los propios familiares. Gran parte de las actitudes ante la muerte surgen y se consolidan en la niñez, por lo que su comprensión exige el estudio del desarrollo del concepto de muerte a partir de la temprana infancia. Los niños carecen de un conocimiento innato sobre la muerte. El significado de la muerte se aprende mediante la experiencia y la elaboración de modelos aprendidos, pero el niño es capaz de comprender en la medida en que los adultos no le oculten su significado. El niño, al entrar en contacto frecuentemente con circunstancias relativas a la muerte, va adquiriendo, por decirlo así, experiencia de estas –entierros que pasan por las calles, muerte de familiares, de animales, en la televisión, etcétera.

En muchas sociedades –sobre todo la occidental–, la muerte ocupa un plano marginal a la conciencia habitual y se vive como algo accidental, ajeno al proceso

²⁷ R. Torres Acosta. «Aspectos éticos en pediatría. Una aproximación.» Ob. cit.: 153.

²⁸ N. Terribas Salas. «Rechazo al tratamiento.» *Bioética y Debate*, 1999; 5 (18): 3, 7.

²⁹ L.M. Bravo, J.P. Beca, A. Bochatay. «Abstención terapéutica.» *Rev Chil Pediatr*, 1995; 66 (1): 55-8.

natural de la vida. Muchas personas piensan que es mejor alejar de los niños el pensamiento acerca de la muerte, y que los padres deberían protegerlos de situaciones relacionadas con ella. Esto lleva a la negación del conocimiento inmediato o gradual de la muerte.

La falta de comunicación acerca de la realidad por parte del adulto con los niños, aumenta el temor y rechazo al morir, a la vez que el aislamiento, el dolor y la ansiedad que el tema de la muerte implica.³⁰

Los niños, de acuerdo con su edad, tienen una interpretación diferente de qué es la muerte, en dependencia de su desarrollo psicológico. Según algunos autores, el niño no tiene conocimiento de la muerte antes de los tres años de edad; otros plantean que para los niños pequeños, caracterizados por una inteligencia sensomotora, la muerte es simplemente la separación. A los tres años, el temor a la muerte suele ir unido al temor a la separación de los padres; a los cuatro años estar muerto equivale a estar dormido; a los cinco o seis años piensan que morir no es definitivo, y que las personas mayores pueden protegerlos contra cualquier peligro, incluida la muerte; a los seis años la muerte se hace más real, pues los niños entre seis y diez años utilizan el pensamiento concreto operacional, para ellos la muerte es posible, puede ocurrirle a las personas y es irreversible.

En la edad escolar, en general, los niños son más conscientes de una muerte próxima de lo que se imaginan los adultos, y desean sencillamente morir en su casa, en su habitación, en su cama, rodeados de las personas que más quieren, con la seguridad de que no lo dejarán solo. El conocimiento o preparación de la muerte es distinto en niños enfermos o que hayan sufrido la muerte de alguien próximo a él, pues la muerte de otro permite al niño abordar indirectamente su propia muerte.

Lo crucial y determinante para la información a un niño sobre la muerte es saber cómo reaccionan los padres y familiares, y si desean o no que se le comunique al niño. Algunos padres tienen la idea de fingir, con toda la falta de sinceridad que esto implica. Esta información hay que hacerla en un clima de amistad y sobre todo después de haberlo escuchado.

En la entrevista con una paciente con enfermedad terminal es más difícil para el profesional porque también es más traumática para el enfermo. El adolescente entiende perfectamente la experiencia definitiva de morir y le cuesta mucho admitir que le atañe a él personalmente. La muerte casi siempre llega en el preciso momento en que está adquiriendo cierta autonomía.

El médico jamás puede ayudar a la muerte, pero sí puede, y mucho, ayudar en la muerte, y lo hace con su presencia, de tal manera que el enfermo no se sienta abandonado sino apoyado por alguien que trata de descifrar correctamente sus expresiones. Ante los sufrimientos del enfermo en esta penosa fase,

³⁰ M.I. Rodríguez Fernández. «Génesis y evolución de las actitudes ante la muerte en la infancia.» *Cuadernos de Bioética*, 2000; 11 (41): 113-8.

lo adecuado a su dignidad es dar las mejores atenciones finales, tanto técnicas como humanas.³¹

Partiendo del hecho y los conocimientos de la diferenciación de tres nociones de dignidad, las cuales son complementarias, tales como:

1. La dignidad ontológica. Toda persona, indistintamente de su situación social, económica, política, religiosa o circunstancia vital, tiene una dignidad que es absoluta y no es modificable en ninguna circunstancia. Esta dignidad ontológica no es de su hacer sino de su ser.
2. Dignidad ética significa, según Kant, que la persona ha de ser tratada como un fin en sí mismo y nunca meramente como un medio o instrumento.
3. La jurídica. La persona, por causa de las dignidades anteriores, es merecedora de unos derechos que la protegen ante determinados abusos o violaciones. A partir de estas, hay que tener en cuenta la que se relacione directamente con el ejercicio de la libertad.³²

Es la dignidad volitiva por la cual la persona humana es digna precisamente porque es un ser libre y se vulnera su dignidad cuando se vulnera su libertad.

De acuerdo con estos conceptos, y a la hora de pensar en la cuestión de la muerte digna, cabe reflexionar acerca de diferentes puntos de vista. Hay que dissociar el concepto de eutanasia del de la muerte digna, por lo que hay que decir: si la libertad es la raíz de la dignidad, entonces los individuos actualmente incapaces de ejercer en condiciones normales su libertad, también pierden su dignidad; cosa que, de entrada, puede tener consecuencias nefastas.

En condiciones de máxima responsabilidad, como es la de un enfermo terminal irreversible en una situación de máximo abandono y de soledad radical, es esperable o, si cabe, comprensible, que una persona desee poner punto final a su vida. Pero esta decisión voluntaria, que no es libre, está intensamente marcada por una irresponsabilidad. Ahora bien, fuera diferente su decisión si se encontrase en otro contexto; seguro que no hubiera decidido de esta forma.

En los últimos treinta años, se ha llegado a definir la muerte por la viabilidad cerebral; es decir, definir la muerte como el cese irreversible de todas las funciones cerebrales, incluidas las funciones vegetativas del tronco cerebral.³³

En la actualidad, hay una definición de muerte humana que por primera vez incorpora a la conciencia con sus dos componentes como núcleo fundamental para definir esta eventualidad. Según plantea el profesor Calixto Machado, existe solo una muerte humana, que se define como la pérdida irreversible de la capacidad

³¹ R. Torres Acosta. «Aspectos éticos de la muerte en pediatría.» En J. Triana Escobar. *Elementos para la enseñanza de la bioética*. Bogotá, Ediciones El Bosque, 1998: 113-92.

³² F. Torralba. «Morir dignamente.» *Bioética y Debate*, 1998; 3 (22): 1-6.

³³ J. Gafo. «Los trasplantes de órganos.» En *Ética y legislación en enfermería*. Madrid, Editorial Universitaria, 1994: 219-31.

de activar y darle contenido a la conciencia.³⁴ Los criterios de muerte, sobre todo en neonatología, así como en la edad pediátrica, están bien establecidos, aunque hay que reconocer, sobre todo en el recién nacido, cierto grado de dificultad para diagnosticarlos (uso de signos clínicos, electroencefalograma, flujo cerebral).³⁵

El médico responsable necesita conocer y manejar algunas conductas pediátricas ante la muerte del enfermo, entre las que se destacan el concepto de ella y lo que representa para él su cercanía a esta, el apoyo que debe ofrecer al enfermo consciente durante el proceso de morir, así como también a la familia que necesita del necesario apoyo y orientaciones, debido a que está sufriendo el dolor de perder a un ser querido, más si es un hijo pequeño que ha padecido una enfermedad crónica.³⁶

Hay razones que justifican esta atención a la familia:

- La familia es el grupo que inicialmente prepara para la vida y la muerte.
- La familia es el principal administrador de cuidados frente a la enfermedad. La creación de un sólido triángulo terapéutico, paciente-familiar-sanitario, beneficia a todos los implicados, incluidos los profesionales.
- Durante la fase terminal en la familia se producen respuestas muy intensas que pueden distorsionar la comunicación.

Otro de los aspectos que se debe tener en cuenta es el duelo familiar, que no es más que la toma de conciencia intelectual y emocional de la pérdida de un ser querido.³⁷

Con la muerte del paciente no cesa nuestra actividad, ya que los padres necesitan algún tipo de ayuda práctica para planificar el funeral e informar de la muerte al resto de la familia. La familia necesita mucho afecto para salir adelante.

A su vez, el equipo de trabajo también requiere un apoyo, ya que parte de sus integrantes pueden ser jóvenes en formación y también en este proceso ellos experimentan de alguna manera un duelo, al requerir la necesaria información acerca de la terapéutica, actitudes personales y profesionales. No nos podemos olvidar de que en ese equipo están las enfermeras, quienes viven la muerte de un paciente con sensibilidad diferente a la del médico, ya que experimentan el proceso más directamente y han participado en eventuales órdenes de no reanimación o suspensión de un tratamiento.

Finalmente, la discusión de fallecidos es la actividad médica científico-docente que debe efectuarse una vez concluido los estudios anatomopatológicos

³⁴ C. Machado Curbelo. «¿Cuándo se muere?» *Avances Médicos de Cuba*, 1996; (7): 42-4.

³⁵ C. Di Rocco. «La muerte cerebral en el recién nacido y el recién nacido con anencefalia.» *Ética y Medicina*, 1995; (2): 161-3; P. Dorkin, U.S. Baraliona, C. Casas, L. Aderstein. «Muerte cerebral en niños.» *Rev Pediatr Chil*, 1998; (32): 27-31.

³⁶ R. Sala. «El niño moribundo, verdad, autonomía e intereses en conflicto.» *Medicina y Ética*, 1995; (1): 39-55; A. Garduño Espinosa, O. Sánchez Guerrero. «Ortotanasia: un enfoque de atención al niño con enfermedad terminal.» *Cuadernos de Bioética*, 1996; (3): 329-38.

³⁷ V. Jorabo Crespo. «Familia, paciente terminal y duelo.» *Medifan*, 1994; (6): 301-4.

o exámenes de laboratorio, cultivos u otros que puedan haber quedado pendientes. En ella se hace una revisión exhaustiva del caso, de la historia clínica, y se señalan posibles deficiencias en su confección, dificultades diagnósticas o terapéuticas; está precedida de una discusión anatomoclínica la cual sirve de progreso y estudio.

La solicitud del estudio necrópsico rara vez es negada por los padres si es requerida por el propio médico tratante, al explicarles la conveniencia de establecer causas y eventuales repercusiones en el futuro familiar. Esta solicitud puede llevarse a efecto incluso antes del fallecimiento del paciente en una de las entrevistas con los familiares cuando el deceso es inminente.

Conclusiones

Es indiscutible que los problemas éticos en pediatría no son tan desconocidos como no reconocidos en nuestra práctica diaria. Se necesita nivel científico-técnico y ético para poderlos detectar; si tiene esa capacidad, el médico de familia o pediatra, siempre y cuando asuma la relación pediátrica con todo el amor, sensibilidad y humanismo que requiere, podrá obtener una colaboración adecuada y resultados positivos basados en el reconocimiento de la autonomía de pacientes y padres.

El derecho cubano ante el debate bioético del principio de la vida

María Cristina González Trujillo y José Ramón Acosta Sariego



Desde épocas antiguas la relación entre la medicina y el derecho estuvo centrada fundamentalmente en la regulación de la relación medico-paciente, pues interesaba básicamente al derecho que el galeno en su actuar hiciera el bien o al menos no ocasionara daño físico o moral al paciente. Por tanto, las normas jurídicas en este campo tenían un carácter fundamentalmente deontológico en el que primaban los principios de beneficencia y no maleficencia.

El desarrollo del pensamiento liberal, potenciado por las revoluciones burguesas, generó una innovadora concepción de las relaciones jurídicas sustentada en el contrato social y los derechos del hombre, entendidos estos como derechos civiles y políticos. En la medida en que las relaciones económico-sociales capitalistas se afianzaron con la toma del poder político, esta visión se tradujo en cuerpos legales que legitimaron las conquistas alcanzadas.

En el terreno de la ética, este nuevo aliento de la modernidad se tradujo en el surgimiento de las concepciones autónomas, en las que la fuente de moralidad se encontraba en el hombre mismo y no fuera de él. Ética y derecho encontraron su fundamento dentro del propio hombre, y de sus relaciones sociales objetivas, y no como hasta el momento por un condicionamiento « natural » ya bien considerado como de origen divino o profano.

El desarrollo del movimiento socialista desde mediados del siglo XIX incluyó una nueva perspectiva de la relación hombre-Estado y de los derechos humanos, entendidos estos como derechos económicos y sociales.

La competencia entre las dos alternativas de desarrollo en que se resumió la modernidad puso a la ciencia y la tecnología en un rol protagónico que acrecentó su papel social y aceleró el proceso de aplicación de la práctica de los conocimientos. Con el desarrollo de la revolución científico-técnica en el campo de la salud y la biomedicina que caracterizó al siglo XX, se generaron situaciones en las que la determinación del bien y el mal no resultaba tan clara como lo fue desde la época hipocrática y los más de 2 000 años siguientes a esta. En el campo de la investigación científica biomédica y la atención de salud, estos cambios fueron sencillamente dramáticos, al remover las ancestrales fronteras de la vida. La cuestión de la salud trascendió el marco de la gestión privada y la organización sanitaria, y se extendió a disímiles campos de la economía, la política, la sociedad y el medio ambiente en su conjunto. La necesidad de la ampliación de los sujetos morales se hizo evidente. La bioética surgió como un intento de dar respuesta a tan acuciantes problemas y ha constituido un elemento más de la recomposición del humanismo contemporáneo; además, se ha nutrido de lo aportado por las tradiciones médica, jurídica y política de la cultura occidental.

La historia de las decisiones judiciales y los debates legislativos en torno a asuntos que implican a la salud y la supervivencia misma de la humanidad, ha sido expresión de este proceso de toma de conciencia del cambio cualitativo en cuanto a la consideración y protección jurídica de los derechos individuales y colectivos, tanto de las generaciones presentes como de las futuras.

Nuestro país, durante las últimas cinco décadas, ha experimentado el desarrollo del proyecto socialista que ha constituido la Revolución cubana. Los innegables logros en la educación, la salud, la investigación científica y el deporte, entre otros, alcanzados en las difíciles condiciones del subdesarrollo y en medio de la hostilidad de la superpotencia de la posmodernidad, han satisfecho determinadas aspiraciones del pueblo y generado a su vez nuevas necesidades. Por estas razones, en Cuba coexisten elementos propios del alto grado del desarrollo educativo, científico y técnico, con las dificultades propias del subdesarrollo y las consecuencias del intercambio desigual Norte-Sur.

Esta expansión geométrica del dominio del conocimiento y las tecnologías relacionadas con la salud y la vida a la que los científicos de nuestro país también han contribuido, ha generado conflictos de valores morales cualitativamente nuevos, en particular decisiones de carácter ético relacionadas con las fronteras y confines de la vida humana. En el presente trabajo nos concentraremos en las implicaciones que para el derecho han tenido los llamados conflictos éticos del principio de la vida.

Referentes jurídicos internacionales acerca de las cuestiones éticas del principio de la vida

Acerca de las tecnologías reproductivas

Los procedimientos que tratan de evitar la reproducción humana constituyen un problema ético antiguo que ya ha sido anteriormente tratado en este libro.

Sin embargo, las técnicas de reproducción humana asistida han pasado a formar parte del arsenal terapéutico en fecha relativamente reciente. Se concibieron originalmente para resolver los problemas de infertilidad de parejas heterosexuales estables. No obstante, con la liberalización de las opciones sexuales y la subversión de la tradicional familia occidental (heterosexual y monogámica), hoy están sirviendo para los más diversos fines que van desde la producción independiente de madres solteras que no desean la maternidad a través de una unión marital, hasta parejas de homosexuales femeninas que desean alcanzar la maternidad sin transgredir sus preferencias sexuales.

La más antigua de estas técnicas es la inseminación artificial. El procedimiento persigue facilitar la fertilización del óvulo por el espermatozoide en su medio natural y tiene dos modalidades: homóloga, cuando se realiza con el semen del miembro masculino de la pareja, y heteróloga cuando el semen es aportado por un donante.

La fertilización *in vitro*, de más reciente descubrimiento, se caracteriza porque el acto de fertilización se efectúa en un medio artificial, fuera del aparato reproductor femenino y posteriormente el huevo así obtenido es implantado en el útero.

Este método tuvo su origen en julio de 1978, en Inglaterra, con el nacimiento del primer «bebé probeta», y se diseminó rápidamente por países desarrollados. No obstante, esta tecnología ha comportado determinados inconvenientes. En España por ejemplo, durante 1992, el 12% de los embarazos por reproducción asistida dieron lugar a gemelos, el 3% a trillizos y el 0,5% a cuatrillizos o quintillizos. Esta frecuencia de embarazos de alto riesgo ha creado en algunos países la práctica de inducir la muerte de algunos de los embriones implantados, preservando apenas uno o dos de los que muestren mayor vitalidad, al aplicarle al ser humano criterios que hasta este momento eran privativos de la industria como, por ejemplo: control de calidad, desecho de producción defectuosa, etcétera.

Las posibilidades de la fertilización *in vitro* abren otras inquietudes no menos importantes. Tal es el caso de los embriones supranumerarios que no son utilizados. La base del cuestionamiento radica en la consideración de si estos embriones son un conjunto de células indiferenciadas, o un ser humano en potencia, y, sobre esta misma base, si resulta legítima su utilización con fines de investigación.

Finalmente, queremos referirnos a otra técnica de reproducción asistida que ha sido posible por la existencia previa de la fertilización *in vitro* y que algunos autores consideran una variante de esta: la maternidad subrogada o sustituida. Su

esencia consiste en que el huevo obtenido por un procedimiento de FIV a partir de gametos masculinos y femeninos de determinadas personas, se implanta en el útero de una tercera, que puede alquilarlo o cederlo para desarrollar el embarazo.

El primer nacimiento por esta tecnología ocurrió en Cleveland, en 1986, y desde entonces se ha practicado en países altamente desarrollados, con la que se han logrado prodigios tales como el nacimiento de un niño en Italia, en 1994, dos años después de que su madre genética había fallecido.

Las técnicas de reproducción asistida mencionadas y el descubrimiento más reciente de un método confiable para la criopreservación de óvulos han permitido la creación de bancos de gametos y embriones. En California, desde la década de los ochenta existe un Banco de Esperma de Premios Nobel, y en estos veinte años transcurridos han nacido decenas de niños por esta opción.

Las implicaciones éticas, morales, sociales, filosóficas y legales que originan las tecnologías reproductivas son enormes: se establece la contradicción entre la familia de base biológica y tecnológica; se alteran los comportamientos normales relativos al ejercicio de la sexualidad, al modificarse, en consecuencia, las relaciones afectivas y emocionales entre padres e hijos, generadoras del equilibrio y seguridad de la familia; se trasladan a las investigaciones en humanos conceptos propios de la producción industrial; por vez primera en la historia de la humanidad pueden cuestionarse los derechos de maternidad.

Desde el surgimiento mismo de estas técnicas, los juristas y legisladores se encuentran inmersos en un debate inesperado y complejo entre las ciencias biomédicas y el derecho: la biología y la medicina, cuyo desarrollo técnico en materia de reproducción alcanza un ritmo acelerado, trae consigo modificaciones en la estructura familiar y social que se apartan un tanto de los principios jurídicos, al alterar la representación clásica del valor acordado a la persona, a su corporeidad, a la procreación humana y a la familia basada en lazos sanguíneos. El derecho, por su parte, se encuentra desbordado por una situación que compromete su propia esencia, pues la ciencia y la técnica, que tradicionalmente habían sido aliados a la dignidad de las personas, a través de recientes prácticas biomédicas se han mostrado comprometedoras de esa propia dignidad.

Estas valoraciones colocan el problema fundamental en el llamado «estatuto del embrión», y, en consecuencia, en la definición de persona. La respuesta a la interrogante del comienzo de la vida humana marca las diferentes posiciones que sobre este punto se distinguen. En los últimos años, algunos países de Europa y ya también de América, han aprobado leyes en materia de procreación artificial que siguen orientaciones muy variadas en cada caso, no solo en cuanto a la naturaleza de la normativa adoptada (civil o penal), sino también en lo referente a la filosofía de base desde la cual se observan las técnicas mencionadas. Se han marcado dos tendencias legislativas fundamentales: una, en la que prevalece el desarrollo tecnológico, y la otra, que concede primacía a la persona, en particular el niño y la familia.

La primera corriente se caracteriza por la ausencia de requisitos especiales por parte de los destinatarios de la procreación asistida, aceptación de todas las variantes técnicas, incluso el empleo de óvulos y espermatozoides ajenos a la pareja, amplia libertad en materia de manipulación embrionaria con congelación, donación y destrucción de los sobrantes, anonimato de donantes de gametos con la posibilidad incluso de no conceder derecho al hijo de conocer la identidad de su madre o padre biológico.

La segunda corriente se caracteriza por colocar en el centro de la atención el interés de los niños nacidos a través de las nuevas técnicas. Se distingue por la exigencia de ciertas condiciones de estabilidad por parte de los receptores de las técnicas: son rechazadas las modalidades heterólogas, y, en ese sentido, se procura hacer coincidir el vínculo biológico y el social; se reconoce al niño el derecho a conocer la identidad de sus padres biológicos, en el extremo caso de que se hubiera recurrido a gametos de terceros, y la vida embrionaria es protegida de las manipulaciones más graves.

Esta tendencia con carácter personalista, sigue el criterio esencial de considerar al embrión como un ser humano, y en tal sentido lo protegen desde el momento mismo de su concepción, en tanto potencialidad de persona. En varios convenios y declaraciones internacionales se han reconocido los derechos del no-nacido. Así, por ejemplo, en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, contenida en la Resolución de la OEA del 2 de mayo de 1948, en su artículo VII se reconoce que «[...] Toda mujer en estado de gravidez o época de lactancia, así como todo niño, tienen derecho a protección, cuidados y ayudas especiales [...]»;¹ en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, en su artículo 25 se plantea que «la maternidad y la infancia tienen derechos a cuidados y asistencias especiales»;² en las Reglas Mínimas para el tratamiento de los reclusos, adoptada por el Primer Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención y Tratamiento del Delincuente, se recoge en su artículo 23, que «en los establecimientos para mujeres deben existir instalaciones especiales para el tratamiento de las reclusas embarazadas, de las que acaban de dar a luz y de las convalecientes»³ La Convención Americana sobre Derechos Humanos en su artículo 4 plasma que «[e]l derecho a la vida está protegido por la Ley y en general a partir del momento mismo de la concepción»;⁴ igualmente, en la Declaración de los Derechos del No-Nacido y en la Convención de los Derechos del Niño, se reconocen los derechos de este desde el momento mismo

¹ E. Jurado-García. *Boletín de la Comisión Nacional de Bioética de México*, octubre-diciembre, 1994; 1 (4): 19.

² Organización de las Naciones Unidas. *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. En *Médicos, pacientes, sociedad. Derechos Humanos y responsabilidad profesional de los médicos en documentos de las organizaciones internacionales*. Buenos Aires, Asociación Mundial de Psiquiatría, Geneva Initiative/Asociación Psiquiátrica de América Latina, 1998: IX.

³ *Ibidem*: 20.

⁴ *Ibidem*: 4.

de su concepción y los de la familia, así como la obligación de los Estados de garantizar su protección.

Acerca de la biología molecular y la genética médica

La aparición de la nueva biología a mediados de los años sesenta revolucionó los procedimientos de fabricación de gran número de sustancias químicas y farmacéuticas. La posterior multiplicación de los descubrimientos en el campo de la bioquímica, la genética y la biología molecular registrada en las décadas posteriores acrecentaron el interés mundial por estas disciplinas.

La complejidad y velocidad en los avances de la revolución biotecnológica provoca tal impacto en las relaciones sociales, en el propio ser humano y su entorno que, por su dinámica y velocidad de desarrollo, reclama la reflexión articulada desde múltiples perspectivas [...] Los científicos hoy tienen a su alcance la posibilidad de intervenir en los procesos de la vida y de la muerte. Esta capacidad, lograda por la ciencia y la técnica, genera permanentemente nuevas cuestiones éticas, filosóficas, religiosas, jurídicas y culturales en torno a una multitud de situaciones.⁵

Como consecuencia de los progresos decisivos registrados en el campo de la virología, la bacteriología, la genética molecular y la enzimología, los conocimientos y las técnicas de ingeniería genética pudieron sistematizarse y perfeccionarse.

Las biotecnologías han permitido aprovechar, en el plano tecnológico, las propiedades y características de los microorganismos y cultivos celulares, así como han ofrecido posibilidades de producir gran número de sustancias y compuestos esenciales para mejorar la calidad de la vida del hombre. Pero, más allá, han extendido su campo de acción a otros procesos en el orden celular y molecular, se han aplicado con éxito a la reproducción humana y dirigen también sus esfuerzos al mejoramiento genético de la especie mediante la eliminación de enfermedades y probables discapacidades transmitidas en el código genético.

Con el estudio de las cuestiones y dilemas que planteó el desarrollo de la biología molecular, las biotecnologías a ella asociadas y las técnicas de reproducción asistida a las concepciones tradicionales del derecho, se empezó a hacer sentir en los foros jurídicos la necesidad de tomar partido y ofrecer soluciones a estas nuevas situaciones legales. El inicio del Proyecto Genoma Humano hizo aún más evidente el requerimiento fundamental de precisar una nueva definición de la persona y los derechos humanos.

El cuestionamiento básico apunta a convertir en el centro del problema la vida humana y su protección. Sin embargo, aunque no existe la menor duda de que la base de cualquier sistema legislativo debe partir del respeto a los derechos

⁵ F. Parenti. «Bioética. Derechos humanos y filosofía del cuerpo.» En *Bioética y derechos humanos*. Bogotá, Editorial Kimpres, 1998: 328.

de la persona, esto no puede centrarse exclusivamente en la protección a los llamados derechos humanos fundamentales.

Es necesario ofrecer un nuevo marco jurídico a los problemas planteados por las investigaciones biológicas y biomédicas y no oponer el derecho a los avances de la ciencia argumentando, como muchos lo hacen, que «cualquier manipulación no natural que produzca como resultado una alteración de las características genéticas de la persona deberá prohibirse por ser contraria al iter natural de cualquier ser humano».⁶

En principio, la ingeniería genética y las biotecnologías contribuirán a resolver problemas relacionados con la mejora genética y la producción de alimentos, con el conocimiento y control de enfermedades hereditarias, y con la posibilidad de proveer recursos científicos para el diagnóstico y la terapia. La necesidad de llevar a cabo las investigaciones que en este campo se hacen, se justifican en el hecho de que hoy aún se desconocen las causas de gran parte de las enfermedades registradas.

Por ello, es función de los juristas y legisladores la regulación con carácter de ley de los límites legales que a tales conductas han de imponerse, no para dificultar la investigación o frenarla, sino para impedir que la aplicación de la ciencia vaya en detrimento de la esencia de la naturaleza humana.

La ciencia, el interés por conocer, no puede ni debe ser limitado. El peligro no está en la investigación, sino en la aplicación de los nuevos conocimientos. Es impensable intentar detener la investigación a las puertas de la «era del conocimiento»; pero es necesario que la aplicación de los conocimientos científicos respete los derechos humanos. El respeto de la dignidad individual e integridad de cada ser humano —y como consecuencia de su patrimonio genético— es el criterio determinante que fija inflexiblemente el límite de las aplicaciones de la ciencia en el campo genético.

«Las biotecnologías han permitido “tocar” y manipular literalmente las estructuras moleculares para abrir una senda de grandes esperanzas y torvas preocupaciones, por lo que los organismos modificados genéticamente (OMGs) pueden significar en términos de beneficios y peligros potenciales.»⁷

Corresponde a los juristas ahora adoptar las soluciones a los conflictos que puedan derivarse de las investigaciones en genética molecular, entre ellas, aquellas que se ocupan del genoma humano.

El conocimiento sobre el genoma de un individuo puede revelar una importante información acerca de los factores endógenos que conforman su estado de salud actual y futuro. Se calcula que actualmente alrededor de cuarenta mil enfermedades son de carácter hereditario. Por otro lado, el estudio del genoma permite descubrir características propias del individuo humano, que aunque no

⁶ E. Rocas Trías. «El derecho perplejo: los misterios de los embriones.» *Derecho y Genoma Humano*, diciembre de 1994; (1): 123.

⁷ J.R. Acosta. «Los organismos modificados genéticamente. El poder blando del tercer milenio.» *Biotecnología Aplicada*, número especial de 1999: E-26.

están vinculadas al estado de salud, constituyen una información básica cuya utilización apartada de los principios éticos puede convertirse en una fuerte arma discriminatoria.

«Es imposible predecir hasta dónde nos puede llevar el desarrollo acelerado de los adelantos científicos y tecnológicos, pero en cualquier caso no puede intentar cerrársele los caminos. Debe creerse en la ciencia y abogar por el desarrollo de una tecnología respetuosa de los derechos humanos y de la dignidad del hombre.»⁸

Existen principios enunciados y reconocidos en las normas del derecho internacional que son en sí mismas el límite ético y jurídico a toda experimentación e investigación científica en seres humanos. Tales principios, al actuar como garantes del respeto a los derechos humanos, deben constituir la piedra angular de las legislaciones nacionales e internacionales que sobre el tema se adopten, De ellos los más importantes son:

1. Principio de la salvaguarda de la vida, la integridad física y la salud.
2. Principio de la salvaguarda de la dignidad humana.
3. Principio de la igualdad de los sujetos humanos.
4. Principio del consentimiento del sujeto.
5. La salvaguarda del ambiente.

El Proyecto Genoma Humano –que llevan a cabo instituciones científicas fundamentalmente de países del Norte lideradas por Estados Unidos, la Unión Europea y Japón– tiene como objetivos lograr, en una primera fase que recién acaba de concluir, «mapear» todas las posibles combinaciones que constituyen la herencia humana, para, en una segunda fase, determinar las posibles expresiones estructurales funcionales a las que estas dan lugar.

El Proyecto Genoma Humano se ha convertido en la más importante investigación colaborativa internacional con que culminó el siglo xx y se inició el nuevo milenio. Se ha puesto gran cantidad de recursos materiales y financieros a su disposición, así como los más calificados especialistas de diversas ramas de la ciencia.

Diversas son las reuniones internacionales en las que juristas, médicos, investigadores, científicos, legisladores y hasta políticos han debatido sobre el tema. Los principales instrumentos éticos y jurídicos que han resultado de estos análisis evidencian la preocupación internacional por estas investigaciones y el uso de los resultados que en este campo han dado lugar. Estos cuerpos jurídicos internacionales son referentes insoslayables para los legisladores contemporáneos y su análisis crítico es necesario para esclarecer la posición del derecho cubano.

⁸ H. Gros Espiell. «La clonación. Los derechos humanos y el derecho internacional.» *Diálogo*, abril de 1998; (23).

Declaración de Bilbao

La Reunión Internacional sobre el Derecho ante el Proyecto Genoma Humano se celebró en mayo de 1993 en la Universidad de Deusto, Bilbao. En esta reunión, científicos y juristas allí congregados debatieron sobre la trascendental incidencia para el derecho de este importante proyecto colaborativo internacional. El evento concluyó con la aprobación de la conocida Declaración de Bilbao.

En el «Preámbulo» de la Declaración, se resalta la trascendencia para la humanidad del Proyecto Genoma Humano, pero advierte en su propio texto el peligro de la posibilidad de utilizar la información genética para dividir grupos y discriminar personas; en definitiva, para vulnerar derechos humanos universalmente admitidos.⁹

De ahí que se establecieran varios principios que deben ser admitidos y respetados por todos, partiendo del reconocimiento de que debe ser el respeto a la dignidad y la protección de los derechos humanos el pilar sobre el que se sustente cualquier intento de intervención en la naturaleza humana.

Acuerdan, asimismo, la necesidad de un nuevo enfoque legal, teniendo en cuenta que los beneficios que aportará este Proyecto pertenecen no solo a los científicos sino a todos los seres humanos.

De los temas debatidos en el foro, los que más trascendieron a la Declaración por haber sido el eje central de los análisis, son precisamente los relacionados con la protección y el respeto a los derechos humanos. En este sentido, se destacaron como premisas básicas el límite que impone este respeto por los derechos humanos consagrados en las constituciones y leyes nacionales e internacionales a la utilización de técnicas genéticas referidas al ser humano, la protección de la intimidad personal o confidencialidad de la información genética, el límite que debe existir para la patentabilidad de los genes, la fijación de límites para ciertas formas de ingeniería genética y la utilización de la información genética en el ámbito de las relaciones laborales cuando ello puede traer consigo cualquier acto discriminatorio. Se resalta también con gran insistencia la necesidad de establecer acuerdos internacionales para la aplicación de los conocimientos genéticos.

Declaración iberoamericana sobre ética y genética

Esta Declaración, adoptada en Manzanillo, México, en 1996, y revisada en Buenos Aires en 1998 recoge la posición de varios países de Iberoamérica y España en relación con el debate internacional sobre el genoma humano. Al igual que la de Bilbao, parte de que es el respeto a la dignidad, la identidad y la integridad humana y los derechos humanos la base de las reflexiones que se hagan sobre las implicaciones del desarrollo científico y tecnológico en el campo de la genética humana. Por otra parte, se deja claramente establecido que el

⁹ «Declaración de Bilbao.» *Derecho y Genoma Humano*, julio-diciembre de 1994; (1).

genoma humano forma parte del patrimonio común de la humanidad y que en este proyecto deberá prevalecer, además, el respeto a la cultura, las tradiciones y los valores propios de los pueblos.

Al representar los intereses de los países latinoamericanos, los adoptantes abogan por la necesaria solidaridad que debe existir por parte de los países más desarrollados con los de nuestra área, teniendo en cuenta que son los del Primer Mundo no solo los que en gran medida llevan a cabo el Proyecto, sino porque potencialmente recibirán los mayores beneficios. Se insistió, además, en la importancia de la realización, por los gobiernos de los países firmantes, de una política planificada de investigación en genética humana y de llevar a cabo esfuerzos para que la población, en general, tenga acceso a los conocimientos obtenidos y sus beneficios sin ningún tipo de discriminación. No se pasó por alto lo inminente de las transformaciones y regulaciones que en el orden legislativo deben operarse, y se puntualizó la necesidad de que el manejo de la información genética individual debe garantizar el respeto a la privacidad y la intimidad de cada persona, y que cualquier intervención sobre el genoma humano o la realización de pruebas genéticas se hará sobre la base del consentimiento libre e informado de los individuos.

**Convención para la Protección de los Derechos Humanos
y de la Dignidad del Ser Humano con Respeto
a las Aplicaciones de la Biología y de la Medicina:
Convención sobre los Derechos Humanos y la Biomedicina**

La Convención, celebrada por los países miembros del Consejo de Europa y la entonces Comunidad Europea en Oviedo, Asturias, en abril de 1997, adoptó como declaración final lo que se ha conocido como Convención de Asturias de Bioética, y cuyo texto, que parte del reconocimiento de los firmantes de las declaraciones, pactos y convenios internacionales que tienen como fin la protección de los derechos humanos en todas sus manifestaciones, así como de que el uso inadecuado de la biología, la medicina y las investigaciones científicas en estos campos puede conducir a actos que amenacen la dignidad humana, establece como finalidad primordial del Convenio la protección de la dignidad e identidad del ser humano, así como el respeto a la integridad y libertades fundamentales.

Como los anteriores acuerdos conceden primacía al ser humano, al dejar plasmado en su artículo 2 que el interés y el bienestar del ser humano prevalecerán frente al exclusivo interés de la ciencia, igualmente se pronuncia por el acceso equitativo a los servicios sanitarios y por la necesidad de obtener un consentimiento libre e informado de las personas sobre las cuales se desea intervenir en materia de salud.

El innegable aporte de este documento lo constituye, sin duda, la introducción de una protección especial para los derechos de los incapaces, bien por

razón de la edad o de enfermedad mental, quienes, por regla general, no podrán ser sometidas a intervención alguna sino en su beneficio directo. Contiene también en su articulado la protección a derechos humanos fundamentales como el de la intimidad, la no discriminación y la protección a la integridad del ser humano.

En lo referente a las investigaciones en seres humanos y otras intervenciones en el campo de la salud, el Convenio prohíbe expresamente la creación de embriones humanos con el fin de investigar, y establece, por otra parte, que en cuanto a la extracción y el trasplante de órganos y tejidos no podrá llevarse a cabo en un donante vivo si no es en interés terapéutico del receptor.

Al enunciar expresamente la fijación por las partes de sanciones adecuadas para los supuestos de trasgresión del Convenio, las partes firmantes allanaron el camino para la toma de conciencia de los Estados acerca de la necesidad de que los avances obtenidos en el campo de las ciencias y la tecnología se empleen en beneficio de la humanidad y no en provecho de pequeñas minorías. Esta reunión marcó la pauta que sirvió de fundamento a la adopción de la importante Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos.

Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos

El 11 de noviembre de 1997, casi cincuenta años después de la Declaración Universal de los Derechos Humanos adoptada por las Naciones Unidas, la Conferencia General de la UNESCO aprobó la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos.

Esta Declaración, aunque no posee valor coercitivo, sí constituye de hecho un compromiso moral para los Estados. Su significado trascendental está en establecer el marco ético de las actividades relativas al genoma humano y los principios generales para la protección de los derechos humanos frente a los ataques potenciales vinculados a las aplicaciones de las investigaciones. En su texto se define una parte importante de la esencia de los derechos humanos, que no es otra que especificar los derechos que deben recibir protección total por estar en juego el derecho de ser humano.¹⁰

En el preámbulo mismo del documento, luego de hacer referencia a los principales tratados, declaraciones y convenios internacionales que se han adoptado en materia de derechos humanos, se deja establecido de manera clara que la defensa de los valores que deben marcar la vida de los seres humanos prevalecerá sobre cualquier actividad científica. En este sentido se destaca que las investigaciones sobre el genoma humano y sus aplicaciones abren inmensas perspectivas para el mejoramiento de la salud de los individuos y de toda la humanidad, pero deben,

¹⁰ N. Lenoir. «El genoma humano. La ética y los derechos humanos.» *Diálogo*, abril de 1998; (23).

al mismo tiempo, respetar plenamente la dignidad, la libertad y los derechos de la persona humana, así como protegerlo de toda forma de discriminación, lo que queda complementado con el artículo 2: «a) Cada individuo tiene derecho al respeto de su dignidad y derechos, cualesquiera que sean sus características genéticas; b) Esta dignidad impone que no se reduzca a los individuos a sus características genéticas y que se respete el carácter de cada uno y de su diversidad.»¹¹

Al igual que otros cuerpos anteriormente referidos, en la Declaración se resalta la necesidad de obtener el consentimiento libre e informado de los interesados que participen en alguna investigación, tratamiento o diagnóstico; la protección de la confidencialidad de los datos genéticos; la reparación del daño que puede causarse a una persona por la intervención en su genoma, y enuncia una serie de principios éticos que deben observarse en el campo de la investigación relacionada con el genoma humano, que deberá estar siempre precedida de una evaluación de riesgos y beneficios. Es el primer texto internacional que especifica en forma tan clara las responsabilidades inherentes a la actividad científica.

Particular significación tienen los artículos 6 y 11 de la Declaración, por recoger en sí mismos dos derechos humanos fundamentales: el primero prohíbe expresamente la discriminación de la persona basada en sus características genéticas, y el segundo, al pronunciarse opuesto a la práctica de la clonación por ser contraria a la dignidad humana, afianza el derecho de los seres humanos a la inviolabilidad de la individualidad humana y al mismo concepto de personalidad.

Nos parece significativo señalar la referencia que se hace a la necesaria solidaridad y cooperación internacional al destacar los individuos o poblaciones expuestos a enfermedades o discapacidades de índole genética. No menos importante, en esta misma línea, es el señalamiento expreso a la difusión de los conocimientos científicos sobre el genoma humano, especialmente entre los países desarrollados y los del Tercer Mundo.

Con la exhortación a la creación de los comités de ética independientes, el documento de la UNESCO hace un llamamiento a velar por las implicaciones éticas, jurídicas y sociales derivadas de las investigaciones sobre el genoma humano.

Protocolo Adicional al Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad Humana en Relación con la Aplicación de la Biología y la Medicina sobre la Prohibición de Clonar Seres Humanos. Abierto a la firma en París, 1998

La clonación, realizada inicialmente solo con plantas, se ha ido extendiendo cada vez más al mundo animal, y hoy es técnicamente posible, por lo menos en el plano teórico, clonar seres humanos.

¹¹ Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. *Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos*. París, diciembre de 1997: 1-2.

Si bien es loable el deseo de lograr mejoras en los animales de manera que los de consumo proporcionen mayor cantidad y calidad de alimentos, la clonación de embriones humanos merece otra consideración, por poner en peligro bienes jurídicos fundamentales para el individuo y la sociedad.

Con la clonación se destruye el concepto mismo de la personalidad humana, ya que no solo se altera la información genética de una persona, sino que se duplica según una información genética ya existente. La individualidad de una persona clonada queda completamente suprimida.

Este atentado contra la individualidad humana es precisamente el motivo que impulsó a que los firmantes de la Convención de Asturias de Bioética debatieran una vez más y con mayor fuerza sobre el tema de la clonación. En los fundamentos del Protocolo, se expone que la creación de seres humanos genéticamente idénticos es contraria a la dignidad humana y constituye así un abuso de la biología y la medicina, lo que se complementa en el artículo 1 con la prohibición de crear un ser humano genéticamente idéntico a otro.

El Protocolo no adopta una postura específica sobre la admisibilidad de clonar células y tejidos con fines de investigación que deriven en aplicaciones médicas. La clonación como técnica biomédica es un instrumento importante para el desarrollo de las nuevas terapias. El contenido del Protocolo no puede entenderse en ningún sentido contrario a las técnicas de clonación en biología molecular. Sin embargo, establece claras barreras contra cualquier intento de producir artificialmente seres humanos genéticamente iguales.

Según ha escrito el filósofo Hans Jonas, «[...] La responsabilidad es el interés reconocido y aceptado como deber que manifestamos por otro ser humano».¹²

Con la aprobación de estas Declaraciones, los Estados han adoptado el compromiso moral de prevenir a la humanidad de los peligros que su genio creador engendra, por lo que estas deben constituir el punto de partida para que se tome conciencia internacionalmente de la necesidad de proteger al hombre, su dignidad, integridad y derechos del empleo inadecuado del conocimiento científico.

El derecho internacional, del que hoy forman parte esencial los derechos humanos, no puede ser ajeno al tema de la experimentación en humanos, por lo que algunas de estas técnicas pueden afectar la dignidad y la esencia de la persona y constituir, por tanto, una violación de sus derechos. Las normas del derecho internacional han de ocuparse del Proyecto Genoma Humano no solo por la relación existente entre los derechos humanos y el derecho internacional, sino porque es la identidad el fundamento común y universal de los derechos de la persona.

¹² Citado por F. Mayor. «Preámbulo». *Diálogo*, abril de 1998; (23).

Posición del derecho cubano ante la cuestión de la persona al principio de la vida

En Cuba, se han utilizado las técnicas de reproducción asistida de la inseminación artificial y la fertilización *in vitro* como parte del Programa Nacional Materno-Infantil, que incluye, además, el de Genética Médica. En su implementación, y dado el carácter social de nuestra salud pública, el bienestar de la familia y de los hijos ha constituido el centro de las preocupaciones, por encima de las mismas técnicas o de cualquier otro interés.

Mucho se ha cuestionado la protección real que brinda nuestro Estado cubano al embrión humano, al centrar el punto medular del ataque en el hecho de que en Cuba el aborto institucional es permitido. Y si bien es cierto que no podemos ni debemos estar conformes con las cifras de jóvenes y mujeres adultas que acuden a esta vía como forma de evitar el nacimiento de hijos no deseados, una realidad inobjetable también son los espeluznantes datos que muchos países ofrecen sobre muertes de féminas acaecidas durante interrupciones clandestinas de embarazo, por no contar con la posibilidad económica y legal de acudir a centros hospitalarios o clínicas donde, por razones muy propias, puedan poner fin a una gestación. Es obvio que esta situación afecta fundamentalmente a las clases menos favorecidas, que no tienen opciones de acudir a centros médicos privados donde se realizan interrupciones de embarazos clandestinos, o de viajar al extranjero con este fin.

La cuestión, a nuestro entender, no es de orden legal. Mucho falta aún por hacer en el plano donde se puede lograr realmente una comprensión cabal de la necesidad de fomentar una maternidad y paternidad responsables. No es la prohibición, sino la libertad de elección, acompañada de una educación popular que garantice el ejercicio pleno de la sexualidad y la actitud responsable ante la concepción, lo que nos pondrá en condiciones de disminuir las cifras de abortos electivos.

En el afrontamiento cubano sobre la cuestión de la protección del embrión se parte de la necesidad de tomar en cuenta el criterio de su suficiencia constitucional. La frontera o límite hasta donde se permite la libre elección de las personas, y desde donde las regulaciones establecen la prohibición del aborto electivo, ha sido situada en el completamiento del período de la organogénesis básica, entre la décima y la duodécima semana, a partir de la cual solo se justifica una intervención para poner fin a la gestación con fines estrictamente terapéuticos. No obstante, a pesar de lo anterior, el embrión queda protegido legalmente desde el momento mismo de la concepción contra manipulaciones no autorizadas expresamente de acuerdo con las disposiciones establecidas.

Las consideraciones éticas que sustentan la protección legal concedida al embrión humano son derivadas del respeto a la dignidad inherente a la persona de cualquier miembro de la familia humana [...] Es posible distinguir en el derecho positivo diferentes posiciones referentes a la personalidad jurídica. Muchas de ellas ofrecen

protección legal específica para la vida humana en forma de deberes y obligaciones hacia la vida que está por nacer. De esta forma es posible proteger la vida humana del abuso, la explotación comercial, o la experimentación no terapéutica antes del nacimiento. En resumen, independientemente de cualquier consideración legal, hay consenso general de que el embrión humano merece el reconocimiento inherente a su dignidad como miembro de la familia humana; solo así puede cualquier país proceder a examinar qué prácticas son contrarias al respeto de esa dignidad y brindar protección al material genético humano.¹³

Si realizamos un análisis somero de algunas de las legislaciones cubanas, ratificamos que es el ser humano, aun antes de nacer, quien más ha preocupado al legislador y a nuestro Estado.

En el artículo 8 de la Constitución de la República, se refrenda que «el Estado socialista garantiza la libertad y la dignidad plena del hombre, el disfrute de sus derechos [...] y el desarrollo integral de su personalidad». En el artículo 34, se establece la protección que el Estado brinda a la familia, la maternidad y el matrimonio, y en el 36, la igualdad de derechos de todos los hijos, lo que queda complementado en el Código de Familia, que por su parte establece, dentro de sus objetivos básicos, contribuir al fortalecimiento de la familia y los vínculos de cariño entre sus integrantes, y en su artículo 25 reconoce la igualdad de todos los hijos y el disfrute de iguales derechos.

La Ley de Salud Pública, Ley 41 de 13 de julio de 1983, en su artículo 4, inciso e) reconoce que uno de los basamentos de la Organización de la Salud Pública y la prestación de los servicios que a ella corresponde es la aplicación adecuada de los adelantos de las ciencias y de las técnicas mundiales, y en su articulado del 23 al 26 refrenda la protección que se ofrece a toda mujer gestante y a los niños.

La Ley 59, Código Civil, por su parte, establece en el artículo 25 que al concebido se tiene por nacido para todos los efectos que le sean favorables, a condición de que nazca vivo; y el artículo 495.1 del propio cuerpo legal, dispone que la preterición de alguno o de todos los herederos especialmente protegidos que vivan al otorgarse el testamento o que nazcan después de muerto el testador, anulan la institución de heredero.

En el orden laboral, la protección del no nacido puede deducirse de lo establecido en la Ley 49, Código del Trabajo, en sus artículos del 213 al 219, en relación con la protección a la mujer embarazada con licencias pre y pos natales, seguridad social, continuidad en el trabajo y otras garantías; así como en la Ley de Maternidad, que igualmente refrenda estas garantías.

También para el derecho penal, la vida de las personas y su protección ocupan el centro de la atención del legislador, y aunque, como se ha dicho anteriormente,

¹³ J. Mas, J. González, M.E. Cobas, P. González, A. Pérez. «Aspectos éticos y legales de la reproducción asistida.» En *Desafíos éticos*. Brasilia, Consejo Federal de Medicina, 1993: 160.

no considera ilícito el aborto, resguarda el embrión de cualquier ataque ilegítimo, lo que contribuye a su protección legal. De ahí que los artículos del 267 al 271 del Código Penal, establecen penas para el que destruya el embrión incluso con autorización de la grávida, fuera de las regulaciones establecidas por el Ministerio de Salud Pública para el aborto. Sanciones aún más severas para el que de propósito cause el aborto o destruya de cualquier manera el embrión, o para el que provoque estos resultados por haber ejercido actos de fuerza o violencia sobre la grávida, sin propósito de causarlo, pero constándole el estado de embarazo de la mujer. También se sanciona al que sin prescripción facultativa expendo o facilite una sustancia abortiva o idónea para destruir el embrión.

Sobre el controvertido tema acerca del concepto de persona, que tanta polémica suscita, mucho se ha discutido. Y aunque filósofos, biólogos, religiosos y juristas se han extendido en el tratamiento del problema, de su definición y naturaleza, no cabe ninguna duda de que a los últimos les compete, al menos, por la propia esencia de su encargo social, brindarle la protección adecuada.

En el mundo contemporáneo se han distinguido dos posiciones fundamentales acerca de la definición de persona: unos la identifican con el concepto mismo de ser humano, vinculado a su corporeidad, y otros la asocian con un atributo esencial: la conciencia. De ahí que en el orden legislativo se manifiesten varias tendencias sobre el momento del nacimiento de la persona: algunas leyes consideran que se es persona desde el instante mismo de la concepción, otros lo asocian a determinado estadio del desarrollo embrionario, y otra corriente ubica el nacimiento de la persona solo a partir de la separación con vida del claustro materno y la interacción del ser humano con la sociedad.

En esta última posición se encuentra nuestro Código Civil, al establecer en su artículo 24 que la personalidad comienza con el nacimiento y se extingue con la muerte. Sin embargo, como ha quedado claramente expuesto, la protección jurídica del embrión humano en la legislación cubana comienza aún antes de nacer.

A nuestro entender, la legislación cubana en este campo ofrece un marco adecuado para la protección de la integridad y dignidad de la persona de acuerdo con el consenso moral predominante en nuestra sociedad. Sin embargo, sería recomendable adoptar legislaciones particulares que regulen la puesta en práctica de las tecnologías reproductivas, en particular de las técnicas de reproducción humana asistida, que en términos generales solo están sujetas a regulaciones internas del Ministerio de Salud Pública (MINSAP), de su Carpeta Metodológica y sus Programas, así como de las disposiciones internas de los Grupos Nacionales de las diferentes especialidades médicas adscriptos al MINSAP.

No hay ausencia, existe un referente jurídico que es necesario jerarquizar elevándolo a la consideración y el debate parlamentario, lo que redundaría en una mayor conciencia social sobre estas problemáticas y a la evaluación externa al MINSAP de lo concebido y dispuesto en este campo. Es perentoria también

la necesidad de incorporar de manera más amplia la educación jurídica en la formación de recursos humanos en salud, porque ninguna legislación puede ser efectiva si no existe una conciencia ciudadana en este sentido.

Conclusiones

En Cuba existe un marco legal que permite dar respuesta jurídica a los principales conflictos del principio de la vida que el desarrollo científico tecnológico ha planteado al derecho.

Sin embargo, la legislación existente en este campo está dispersa y es desigual. Mientras que en nuestro país existen otros temas propios de la relación entre bioética y derecho, como los del medio ambiente y la seguridad biológica, que disfrutan de un soporte jurídico de suficiente amplitud y acorde con las tendencias más avanzadas del derecho ambiental, existen otras temáticas como el empleo de técnicas de reproducción asistida y la investigación biotecnológica en embriones humanos que están amparados en disposiciones muy generales contenidas en la Ley de Salud Pública y en regulaciones internas del MINSAP, el CITMA y otros organismos.

El desarrollo alcanzado en Cuba en estas tecnologías de punta merece darle mayor jerarquía legal con la elevación de estas disposiciones al rango de leyes. Esto permitiría, al calor del debate parlamentario, contribuir a la divulgación de estos temas y a la elevación de la conciencia jurídica de la población.

Referencias

- Acosta Sariego, J.R. «Tendencias del debate bioético contemporáneo.» *Boletín del Ateneo Juan César García* [La Habana], 1995; 3 (3-4): 35-49.
- . «¿Quién debe decidir?» *Revista Avances Médicos de Cuba*, 1996; (6): 59-62.
- . «¿Es la vida un valor absoluto?» *Avances Médicos de Cuba*. 1996; 7: 59-60
- . «Una bioética sustentable para un desarrollo sostenible.» En *Ecología y sociedad. Estudios*. La Habana, Editora del Centro Nacional de Investigaciones Científicas, 1997: 35-44.
- Amarillo, M.A., U. González. «Algunas consideraciones sociológicas y éticas acerca del aborto demandado.» En J.R. Acosta Sariego (editor). *Bioética. Desde una perspectiva cubana*. La Habana, Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, 1997: 214-20.
- Andorno, R. «Persona y derecho.» *Suplemento Iura*. Separata N° 3. Universidad de Navarra, 1993.
- . «L'embryon humain. Enquête d'une protection juridique.» *Éthique et Vie en Fonction* [Paris], 1993; (8): 111-21.
- Araujo, R. «La medicina actual y las organizaciones internacionales de salud. Tendencias y consideraciones.» *Boletín del Ateneo Juan César García* [La Habana], 1995; 3 (3-4): 86-93.
- Barrios, B. «Algunos aspectos teóricos y filosóficos de la genética.» En *Coloquio sobre Problemas Filosóficos de la Medicina*. La Habana, Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. 1984, t. 1: 57-78.

- Beauchamp, T.L., L.B. Culough. *Las responsabilidades morales de los médicos*. Barcelona, Editorial Labor, 1987.
- Charo, A. «Legislative Approaches to Surrogate Motherhood.» *Law, Medicine and Health Care*, spring, 1988; 16 (1-2): 96-112.
- Consejo de Europa. 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, Asturias, 1997.
- Constitución de la República de Cuba*. La Habana, Editorial del Consejo de Estado. 1976.
- Declaración de Manzanillo*. México, Grupo Latinoamericano del Proyecto Genoma Humano, octubre, 1996.
- Delgado, G. «Raíces históricas del pensamiento bioético cubano y de la investigación médica en sujetos humanos en Cuba.» En J.R. Acosta Sario (editor). *Bioética. Desde una perspectiva cubana*. La Habana, Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, 1997: 43-9.
- Gafo, J. (editor). *La eutanasia y el arte de morir. Dilemas éticos de la medicina actual-4*. Madrid, Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas, 1990.
- Garí, M., B. Barrios, I. Barrios, J. Acosta. «¿En busca del perfeccionamiento humano?» En J.R. Acosta Sario (editor). *Bioética. Desde una perspectiva cubana*. La Habana, Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, 1997: 201-4.
- González, U. «La calidad de vida como un problema de la bioética.» En J.R. Acosta Sario (editor). *Bioética. Desde una perspectiva cubana*. La Habana, Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, 1997: 279-85.
- Gracia, D. *Fundamentos de bioética*. Madrid, Editorial Eudema Universidad, 1989.
- . *Ética en los confines de la vida. Ética y vida 3*. Santafé de Bogotá, Editorial El Búho, 1998.
- . *Profesión médica, investigación y justicia sanitaria. Ética y vida 4*. Santafé de Bogotá, Editorial El Búho, 1998.
- Granda, H. *Programa para el diagnóstico y prevención de malformaciones congénitas y enfermedades hereditarias*. La Habana, Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana/Centro Nacional de Genética Médica, 1986: 7-13.
- Higera Guimerá, J. «Consideraciones jurídico-penales sobre las conductas de clonación en los embriones humanos.» *Revista de Derecho y Genoma Humano*, julio-diciembre de 1994; (1): 49-71.
- Jonas, H. *El principio de la responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica*. Barcelona, Editorial Herder, 1995.
- Juan Pablo II. *Evangeliium Vitae. Carta encíclica sobre el valor y el carácter inviolable de la vida humana*. Santiago de Chile, Editorial San Pablo, 1995.
- Lacadena, J.R. «Manipulación genética.» En *Fundamentación de la bioética y manipulación genética. Dilemas éticos de la medicina actual-2*. Madrid, Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas, 1988: 144-50.
- Ley N° 62/88 (Código Penal). La Habana, Editorial Org. Divulgac., MINJUS, 1989.
- Ley N° 1289/75 (Código de Familia). La Habana, Editorial Org. Divulgac., MINJUS, 1989.
- Ley N° 81/97 (Ley sobre la protección del Medio Ambiente y los recursos naturales). *Gaceta Oficial de la República de Cuba*, 11 de julio de 1997.

- Ministerio de Salud Pública. *Principios de la ética médica*. La Habana. Editorial de Ciencias Médicas. 1983
- Ministerio de Salud Pública. *Propuesta de modificaciones a la Ley de Salud Pública*. Capítulo III. De la formación de recursos humanos, la investigación, la ciencia y la tecnología, La Habana 1997: 1-7.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. *Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos*. París, 1997.
- Penchaszdeh, V. «Aspectos éticos de la genética clínica.» *Cuadernos del Programa Regional de Bioética* [Santiago de Chile], 1996; (2): 93-108.
- Potter, V.R. «Bioética puente, bioética global y bioética profunda.» *Cuadernos del Programa Regional de Bioética* [Santiago de Chile], diciembre de 1998; (7): 21-36.
- Veloso de Franca, G. «Aborto, breves reflexiones sobre el derecho a vivir.» *Bioética* Simposio Aborto, 1994; 2 (1): 29-35.

Aspectos éticos en cirugía

Marco Taché Jalak



Hace 2 500 años, Hipócrates estableció el vínculo entre la medicina y la ética. Desde entonces este vínculo permanece adaptado a las distintas épocas y circunstancias.

En años recientes, cada vez con mayor frecuencia, se alude en las publicaciones médicas a los principios éticos para enjuiciar los procedimientos y conductas médicas.

El desarrollo científico y las investigaciones en el campo de la biomedicina han dado lugar a espectaculares logros: los estudios genéticos, la clonación, la reproducción asistida, la investigación sobre las células madres, el polémico empleo de embriones para la experimentación, para solo mencionar los más divulgados.

Su importancia trasciende al conjunto de la sociedad, donde se moviliza la discusión y se toma partido sobre las repercusiones morales y éticas que se derivan de estos logros. De tal forma, la experimentación en la clonación o los estudios de células madres dependen de las decisiones de los parlamentos y los gobiernos. Los políticos y teólogos emplean los medios de difusión para exponer sus criterios esgrimiendo sus conceptos sobre la moral. Esto facilita que la población tenga oportunidad de acceder al conocimiento de estos temas trascendentes.

Los avances científicos llegan a la cirugía. Se incorporan nuevas tecnologías para el diagnóstico y

el tratamiento quirúrgico que repercuten en el modelo de atención quirúrgica hospitalaria. Esto constituye un reto también en el orden ético. Algunos de ellos representan verdaderos desafíos para el cirujano que pueden ser analizados dentro de cada uno de los aspectos que intervienen en el trabajo quirúrgico.

Relación cirujano-paciente

No es posible asumir los retos actuales en la cirugía sin analizar cómo estos influyen en la relación entre el cirujano y el paciente. La concepción tradicional de que para que la relación sea adecuada son suficientes la experiencia y determinadas virtudes del médico, asociadas al principio de que su acción siempre es benéfica, no se ajusta al criterio actual de lo que es una relación éticamente aceptable, que debe responder no solo al principio de la beneficencia, no maleficencia, sino también al de autonomía y el de justicia.

La concepción que prevaleció durante una gran parte del desarrollo de la medicina hacía caer sobre el cirujano toda la responsabilidad de las decisiones que se tomaban, tanto en el proceso diagnóstico como en el terapéutico, lo cual es hoy considerado un modelo autoritario, paternalista y dogmático de relación cirujano-paciente. Un enfoque adecuado tiene que partir de los tres principios éticos. Al médico le corresponde el de beneficencia, al paciente la autonomía y ambos deben ser garantizados por un sistema de salud que promueva la justicia.

Expuesto de esta manera, todo resulta sencillo y el resultado sería casi siempre el mejor. Pero la realidad no es tan simple, porque intervienen distintos factores; unos dependen del cirujano, otros del paciente y aun otros de la institución.

Un aspecto vital en la relación lo constituye la toma de decisiones por parte del cirujano y del enfermo. Este proceso transcurre para el médico a través de la incertidumbre, hasta que logra alcanzar la variable más acertada de acuerdo con su juicio. El enfermo suele debatirse en medio de una incertidumbre de otra naturaleza cuando debe responder a la propuesta que se le formula. Es este uno de los principales aspectos que hacen compleja esta relación y que debe ser tomado en consideración por parte del cirujano, que no debe perder de vista que cuando las personas acuden a él no solo tienen problemas biológicos sino también morales.

Otro aspecto que se debe tener en cuenta es el que se refiere a la jerarquía dentro de la relación cirujano-paciente. Cada vez más se reconoce que es necesario que se produzca una relación entre iguales que facilite la autonomía del paciente. Sin embargo, en esto también median elementos que deben ser valorados: el contexto sociocultural del enfermo, su nivel intelectual, sus características de personalidad, además de las circunstancias en la que se produce esta relación.

Estos factores, y el hecho de que el enfermo cuando acude al cirujano lo hace con la convicción de que es el único que puede resolver su dolencia, lo coloca en

una situación de dependencia, por lo que la relación entre iguales es en muchos casos difícil de lograr.

Hay pacientes que por sus creencias religiosas, los testigos de Jehová, por ejemplo, se niegan a aceptar determinados tratamientos, en especial las transfusiones de sangre. Su convicción se sustenta en el llamado derecho negativo, que parte del principio de que es posible realizar todo aquello que no está prohibido o limitado por una norma legal. Se sienten acreedores de que los demás acepten su decisión. Este hecho se convierte en un dilema, porque el cirujano posee otra concepción ética, fuertemente arraigada, la de la beneficencia, y está sujeto además a un código deontológico. El problema se solventa cuando es posible, si las circunstancias lo permiten, el empleo de productos sustitutos de la sangre.

Este tipo de dilema desborda al cirujano, incluso al servicio, para convertirse en un asunto de alcance social que involucra a las instituciones de salud y que como se presenta con cierta frecuencia requiere que los comités de ética médica, a los distintos niveles, se pronuncien.

Otra verdadera situación de conflicto ocurre en el tratamiento de los pacientes, con enfermedad avanzada o ancianos con complicaciones prácticamente insolubles, cuando sus familiares reclaman una intervención quirúrgica que el cirujano sabe tiene muy pocas posibilidades de ofrecerle algún resultado positivo, y que muchas veces solo ayuda a prolongar el sufrimiento de la persona. En ciertos casos este razonamiento no es válido para los familiares del enfermo, debido a que la decisión del cirujano se sustenta en la experiencia y las estadísticas, mientras la de la familia se guía por la emoción, sus creencias y criterios enraizados en un sentimiento de esperanza.

Los cirujanos muchas veces tienen que tomar decisiones en situaciones de urgencia. El imperativo de actuar con rapidez para tratar de garantizar la vida del paciente –con frecuencia personas con pérdida de su capacidad intelectual y de decisión, y, por tanto, de autonomía– o tratar a varios simultáneamente cuando ocurre un accidente, hace que de su conducta se deriven interpretaciones que en ocasiones son dirimidas ante las autoridades hospitalarias. El desempeño quirúrgico de urgencia, que involucra al paciente, familiares, cirujano e institución, requiere un constante análisis y debate que considere los principios éticos.

La responsabilidad que asuman los cirujanos, servicios e instituciones de salud al tomar conciencia de los factores éticos puede evitar interpretaciones posteriores de conductas o criterios que requieran de la atención de las comisiones de ética que juzgan esencialmente las conductas negligentes.

La investigación diagnóstica

Con la introducción de los nuevos métodos de investigación diagnóstica, la cirugía ha visto abrirse nuevos horizontes tecnológicos que en ciertas circunstancias le permiten abordar soluciones quirúrgicas que antes no le eran posibles o al menos

resultaban más complicadas. No siempre estas tecnologías son inocuas, pues su carácter invasivo puede implicar complicaciones. Esto, entre otras razones, motiva la reflexión sobre su empleo, al punto que se ha debatido sobre las reglas éticas que se deben observar antes de indicarlas.

Determinar cuál o cuáles son las investigaciones que requiere cada paciente corresponde al proceso de la toma de decisión para establecer un diagnóstico, cuando se sigue el método clínico. Para ello, algunos aspectos deben ser tenidos en cuenta.

No siempre un nuevo procedimiento diagnóstico, por muy novedoso que sea, sustituye a otro tradicional con la misma eficacia. Otros procedimientos llegan al mercado sin que el que se reemplaza haya agotado todas sus posibilidades. Algunos requieren un entrenamiento especial por parte del personal que lo aplica para que de su empleo se obtenga el resultado que se espera.

Cuando se indica una investigación que puede tener un doble propósito, diagnóstico y terapéutico, como es el caso de las investigaciones sobre las vías biliares, en las que, además de tener un resultado diagnóstico, a veces puede utilizarse al mismo tiempo como tratamiento con fines curativos —cuando hay una lesión benigna, por ejemplo, un cálculo que obstruye las vías biliares y es extraído—, otras paliativos, como cuando se implantan prótesis para aliviar el íctero por un cáncer. En esta situación, el tratamiento lo realiza otro médico que no es el cirujano que lo indicó. Cuando no se contemplan todos los aspectos, incluidas la debida información y la aceptación del enfermo de esta posibilidad, puede crearse un conflicto en que el enfermo se sienta ante cierta orfandad médica, al ser tratado de una manera que interpreta deshumanizada, precisamente dos de los principios a que alude la ética de la investigación diagnóstica. Muy en boga está el término de tratamiento multidisciplinario para el abordaje de determinados pacientes. Las ventajas que se obtienen de ello casi nadie las pone en duda. Sin embargo, cuando se requiere del concurso de más de una especialidad, siempre debe haber un médico de cabecera, en el caso al que nos hemos referido es el cirujano. Si no se cumple ese principio, el enfermo se siente moralmente indefenso. También en la indicación de la investigación diagnóstica intervienen aspectos que incumben a los cirujanos y a los enfermos.

La introducción de tecnologías, que ya se incorpora en oleadas en la práctica, influye en los cirujanos al modificar sus hábitos de conducta y crear en no pocos actitudes proclives a aceptar como infalible e imprescindible su empleo. Algunos llegan a sobreestimarlas en detrimento del examen físico y a considerarlas como un sustituto del juicio diagnóstico. El exceso de confianza en determinados estudios al sobrevalorar sus posibilidades influye en su empleo indiscriminado. Esto constituye un tópico de tanto interés que desde hace décadas se viene discutiendo. Un patrón éticamente aceptable es aquel que hace valorar al cirujano, antes de proponer una investigación, la medida en que el resultado de la prueba puede cambiar el tratamiento o tener influencia en el desenlace final de su paciente.

Tampoco puede escapar el hecho de que no es posible analizar el empleo de distintas pruebas diagnósticas sin asociarlas a la influencia que ejercen sobre las personas. Los pacientes cada vez conocen más acerca de sus derechos y de las posibilidades que existen para el diagnóstico y el tratamiento. Desde hace décadas, las innovaciones médicas son del conocimiento de la población a través de su divulgación en la prensa, que solo las pondera, sin evaluar en qué circunstancias son útiles y cuándo resulta racional su empleo. La medicalización de la sociedad, incluso su lenguaje, influye en este sentido. Para muchos, la atención que reciben de su cirujano tiene que pasar por la indicación de investigaciones no exentas de riesgos, como la tomografía computarizada y la resonancia magnética, pruebas que demandan al cirujano muchos de sus pacientes sin el empleo de la cuales se sienten deficientemente atendidos. El problema surge cuando el cirujano, por temor a que se interprete su negativa como una actuación negligente, aun en la certeza de que el estudio no aporta nada distinto, cede a la presión por complacencia. Dado que el resultado no modifica el diagnóstico ni cambia la conducta quirúrgica, el paciente se siente frustrado porque su expectativa sobre la prueba rebasa con mucho el resultado obtenido.

Nuevas técnicas en cirugía

No solo el empleo de las nuevas pruebas diagnósticas constituye un desafío para los cirujanos. Lo mismo ocurre con el empleo de las nuevas técnicas quirúrgicas o procedimientos diferentes para tratar ciertas enfermedades.

Puede aducirse que la aparición de nuevas técnicas es consustancial al desarrollo de la especialidad y, en efecto, siempre ha sido así.

El llamado Siglo de Oro en la Cirugía, que se derivó del descubrimiento de la anestesia, la introducción de los métodos de asepsia y antisepsia, comenzó a mediados del siglo XVIII. En algo más de ciento cincuenta años, se ha escrito la historia de la cirugía que hoy se practica. El acceso a órganos que eran inaccesibles fue posible cuando se pudo operar con margen de seguridad el abdomen, luego el tórax y el cerebro. Esto era recibido por las personas como una esperanza inimaginable, incluso para la generación que las antecedió.

Una técnica quirúrgica que no solo revolucionó la medicina, sino que motivó un cambio sin precedentes en el orden moral, fue el trasplante de corazón, que hizo modificar el criterio sobre la invulnerabilidad de los cadáveres que prevalecía en la cultura judeocristiana. Por supuesto, no todas las nuevas técnicas o procedimientos implican hechos de tanta repercusión. Algunos introducen el empleo de prótesis de distintos materiales.

Para abordar el tema, es necesario tener en cuenta lo que ha servido de guía en la práctica entre los cirujanos para la incorporación dentro de su repertorio de una nueva técnica. Es aceptado por todos que cada nuevo procedimiento debe estar basado en el conocimiento del mecanismo de producción de la enfermedad,

precedido por estudios que comparen sus resultados con otros procedimientos que se emplean habitualmente para tratar el mismo padecimiento. Tiene que ver, en la incorporación de una técnica que sustituya a otra, la experiencia no solo del servicio quirúrgico, sino también la preferencia de los cirujanos que jerarquizan ese colectivo. También se es cada vez más exigente en cuanto a los estudios de laboratorio y de ensayo clínico que preceden a ese nuevo procedimiento antes de proponer su empleo.

No es lo mismo introducir modificaciones a una técnica que no conlleva un cambio sustancial en el procedimiento que las que proponen un proceder diferente al que se usa habitualmente. Cuando se va a incorporar una técnica novedosa no es suficiente su conocimiento. Es determinante el cirujano que la lleve a cabo, que debe ser aquel que cuente con las posibilidades de competencia quirúrgica capaz de realizarla con éxito.

La definición de si este nuevo procedimiento solo es eso, o si constituye un tratamiento de carácter investigativo, aunque ya se esté aplicando en otros centros o países, tiene que pasar por el procedimiento de la aprobación de todos los requisitos éticos que se solicitan para las investigaciones.

Cuando se va a introducir una nueva técnica o aplicar un procedimiento distinto al habitual, es un imperativo por el que pasa cualquier consideración ética la selección del paciente. La forma de elegir al enfermo tiene que ser apoyada por el criterio de hacerla al que mayor beneficio obtenga de ella. No es moralmente aceptable seleccionar a pacientes en condiciones de estadios muy avanzados de su enfermedad con el criterio de que el procedimiento no puede empeorar su condición.

Al proponerle a un paciente una operación o procedimiento nuevo para tratarlo, es imprescindible darle una información clara, y hacer énfasis en que se ha evaluado el riesgo y que solo se le propone porque los riesgos derivados de la técnica se han disminuido al mínimo. Únicamente así estará en posibilidad de decidir, de consentir o no con su aplicación de una manera racional. La propuesta a los pacientes o sus familiares debe formularse de manera que no se sienta el enfermo como objeto de una investigación, que su participación no es parte de ella, sino el resultado de una experiencia que toma los resultados de muchos estudios realizados en otros lugares.

Es relativamente nuevo el modelo de la cirugía basada en la evidencia, cuyas reglas se mencionan cada vez con mayor frecuencia e interés entre los cirujanos. Casi nadie cuestiona sus resultados beneficiosos. Su aplicación ha dado motivo a determinadas formulaciones éticas que en lo esencial no se diferencian de los requisitos que se expresan para la introducción de una nueva técnica, en especial lo que se refiere a que cualquier técnica que se proponga debe de compararse a la que en ese hospital se practica para tratar la misma enfermedad. Además, antes de decidir algún criterio, se debe valorar si a ese paciente en particular le sería beneficioso lo sí lo es para otros.

Ante el natural entusiasmo que suscitan entre los cirujanos las técnicas más novedosas, y entre las personas cada nuevo procedimiento que la prensa divulga, es necesario el juicio que pondere sus beneficios médicos y éticos en cada paciente.

Cirugía ambulatoria

La cirugía de mínimo acceso, los procedimientos menos invasivos, el desarrollo de la anestesia, han facilitado que el modelo de cirugía ambulatoria sea adoptado por casi todas las instituciones de salud. El modelo es bien recibido por los cirujanos. Según algunas encuestas que se han publicado, tiene buena aceptación por parte de los pacientes y familiares. También este modelo cuenta con el apoyo institucional por los positivos resultados médicos, ya que las complicaciones posoperatorias son menores o en todo caso iguales al modelo tradicional de atención quirúrgica. Las instituciones ven en el modelo no solo la reducción de los costos en el tratamiento sino, además, una manera de agilizar las listas de espera, que constituye también un verdadero problema ético, al menos así identificado en ciertos estudios.

Para que el modelo cumpla con los principios éticos, se requiere que tanto los cirujanos como las instituciones tomen en cuenta determinados factores que intervienen en su realización, desde la decisión de proponer al paciente que su operación se efectúe por esta modalidad, hasta el alta definitiva.

La decisión autónoma del paciente, que se basa en el llamado consentimiento informado, se lleva a cabo en muchas instituciones a través de un documento donde se le suele escribir lo relacionado con su operación, el lugar donde tiene que dirigirse el día de la operación, además de algunas cuestiones que tienen que ver con el posoperatorio. Al final, este escrito lleva la firma del paciente o de su familiar cuando aquel no está capacitado. Este procedimiento solventa, en opinión de muchos, lo relacionado con la información necesaria. Quizás también legalmente sea suficiente. Pero este trámite no tiene el resultado que se espera, ya que adolece de defectos, como no discriminar el nivel de instrucción de las personas o que el lenguaje médico que se utiliza resulta difícil de entender para muchas de ellas. Se han publicado trabajos sobre este tipo de información con la interpretación que dan a una encuesta los candidatos a ser operados por cirugía ambulatoria. No son pocos los que dicen que no leen el documento o que lo leen y no lo comprenden. Es preciso ofrecer a los pacientes la información verbal que implique responder sus preguntas y dudas. No hay que olvidar la incertidumbre que rodea su decisión. El hecho de operarse y regresar a su medio crea inseguridad en determinadas personas, y mientras no tenga elementos médicos que le den confianza no es capaz de decidir con plena autonomía.

Se acepta el papel que desempeña la familia en la relación ética cuando se trata de pacientes con cierta minusvalía o de intervenciones que requieren

relativa limitación en el posoperatorio. En este caso, además, debe requerirse el consentimiento del familiar más involucrado.

En relación con las listas de espera, disminuye la de aquellos pacientes que esperan ser ingresados, pero se hace una lista para los que esperan ser operados de forma ambulatoria. En ese período de espera, el paciente casi nunca vuelve a tener contacto con su cirujano. Existe la posibilidad de que en ese tiempo, cuando llegue su turno para ser operado, sea atendido por otro que no fue el que lo atendió en la consulta, situación que puede complicarse aún más si la atención en el posoperatorio recae en otro de los cirujanos con el que él no ha establecido ninguna relación anterior.

Estos aspectos ilustran ciertos problemas que rodean a este modelo de atención que se coincide en aceptar como una alternativa de indudable beneficio para todos.

El análisis de todos los aspectos éticos que implica esta modalidad debe ocupar la constante atención de los cirujanos con el apoyo de la institución. No todos los pacientes que se seleccionan tienen las condiciones para que su atención quirúrgica les satisfaga sus requerimientos éticos.

La enseñanza de la cirugía

La enseñanza de la cirugía en el posgrado es otro de los desafíos a la luz de la ética. Por supuesto que tampoco este es un aspecto nuevo.

La enseñanza y aprendizaje de los cirujanos están fuertemente sustentados por un modelo que constituye un paradigma generalmente aceptado. El entrenamiento está basado en un ambiente donde prevalece la jerarquía del profesor. Esa autoridad está adquirida por el trabajo y la experiencia que habitualmente es acatada por todos. Sobre él recae la responsabilidad mayor al decidir el tipo de intervención y la participación que como parte del equipo quirúrgico tenga el cirujano que se está formando. De tal forma, que el proceso de entrenamiento es paulatino y progresivo. El residente va participando en determinados pasos en las distintas operaciones desde su posición de auxiliar. Este procedimiento no suele violarse durante los años de entrenamiento quirúrgico. No obstante, siempre hay una primera vez, que ocurre cuando va a actuar como cirujano principal. Es precisamente a este momento al que se refieren las publicaciones que tratan del tema como el verdadero reto ético. Aun en las instituciones que cuentan con laboratorios para el entrenamiento, salones para realizar intervenciones en animales, el cirujano tiene que entrenarse en el quirófano y pasar por la llamada curva del aprendizaje.

No es un comportamiento ético aceptable que se oculte el nombre del cirujano al paciente. Si la institución es de prestigio, el servicio de cirugía cuenta con un sistema jerárquico que le da seguridad a las personas que se atienden en él. La responsabilidad de establecer la comunicación recae sobre el cirujano de mayor

autoridad, que debe garantizarle al paciente que participará en la operación y se responsabiliza con esta. Si al cirujano que va a realizar la operación se le ha visto tomar parte en el proceso de discusión diagnóstica y atención del enfermo, esto es generalmente aceptado por los pacientes.

La enseñanza de la cirugía, como se ha repetido, tiene que estar vinculada a la de la ética, pero no tan solo como un requerimiento formal o un imperativo de la práctica quirúrgica actual; tiene que formar parte de todo el proceso del que participa el cirujano. No se puede olvidar que este aspecto es uno más en la toma de la decisión, por lo que es necesario ejercitarlo en las discusiones habituales de casos, en discusiones donde se ventilen estos tópicos. Pueden contribuir a ello textos claros y comprensibles.

Las cuestiones morales y éticas han acompañado siempre el ejercicio de los cirujanos, en cada época con rasgos diferentes. Asumir la visión contemporánea de esos principios es parte de la responsabilidad de los cirujanos. De la misma forma que evoluciona la medicina al ofrecer aportes para el tratamiento de las enfermedades, evoluciona también el requerimiento moral de los pacientes, el que merece ser considerado.

Bibliografía

- Axelrod, D., S.D. Goold. «Mainting Trust in the Surgeon Patient Relationship. Challenges for the New Millenium.» *Arch Surg*, 2000; 1: 55-61.
- Beauchamp, T., L. Mc Cullough. *Ética médica. Las responsabilidades morales de los médicos*. Barcelona, Editorial Labor, 1998.
- Breslia, J., K.S. Mac Rae, J. Bell *et al.* «Top 10 Health Care Challenges Facing the Public. View of Toronto Bioethicist.» *J Med Ethics*, 2005; 6 (5).
- Código Internacional de Ética Médica*. Adoptado por la III Asamblea Mundial de la Asociación Médica Mundial. Londres, octubre de 1949.
- Ética, universidad y salud*. Bogotá Universidad Nacional de Colombia, 1998.
- Gracia, D. «La bioética médica.» *Bol Of Sanit Panam*, 1990;108 (5-6): 374.
- . «Prólogo.» En T.C., Beauchamp, L. Mc Cullough. *Ética médica*. Barcelona, Editorial Labor, 1998.
- Mc Khealy, M.F. «Ethical Problems in Surgery Innovation Leading to Unforeseen Complications.» *World Journal of Surgery*, 1998; 8: 786-8.
- Moore, D.F. «Ethical Problems Special to Surgery.» *Arch Surg*, 2000; 125: 14-6.
- Morgan, P.L., B. Stock. «Medical Learning Curves and the Kanthian Ideal.» *J Med Ethics*, 2005; 31: 513-8.
- Nandi, P.L. «Ethical Aspect of Clinical Practice.» *Arch Surg*, 2000; 1: 46-50.
- Patiño Restrepo, J.F. *Formación del personal en salud en el umbral del siglo XXI*. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 1997.
- Peterson, L. «Human Values in the Care of the Surgical Patient.» *Arch Surg*, 2000; 1: 46-50.
- Sánchez Eznarraga, Z. *Procreacia asistida y derechos fundamentales*. Madrid, Editorial Tecnos, 1989: 30-31, 36-56.

- Sánchez Torres, F. *La ética en la formación de los profesionales de la salud*. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, 1997.
- Stirrat, G.M. «Ethics and Evidence Based Surgery.» *J Med Ethics*, 2004; 30: 160-3.
- Torjul, K., A. Nordson, S. Vinki. «Action Ethical Dilemmas in Surgery: An Interview Study of Practicing Surgeons.» *BM Ethics*, 2005; 6: 7.
- Tristram Engelhardt, H. *Los fundamentos de la bioética*. Barcelona, Editorial Paidós Ibérica, 1998: 28-30, 108, 251-6.
- Uzych, L. «Codified Moral Medicine is an Antidoto to Many Problems.» *J Medical Ethics*, 2002; 28: 58.
- Viens, A.M. «Value Judgment, Harm, and Religious Liberty.» *J Medical Ethics*, 2004; 30: 241-7.
- Wilkinson, T.M. «Whats no Wrong whit Conditional Organ Donation.» *J Med Ethics*, 2003; 29: 163-4.

Hacia un nuevo paradigma ético de la atención de enfermería

*Dalgis Ruiz Reyes, Katiuska Navarro Bustamante,
Aleida Ballesteros Ramos e Hilda Katia Sarmiento Rivero*



Ofrecer cuidados al enfermo es una actividad que ha existido desde tiempos remotos, indistinguible de la práctica médica o curativa. En un inicio se ejerció como una actividad empírica realizada por personas muy respetadas dentro de la tribu por el «poder» que tenían para curar y aliviar las dolencias, a los que, por ejemplo, los aborígenes cubanos llamaron *bebíques*. Ellos, al decir de Ancheta, fueron los primeros enfermeros y también los primeros profesores de enfermería, pues tenían a su cargo aplicar tratamientos, administrar las medicinas que indicaban y, además, preparar a los jóvenes iniciados.¹

Como cualquier otra disciplina la enfermería ha tenido una evolución ligada al contexto histórico social. Sus estudiosos han logrado periodizarla y con ello han determinado las características de cada etapa, los factores que enmarcaron el nivel de desarrollo de cada una de ellas y, por supuesto, conocer cómo ha ido consolidándose hasta hoy, cuando ya podemos hablar de la enfermería como ciencia.

Para enmarcar estos periodos del devenir de la profesión, debemos reconocer determinados momentos culminantes, como la enfermería antes de Florencia Nightingale, la era de Florencia y la posterior a ella. Las dos primeras, con una importante influencia

¹ E. Ancheta Niebla. *Historia de la enfermería en Cuba*. La Habana, Editorial Ciencias Médicas, 2003.

religiosa por el papel dominante de la Iglesia en la sociedad, y la tercera, secular, con una función social diferenciada y con sólidas bases técnico-científicas.

El paradigma ético maternalista

El cristianismo, influencia ideológica preponderante en la cultura occidental, predicó la igualdad, la ayuda al menesteroso, y favoreció con esto la percepción social de «los cuidados a los enfermos y desvalidos como una obra de misericordia, que abarcaba la satisfacción de necesidades humanas básicas: dar de comer al hambriento, dar de beber al sediento, vestir al desnudo, visitar a los presos, albergar a los que carecen de hogar, cuidar a los enfermos y enterrar a los muertos».² De manera que este, al parecer, fue el inicio de la actividad de enfermería en función de la satisfacción de necesidades humanas, en aquella obra de misericordia, elemento base hoy del establecimiento de prioridades en la atención al paciente.

En la ideología antigua y medieval de Occidente, predominaron las concepciones naturalistas acerca de la justicia, por lo que los cuidados a los enfermos y menesterosos no se ofrecían en razón de justicia, sino de caridad. Esta concepción influyó en que se hiciera coincidir estos preceptos morales generales acerca de la beneficencia con el pensamiento y motivación de los entonces cuidadores, lo que se tradujo en una atención caritativa, amorosa y desinteresada.

A raíz de las Cruzadas, fueron creadas órdenes de caballería, como la de los Caballeros Templarios y de San Juan de Jerusalén (conocidos posteriormente como la Orden de Malta), las cuales dieron protección y ayuda a los peregrinos que hacían el viaje a Tierra Santa. También fueron fundados hospitales para pobres no asociados a monasterios como los Hôtel de Dieu en Lion y el Hôtel de Dieu de Paris.

Ya en los hospicios medievales los cuidados eran de la incumbencia y quedaban mayormente bajo dirección de los sacerdotes, no de los médicos, tanto en el caso de la atención de los deberes religiosos para con los enfermos, como de la higiene, alimentación, curas, etcétera, y «no se les permitía a las monjas célibes conocer mucho a cerca de los cuerpos de los enfermos ni de sus enfermedades, de manera que la atención en estas circunstancias era inadecuada a pesar de la abnegación, voluntad y bondad con que servían a los enfermos».³

Muchos autores coinciden en que, progresivamente, estas ideas acerca de la caridad y la atención al necesitado contribuyeron a mejorar en algo la posición social de la mujer, porque se le atribuyeron tareas que favorecían su incorporación en mayor cuantía a las labores de cuidadora, al proporcionarle una imagen cada vez más feminizante a la profesión, concepción que se mantiene hasta hoy,

² M.P. Donahue. *Historia de la enfermería*. Barcelona, Doyma, 1985.

³ A.M. Torres Castro. *Manual de procedimientos de enfermería*. La Habana, Editorial Ciencias Médicas, 2002: 3.

y que, a nuestro juicio, se debe a tendencias estereotipadas en relación con el rol de género que se le ha etiquetado tanto a la mujer como a la enfermería.

En esta etapa se crearon órdenes asistenciales importantes como las Hermanas Agustinas o de la Caridad, que llevaron una vida de total consagración al enfermo, al hacer que la enfermería se centrara en la atención de este. Se permitió que las religiosas encargadas de estas tareas accedieran a la instrucción en lectura, escritura y aritmética, y se les autorizó a acudir a donde fueran necesarias. Pero también se les enseñó a obedecer sin reservas a los médicos, lo que dio origen al modelo de atención de enfermería tradicional, centrado en la subordinación al médico, por considerar que eran ellos los más capacitados para conocer todo lo relacionado con el enfermo.

Los males sociales profundizados en el siglo XVIII obviamente comprometieron la enfermería, por ser el reflejo de lo que pasaba a la mujer en la sociedad. Esto llevó a que con urgencia, y motivado por un interés público, se replanteara la situación de la profesión, se iniciara un movimiento liderado por los médicos, el clero y los ciudadanos filántropos, quienes abogaron por el establecimiento de verdaderos sistemas de enfermería, bien fuera bajo el auspicio religioso o a través de un esquema seglar con enfermeras remuneradas.

Es así como mientras que la medicina (el arte de curar) avanzaba en forma firme y rápida, se fue gestando una preocupación social por cierto estancamiento en *el arte de cuidar*. Esto propició una serie de cambios significativos que llevarían a una profunda reforma de la enfermería. Es a partir de esta circunstancia cuando comienza a introducirse el conocimiento, la ciencia, en *el arte de cuidar*.⁴

Se reactivaron las órdenes de diaconisas, cuya formación estaba orientada a la preparación tanto para la enseñanza como para el cuidado de los enfermos. Pero fue Florencia Nightingale, con todo el trabajo de saneamiento y atención a los enfermos que desarrolló durante la Guerra de Crimea, quien sentó las nuevas pautas de la profesión, o sea, las bases de la enfermería moderna.

La era de Florencia dotó a la relación médico-enfermera-paciente de un «tinte claramente militar en la que la obediencia, lealtad y autosacrificio eran distintivos. El papel de la enfermera estaba integrado a un sistema de relación patriarcal clásico».⁵ El médico autoritario y con la capacidad para decidir qué era mejor en determinadas circunstancias, la enfermera sumisa pero cariñosa, y con una absoluta entrega al paciente, y este último obediente, dependiente e incapaz de tomar decisiones por sí mismo. Florencia Nightingale enriqueció grandemente la enfermería desde el punto de vista profesional. Introdujo métodos de investigación no utilizados hasta el momento. Toda su actuación estuvo en función de fomentar cambios sociales. Sus notas sobre los estudios realizados en aras de mejorar la salud de sus pacientes la señalan como una destacada científica e

⁴ Ibídem 2.

⁵ P. Simon, I.M. Barrio. «El consentimiento informado y la enfermería: un modelo integral.» *Jano*, 1995; 48 (1117): 56.

investigadora empírica. Fue ella quien elaboró la primera teoría de enfermería: una teoría centrada en el entorno y con un enfoque naturalista, pues consideraba que «la enfermedad era un proceso de reparación y que la función de la enfermera consistía en manipular el entorno del paciente para facilitar el proceso».⁶

A partir de ese momento, la enfermería experimentó una etapa muy prolifera en relación con su campo teórico. Fueron muchas las estudiosas de la enfermería que desde la perspectiva de esta profesión crearon teorías y modelos de atención de que se convirtieron en pilares importantes para la posterior conceptualización del *arte de cuidar* como ciencia. Muchas de ellas sustentan aún, quizás con algunas modificaciones, el actuar profesional de las(os) enfermeras(os) en determinadas situaciones.

La estructuración de los principios éticos de la enfermería data de la segunda mitad del siglo XIX con la primera declaración de deberes profesionales de las enfermeras, el llamado «Juramento de Florencia Nightingale», publicado en 1893:

Juro solemnemente ante Dios, y en presencia de esta asamblea, llevar una vida pura y ejercer mi profesión con devoción y fidelidad, me abstendré de todo lo que sea perjudicial o maligno, y de tomar o administrar a sabiendas ninguna droga que pueda ser nociva a la salud. Haré cuanto esté en mi poder por elevar el buen nombre de la profesión, y a guardar inviolable el secreto de las cuestiones que se me confien y los asuntos de familia que me entere en el desempeño de mi cometido. Con lealtad, procuraré auxiliar al facultativo en su obra, y me dedicaré al bienestar de los que están encomendados a mi cuidado.⁷

Este juramento fue tomando como paradigma por la American Nursing Association, (ANA), para resolver la necesidad de un código ético-legal que normara la práctica de la profesión.

De esta manera, la profesión incorporó dos principios éticos a su actuar: la fidelidad al paciente, entendida como el cumplimiento de las obligaciones y compromisos contraídos con el sujeto a su cuidado, entre los cuales se encuentra guardar el secreto profesional acerca de las confidencias hechas por este, y la veracidad, principio de obligatorio cumplimiento, aun cuando pueda poner en situación difícil al propio profesional, como es el caso de admitir errores por acción u omisión.⁸

El primer código de ética dirigido a todas las enfermeras(os) del mundo fue el Código del Consejo Internacional de Enfermería, adoptado, revisado y

⁶ A. Marriner Tomey, M. Raile Alligood. *Modelos y teorías en enfermería*. 4ta ed. Barcelona, Editorial Harcourt, 2002: 73.

⁷ M.Á. González. «Practica legal del enfermero profesional» [trabajo final de Curso Filosofía]. La Habana, 2001; C. Faraldo. «Florence Nightingale: enfermera humanista». <http://www.saval.cl/link.cgi/SavalNet/Reportajes/3433>. Actualizado el 28 de junio de 2004. Visitado el 8 de septiembre de 2005.

⁸ M. del C. Amaro Cano. «Algunas consideraciones sobre la personalidad histórica de Florence Nightingale.» *Revista Cubana de Enfermería*, 1991: 1.

firmado en São Paulo en el año 1953. «Por primera vez las enfermeras asumen un prototipo ético que las aglutina. Este documento propone cuál es el ideal moral de la profesión, a la vez que busca los mecanismos para vigilar desde dentro el buen hacer de los miembros del colectivo.»⁹

Pero, hasta ese momento, el sustento ético de la profesión no se había desprendido aún de su ropaje maternalista. Esencialmente, el modelo maternalista está basado en el criterio de que deben desarrollarse en el profesional de la enfermería determinadas virtudes que actuarían como motivos internos en la conducta de este, que atenderá al paciente con un amor y desinterés dignos de los que una madre prodiga a su hijo, tutelados ambos por la figura paternal del médico. En este modelo, el paciente constituía una entidad pasiva carente de autodeterminación e incapaz de atender la satisfacción de sus necesidades básicas aun sin tener limitaciones evidentes, razón por la cual la enfermera suplía en su totalidad la satisfacción de sus necesidades sin educarlo en función de crear independencia. Pero, en la segunda mitad del pasado siglo xx, esta actitud ética comenzó a cambiar.

Virginia Henderson planteó: «[...] la imagen del personal de enfermería para el futuro parece requerir una combinación especial del viejo y cálido espíritu de Florence Nightingale con las nuevas habilidades profesionales».¹⁰

Bases de un nuevo paradigma moral de la profesión

Durante la prolífera etapa del desarrollo de las teorías iniciada a mediados del pasado siglo, se evidenciaron tendencias que propiciaron o sentaron las pautas para la aparición de un nuevo modelo: se «comienza a precisar el concepto de bases científicas para los cuidados y un marco teórico que dé cuerpo a la filosofía de esta ciencia en dos dimensiones fundamentales: la ética y la epistemología».¹¹

Ideas como la de Ida Orlando enfatizaron en el proceso de atención de enfermería y «la importancia de la participación del paciente en este proceso».¹²

Al analizar esta teoría podemos darnos cuenta de que su supuesto principal sobre la enfermería fue que «esta disciplina debería desarrollarse como una profesión diferenciada con un funcionamiento autónomo».¹³

De esta forma, el rol del paciente dentro de los servicios de salud se convierte en un motivo de análisis y se reclama su incorporación, ya no como entidad

⁹ N. Bello *et al.* «Revisión bibliográfica. Proceso de atención de enfermería.» La Habana, 1998: 2.

¹⁰ V. Henderson. «La práctica de enfermería y la preparación de la enfermera.» En *Enfermería teórica y práctica. Papel de la enfermera en la atención del paciente VV.T.* México, D.F., Ediciones Científicas de la Prensa Médica Mexicana, 1993: 37-40.

¹¹ D. Berdayes Martínez. «Referentes metodológicos en el diseño curricular de la Licenciatura en Enfermería. Una propuesta novedosa.» *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 2004; 3 (9). Disponible en http://www.ucmh.sld.cu/rhab/articulo_ref_metod.htm.

¹² *Ibidem* 9.

¹³ *Ibidem* 6.

pasiva. La autora hace referencia a que a pesar de que «la enfermería y la medicina están estrechamente unidas, son profesiones marcadamente separadas». Además, en su obra destaca la importancia de verificar las percepciones con la otra parte (el paciente) y la reciprocidad de la relación enfermera-paciente, actividad que se realiza sistemáticamente durante la recopilación de datos y la evaluación del estado de este, a fin de disminuir el margen de error por percepciones inadecuadas.

Por otra parte, modelos como el de Dorotea Orem, en el que se establecieron los llamados sistemas de enfermería: «*totalmente compensador* donde se ayuda al paciente en todo, el *parcialmente compensador* en el cual se ayuda al paciente a que actúe por sí mismo y el de *apoyo educativo* que pretende ayudarlo a hacer las cosas por sí solo», contribuyeron a que la enfermera fuera capaz de valorar el estado del paciente para poder, en determinadas circunstancias, aplicar uno u otro y que trabajara en función de educarle y crearle independencia, teniendo en cuenta sus limitaciones.

Imaginemos que estamos prestando atención a un paciente con una inmovilización de miembros inferiores. Preguntémonos entonces: ¿hasta dónde debe la enfermera suplir las actividades de este? Si fuera a satisfacer el déficit de autocuidado en relación con la higiene, ¿tendría ella que realizar el aseo de los genitales? Las respuestas a estas interrogantes la podemos encontrar con la aplicación de los criterios de Orem, razón por la cual consideramos se mantiene vigente y es aceptada por toda la comunidad de enfermeras, pues son muchas las investigaciones que se centran en esta teoría.

En su libro *Nursing: concepts of practice*, considera que la enfermera comparte algunas de sus funciones con otros profesionales. Hoy dichas funciones se realizan trabajando en equipo, y de ellas, de alguna manera, pudieran derivarse acciones interdependientes.

En las afirmaciones teóricas de Virginia Henderson, se hace alusión a la relación enfermera-paciente. Ella plantea que en el actuar de enfermería este vínculo puede ir «desde una relación muy dependiente, a la práctica independiente: la enfermera como *sustituta* del paciente, como *auxiliar*, y como *compañera*.¹⁴ De manera que se percibe el trabajo del profesional de enfermería con suficiente capacidad para determinar en función de las necesidades del paciente cuándo debe asumir uno de estos roles.

Los postulados adoptados a partir de las numerosas publicaciones hechas por V. Henderson son:

- La enfermera tiene la función única de ayudar a los individuos sanos o enfermos.
- La enfermera actúa como miembro de un equipo sanitario.
- La enfermera actúa independientemente del médico, pero apoya su plan; la enfermera puede y debe diagnosticar si la situación lo requiere.

¹⁴ *Ibidem* 6.

- La enfermera está formada en ciencias biológicas y sociales.
- La enfermera puede apreciar las necesidades humanas básicas.¹⁵

Estos postulados se mantienen vigentes y dan la visión de una enfermería preventiva, como ya la veía Jean Watson; colaborativa en la atención integral al paciente; una enfermería que parte de un método científico de trabajo –proceso de atención de enfermería (PAE)–; apoya el plan médico, pero ya no como un personal auxiliar, sino como un profesional de la salud con una adecuada competencia y desempeño, capaz de realizar acciones dependientes, interdependientes e independientes que determinan una autonomía en su actuación profesional. Unido a esto, debe señalarse que se incursionó en disímiles campos, lo cual ha permitido mejorar la calidad del arte de cuidar al enfermo, al fundamentar científicamente cada proceder de enfermería.

Según el documento *Enfermería en acción*, publicado en 1993 por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, las funciones principales de la enfermera son:

- Prestar y administrar cuidados de enfermería en la prevención de la enfermedad, curativos, de rehabilitación o de apoyo a los individuos o grupos, y que son más efectivos cuando se sigue una serie de fases lógicas conocidas como el proceso de enfermería.
- Enseñar a los pacientes o clientes y al personal sanitario (mantenimiento y recuperación de la salud, información, campañas de educación para la salud, evaluación de programas educativos, ayudar a adquirir nuevos conocimientos y experiencias, aplicar estándares profesionales, culturales y éticos pertinentes, etcétera).
- Actuar como un miembro efectivo del equipo de salud.
- Desarrollar la práctica de la enfermería basada en un pensamiento crítico y de investigación.¹⁶

El hecho es que la esencia de todas estas funciones es el cuidado, lo que lleva implícita la educación del paciente, independientemente de la forma en que se conciba este; de ello se derivan cuestiones de importancia en la práctica clínica de enfermería.

Esta revolución en la concepción del rol y funciones de la profesión, propició la aparición de un modelo de atención de enfermería diferente, con un marco teórico fuerte, o sea, un modelo en el que la enfermera(o) se centra en la atención al hombre sano o enfermo, la familia y la comunidad, y les brinda acciones de

¹⁵ Z. Barroso Romero, J.M. Torres Esperón. «Fuentes teóricas de la enfermería profesional. Su influencia en la atención al hombre como ser biosicosocial.» *Revista Cubana de Salud Pública*, 2001; 27 (1):11-8.

¹⁶ I.M. Barrio. «Humanización de enfermería y bioética.» En J.C. Bermejo. *Humanizar la salud. Humanización y relación de ayuda en enfermería*. Madrid, San Pablo, 1997: 63.

prevención, promoción, curación y rehabilitación de acuerdo con su categoría en cualquier esfera de actuación profesional. Este nuevo modelo rebasaba el marco teórico conceptual del paradigma ético maternalista.

¿Quién debe decidir? y ¿Qué debe ser hecho? El principio de la autodeterminación o respeto a la autonomía se dirige a ambas cuestiones.¹⁷ En este sentido, debemos analizar el respeto al principio de autonomía del paciente en relación con su estado de salud y a todos los procederes que se le realicen, y, unido a ello, la obtención del consentimiento informado, que nos facilita, además, la cooperación y participación del paciente en todas las actividades.

Por otra parte, tendría que considerarse la determinación de las(los) enfermeros ante las acciones que se van a realizar con el paciente y demostrar de esta manera su desempeño y competencia; así ejerce su autonomía y evidencia que su profesión es independiente, como se declaró oficialmente por el Consejo Internacional de Enfermería en 1975 en el documento *Autoridad de enfermería*, donde se plantea: «La enfermería es una profesión independiente, aunque contribuye con otras profesiones afines a proporcionar los cuidados de salud que la población necesita. Las enfermeras son responsables de los servicios de enfermería que proporcionan a toda persona enferma o sana.»¹⁸

Hacer bien al hombre sano o enfermo ha sido y será el objetivo prioritario de las funciones de los cuidadores, y aunque esto ha ido tomando diferentes matices, el principio de beneficencia continúa guiando moralmente la actividad de la enfermería.

Hoy son muchas las tendencias asumidas en relación con la acepción del papel de la enfermería como profesión y de sus sustentos éticos legales. Pero no debemos olvidar que «el origen de la enfermería como profesión es el de mantener la salud y prevenir la aparición de enfermedades, colaborar con otros profesionales en el restablecimiento de la salud cuando esta se pierde y aliviar al máximo posible el malestar y el sufrimiento del enfermo».¹⁹

En la atención integral, en equipo, como dice Inés María Barrios, «no hay papeles secundarios, no hay subalternos».²⁰ La responsabilidad de todas las actividades en relación con el paciente son compartidas. Por tanto, no deben ser las enfermeras las únicas responsables del cumplimiento de los aspectos éticos que de ello se deriven. En este sentido, debemos entender que el paciente es una entidad biológica, psicológica y social en relación con su medio, y que cuando el modelo de atención que recibe asume concepciones maternalistas o paternalistas se mutila la concepción social de la enfermería y no se respeta la autonomía del

¹⁷ D.A. Asch. «The Role of Critical Nurses in Euthanasia and Assisted Suicide.» *New England Journal of Medicine*, 23 de mayo de 1996; 334 (21): 1374-9.

¹⁸ J.M. Torres Esperón. «Reflexiones sobre funciones del personal de enfermería.» *Revista Cubana de Salud Pública*, 2004; 30 (4): 354.

¹⁹ *Ibidem* 5.

²⁰ *Ibidem* 16.

paciente. Por otra parte, consideramos que es sumamente importante analizar qué hacemos o qué debemos hacer para lograr que el paciente sea responsable de su estado de salud.

La definición proporcionada por la American Nurses Association en la revista *Nursing*: el tratamiento de las respuestas humanas a los problemas de salud actuales o *social policy statement* (1980) considera la enfermería como «el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas reales o potenciales ante una situación de salud». Esta definición apoya el criterio de que las enfermeras deben participar activamente en el proceso de toma de decisiones éticas, debido a que los cuidados de enfermería responden al diagnóstico de estas respuestas humanas.

En este sentido, queda claro que las enfermeras(os) en sus declaraciones diagnósticas identifican respuestas que posteriormente *tratan*, pero para ello realizan un proceso sistemático de trabajo con el paciente, lo que le ha conferido a la disciplina su propia autonomía y que de alguna manera nos ha unificado profesionalmente, además de permitirnos evaluar el éxito o el fracaso de nuestras intervenciones y el grado de satisfacción del paciente.

Elba Contreras, en su artículo «Una aproximación a la ética en el ejercicio profesional de enfermería», hace un análisis de cuán difícil es para los profesionales de la salud, en especial para las (los) enfermeras(os) cumplimentar y entender el eslogan de la Organización Mundial para la salud «*Salud para todos*». Coincidimos con la autora. Es realmente difícil comprender cómo en un mundo inmerso en una crisis de valores, un mundo unipolar donde prolifera la globalización de una pseudo cultura y se implementan las tendencias económicas del capitalismo neoliberal, se pueda hablar entonces de «*Salud para todos*», y sobre todo cuando no siempre existe voluntad política para ello.²¹

Sin embargo, en Cuba, esta meta de la Organización Mundial de la Salud es una realidad. Todos tenemos igualdad de derecho y oportunidad de acceder libre y gratuitamente a los servicios de salud sin distinciones. Existe una voluntad política que facilita el trabajo arduo por alcanzar un óptimo estado de salud del individuo, la familia y la comunidad. Por lo tanto, la formación de los recursos humanos para realizar esta tarea responde a un encargo social inspirado en un pensamiento promocional, preventivo e internacionalista.

Hacer un análisis ético de la prestación de cuidados es sumamente complicado. Depende en gran medida de la percepción que se tenga, tanto del arte del cuidar como de su aplicación, en particular de lo que es justo ofrecer al paciente. Entender la categoría justicia desde la ancestral y ambigua definición de «dar a cada quien lo que le pertenece», nos podría conducir a cometer errores en la valoración del estado de salud de un paciente, la identificación de sus necesidades y la posterior aplicación de las intervenciones correspondientes. Esto es esencial

²¹ E. Contreras. «Dimensiones éticas de la persona. Una aproximación a la ética en el ejercicio profesional de la enfermería.» *Enfermería*, 1987; 22 (90/91): 34.

porque lo que pertenece a cada uno en las sociedades divididas en clases está determinado por condicionamientos externos a la propia actividad profesional. Los cuidados de enfermería deben estar al alcance todos sin distinción de género, etnia, estatus social o económico, orientación sexoerótica u otra diferencia. Concebir lo justo desde la perspectiva de la igualdad social implicaría «darle a cada cual lo que necesita» con el límite objetivo de la disponibilidad real de recursos. Como las necesidades en salud son infinitas, pero los recursos, por definición, siempre son escasos, el establecimiento de prioridades en la satisfacción de necesidades, tanto a nivel macrosocial como microsociales, es esencial para dispensar un trato justo en materia de salud. En el plano macrosocial, es evidente que la justicia debe expresarse en una equitativa asignación de los recursos que permita la accesibilidad universal a los servicios médicos y los cuidados de enfermería entre ellos.

Otra faceta que caracteriza el nuevo modelo ético de la atención de enfermería es la capacidad, competencia y desempeño profesional de aquellos que brindan estos servicios.

Uno de los problemas identificados en el ámbito mundial para la enfermería es no diferenciar los perfiles y funciones dentro del equipo de la profesión y con otros profesionales, y nuestro país no escapa a ello, pues en los servicios, de manera general, no tienen delimitada las diferencias entre las funciones y perfiles de desempeño de una enfermera universitaria y una técnica, solo en la gerencia existen algunas diferencias, pues en los últimos tiempos se está exigiendo que los jefes de unidades y servicios de enfermería sean personal universitario.²²

A pesar de ello, debe señalarse que la enfermería cubana se encuentra inmersa en la implementación y perfeccionamiento de un nuevo modelo de formación de profesionales de enfermería con escala certificativa que a nuestro juicio ayudará a establecer las diferencias en cuanto a la delimitación de funciones, entre el enfermero(o) universitario y el técnico, para lo cual se han tomado como referencia investigaciones realizadas tanto en Cuba como en otros países.

La enfermería cubana es dinámica, reconocida como una profesión de asistencia, con una larga y honrosa tradición al servicio a la humanidad, centrada en la atención al hombre sano o enfermo, la familia y la comunidad, con un carácter preventivo y promocional, curativo y de rehabilitación. Establece prioridades de acuerdo con el estado del paciente, independientemente de la esfera de actuación en la que el profesional de enfermería se desempeña. Hoy el personal de enfermería constituye piedra angular del equipo de salud dentro del que mantiene relaciones basadas en el respeto a la identidad profesional y donde se desempeña como un profesional autónomo en una estrecha relación con el resto de los integrantes de este equipo, pues todos tienen el mismo objeto de trabajo. Sustenta su

²² *Ibidem* 18.

actuar profesional en el proceso de atención de enfermería, debe ser incansable en su preocupación por la auto preparación y ha asumido en su actuar que «la salud ha pasado a constituirse desde un valor a un derecho».²³

En un trabajo publicado en la *Revista Cubana de Enfermería*, donde se analiza la imagen social de la profesión, podemos constatar la percepción que la muestra estudiada tiene de la enfermería cubana:

Hoy en día es una persona hábil a cargo de múltiples funciones complejas. Cuida al paciente y se preocupa por él, participa en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, protege de factores de riesgo, es asesora y maestra de salud, coopera con diversos profesionales del equipo de salud y actúa como vocero y defensor del pacientes y no solo son sus actividades fundamentales curar e inyectar. No obstante, la población reconoce a la enfermería como una profesión independiente, ya que espera de sus miembros que ejecuten tareas especiales y bien definidas. Un porcentaje muy elevado identifica como actividad fundamental de sus miembros la de ofrecer cuidados, basándose en las necesidades y problemas de los pacientes.²⁴

De esta manera, podemos ver cómo, desde la perspectiva de la población que recibe los servicios de enfermería, se evidencian modificaciones en las expectativas; desde el modelo suplente y maternal hacia uno autónomo, colaborativo y preventivo.

La formación del profesional de enfermería debe responder a su encargo social, y su misión debe asumir el análisis de todos los conflictos éticos que de los avances científico-técnicos se deriven, de manera que las exigencias de auto-preparación serán cada vez mayores: «La enfermera de hoy debe ser competente (debe saber y debe saber hacer) y tener buen desempeño profesional (ejecutar y tomar decisiones en la práctica cotidiana), solo así podrá modificar positivamente las actuales tendencias de estancamiento del liderazgo de la profesión.»²⁵

Una precursora de la especialidad resumió esta necesidad de búsqueda permanente de la excelencia profesional cuando planteó: «Para quienes estamos dedicadas a la enfermería, nuestra profesión es algo en lo que si no progresamos cada año, cada mes, cada semana, estamos, os lo aseguro, retrocediendo.»²⁶

²³ *Ibidem* 21.

²⁴ L. Hernández Verjel, M.E. Rodríguez Brito, M. Jiménez Pérez, F. Rangel Marín. «Imagen social de la enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 2003; 19 (1): 250.

²⁵ *Ibidem* 8.

²⁶ M.M. Zubizarreta Estévez, C. Fernández Vergel, N. Sánchez Rodríguez. «La educación avanzada en enfermería. Realidad y desafíos.» *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 2000; 14 (3): 236-47.

Acompañamiento integral a los enfermos

Raúl Suárez Ramos



Una de las palabras clave del cristianismo primitivo, recogida en los escritos del *Nuevo Testamento*, es «sotería». Al respecto dice el erudito bíblico William Barclay:

El nombre sotería significa «salvación», y el verbo «sozeín» significa «salvar». En el griego clásico, sotería significa «liberación» o «preservación». Puede usarse de un hombre que vuelve sano y salvo a su casa o a su país después de haber estado ausente un tiempo. Puede significar «garantía de seguridad» o «seguridad contra el peligro». En los papiros, el significado más común de sotería es, con mucho, salud corporal.¹

En el *Nuevo Testamento*, que no está escrito en griego clásico, sino en el griego común, popular, *koiné*, sotería significa, entre sus variados usos, «seguridad y salud corporal». Veamos algunas citas donde aparece el término con esta significación. En el viaje por embarcación de Palestina a Italia, el apóstol Pablo y sus acompañantes se ven sometidos a la furia de una tempestad. En esa situación, el escritor de «Hechos de los Apóstoles» escribe:

Al no aparecer ni sol ni estrellas por muchos días, y acosados por una tempestad no pequeña, ya habíamos perdido toda esperanza de salvarnos... por tanto os ruego

¹ W. Barclay. *Palabras griegas del Nuevo Testamento*. Casa Bautista de Publicaciones, 1977.

que comáis por vuestra salud, pues ni un cabello de vuestra cabeza de ninguno de vosotros perecerá.²

Los evangelios nos presentan el ministerio público de Jesús de Nazaret concretado en tres grandes tareas: el anuncio de las buenas nuevas a los pobres, la enseñanza sobre el estilo de vida basado en los valores del Reino de Dios y la acción sanadora de «todas la dolencias y enfermedades del pueblo». En esas experiencias, sin duda alguna, la intención de Jesús también se orientaba a la formación de una conciencia de comunidad terapéutica. En la realización de esta obra salvífica, autores de los evangelios como Lucas y Mateo emplean el término *sotería* o el verbo *sozeín*, como salvación de la enfermedad física. Veamos.

Los que lo habían visto les contaron cómo había sido salvado el endemoniado.³

Porque se decía a sí misma: «Con solo tocar su manto, seré salva.» Pero Jesús, volviéndose y mirándola, dijo: «Ten ánimo, hija; tu fe te ha salvado.»⁴

No ocultamos que estos términos también tienen otros significados, como salvación del pecado, seguridad del peligro, liberación de los enemigos y aun el sentido escatológico para referirse a la salvación eterna y expresar así la esperanza cristiana: la vida no termina con la muerte.

La ideologización de la fe cristiana a veces hace que algunos creyentes vean esta esperanza única y exclusivamente a partir de la muerte. De esta manera, el sentido de la vida humana pierde toda significación y se convierte en un contra-signo evangélico. «Yo he venido» –afirmó Jesús de Nazaret a sus discípulos– para que tengan vida y para que la tengan en abundancia.⁵

El desprecio por la vida presente y la indiferencia social en algunos movimientos religiosos y modelos eclesialísticos tienen su explicación. A mediados del siglo I, se desató una fuerte y tenaz persecución de los primeros cristianos. Como consecuencia inmediata, tuvieron que salir del espacio palestino y entrar en contacto con el mundo grecorromano. Este nuevo contexto no era un mundo vacío, por lo que tuvieron que encarar el desafío teológico y filosófico con diferentes naturaleza y categorías. El encuentro con la filosofía griega no solo significó el desafío de la idolatría y el politeísmo; también tuvieron que lidiar con la mentalidad griega: confianza plena en la filosofía en la búsqueda y exposición de la verdad, y la rígida separación entre materia y espíritu. Para algunos historiadores de la teología, este encuentro separó al cristianismo de la tradición hebreo-cristiana y sucumbió ante la helenización de la fe. De ahí que no falta quien afirme que el Occidente jamás conoció el movimiento de Jesús de

² Hechos, 27:20, 34 VRV-60. Esta, y las demás citas a continuación son tomadas de la Biblia [versión revisada, 1995], excepto indicación contraria.

³ Lucas, 8:36. Mateo 9:21-22.

⁴ Mateo, 9:21-22.

⁵ Juan, 10:10.

Nazaret. Luego vino la oficialización, con lo cual se inició la era constantiniana de la Iglesia en su tránsito de vivir bajo la sombra de la cruz, a ser cobijada por la espada y por el trono. La historia comenzó a ser radicalmente distinta.

A partir de este encuentro, *sotería* se reduce a un concepto puramente heleanista de la salvación. El lugar e importancia que ocupaba el cuerpo en los escritos neotestamentarios se va perdiendo y llega a tomar vuelos insospechados. Desde entonces, la Iglesia arrastra la dicotomía entre materia y espíritu, entre cuerpo y alma. El énfasis se coloca en la «salvación del alma» y su consecuencia lógica, la «inmortalidad del alma». La salvación se reduce, única y exclusivamente, a liberarse del cuerpo donde ha estado aprisionada y ascender a su plena y total liberación. La fe implica un «prepararse para morir» en ansias de allendidad. Por años –por no decir siglos–, el sentido bíblico de una fe para vivir se evapora en la práctica del ideal implícito del monasticismo: no es posible la realización de la fe en este mundo dominado por el mal. El más acá de la tumba se concibe como el valle de sombras de la muerte; así se engendra la evasión, la irresponsabilidad y hasta el apoliticismo, como características de un aludido auténtico estilo de vida cristiano.

La realidad de nuestros pueblos pobres del Sur, la relectura de las Escrituras desde ese contexto, la Teología Latinoamericana de la Liberación, el quehacer teológico desde la mujer y el desafío de los movimientos revolucionarios con un nuevo sentido ético y humanista contribuyeron a la recuperación del sentido hebreo-cristiano de nuestra fe evangélica. Hoy leemos, sin los espejuelos ideologizados por elementos ajenos a la fe, los textos bíblicos que nos llevan a ver la vida en su integralidad, y la salvación (*sotería*) como la acción transformadora de Dios en el ser humano, y en toda la creación, como un todo indivisible e inseparable. Con esta visión, el evangelista Lucas nos presenta lo que se ha llamado, con sobrada razón, el Manifiesto de Nazaret:

El Espíritu del Señor está sobre mí, por cuanto me ha ungido para dar buenas nuevas a los pobres; me ha enviado a sanar a los quebrantados de corazón, a pregonar libertad a los esclavos y vista a los ciegos, a poner en libertad a los oprimidos y a predicar el año agradable –el jubileo– del Señor.⁶

La recuperación de esta visión de la persona humana como una unidad «espíritu, alma y cuerpo» –o como nos dice la psicología, «biopsicosocial»– nos ha dado la comprensión para iniciar, desde hace algunos años, una pastoral renovada y renovadora. Para muchos de nosotros entender la fe de otra manera no solo ha enriquecido nuestra identidad y vocación pastoral, prácticamente ha significado una nueva conversión, la conversión a lo humano. Este reencuentro con una visión del ser humano como una totalidad, incluyendo su vivencia en el aquí y en el ahora, tiene extraordinarias implicaciones, no solo para las iglesias y

⁶ Lucas, 4:18-19.

los ministros de la religión, sino también para todo aquel cuyo trabajo tiene que ver directa o indirectamente con el tratamiento de los seres humanos.

Cuando se habla de tratar con seres humanos, necesariamente vienen a nuestra mente los trabajadores de la salud. Trabajar por y para la salud es una de las labores de mayor importancia y trascendencia para todos. La responsabilidad a favor de la vida es tarea de todo hombre y mujer, porque somos seres sociales, nacidos para vivir en comunión los unos con los otros. Sin embargo, la obra permanente en pro de la existencia, generalmente está en las manos de aquellos que han dedicado su vida ante todo a obtener conocimientos básicos para ejercer la profesión médica, simultaneado con una práctica desde lo elemental a la especialización, hasta la plena consagración en el ejercicio de su carrera. Desde antes de nacer, ya estamos en manos de los profesionales de la salud y más o menos frecuentemente hasta el último suspiro. El bienestar integral de nuestro pueblo descansa sobre muchos factores y muchas personas e instituciones. Pero no exageramos cuando afirmamos el papel destacadísimo del ministerio a favor de la salud. Salud, una de las acepciones de sotería y bienestar integral —«shalón»— son y deben ser hermanas inseparables de todo proyecto que realmente busque ser más justo y humano.

Hace años llegó a mis manos un libro, cuyo autor no recuerdo, pero su título me llamó fuertemente la atención, *Médicos de cuerpos y almas*. Precisamente su lectura coincidió con aquellos meses durante los cuales, en vez de oír mi nombre, todos me llamaban por un número. En forma novelada, el autor presentaba brillantemente dos tipos de médicos: aquellos que hacían de su profesión un medio para alcanzar renombre, dinero y posición en la sociedad de consumo, donde el hacer y dedicarse a la política los desviaba del sentido de ministrar a los enfermos como tarea fundamental; y los otros, quienes cada vez que trataban a un paciente era como acercarse al misterio de la personalidad humana, y experimentaban lo que Albert Schweitzer llamaba «la reverencia por la vida». Entonces, ejercían su profesión como especialistas que no solo conocen el cuerpo, las enfermedades, los diagnósticos, los medicamentos y los tratamientos, sino también veían en ellos seres humanos en situaciones límites reclamando algo más que ese procedimiento formal.

Desearía volver sobre la experiencia del nombre y del número. Esto me lleva al recuerdo de cuando tuve que pasar unos nueve meses por una especie de disciplina militar en territorio agramontino. Cuando llegamos, un sargento me llevó al dormitorio y me dijo: «Usted es el “43”, y desde ahora en adelante aquí está su hamaca.» Durante nueve meses nadie me decía «Raúl», sino «43». Una y muchas veces durante este tiempo venía a mi mente una frase del libro *El arte de hacer amigos*: «No hay nada más agradable al oído que oír nuestro nombre.»

Experiencia similar sucedió cuando allá por el año 1954 mi mamá ingresó en un hospital de la ciudad de La Habana para ser operada. El médico de la sala

y las enfermeras se referían a ella con el número de la cama que ocupaba. Solo para sus hijos y familiares ella era «mamá» o Julia Ramos. En una situación y otra, el sentido de la persona humana de carne y hueso deviene lo más parecido a una cosa o un número, a quienes hay que disciplinar en el arte y vida militar, y en el otro caso, cuerpos enfermos a los cuales se les ha hecho un diagnóstico y hay que hacerles un tratamiento para que salgan del hospital. Formado en una tradición que considera al ser humano –tanto hombre como mujer–, creado «a imagen y semejanza de Dios», y en la cual poner nombre a un recién nacido es el resultado de una experiencia profunda del padre o de la madre –incluso, de su propio pueblo–, aquello nos resultaba repugnante. Hoy la práctica es radicalmente distinta en nuestros hospitales y unidades militares. Hace pocos años tuve que ser operado de otosclerosis en el Hospital General Calixto García. ¡Qué diferencia, cuando al salir del salón de operaciones, el cirujano se me acercó y me dijo: «Suárez, ahora usted tiene que poner de su parte»! Encima de la cama no aparecía el número, sino mi nombre y apellido. Unos de los efectos del capitalismo salvaje es la codificación de la vida con su amarga secuela de la impersonalidad.

Una cosa es el vicio del individualismo, rezago de la sociedad burguesa que engendra el «sálvese quien pueda»; y otra es el sentido de la persona humana. En una de sus más conmovedoras parábolas, Jesús nos muestra a un pastor que tiene cien ovejas, deja las noventa y nueve en el desierto y va por los montes y vallados tras la oveja que se había separado de las demás y andaba perdida. Cuando la encuentra, la pone sobre sus hombros pletórico de alegría. Al llegar a su casa reúne a sus amigos y vecinos y les dice: «Gozaos conmigo, porque he encontrado mi oveja que se había perdido.»⁷

En el Hospital de Maternidad Eusebio Hernández, del municipio de Marianao, hay unas palabras de Ernesto Guevara donde él recuerda a todo el personal de la salud que allí trabaja, a los mismos pacientes y a sus familiares, que la vida de un ser humano vale mucho más que todas las riquezas del mundo. Cada vez que visito este hospital y leo estas palabras siento el aldabonazo no solo del enunciado, sino de aquel médico argentino movido por «grandes sentimientos de amor», porque era un revolucionario auténtico que jamás permitió que la dureza excluyera la ternura. El excepcional sentido humanista de estas palabras tiene un extraordinario parecido con aquel pensamiento de Jesucristo, cuando desafiaba la ética farisaica de su tiempo, al decir: «¿De qué le sirve al hombre ganar el mundo entero, si pierde su vida?»⁸

Jamás debemos olvidar –en palabras del doctor Jorge León, psicólogo cubano-argentino– que cada ser humano es único, como sus huellas digitales. Esa singularidad debe ser respetada.

⁷ Lucas, 15:1-7.

⁸ San Marcos. *Dios habla hoy. Biblia de Estudio*. 1960, 8: 36.

Cada persona aspira a ser sí misma, a ser auténtica. En toda la sociedad se debe propiciar esa posibilidad, la cual esencialmente no tiene por qué entrar en contradicción con los valores comunitarios que sustentemos.

La vida no es, como decía un filósofo en una ocasión, «una botella de vino agrio». Tampoco somos hijos del azar. No vivimos por vivir. La vida tiene sentido. Sea cual sea la motivación filosófica o religiosa sobre la cual sustentamos nuestra manera de concebir el mundo y de vivir en él, somos, al decir de Unamuno, «hombres de carne y hueso». Como tales, tenemos la tremenda necesidad de amar y de ser amados, de dar y recibir afectos. Esta necesidad se hace más imperiosa en la vida cotidiana cuando nos enfermamos y tenemos que acudir a la atención médica, y es más fuerte cuando se trata de un ingreso en el hospital. Claro, no es lo mismo si el ingreso es para un chequeo médico, o si es porque estamos realmente enfermos. Aquí, por lo general, nos topamos con las llamadas situaciones límites, como la enfermedad, el dolor, el sufrimiento moral, el miedo, el sin sentido, el sentimiento de culpabilidad, la fragilidad humana y la posibilidad de la cercanía de la muerte. Mucho se ha discutido si algunos de estos elementos afectivo-rationales, como el miedo, son estimulantes o paralizantes. Lo cierto es que son tan reales como la propia enfermedad, y a la hora de entrar en una relación médico-paciente hay que lidiar con estos grandes gigantes del alma. En situaciones así, la reconciliación con uno mismo se hace necesidad tan fuerte como la aspiración de salir bien y regresar al hogar.

En el caso de los creyentes, experimentan el haber sido reconciliados en la profundidad de su ser, porque se han reconciliado con Dios. Esto significa una nueva relación no solo con la deidad en la cual creen y confían, también incluye la reconciliación con los demás y con la propia naturaleza. Aquí, como en otras experiencias, la Biblia nos habla de shalón, es decir, la paz. En la tradición hebreo-cristiana shalón no es ausencia de guerra, ni se agota en la paz interior. La paz es una realidad integral. De ahí que una persona reconciliada es una persona que tiene la posesión y es poseída por la paz en su sentido pleno. En mis casi cuarenta años de pastor, he llegado a la conclusión de que todos los seres humanos, creyentes o no, cuando nos acercamos conscientemente al último suspiro, o tenemos el temor de que puede ser así, necesitamos la reconciliación.

Por eso pienso que la reconciliación no tiene que ser necesariamente religiosa. Tampoco está determinada por un sentimiento de culpabilidad. Antes de entregar el espíritu a Dios-Padre, Jesucristo exclamó: «Consumado es.» Algo así como un recuento de la vida a la luz del sentido de la misión por la que había optado. Es la reconciliación última con el sentido o no de la vida. Es morir en paz. Esta tarea se asocia generalmente con los ministros de la religión, alguien de la familia o un amigo. No siempre el enfermo tiene la posibilidad de estar rodeado de sus familiares más cercanos. Incluso los hay que, por diferentes razones, no tienen familia. De igual manera, no todos son creyentes o tienen relaciones con personas religiosas. En la complejidad de la vida humana,

no todos tienen la necesidad de un encuentro de esta naturaleza. En situaciones como esta, las personas que ejercen el noble y consagrado ejercicio de la medicina resultan ser los necesarios reconciliadores para aquellos, quienes no tienen otra opción que depender de estos cuidadores de cuerpos y almas. Y aun cuando tengan otras posibilidades de atender tales necesidades íntimas y personales, esta labor no puede ser excluida del proceso de la recuperación de la salud y de amigarse con uno mismo.

Hace algún tiempo, un joven de diecisiete años de edad que asistía a la escuela dominical de nuestra iglesia tuvo un accidente que finalmente le provocó la muerte. Dos horas antes de fallecer estaba en pleno dominio de su razón. Antes de ir a la sala de terapia intensiva, tuve la oportunidad de conversar con él y ayudarlo a vivir aquellos momentos sin el sentimiento de culpa con sus padres. El día del accidente fatal, en vez de estar en una actividad de la iglesia, había ido con sus amigos a la playa. En casos así el «si yo lo hubiera sabido» o «hubiera hecho lo que mamá y papá me dijeron», tienen un terrible efecto sobre la espiritualidad del cualquier persona, mucho más si es adolescente. Este acompañamiento pastoral no pudo continuar personalmente por su traslado a terapia intensiva. Esto significó, como todos sabemos, estar separado totalmente de los suyos. Solo quedaba la consoladora obra de la expresión de las miradas a través de los cristales. Uno de los intensivistas que lo atendía le explicaba a la mamá del paciente que este le preguntaba constantemente: «¿Cuándo voy a salir de aquí?» Pero no solo hacía esta pregunta, creaba situaciones muy difíciles a intensivistas y enfermeras.

Son las interrogaciones en ese único y exclusivo estado de la vida cuando el individuo se debate entre el temor y la esperanza. Entonces el médico deviene no solamente el especialista de cuidados intensivos, sino algo así como un cura de almas. Este cuidado pastoral, para usar una de nuestras expresiones evangélicas, no puede ser exclusivo de los profesionales de la religión ni de los familiares. La bondad, ternura, compasión y misericordia no son prerrogativas exclusivas de los sacerdotes y pastores de las iglesias. La vida, en íntimo contacto con hombres y mujeres del pueblo, nos ha enmendado la plana del vicio de creer que tenemos el monopolio de la verdad y de la institución perfecta. No todos los buenos están en las iglesias, ni todos los malos fuera de estas. El sentir y la práctica del amor al prójimo es patrimonio de todos y exclusividad de nadie. Esto nos lleva a otras consideraciones.

La cultura ateísta desarrollada en nuestro país mediante la oficialización del ateísmo científico, creó la mentalidad de sospechar de ciertos términos por su posible olor religioso. Este tipo de cultura fue un elemento trasplantado a nuestra idiosincrasia cubana, caribeño-americana. Ajena también a nuestras tradiciones patrióticas y revolucionarias. No aparece ni en el discurso ni en la práctica política de los principales protagonistas de la Revolución Cubana. Es eurocéntrica y manualesca. Pienso, con Frei Betto y Leonardo Boff, que pasa por

alto las fuertes motivaciones de hombres y mujeres que optaron y siguen optando por el proyecto de edificar una sociedad socialista. En *Mística y espiritualidad*, estos autores nos recuerdan:

Para millones, el socialismo y el marxismo constituyeron un torrente de generosidad y una fuente inspiradora de verdadero amor a los oprimidos y de visiones revolucionarias y prácticas liberadoras en todas las instancias en que se organiza la sociedad. A pesar de la crisis del socialismo «real», que es un tipo de organización de la sociedad y del Estado, el ideario socialista perdura como una instancia movilizadora del compromiso social. El socialismo nació de una profunda indignación frente a la miseria y de un acto de amor político y revolucionario hacia los oprimidos de las sociedades marcadas por la desigualdad social.⁹

Concebir la vida y ser consecuente con la manera de vivir, desde una perspectiva mística y espiritual, necesariamente no significa asumir ideas religiosas y militancia eclesial.

Hablar de la mística en el ejercicio de la profesión médica, como hablar de la mística del compromiso y de la lucha, podemos hacerlo, como bien afirma Betto:

Sin reparos ni pruritos motivados por las resonancias religiosas de estas palabras. Por el contrario, crece día a día el número de los que se comprenden dentro de una perspectiva totalizante de la existencia humana. Procuran descubrir en sí las varias dimensiones del misterio de la vida y los niveles de profundidad de la indagación humana. Identifican así los grandes sueños y visiones de un nuevo mundo y de las relaciones humanas y sociales más benevolentes y amorosas que pueblan nuestro imaginario y que, de vez en cuando, enardecen los corazones...

Por más que conozcamos una cosa concreta con el concurso de varias aportaciones (emocionales, míticas, intuitivas, científicas, holísticas), nos damos cuenta de que todavía hay lados que considerar y perspectivas que captar. Cuando nos confrontamos con lo infinitivamente complejo –la persona humana, hombre y mujer–, ahí es donde tomamos conciencia de lo que significa existencialmente, a nivel experiencial, un misterio y la actitud frente a él, la mística. Cada persona es un misterio.¹⁰

Por otra parte, el P. Nicolás Alessio enriquece nuestras reflexiones cuando afirma:

Lo «espiritual» para nosotros debe ser despojado de su connotación dualista, como si fuera algo incomunicable con lo material o alejado de lo material, o, lo que es peor, en contraposición con la materia. Para nosotros, lo «espiritual» es una manera de vivir, de sentir, de amar, de crecer, de existir, de comer, de luchar, de pensar, de reír, de llorar y, también, de morir. Abarca todas las dimensiones de la vida y la existencia humanas, todas sin excepción, también la material, la carnal, la concreta, la «de este mundo». Todo hace a la espiritualidad, entendida como vida humana «en

⁹ F. Betto, L. Boff. *Mística y espiritualidad*. Madrid, Editorial Trotta, 1996: 12.

¹⁰ *Ibidem*.

el Espíritu». Con esto, ya estamos diferenciándonos de los que achican y reducen la espiritualidad o las cosas del espíritu, a simplemente la oración, los sacramentos, o los retiros «espirituales», es decir, a las actividades relacionadas directa y explícitamente con lo «religioso». No hay que confundir religiosidad con espiritualidad. Lo religioso es un campo específico, es una dimensión determinada de la vida del hombre. La «espiritualidad» abarca lo «religioso» y a todas las otras dimensiones de la vida de los hombres: lo político, lo social, lo ideológico.¹¹

Entonces, la espiritualidad tiene que ver con lo más profundo del ser humano. No somos solamente un conjunto de elementos materiales que forman las células, tejidos, órganos, aparatos y sistemas. El médico, las enfermeras y otros trabajadores de la salud no solo tratan con cuerpos enfermos. Poseemos una naturaleza espiritual que clama por seguridad, amor, ternura y compasión en su diario vivir y de mucha más urgencia cuando entramos en situaciones extremas de la existencia humana. Su motivación y práctica tienen una buena diversidad de sustentos. Cualquiera que sea esa sustentación, somos seres espirituales y, como tales, estamos ejerciendo la indispensable tarea de la atención espiritual de los demás.

Parte de nuestra labor en el ministerio cristiano es el acompañamiento pastoral a los enfermos, tanto en sus hogares como cuando ingresan en algunos de los hospitales de la capital. Una de las experiencias que jamás olvidaré fueron aquellos primeros meses cuando me iniciaba como pastor de la Iglesia Bautista Ebenezer de Marianao. Comencé a visitar la sala de niños en el Hospital Oncológico. Encontraba niños a quienes sus padres o madres habían ingresado allí y luego los abandonaban. En otros casos, sus familiares vivían distantes y no siempre podían visitarlos. Besar aquellos niños, acariciarlos, compartir algunos pensamientos bíblicos, inclusive orar con ellos, era una vivencia psíquica y espiritual que hacía renacer la fe y la esperanza, aunque no en conceptos religiosos o de otra índole, sí en aquellos pequeños rostros que agradecían con una sonrisa aquel convivio de ternura y amor. Muchas veces salía del hospital, con una mezcla de dolor moral y de agradecimiento a Dios, por haber optado desde mi juventud por la vocación pastoral.

No siempre es posible la recuperación de la salud en un enfermo, independientemente de todos los esfuerzos del médico y del equipo que le acompaña en su empeño. La vida pastoral en nuestras relaciones con el sistema de salud en Cuba nos ha enseñado que si bien no siempre el éxito es la corona de los esfuerzos realizados, sí se ha logrado afirmar y reafirmar una fe en los pacientes. Eso es mayor que la enfermedad que se tiene. Lo vemos cada semana cuando vienen a nuestros locales unos sesenta ancianos y ancianas que forman parte del proyecto de atención a la tercera edad en nuestra congregación. Pienso en Hilario Suárez, un cubano de origen asturiano, de noventa años, operado de

¹¹ N. Alessio. *Reflexiones para una espiritualidad adulta*. Perú, s/e, s/f: 2.

cáncer de próstata. Cada vez que nos hablaba de los médicos que lo atendían lo hacía con un inmenso orgullo y cariño. Le agradaba dar gracias a Dios por los médicos cubanos. En las sesiones de psicoballet, como parte de nuestro proyecto de servicio comunitario, nos arrancaba las lágrimas cuando lo veíamos actuar de abuelo molesto por una niña débil visual que hacía de su nieta. Al final, ambos reían a carcajadas. Ella tirando de él con un bastón, y él le seguía como un viejito travieso. Aquel hombre, que ya no está con nosotros, vivía su vida con una fe mayor que un cáncer de próstata.

La Biblia dice: «Es, pues, la fe la certeza de lo que se espera, la convicción de lo que no se ve.»¹²

Para creyentes religiosos o no, el sentido de la fe en estos términos es un verdadero desafío, no solo poseerla, sino promoverla en los demás.

Desde mi identidad cristiana y vocación pastoral he tenido no sé si el privilegio, o la responsabilidad histórica, de haber vivido veinticuatro años de mi vida en la sociedad capitalista del pasado, y el resto durante el proyecto de nueva sociedad iniciado con la Revolución. Uno de los valores del proyecto socialista cubano es haber creado una nueva mentalidad en nuestro personal de salud, especialmente en los médicos formados durante este tiempo.

Hace unos días, un norteamericano que ha vivido la mayor parte de su vida en América Latina nos visitó. Cuando nos despedíamos, porque regresaba a su trabajo en Costa Rica, me decía: «No me van a creer que un médico en Cuba gana lo que gana y hace su trabajo con tanta dedicación y entrega. Eso sería imposible entre nosotros.» Aunque pienso, como diputado, que podíamos hacer algo más para que los trabajadores de la salud puedan mejorar su nivel integral de vida, esto no ha sido un obstáculo para la inmensa mayoría de nuestros doctores y doctoras que nos atienden y atienden a nuestra familia para ejercer su profesión con auténtica «diakonía».

Hace años nuestra familia fue conmovida por la enfermedad y muerte de una de sus miembros más queridos por todos. Ella ingresó en uno de nuestros hospitales para ser operada. Luego de estar quince días en ese centro hospitalario, tuvimos que ingresarla en otro. En total, tuvo que ser operada en cinco ocasiones. A partir de la última operación, ni la familia pastoral ni sus familiares pudimos verla más. Fueron cinco días muy difíciles para todos. Cada día, uno de los especialistas que la atendían reunía a la familia y a nosotros y nos explicaba el comportamiento de la enfermedad y el tratamiento. Este médico cubano era para todos un verdadero pastor de almas. Para nosotros no era el frío profesional que da un parte, era el hermano que cuando nos veía llorando sus ojos se humedecían y no decía más palabras y nos abrazaba. El resto del equipo no sabía cómo expresar con gestos y palabras la compasión, la bondad y la solidaridad con todos los familiares.

¹² Hebreos, II:1.

A este médico-pastor, militante del Partido, sin creencias religiosas, y a todo su equipo, dedico este artículo como expresión de nuestra más profunda gratitud, como pastor y familia.

A manera de conclusión, desearía terminar este trabajo con la primera y última parte de este bello poema del amor, que nuestro Martí caracterizó como «muy amado»:

*Si yo hablase lenguas humanas y angélicas,
Y no tengo amor,
Vengo a ser como metal que resuena y címbalo que retiñe.
Y si tuviera profecía,
Y entendiera todos los misterios y todo conocimiento,
Y si tuviera toda la fe,
De tal manera que trasladara los montes,
Y no tengo amor,
Nada soy.
Y si repartiera todos mis bienes para dar de comer
A los pobres,
Y si entregara mi cuerpo para ser quemado,
Y no tengo amor,
De nada me sirve.
[...]
Ahora permanecen la fe, la esperanza y el amor,
Estos tres; pero el amor de ellos
Es el amor.*

Bioética, ancianos y calidad de vida en Cuba

María Elena Fernández Roque y Armando S. García Martínez



La historia de la vejez puede trazarse con tres figuras del curso humano: circular, lineal y recíclica correspondiente a los paradigmas antiguos, modernos y posmodernos de la edad. Para la antigüedad clásica las edades del hombre son las fases de un ciclo vital equivalente al tiempo circular de la naturaleza cósmica (teoría del macro-microcosmos).

La metáfora de la vida como un día o jornada se manifiesta en la respuesta de Edipo al enigma de la Esfinge: el animal que marcha en cuatro patas al amanecer, en dos al mediodía y en tres en el crepúsculo, es el hombre.¹ Así, Edipo, anciano y ciego, alcanza finalmente la tranquilidad. Sófocles le confiere la visión del mundo a los 89 años, conquistada por su sabiduría; de esa forma, la vejez era considerada el crepúsculo de la vida o acabado de una travesía espiritual.

En la Edad Media este ciclo vital fue respetado, pero el cristianismo impuso la apertura a la eternidad como figura lineal de la vida pura y obediente, que no termina con la muerte. Por tanto, la vejez no era más que la última oportunidad de ganar la eternidad. Por otra parte, la cultura posmoderna se define por el fin de la edad en un doble sentido, pues el curso vital es como reciclado cada vez más

¹ J.A. Mainetti. *Tiempo y medicina: de Cronos a Quirón*. La Plata, Editorial Quirón, 1980:11,1.

con las actuales técnicas y se ha entrado en la revisión social del mito de las edades como fases normativas de la vida.²

Sin embargo, los historiadores coinciden en señalar períodos durante los cuales los ancianos gozaron de veneración democrática sostenida en el *ancien régime*, obsoleto ya con el industrialismo de los últimos tiempos que definen la vejez como período improductivo de la vida, por tanto, en desventaja, descrita por el modelo deficitario del envejecimiento como una enfermedad, como un deterioro físico, prioritariamente.

Nuestra era puede definirse como la del *homo longevus* que presencia una inédita extensión de la última edad, en íntima conexión con el progreso de la medicina. En la etapa moderna, la explosión científico-técnica ha alcanzado un desarrollo tal que permite casi decidir entre la vida y la muerte, al desafiar esta ley natural. Así, se afirma que solo en el siglo xx la esperanza de vida ha aumentado tanto como en los 500 años precedentes. Hoy en día se considera que en los países desarrollados las personas de más de 65 años representan el 15% de la población total, y se destaca con mayor esperanza de vida Japón con 80 años, seguido de Canadá, Francia, Suecia y Suiza con 79 años.³

Se estima que para el año 2025 habrá 802 millones de personas con más de 65 años, 257 millones en países desarrollados, 555 millones en países en desarrollo y 46 millones en países menos desarrollados.⁴ Estas cifras representan desafíos sociales, pues son traducidas en que gran número de individuos podrán vivir más de 100 años, lo que significa que convivirán cuatro o cinco generaciones, y que existirá un número mayor de ancianos que dependerán del cuidado de su familia e implica una mayor carga económica (familiar), limitaciones de la responsabilidad social de la mujer (dado que generalmente es la adulta madura quien asume el mayor peso del cuidado), y cambios en la dinámica familiar, al hacerse necesarios reajustes de los servicios sanitarios y de seguridad social, a la vez que representan un mayor número de jubilados u ociosos que cuantifican hoy en países en desarrollo el 60%. Se estima que solo en los Estados Unidos habrá 60 millones de jubilados para el año 2020.⁵

El envejecimiento poblacional, por tanto, es el producto del desarrollo técnico, cuya responsabilidad se le debe mayormente a la implosión de este en la salud, no solo para prolongar la vida, sino también para elevar su calidad en las personas añosas, para lo cual en el análisis antropológico se crean dos escenarios: uno *optimista*, donde se apuesta a la comprensión de la morbilidad que predice una buena salud hasta cerca de los 85 años, seguida de una muerte rápida, y el otro *pesimista*, con la prolongación de la morbilidad y la longevidad, una mala

² J.A. Mainetti *Medicina y humanidad: sufrir, envejecer, morir. Antropobioética*. La Plata, Editorial Quirón, 1995.

³ Informe sobre la Salud del Mundial. Ginebra, OMS, 1998.

⁴ World Population Prospects, 1998. Revision. Nueva York, ONU, 1998.

⁵ Tercer Congreso Internacional para el Progreso Global de salud. París, UNESCO, 1998.

calidad de vida y fútil atención médica que recuerda al mítico Mitomo, que fue autocastigado por la osadía de desafiar las leyes naturales al solicitar su inmortalidad y olvidó pedir la eterna juventud, por lo que se vio obligado a padecer los horrores de la vejez hasta que fue convertido en grillo para cantar la gloria de la naturaleza. Esta fábula nos ilustra acerca de cómo el intento de prolongar la vida lleva implícito un encarecimiento del sector de la salud, ya que en la actualidad alta tecnología es sinónimo de altos precios, que no todos los ancianos pueden costearse y, por tanto, que no se puedan brindar iguales posibilidades para todos los gerontes, lo que genera una crisis en cuanto al principio bioético de justicia aplicado para la medicina de la tercera edad, reto que debe enfrentar la sociedad si se aspira a una práctica verdaderamente benéfica, solo salvable, a nuestro entender, a través de una correcta política de salud.

A lo antes expuesto, se suma el hecho del bienestar del anciano como ser psicosocial, pues si bien el hombre es caduco por antonomasia en su tercera edad, ello no es así en virtud de reducir el envejecimiento al deterioro físico como objeto social estandarizado.

Así, Johann Wolfgang Goethe, quien terminó de escribir su magistral obra *Fausto* a la edad de 80 años, planteaba que «cuando uno tiene un por qué para vivir, es capaz de cualquier cómo», lo que plantea por sí un conflicto a la sociedad actual que la bioética trata de enfrentar a través de la búsqueda de una visión posmoderna para definir el curso vital y resimbolizar la vejez en términos de creatividad y crecimiento continuo, independientemente del vigor físico y la productividad económica, donde se evalúe al viejo por su valor humano y no por su persistente vitalidad juvenil. Para esto se desarrollan las recientes corrientes de la bioética según la ética del cuidado, la ética hermenéutica, y la ética narrativa, con las cuales no se trata de aplicar una ingeniería moral a la vejez, sino lograr una mejor comprensión y sabiduría práctica de esta, capaz de romper mitos como el del envejecimiento cronológico, para que la edad no se mida por la cifra de sus años o de su productividad solamente y se tenga en cuenta: cómo vive este anciano, sus aspiraciones y esperanzas, fin para el cual se utiliza el término calidad de vida, aplicable hoy con más necesidad en nuestra población de ancianos.

Con el objetivo de ayudar a la comprensión de algunas variables que inciden en este concepto se realiza el presente trabajo, en el que se aspira a obtener resultados que ayuden a ampliar el conocimiento de la calidad de vida del anciano en nuestro país.

Vejez y sociedad

En la etapa primitiva, los ancianos gozaron de una época de esplendor, dada la importancia del papel que desempeñaban como fieles guardianes de las costumbres que identificaban a la tribu y su historia, encargados por excelencia de transmitirla de generación en generación, y en muchos casos consultados en

calidad de grandes sabios o brujos por su alto nivel de experiencia alcanzado a lo largo de su vida. Además, eran considerados seres excepcionales, al lograr edades poco frecuentes para la época, si tenemos en cuenta los escasos índices de supervivencias y esperanza de vida. En muchas de estas culturas eran cuidados y venerados hasta su muerte por los familiares, mientras que en otras, cuando su discapacidad les impedía cumplir sus funciones, voluntariamente abandonaban la tribu y buscaban lugares solitarios donde tener una muerte digna y tranquila, lo que se conoce como los primeros indicios de suicidio socialmente asistido.⁶

Se considera que uno de los factores que comenzaron a deteriorar la imagen o las funciones del anciano fue la escritura, al anular el método de verbalización aplicado hasta ese momento. También con el desarrollo social y de las relaciones de producción aparece la propiedad privada sobre los medios de producción y la división de la sociedad en clases, básicamente en propietarios y desposeídos, de lo que no quedaron exentos los ancianos.

A pesar de lo antes expuesto, en la primera etapa de la civilización griega se da al anciano un trato respetuoso y humano, hecho que se refleja en las obras literarias, dentro de las que se destacan las de Homero (la *Iliada* y la *Odisea*). Al igual que en otras culturas, como la judeo-cristiana, que recoge en la Biblia algunos pasajes como: «Ponte de pie y muestra respeto ante los ancianos [...]» (*Levítico*, 19: 32). «[...] no desprecies a tu madre cuando sea anciana» (*Proverbios*, 23: 22). «Pero si una viuda tiene hijos o nietos, ellos son quienes primero deben aprender a cumplir sus obligaciones con los de su propia familia y a corresponder al amor de sus padres, porque esto agrada a Dios» (*1 Timoteo*, 5: 4).⁷

Sin embargo, en la segunda etapa de la cultura griega, varía la apreciación del anciano en las corrientes filosóficas clásicas, en las cuales se destaca Aristóteles, quien plantea, en su obra *Ética a Nicómaco*, que al anciano debe tratarse con respeto, como a familiar venerable que es, pero nada más. En esta etapa clásica se observa una predilección por la belleza, por la perfección física, que ha quedado reflejada en sus obras de arte y literatura; perfección que llega, según su entendimiento, con el equilibrio de las edades. Es decir, en la edad o etapa madura, el joven era admirado por su belleza pero criticado por sus excesos y, en la medida que maduraba esta belleza, se perfeccionaba el carácter, para llegar a su máximo esplendor después de los 30 y hasta los 49 años, edad en que comenzaba la vejez. Así, planteaba Aristóteles en su obra: «La juventud y la vejez son extremas y por ello mismo viciosas.» La virtud está en el medio, es decir, en la edad madura. Por otra parte, describe el carácter de los ancianos como un producto viciado por los años vividos, donde «no se atreven a asegurar nada y en todo se quedan mucho más cortos de lo que se debe y opinan pero

⁶ D. Gracia Guillén. *Ética y ancianidad. Dilemas éticos de la medicina actual-9*. Madrid, Fundación Humanismo y Democracia/Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas, 1995.

⁷ *La Biblia de Estudio. Dios Habla Hoy*. 3ra. Traducción directa de los textos originales hebreos, arameo y griego. Sociedades Bíblicas Unidas, 1995.

no están ciertos, y cuando discuten añaden siempre el quizás y acaso, y todo lo dicen así y nada con seguridad. [...] También suspicaces por su falta de confianza a causa de su experiencia y son mezquinos por haber sido humillados por la vida y no codician nada grande ni excesivo, si no lo adecuado para vivir. Y no son generosos [...] y son cobardes [...] y son egoístas [...] y viven mirando la utilidad y no el bien en grado mayor al debido [...] y viven más con la memoria que con la esperanza [...].»⁸

La vejez era considerada como una etapa degradante para el ser humano, pero a la vez inevitable, donde el recurso recomendado por los estoicos era la resignación ante los achaques de la vejez, sobrellevarlos y sacarles el mejor partido, como recomendaba Cicerón en los tratados de *Senectute*.

En América, durante la etapa primitiva, al igual que en otras sociedades indígenas, se tenía en alta estima y consideración al anciano (incas, mayas, toltecas). Pero esta conducta varió con la Conquista, pues los colonizadores solo estaban interesados en la mano de obra. Por ello, los ancianos dejaron de ser respetados y venerados para convertirse en una carga económica, tanto para los gobernantes como para sus familias, que dejaron de vivir en comunidad para enfrentar una cruel explotación donde la principal necesidad era la subsistencia.

De esa manera, los ancianos también comenzaron a ser valorados por su posición económica, lo que determinaba fehacientemente su futuro: aquellos que poseían más recursos permanecían en sus propias casas atendidos por sus familiares o sirvientes con la esperanza de la herencia. Además, recibían atención médica por parte de la nascente medicina técnica y eran beneficiados con las medidas preventivas que intentaban retardar el proceso de envejecimiento.

Durante la Edad Media esta situación cambia escasamente, excepto que con el auge de la Iglesia y el desarrollo de los monasterios, los ancianos propietarios tenían la posibilidad de retirarse, siempre y cuando legaran sus propiedades a la institución.

Al aparecer la burguesía como clase social, introduce conceptos verdaderamente revolucionarios dentro de la medicina, siempre en función de quien pudiera pagar más, y se comienza a desarrollar criterios de medicina preventiva con la esperanza de detener la aparición de la vejez en un intento desesperado por conservar la vida. A partir del criterio de que es un valor positivo digno de ser conservado a cualquier precio, es lógico que rechazaran a la vejez como antesala de la muerte, y la apreciaran solo como una etapa preliminar donde se preparaban para perder una posesión valiosa. Y decimos lógicamente, pues desde el punto de vista biologicista es en esta etapa de la existencia cuando por ley natural más cerca se encuentra el ser humano del final de la vida. Así, ante lo inevitable, comienzan a tomar medidas para que esta etapa tan desagradable no transcurriera de forma tan cruel, y se preparaban desde temprano para pasar

⁸ Aristóteles. *Retórica II*, 13: 1389 b,14: 1390-7.

la vejez evadiendo la soledad, para lo cual desarrollaron los gremios y cofradías, y de esta forma garantizarse la asistencia de médicos y boticas para cuando les fueran necesarios, mediante el pago de una cantidad módica mantenida. En la Europa Central, comienzan a desarrollarse los hospitales burgueses, verdaderos retiros para quienes colaborasen en su fundación y manutención.

Por otra parte, los viejos pobres –entiéndase la mayoría– eran atendidos por caridad cristiana, y pasaban la última etapa de la vida en los hospitales monacales. Resulta pertinente aclarar que estos hospitales ofrecían escasos recursos médicos y cumplían más bien una función de control social, a la vez que las órdenes religiosas se ocupaban más del alma que del cuerpo. No fue hasta el siglo XVIII cuando empezaron a preocuparse del bienestar más que de la caridad. A partir de la revolución industrial, por el aumento de las personas que acudían a estos hospitales, es que se comienza a tomar conciencia de la necesidad de la atención médica y se empieza a practicar la medicina con más seriedad, lo que da inicio al desarrollo de la especialidad de geriatría a partir de las experiencias clínicas de los médicos que acudían a ofertar este tipo de servicio.⁹

En el siglo XIX la situación varió poco, aunque en Francia, en 1852, Napoleón III crea una caja de vejez. Pero no es hasta 1893 que se aplica una ley de carácter obligatorio que dictaba se recluyera a todos los indigentes en los hospitales. Posteriormente, ya en el siglo XX, en 1905, se dicta una ley especial para incurables y viejos.¹⁰

En Inglaterra, los viejos pobres estaban regulados desde 1601 por *The Poor Law Relief Act*, y se les enviaba a las *Work-Houses*, donde su situación era dura e incómoda, por lo que sirvieron de ejemplo para estimular a los jóvenes para no llegar a la vejez en la indigencia. En 1930 se alojaban en ellas unos tres millones de ancianos, porque aunque dichas instituciones habían sido abolidas legalmente en 1918, siguieron existiendo.

En ambos países las órdenes religiosas continuaron desarrollando esta función. Si bien no podían garantizar la supervivencia y el confort, al menos daban un trato humano a estos ancianos carentes de recursos o rechazados por sus familias.

En España los ancianos se mantenían en asilos y auspicios bajo la atención de la Iglesia. No es hasta 1849 que se establece por ley que deben ser acogidos bajo la tutela de la administración cuando no tuviesen hijos o deudos que se ocuparan de ellos.

Todo lo anterior motivaba que se tuviese miedo a llegar a la vejez en estado de indigencia, y así, a finales del siglo XIX, comienzan a adoptarse medidas de protección frente a ella, mediante la afiliación a diferentes sociedades de «sorro mutuo».

⁹ E. Arquiola. «La vejez en los Estados de bienestar.» *Quirón*, 1993; 24 (2).

¹⁰ J. Pralong, Y. Delomier. «La Charité. De l'hospice à l'hôpital gériatrique. Trois cents ans de l'histoire hospitalière à Saint-Etienne.» *St. Étienne*, 1983; 36.

Paralelamente, los gobiernos comenzaron a promover sistemas de seguridad social que pudieran dar cobertura a la vejez, convencidos de que así protegían al sistema capitalista de las ideas socialistas, que postulaban una mayor justicia social. La reorganización del proletariado a partir de su toma de conciencia como clase explotada, hace que la burguesía perciba las dimensiones reales de la pobreza y la insuficiencia de las iniciativas privadas y caritativas, por lo que surge la necesidad de la participación del Estado en la protección de los ancianos.

Por esa razón, la vejez comenzó a ser atendida por la seguridad social, que de alguna forma sustituía a la familia, hecho favorecido por el desarrollo impetuoso de la economía en ese momento, que exigía de la familia mano de obra para la producción, y que permitía que la atención de los ancianos que la necesitaban fuera sufragada por el Estado. Sin embargo, el desarrollo técnico aplicado a la medicina permitió una esperanza de vida que aumentaba continuamente, y que generó un mayor número de ancianos que necesitaban la atención de salud que brindaba el Estado. Esto, unido al encarecimiento y el alto costo de las nuevas técnicas médicas, hace insuficientes las políticas estatales de atención y mantenimiento de la salud, lo que provoca que en alguna medida se comience a devolver a la familia la responsabilidad de estas personas, si no totalmente, al menos en parte. La tendencia a sacar a los viejos de los hospitales se debe al aumento de la conciencia de las familias de que resulta beneficioso para el anciano permanecer en su ambiente doméstico, lo que indiscutiblemente plantea una disminución en los costos de salud, al acortarse la estadía hospitalaria.

Dado el aumento vertiginoso de la esperanza de vida, la sociedad comienza a valorar la vejez como algo que nos ocurre a todos y, por tanto, como algo inevitable, ya no fatídico ni estático. Las personas comienzan a tomar conciencia sobre la importancia de ser viejos, con experiencia y utilidad —«Dijiste basta, percaste», precisa san Agustín—; con capacidad para disfrutar la vida placentera de quien ha luchado por vivir. Así, cada individuo comienza a responsabilizarse de su propia vejez, a preocuparse de los valores que hay que cultivar en la vida para garantizar una vejez segura, lo más sana y productiva posible. Al gozar aún del respeto social y del lugar ganado en su colectivo, la vejez deja de ser una etapa de pérdidas y renunciadas para convertirse en la última posibilidad de conquistar la vida: «Heidegger solía decir que la existencia es concierto (Gestimmstein) [...]»¹¹

Por tanto, la atención del anciano debe procurarle una existencia digna, tanto en el plano psicológico, social como espiritual sobre la base de una buena salud, lo que implica un compromiso del individuo, de su barrio, de su país, de su médico y, por consiguiente, de su gobierno. Solo un esfuerzo unido podrá lograr una vejez segura.

¹¹ J.L. del Barco. *Bioética de la persona. Fundamentos éticos y antropológicos*. Universidad de la Sabana. 1998.

El individuo y la sociedad deben aprender a responder al reto con que los progresos de la medicina, en su doble aspecto, curativo-preventivo, les están obligando a enfrentarse: «Una vida más larga pero con planteamientos diferentes, tanto en el ámbito individual, social como sanitario.»¹² La vejez no solo nos lleva a replantear el concepto de salud como un estado de bienestar absoluto y optar por una consideración de la salud suficiente, sino más allá, a replantear el estilo de vida que la sociedad está llevando. Minois plantea que cada sociedad tiene su modelo de viejo, pero las actitudes ante la vejez demuestran muy bien el tipo de sociedad en que el viejo en concreto está inmerso.¹³

Bioética y ancianidad

La bioética está actualmente centrada direccionalmente hacia la atención de salud y la investigación científica, y en este sentido ha sido bastante funcional en cuanto a la regulación, distribución y aplicación de los avances técnicos médicos en los ancianos. Sin embargo, ya se ha logrado el aumento de la esperanza de vida, ya tenemos ancianos capaces e independientes. Ahora, ¿cómo enfrenta la bioética la conducta social para con el anciano? Para responder a este reto, a nuestro entender es necesario remitirse inicialmente a sus orígenes. Potter habla de la bioética como de la disciplina donde confluyen las ciencias y las humanidades en la creación de una nueva cultura relacionada con la responsabilidad del hombre ante los resultados de su obra, de sí mismo, de su entorno existencial presente y futuro.¹⁴

Así, la ancianidad es producto del avance científico técnico y ha sido el fruto de la aplicación de la técnica en función de la medicina para lograr un mejoramiento biológico del hombre. Sin embargo, al ser el hombre un ser social, este envejecimiento poblacional ha planteado a la bioética un nuevo reto: el de administrar estos recursos técnicos cumpliendo los principios de equidad y justicia. Pero, más aún, el de ser benéficos con este anciano, no solo desde el punto de vista médico sino también social. Para este problema es aplicable la máxima de que «una decisión ética es una respuesta justificable a una interrogante sobre lo que debería hacer o que no debería hacer».¹⁵

Ya la problemática de la ancianidad, desde el punto de vista psicologicosocial, es el centro de atención de muchos profesionales dedicados a la bioética que

¹² E. Arzola Pérez, D. Galinsky *et al.* La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. Washington, OPS, 1994. [Publicación Científica 546]

¹³ Centro Iberoamericano de la Tercera Edad. *Atención del anciano en Cuba. Desarrollo y perspectivas*. 2da. ed. La Habana, 1996.

¹⁴ Citado en J.R. Acosta Sarriego. *Bioética. Desde una perspectiva cubana*. La Habana, Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, 1997. Tomado de D. García Guillén. «Métodos de análisis y decisión en ética clínica. [Conferencia] Primer Congreso Latinoamericano de Bioética. São Paulo, Brasil, octubre de 1995.

¹⁵ R. Altisent. «Para qué sirve la bioética.» *JANO*, abril de 1997; 3I (1210).

abordan esta temática, en especial a partir del concepto de calidad de vida. Sin embargo, la mayoría reconoce la dificultad a la hora de aplicarlo funcionalmente, si no se ha abordado desde los distintos ángulos y aristas que conforman la pirámide de la vida humana.

La cuestión de la calidad de vida en el anciano

La calidad de vida es un concepto reciente, utilizado para calificar la satisfacción con la vida, que encierra todo un conjunto de planteamientos que se han desarrollado paralelamente al crecimiento social del hombre. En las tesis propuestas por Diego Gracia, en su artículo «Ética de la calidad de vida», se considera este concepto en tres niveles: 1) calidad de vida privada o de máximos, 2) calidad de vida pública o de mínimos, y 3) el criterio de la excepcionalidad, que permite definir lo que es la calidad en circunstancias concretas y a la vista de ciertas consecuencias,¹⁶ por lo que su abordaje desde el punto de vista bioético es sumamente difícil por las contradicciones que encierra en sí mismo desde el punto de vista objetivo-subjetivo. No obstante, varios han sido los autores que intentan establecer una definición. Así, Mendola y Pellegrino (1979) han definido este término como el «logro individual de una situación social satisfactoria dentro de los límites de su capacidad física percibida». Esta es una definición bastante limitada y no más fácil de operar que otra más compleja. Shin y Jonhson (1978) han sugerido que la calidad de vida consiste en «la posesión de los recursos necesarios para la satisfacción de las necesidades individuales y de los deseos, la participación en actividades que permitan el desarrollo personal y la autorrealización, la comparación satisfactoria entre uno mismo y los demás», todo lo cual depende de la experiencia y del conocimiento previo.

Patterson (1975) hizo una aproximación diferente, al identificar ciertas características juzgadas como esenciales para cualquier evaluación de la calidad de vida. Esto incluye la salud general, el nivel de ejecución, el bienestar general y el estado económico y emocional, todos los cuales contribuyen a la propuesta realizada por Shin y Jonhson. Básicamente, la calidad de vida se identifica como un concepto que representa las respuestas individuales a los efectos físicos, mentales y sociales que la enfermedad produce sobre la vida diaria, lo cual influye sobre la medida en que se puede concebir la satisfacción personal con las circunstancias de la vida. Abarca más que un adecuado bienestar físico e incluye también percepciones de bienestar, un nivel básico de satisfacción y un sentido general de autoestima (*self-esteem*).

Es un concepto abstracto y complejo que comprende diversas áreas que contribuyen a la entera satisfacción personal y a la autoestima. Los estudios sobre calidad de vida, después de diversos tratamientos, han sido revisados por varios

¹⁶ D. Gracia Guillén. *Ética de la calidad vida*. Madrid, Fundación Santa Marta, 1984.

autores. Estos han llegado, consistentemente, a la misma conclusión. En términos generales, la calidad puede ser definida como un grado de bondad. El concepto de calidad de vida es más amplio que el de estado de salud personal, ya que considera también el bienestar social, tal y como se ha descrito anteriormente.

No existe consenso en cuanto a la definición de calidad de vida; solo se contempla como un amplio rango de componentes que incluyen: la capacidad o la habilidad funcional –que incluye el desarrollo de las funciones o papeles habituales–, el grado y la calidad de las interacciones sociales y comunitarias y la satisfacción con la vida.¹⁷

El concepto de calidad de vida constituye un índice integrado por un sinnúmero de factores relativos referidos al trabajo, la salud, la comunicación y la recreación no siempre cuantificables, pero que contribuyen a la satisfacción de necesidades y aspiraciones de la población. La calidad de vida expresa entonces una situación que debe ser definida por los propios actores que la viven. Hablar de calidad de vida es ante todo garantizar el derecho imprescriptible de definir su destino en términos de autonomía, reconocimiento y aceptación de las diversas modalidades e intensidades con las cuales cada población quiere resolver sus problemas de salud, trabajo, acceso a la cultura, educación y gestión política.

Así, en cuanto a la ancianidad, la bioética actual se encuentra inmersa en la práctica clínica, por una parte, y la deconstrucción y reconstrucción de distintos modelos culturales. Al mismo tiempo, intenta destruir algunos mitos como el envejecimiento cronológico, el de la improductividad y el del desinterés por las cosas. Por tanto, está a la búsqueda de una visión posmoderna para definir el curso vital y resimbolizar la vejez en términos de creatividad y crecimiento continuo, independientemente del vigor físico y la productividad como pilar básico para lograr índices satisfactorios en la calidad de vida de los ancianos.

Anciano y familia

Desde el punto de vista social, la familia constituye la institución de base, el medio natural para el desarrollo de sus miembros, lo que le da un carácter universal. Para el anciano representa, además, la posibilidad de permanencia en grupo, en ausencia de otros que ya han desaparecido; la proveedora fundamental, y a veces única, de protección; la promotora por excelencia de la elevación en la autoestima, pues se siente vinculado con otros al participar en la vida hogareña con hijos, nietos y demás familiares.

La familia es un grupo insustituible, en el cual debe permanecer el anciano el mayor tiempo posible, pues el estar desvinculado de su medio constituye un factor de alto riesgo social para su salud e integridad. La familia, los amigos y los vecinos son los componentes principales de los sistemas o redes informales

¹⁷ A. Bowling. *Revisión de las escalas de medidas de la calidad de vida*. Barcelona, Masson, 1994.

de apoyo; el motivo de su comunicación y ayuda surge de los sentimientos afectivos y de la obligación.

La mayoría de las personas de más de sesenta años son relativamente independientes y están físicamente aptas. Muchos brindan ayuda a otras personas. La discapacidad y dependencia de otro son más comunes entre quienes sobrepasan los ochenta años. No obstante, los niveles de independencia de las personas en edad avanzada están directamente vinculados con factores como el nivel socioeconómico y el estado de salud.

A pesar de la creencia común de que el anciano en la sociedad contemporánea ha sido abandonado por su familia, esta sigue siendo la principal fuente de sostén para el adulto de edad avanzada, a la que acude generalmente en primera instancia.

La familia es una institución social cuya estructura dinámica responde a una época histórica. Se trata de una unidad interpersonal sujeta a las presiones y condiciones de su entorno cultural, económico y político en un momento dado.

No se puede hablar de la familia como un todo homogéneo; aun dentro de un mismo país existen diferencias estructurales y funcionales entre diversos vínculos familiares como resultado de la interacción de algunas variables: área geográfica de residencia, nivel socioeconómico y características étnicas. Estas se reflejan en el cumplimiento de funciones esenciales para el grupo social y para las personas; entiéndase reproducción, socialización, cuidado y protección de sus miembros, cooperación y satisfacción económica, así como de necesidades básicas.

La familia del anciano, particularmente los hijos y cónyuges, proveen asistencia tanto en la vida diaria como en momentos de crisis. La familia brinda apoyo de tipo social funcional, económico, material y afectivo. Esta asistencia puede manifestarse de distintas formas, tales como ayuda en tareas domésticas, el aseo y en otras actividades en el plano psicológico y afectivo en calidad de compañía y apoyo, suministro de información, provisión o procuramiento de artículos o servicios necesarios, medicamentos, asistencia ante enfermedades e incluso asistencia económica.

El tipo y la calidad de la ayuda de los hijos están asociados a factores como proximidad residencial, estado civil, nivel de salud y necesidades del anciano, ingreso económico de los padres de edad avanzada y de sus hijos adultos, los lazos afectivos y el sexo de los hijos.

Uno de los aspectos más importantes en el cuidado del anciano es la necesidad de preservar su entorno, sus muebles, sus cosas, pues más que elementos materiales representan símbolos afectivos que lo han acompañado durante casi toda su vida. A esta edad el recuerdo de lo vivido es el encuadre que ha sido creado para el final de su vida. Un factor importante para el anciano es su hogar, donde mejor se siente, donde está protegido, donde es respetado y este es por tanto insustituible.

Un criterio que se debe tener muy en cuenta a la hora de decidir su traslado, pues en ningún otro lugar puede responder mejor a un tratamiento o enfrentarse a una enfermedad, y deben respetarse las normas establecidas por él allí, en su hábitat. Es necesario recordar que el geronte se ha ganado el derecho a permanecer en su hogar, el respeto a su autonomía en este sentido. Solo así estaremos siendo justos en términos de beneficencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Informe Técnico No. 706, insiste sobre la necesidad de mantener al anciano en el entorno familiar como medida óptima de promoción de salud y prevención de enfermedades.¹⁸

El aumento de la esperanza de vida generó el desarrollo de políticas de salud que asumieran no solo los gastos de salud sino también el determinar las responsabilidades del gasto del anciano.

Inicialmente, se propuso al Estado como máximo responsable. «El Estado no solo debe cuidar, si no que puede cuidar y quiere cuidar, sin importar para nada la calidad del cuidado y sus exigencias normativas [...]». Razón propuesta por los defensores del Estado de bienestar, quienes desarrollaron una política de asistencia social que consideraba irrelevante el papel de la familia en la moralidad pública. Pero la práctica demostró que esta tarea era imposible de enfrentar por el Estado solamente, entre otras razones por causas económicas.

En un segundo tiempo, los defensores del bienestar propusieron una teoría de convergencia o complementariedad entre el subsidio familiar y el estatal.

En un tercer momento se propuso, desde una perspectiva social democrática, que la familia o instituciones privadas deben moralmente asumir el cuidado del anciano solo si el Estado no puede.

De esa manera, la familia es una institución a la cual se acude por imperativo económico —porque el Estado es insuficiente en la justicia social— o por un imperativo ético que complementa una justicia social, comportamiento que se observa en la mayoría de los países desarrollados y en vías de desarrollo.

Cuba también enfrenta conflictos éticos en este sentido, pues a pesar de pertenecer al Tercer Mundo tiene indicadores de salud comparables con los de países desarrollados. Por razones idiosincráticas y culturales, en nuestro país siempre se ha considerado a la familia como responsable máxima del cuidado del anciano, indisolublemente ligado al desarrollo social, el cual debe dividirse en dos períodos.

En la época prerrevolucionaria, como costumbre, siempre se manejó este criterio: «Entre toda la familia unida se enfrenta mejor la pobreza.» Las condiciones precarias en las que vivía nuestra población imponían verdaderos retos a la familia cubana desde el punto de vista económico. Por tanto, la esperanza de vida era reducida, entre otras causas por la imposibilidad del acceso a la atención

¹⁸ E. Arzola Pérez, D. Galinsky *et al.* Ob. cit. Centro Iberoamericano de la Tercera Edad. Atención del anciano en Cuba, Desarrollo.

médica, que básicamente era privada y de un alto costo. Los pocos hospitales que existían brindaban pocas posibilidades asistenciales por la escasez de recursos. Por otra parte, existían pocas instituciones dedicadas al anciano, de las cuales la mayoría pertenecía también al sector privado y por ello no eran accesibles a la población. Muy pocas ofrecían atención gratuita con carácter de caridad, por lo que el nivel de indigencia en los ancianos era bastante elevado. Sin embargo, la moral popular siempre censuró como humillante y cruel el internar a un anciano que tenía familia.

Con posterioridad al triunfo de la Revolución, comienza un segundo momento en la ética del cuidado. Por una parte, mejoran considerablemente las condiciones socioeconómicas de la población y las familias, lo que favorece una mejor atención al anciano por esta entidad, y, por otra, se crean y desarrollan los departamentos de Atención Social, a los que se dedica gran cantidad de recursos gracias a la planificación económica, donde se prioriza la salud como conquista y derecho del pueblo. Se crean y desarrollan instituciones especializadas que cuentan con métodos suficientes para la atención del anciano. Así, el abordaje del cuidado se realiza de la siguiente forma:

- Familia-Estado (asistencia médica).
- Familia-Institución (institucionalización parcial y permanente)-Estado.
- Estado-Instituciones (en ausencia de familia).

El Estado es el representante de un sistema de salud gratuito que tiene como base los principios éticos de accesibilidad, equidad y justicia social donde se priorizan modelos de atención especializada al anciano.

En casi todas las modalidades está presente la familia como entidad rectora por imperativo ético moral, a la que continuamente se le brinda educación popular y asistencia a través de los diferentes niveles de atención de salud.

Se describe un tercer momento en la ética del cuidado del anciano, enmarcado en el surgimiento y desarrollo del Programa del Médico de la Familia, por el que se asiste directamente al anciano en el medio familiar y que garantiza su bienestar físico-biológico a través de su función preventiva de salud y educación sanitaria a toda la familia, así como desde el punto de vista psicológico, al favorecer su permanencia en el hogar aun cuando esté enfermo (ingreso en el hogar), y social, al estimular su incorporación y enriquecimiento a través de los «Círculos de Abuelos».

Este modelo de atención está sujeto a cambios y aportaciones constantes basados en la práctica asistencial y en los últimos adelantos médicos, al ser el médico de familia el principal ejecutor según principios humanitarios.

Los esfuerzos realizados han brindado frutos bastante positivos: no existen ancianos indigentes en nuestro país; nuestra expectativa de vida alcanza cifras similares a las de países desarrollados, ya que los principios eminentemente humanos de nuestros profesionales de la salud han permitido enfrentar y soportar

dignamente el reto económico impuesto. En resumen, hemos sido capaces de aplicar una medicina básicamente justa, brindada como un bien al cual todos los ciudadanos tienen derecho sin distinción de edad.

Es indudable que, al mejorar las condiciones de vida con la aplicación de los últimos adelantos de las ciencias, hemos mejorado en nuestros ancianos su calidad de vida. Sin embargo, existen aún elementos que se deben analizar porque conspiran contra este concepto, si bien no en la función física, sí en la función social y emocional. Es, por tanto, hacia estos aspectos que dirigimos nuestra mirada: el campo social y emocional del anciano, entre otros muchos factores, tiene una directa vinculación con la familia, pues es esta el escenario donde se desenvuelve mayormente en esta edad.

Por tanto, intentaremos analizar algunos aspectos que inciden en la calidad de vida del anciano dentro de la familia, a través de sus propios criterios y el de sus familiares, al tomar como referencia los resultados de una investigación de campo realizada por los autores en el año 2000, que incluyó una muestra de 100 ancianos de la ciudad de La Habana (47 masculinos y 53 femeninos).¹⁹

Utilidad

En cuanto a este primer aspecto, el 100% de los ancianos desean mantenerse útiles, pero solo al 51% se le permite participar en el funcionamiento del hogar. El 78% se siente limitado para realizar funciones a pesar de sentirse capaces, física y mentalmente en pleno uso de sus facultades.

El 77% no realiza labores específicas en la casa, y al 72% no se le reconocen las tareas realizadas. Solo al 16 % le permiten realizar sus compras solos, a pesar de que, según comprobamos, no presentan deterioro cognitivo; al 94% no se le permite salir a lugares deseados, y al 51% no le aceptan su apoyo económico a la familia. Lo que queda resumido en que el 79% de los ancianos se valora como no útil para su familia y el 78% se considera una carga para sus familiares. En la encuesta a familiares obtuvimos resultados similares que corroboran las respuestas anteriores. Llama la atención, sin embargo, que la mayoría de los familiares reconocen al anciano como un ser capaz y las razones que alegan para limitarlos es la de protegerlos, en primer lugar, y razones afectivas.

En los resultados anteriores, se refleja un aspecto digno de señalar: todas las preguntas van precedidas de los vocablos «le permiten o le permite», ante lo cual es planteable la duda: si estas personas (ancianos) conservan sus facultades, ¿por qué necesitan del criterio permisivo para realizar labores acordes a sus posibilidades reales?; y, en segundo lugar, las razones o justificaciones de los familiares ante su conducta prohibitiva. Estos aspectos van relacionados, en primer término, a la forma en que el anciano se percibe a sí mismo. A pesar de

¹⁹ A. García, M.E. Fernández. «Bioética, ancianos y calidad de vida en Cuba» [trabajo de Diploma en Bioética]. La Habana, Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas Victoria de Girón, 2000.

conservar sus capacidades, se autovalora como no útil, al igual que lo hacen sus familiares, lo que puede estar relacionado con los patrones culturales heredados de épocas anteriores donde el estado de desnutrición, enfermedad y deterioro del anciano lo incapacitaban dentro del seno familiar para ayudar a la economía y, por tanto, era considerado un inútil. No se debe olvidar nunca que nuestros ancianos de hoy fueron hijos ayer.

Por tanto, tenemos la imagen aprendida del anciano inútil. Llama la atención el hecho de que, en cierta medida, este resultado entra en contradicción aparente con los criterios eficientistas imperantes en la sociedad moderna, que intentan evaluar al hombre según su capacidad y vitalidad, pues estamos frente a personas capaces, aún en pleno uso de sus facultades. Sin embargo, esta contradicción queda resuelta si se aplica el factor económico: están físicamente capacitados, pero no en el plano económico, pues su percepción monetaria es muy inferior al resto de los miembros de la familia. Esto presupone una limitante, una discapacidad que al parecer se asocia a la necesidad de apoyo, es decir, se supedita la posibilidad económica a la física.

Respeto

Cuando hablamos de calidad de vida debemos tener en cuenta la dignidad humana, la cual se define en el diccionario *Aristos* como «la calidad o el estado de ser valorado, honrado o respetado por excelencia, realce, gravedad y decoro en las personas en la manera de comportarse».²⁰

La dignidad se compone de una dualidad o dicotomía de valores: una que es esencial y otra que es superficial o perceptiva. La persona se siente digna por sí misma, por sus principios y valores; también por su esencia, a la vez que es merecedora de ser valorada como digna por proyecto, principios y valores en su relación con los demás congéneres y con el medio que lo rodea en general. Por tanto, esta segunda parte está sujeta a la valoración del medio, el que, a su vez, realizará su evaluación en función de los intereses de la mayoría o del colectivo, los cuales están dictados por costumbres, patrones culturales e idiosincrasia en general. Algunos, a través del desarrollo de la sociedad, han absolutizado esta segunda parte del concepto. Así, por ejemplo, Hobbes afirma: «El valor social de un hombre es el valor establecido sobre él por el bien común, es lo que los hombres llaman comúnmente dignidad.»²¹

Este tipo de concepto excluye, por tanto, a todos aquellos que no pueden contribuir al bienestar social, lo que está directamente relacionado con modelos neoliberales en los que se entronizan criterios y valores humanos sobre la base de su capacidad productiva; por lo que los ancianos jubilados o discapacitados dejarían de ser dignos.

²⁰ *Aristos. Diccionario ilustrado de la lengua española*. La Habana, Editorial Científico-Técnica, 1985.

²¹ T. Hobbes. *Leviathan*. Nueva York, Cambridge University Press, 1991: 63.

Otro de los dilemas que plantea este concepto es el de estar indisolublemente ligado a la libertad, y estos modelos tratan de establecer un vínculo donde la dignidad humana dependa de la capacidad de elegir libremente. Por tanto, los presos, los fetos, los recién nacidos, los ancianos discapacitados, no serían dignos. De esa forma se desvirtúa socialmente al ser humano, pues debe ser al revés: se respeta la libertad del ser porque los seres humanos tienen dignidad.²²

En etapas anteriores del desarrollo de la humanidad, ya este tema era analizado por los pensadores renacentistas, dentro de los que se destaca Pico de la Mirándola, que en su discurso sobre la dignidad humana hace una oración alegórica donde pone en boca del Creador las siguientes palabras:

No te he dado una morada permanente, Adán, ni una forma que sea solamente tuya ni ninguna función peculiar a fin de que puedas, en la medida de tu deseo y de tu juicio tener y poseer, aquella morada, aquella forma y aquellas funciones que a ti mismo te plazca [...] Tú, sin verte obligado por necesidad alguna, decidirás, por ti mismo, los límites de tu naturaleza, de acuerdo con el libre arbitrio que te pertenece y en las manos del cual te he colocado [...] No te he creado ni divino ni terrestre, ni mortal ni inmortal, para que puedas con una mayor libertad de elección y con más honor, siendo en cierto modo tu propio modelador y creador, modélate a ti mismo, según las formas que puedas preferir. Tendrás el poder de asumir las formas inferiores de vida, que son animales; tendrás el poder, por el juicio de tu espíritu, de renacer a las formas más elevadas de la vida, que son divinas.²³

En la época medieval, otro gran pensador hizo planteamientos al respecto que mantienen su vigencia en nuestros días y cobran sentido de actualidad en el tema en cuestión. Tomás de Aquino hace radicar la superioridad del ser humano sobre el resto de la creación material en el hecho de haber sido creado a imagen y semejanza de Dios, y ese grado de similitud se debe a que el hombre posee una voluntad libre (*Est liberam voluntatem habens*) por lo que puede dirigirse a sí mismo hacia su propia perfección (*Est sibi providens*): «El hombre es imagen de Dios en cuanto es principio de su obra por estar dotado de libre albedrío y dominio sobre sus actos.»

Ya en una etapa más reciente, este concepto continuó ocupando un lugar importante en el pensamiento filosófico del hombre. Kant, el más claro exponente de la ilustración filosófica, aclara en *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*:

La humanidad misma, es una dignidad, porque el hombre no puede ser tratado por ningún hombre (ni por otro, ni siquiera por sí mismo) como un simple medio o instrumento, sino siempre a la vez, como un fin; y en ello precisamente estriba su dignidad (la personalidad), así vincula la dignidad personal a la autonomía de la

²² D.P. Sulsmasy. «Muerte y dignidad humana.» *Cuadernos del Programa Regional de Bioética*, julio de 1997; (4).

²³ Citado por T. Melendo Granados. «La dignidad de la persona.» En A. Polaino-Lorente (editor). *Manual de bioética general*. Madrid, RIALP, 1994.

voluntad y a la libertad como elemento indisoluble, no superpone ningún elemento a otro.²⁴

Estos conceptos, en cuanto a los ancianos, son perfectamente aplicables, en ciertos casos de manera incorrecta, pues algunas corrientes plantean que el hombre autónomo es el hombre independiente, arbitrario y radicalmente espontáneo; por tanto, los individuos que tienen algún tipo de limitación no tienen derecho a la autonomía como principio. Una ética de la ancianidad no tiene que dejar de ser una ética de la autonomía, a pesar de que la libertad del anciano sea una libertad más condicionada, bien por la gravedad del cuerpo, bien por la dependencia de otros. A veces nos olvidamos de que el individualismo del que hablamos, y del que se han elaborado nobles teorías, está más cercano de la retórica comercial que de las necesidades vitales. Solo una lectura serena del pensamiento contemporáneo puede evitar simplificaciones y entronizaciones de un sujeto filosófico impersonal, sin carne, sin huesos y sin palabras.

Los ancianos se consideran respetados en cuanto a sus horarios en el 66%, y en el manejo de su dinero en el 86%. Consideran, además, que sus criterios son respetados en el 51%, cifra casi equivalente al 49% que opina lo contrario, al igual que no se sienten respetados en su privacidad en el 59% de los casos.

No sienten que se les respete su espacio en el 92%, ni sus pertenencias en el 54%. Resulta llamativa la poca crítica detectada por los familiares al respecto, pues casi el 100% de los encuestados opinan de manera diferente.

Para hablar de respeto hay que comenzar hablando de dignidad humana. Y si de algo no debe existir duda, es de la dignidad del anciano. Entonces, ¿por qué no se le respeta debidamente? Es, según nuestro criterio, por la costumbre de evaluarlos como personas necesitadas de apoyo, por tanto inferiores –a los seres inferiores no se les trata con respeto–, solo que no estamos hablando de animales sino de esa persona que tenemos dentro de nuestro hogar.

Es un imperativo moral aceptar que los ancianos exijan respeto, porque es lo que exigimos para todos, forma parte de nuestro discurso moral. Es una forma de enmarcar nuestra individualidad en el colectivo al cual pertenecemos. Aun cuando se intente desvirtuar la imagen del anciano como ser inferior, necesitado de apoyo, carente de ciertas habilidades perdidas, se le debe respeto por ser persona y le debemos respeto porque somos personas, porque nosotros fuimos su pasado y ellos son nuestro futuro.

Disfrute

La población, en general, asume como un hecho confirmado la disminución en la capacidad de disfrute del anciano, quizás por la influencia eficientista moderna: se considera al anciano como inferior al descender su capacidad

²⁴ J. Rassam. *Introducción a la filosofía de santo Tomás de Aquino*. Madrid, RIALP, 1980.

productiva. Paralelamente, se supone que debe disminuir su capacidad de disfrute, al relacionar el término vejez con enfermedad, según los clásicos griegos, o de acuerdo con autores que presentan la vejez como una etapa de pérdidas –se desmembran las familias, muere el cónyuge, los amigos, etcétera–, una edad de sufrimientos.²⁵

Sin embargo, otros autores plantean que la disminución de la capacidad de disfrute en el ser humano está asociada única y exclusivamente a estados morbosos o a estados afectivos alterados (ansiedad-depresión). Así, describen a pacientes, que aun en estados o episodios psicóticos, son capaces de expresar a través de la mímica complacencia o disfrute ante alucinaciones de contenido grato.

En los ancianos, por tanto, no existe deterioro de la capacidad de disfrute; solo ocurren modificaciones en las variantes que pueden disfrutar. Aparecen cambios cuantitativos, no cualitativos. Están capacitados para disfrutar lo que desean con igual placer e intensidad que cualquier joven.

Los resultados de la encuesta arrojaron opiniones favorables en forma general: programas y alimentos favoritos en el 80% y el 76%, respectivamente; la lectura, en el 89%, y reuniones de amistades en el 71%. El 93% se siente satisfecho al permitírsele escuchar las noticias deseadas. No obstante, el 98% se ve imposibilitado o limitado en cuanto a disfrutar de teatros, cines, paseos, visitas, etcétera.

Por otra parte, los datos obtenidos de familiares concuerdan con los anteriores, lo que significa que a los ancianos se les permite disfrutar solo de aquellas cosas que no requieren una gran participación de la familia, lo que puede ser causado por factores ya explicados anteriormente, agravados por el ritmo acelerado de la vida moderna, que deja poco tiempo disponible aun hasta para el disfrute individual, lo que también está asociado a las dificultades económicas actuales.

No es verdad que la vida de una persona esté agotada porque tenga muchos años. Tiene que hacerse ante sí a destajos. Le quedan por escuchar las mejores serenatas, los mejores tríos de Vivaldi, los dúos de Chaikovski, los adagios de Litz, para escuchar notas pasadas por alto en la premura de la vida; descubrir en los Tintoretto matices y pinceladas nuevas, ocultas a la rapidez de la mirada joven; le queda por derramar la lágrima exquisita ante lo vívido de un verso; y aún más: le queda tal vez por conquistar un alma, con la experta caricia tierna y precisa... Quizás, le quedan por escribir estrofas mágicas que despierten al mundo, que templen el alma; le queda por educar al niño que nadie comprende; le queda por conquistar la sonrisa de quien sufre cada día por no haber visto el brillo del sol al mostrarle el esplendor de las estrellas.

Comunicación

La tercera edad es época de cosecha, de recoger el amor sembrado. También de plantar la mejor semilla en ofrenda a los demás. El hombre es persona porque

²⁵ X. Zubiri. *Sobre la esencia*. Madrid, Alianza Editorial, 1985: 97.

tiene inteligencia y libertad, ambas irreductibles al sentir y a las tendencias animales; porque es capaz de expresar con libertad lo que siente, lo que piensa; porque es capaz de comunicarse de forma inteligente.

Durante toda la vida, el ser humano necesita decir lo que piensa y pensar lo que le dicen. La comunicación es esencial para poder vivir en colectivo, para poder pertenecer a un grupo. Así, la comunicación, por imperativo, constituye un medio para subsistir.

En ninguna otra etapa de la vida el ser humano requiere más de este proceso. El anciano está ávido de compartir lo que sabe como una forma de sentirse útil. Por tanto, exige ser escuchado y mantiene igual que siempre la necesidad de comunicar el amor a las personas que quiere y de recibir el amor de quienes lo quieren.²⁶

La comunicación, como proceso, consiste en organizar el mensaje en la mente del transmisor; pero, por ir encaminado a alguien, hay que conocer el lenguaje que entiende el receptor.

Para lograr una buena comunicación con el anciano, es necesario establecer un intercambio donde esté presente nuestro conocimiento y respeto por su historia, por su vida; que entendamos sus necesidades y preocupaciones; que valoremos sus ocupaciones; y que, a la vez le permitamos entrar a nuestro mundo interior para que nos conozca.

Es necesario el contacto físico –tan importante como las palabras–, una caricia, un roce. Recordar siempre que el anciano es de los seres especialmente dotados para recibir en una caricia todo el amor que no podemos explicarles.

En la práctica cotidiana este proceso no siempre es efectivo. En la muestra estudiada, se evidencia que la comunicación en cuanto a frecuencia es insuficiente, ya que la diferencia entre respuesta afirmativa y negativa es de solo 1% según los ancianos, mientras que la familia reconoce en el 49% no cumplir con estas expectativas.

El 65% considera no ser consultado por sus familiares, y estos a su vez, en el 76% responden no hacerlo. El 56% considera que no tienen en cuenta sus opiniones, lo que contrasta con que en el 94% de los casos sus familiares refieren lo contrario.

Estos resultados denotan que existen fallas en la comunicación, lo que se traduce en que el 69% de los ancianos se sienten excluidos por sus familiares, mientras que ningún familiar reconoce tenerlos excluidos.

A todo lo anterior debemos agregar que esta falla en el proceso de comunicación generalmente está ocasionada por conductas de temor blandengue que intentan reforzar la dependencia física por la creencia de que el anciano no cuenta por su discapacidad, dada por falsos criterios de apreciación que

²⁶ M.Á. Valdés Mier. «Ancianidad en los albores del siglo XXI.» Conferencia Pronunciada en Congreso de Psicogeriatría. Argentina, 1999.

inconscientemente afloran al expresarse a través de ocultar problemas o situaciones, a lo que se suma la tendencia a la sobreprotección.

Mientras que criterios paternalistas, autoritaristas y eficientistas marquen nuestra conducta para con el anciano, no podrá aflorar una comunicación productiva. Recordar que la forma para comunicarse con él debe estar basada en actividades maduras, tiernas, que se traduzcan en amor efectivo. Tener en cuenta que sus años no son solo el significado de lo vivido, que su experiencia le puede servir a usted para hacerse más agradable la vida, y que si él no le entiende es porque usted no se sabe explicar.

Sexualidad

Es la esfera de la vida relacionada con la reproducción como objetivo fundamental en la naturaleza. Sin embargo, el hombre, como ser pensante, aunque en la etapa primitiva la consideraba como algo normal, sano y necesario, en la medida que fueron complicándose las relaciones sociales y de producción, estableció normas de conducta y convivencia para cada grupo social que marcaran la diferencia en todos los sentidos.

Las relaciones sexuales siempre ejercieron, además de una función reproductora, una forma de contacto humano, una manera de relación entre personas donde el placer estaba implícito, y es precisamente este aspecto, «el placer», lo que comienza a marcar la necesidad de dosificarlo para evitar alteraciones sociales. Al abordar las relaciones sexuales, se intentó regular el placer como un valor más, reservado a determinados grupos (poseedores). En la época esclavista, el amo podía mantener relaciones sexuales con cuantas esclavas deseara utilizar como objeto de placer. A los esclavos se les permitía, en determinados momentos, tener relaciones sexuales con cuantas mujeres desearan –para aumentar la dote del señor. La sexualidad, además, fue sujeta a objetivos económicos. La conducta sexual también lleva implícita la satisfacción de un deseo, de un impulso que comienza a ser regulado bajo la vigilancia de la Iglesia, que ya en la época feudal llega a su máximo poder, y está encargada de desvirtuar la conducta sexual como algo natural, desarrolla los mitos de la sexualidad y el pecado, sobre todo para las clases desposeídas, no así para el señor feudal, a quien, entre tantas cosas, se le permitía el derecho a la primera noche, lo que redujo la práctica de las relaciones sexuales del matrimonio cristiano básicamente a funciones reproductoras.

Se refuerza más la restricción a las clases pudientes, a las que no se les permitía esta conducta libertina con mujeres de su clase. Es en esta época cuando la sexualidad se prohibió como placer y se imponían castigos severos a quienes infringieran estas normas o leyes de la conducta moral. Aunque también fue utilizada con fines políticos, fue entonces cuando, ante la prohibición, se impuso la comercialización y se desarrolló la prostitución como mercado del placer, a lo que la Iglesia se opuso, y comenzó a divulgar el mito de la mujer virtuosa

o decente, sujeta a los deseos del marido, e indirectamente reforzó la discriminación de la mujer.

Es sorprendente ver cómo aún hoy en día la sexualidad vive tan estigmatizada por estas normas y mitos antiguos, y llega a ser una de las esferas del ser humano menos estudiadas incluso dentro del campo de la medicina. La sexualidad encierra, por tanto, muchos mitos y creencias, al estar envuelta en un halo de misterio. Uno de los más frecuentes es el de las edades. Así, se considera por gran parte de la sociedad que las edades extremas de la vida son etapas asexuadas, y cualquier manifestación sexual en estas edades es interpretada como síntoma de enfermedad (niñez) o conducta fenomenológica o inmoral (ancianos). Ha sido necesario esperar un largo período de desarrollo en las humanidades y las ciencias para cambiar parcialmente la visión de la sociedad frente a este hecho, que ha logrado en mayor escala una mejor percepción y conocimiento de la sexualidad en la niñez que en la ancianidad, lo que responde quizás a las concepciones clásicas del desarrollo humano: en el niño comienzan a manifestarse rasgos de la conducta sexual que desarrollará de adulto, no así el anciano, que como va en involución se presupone no debe tener intereses sexuales, debe renunciar al placer sexual, no le está moralmente aceptado exhibir sus instintos y deseos sexuales, es la edad de renunciar a placeres que deben ser sustituidos por sacrificios. Por otra parte, se propaga el ejemplo del hombre virtuoso como aquel no sujeto a bajas pasiones (sexuales), solo inspirado en cultivar la fe como forma de ganarse la vida eterna.

A esto también se asocian las propias transformaciones del cuerpo, la variación en la respuesta sexual que aparece en el anciano, que se resiste a la disminución del poder sexual. Así, los psicoanalistas describen en el anciano «el duelo por el cuerpo potente», asociado a la pérdida del cuerpo adulto, el cuerpo fecundante, sobre todo en aquellos que no han tenido la oportunidad de procrear, lo que muchas veces se confunde con la pérdida de capacidad erótica. Se describe que puede surgir una especie de erotismo maniático y un intento de cambio de compañía, en tanto se supone que alguien joven pueda devolverle de forma mágica la juventud y la potencia perdida. También puede ocurrir que se apele a la sublimación y finalmente puedan surgir bloqueos –pérdida de pareja o no la han encontrado–, al suponer que es ridículo prolongar la juventud buscando el erotismo. Ante la frustración sexual, la reacción más común en ambos sexos parece ser una regresión narcisista del sujeto en el plano libidinal-objetal y volver a estadios pregenitales. Se observa entonces una búsqueda de prestigio social y honores, manifestaciones del ello o erotomaníacas como mecanismo de compensación.^{27 28 29}

²⁷ R.N. Buttler, M.I. Lewis, E. Hoffman, E.D. Whitehead. «Love and Sex after 60's: How Physical Changes Affect Intimate Expression.» *Geriatrics*, septiembre de 1994; 49: 20-7.

²⁸ L. Nilsson. «Sexuality in the Elderly.» *Acta Obstet Gynecol Scand [Suppl]*, 1987; 140: 52-8.

²⁹ L.E. Moroni. «Envejecer. Una visión psicoanalítica.» Conferencia Pronunciada en el Hospital Hermanos Ameijeiras. La Habana, 1999.

Por todo lo antes expuesto puede parecer improcedente hablar de sexualidad en el anciano. Por eso solo se habla de su vida sexual cuando es escandalosa, a pesar de que hoy conocemos que no existe un límite cronológico después del cual la vida sexual desaparece.³⁰

Por tanto, el primer paso real para una consideración ética sobre la conducta sexual en la vejez debe partir de reevaluar estas aptitudes y no ocultar la existencia del problema, pues se obstaculiza su abordaje y se dificulta su solución. Se hace necesario abordar este problema desde un punto de vista biologicista, que reconozca la presencia de la sexualidad como una expresión orgánica del cuerpo viviente; como una necesidad fisiológica que cambia pero no desaparece con la edad; desde un punto de vista natural y materialista, la sexualidad es una forma de energía propia de la materia, por tanto ni se crea ni se destruye, solo se transforma con la edad. Desde el punto de vista psicológico, constituye la expresión de una necesidad o la canalización de un instinto natural, y, desde el punto de vista social, como una forma más de relación elevada a planos superiores por la racionalidad del hombre, traducida, en resumen, como enriquecedora de la espiritualidad humana en cualquier tiempo, circunstancia o edad. Kant planteaba que «el hombre es siempre el mismo pero no siempre lo mismo».

En la muestra estudiada, el 61% reconoce mantener relaciones sexuales, y el 98% aún desea mantener relaciones sexuales de alguna manera, lo que coincide con otros autores. Y entiéndase que no estamos hablando de coito solamente, pues existen otros tipos de relaciones sexuales más presentes en la vejez, dado que disminuye el deseo sexual-biológico pero no la atracción sexual, las necesidades afectivas, ni la comunicación física genital, lo que se mantiene hasta el final de la vida.³¹

Sin embargo, el 98% refiere no poder hablar de sus relaciones sexuales con familiares y se siente limitado sexualmente por su familia. El 80% reconoce que su familia se inmiscuye en sus relaciones de pareja de alguna forma, mientras que el 91% opina que de no tener pareja estable le sería difícil establecer relaciones por su escaso roce social.

En cuanto a los criterios familiares sobre la posibilidad de relaciones sexuales del anciano, la mayoría responde de forma negativa o evasiva en el 50% y el 47%, respectivamente; el 40% opina que su familiar no desea tener relaciones sexuales, y el 57% evade la respuesta. Por otra parte, el 80% de la muestra no aborda la temática de la sexualidad en el anciano y el 90% opina no saber si limita a su

³⁰ A.C. Diokno, M.B. Brown, G.R. Herzo. «Sexual Function in the Elderly.» *Arch Intern Med*, 1992; 150: 197-200.

³¹ R.B. Weg. «Sensuality, Sexuality, and Intimacy in Ageing.» En M.S.I. Pathy (ed). *Principles and Practice of Geriatric Medicine and Gerontology*. 2da. ed. Chichester, John Wiley & Sons, 1991; 231-52; J.L. López Aranguren. *La vejez como relación personal y social*. Madrid, Instituto Nacional de Servicios Sociales, 1992.

familiar en su vida sexual. El 77% tampoco sabe si se inmiscuye en las relaciones de pareja de su familiar, lo que nos parece bastante significativo; el 94% no favorece el roce social de su familiar con vistas a facilitar posibles relaciones sexuales. Los resultados muestran, finalmente, el nivel de desconocimiento que la familia –célula básica de la sociedad– tiene sobre la sexualidad del anciano, indiscutiblemente influenciada por criterios de falsa moral heredados de épocas anteriores, asociados a los tabúes socioculturales imperantes en nuestro medio, y en la sociedad en general, que han impedido observar la sexualidad de forma más específica en el anciano en toda la complejidad de sus factores emocionales, alentadores, vivenciales, sensorceptuales e intelectivos como base de la urdumbre existencial y antropobiológica del ser humano.

Jubilación

A medida que las personas envejecen se retiran del mercado del trabajo. Ello ocurre porque así lo establece la ley, por las fuertes presiones sociales para que los mayores dejen sus puestos a los más jóvenes y por la discriminación, que incluso niega oportunidades de trabajo a personas que todavía no han alcanzado la edad que actualmente se considera que marca el comienzo de la vejez. Este hecho suscita tres consideraciones:

En primer lugar, «jubilarse» es hacer uso de un beneficio ganado por los trabajadores luego de una larga lucha, y si bien esta compensación la otorga la sociedad, en general, la jubilación ha sido financiada por la vía de sus cotizaciones previas.

En segundo lugar, el derecho al retiro del trabajo, considerado como un privilegio, en muchos casos se impone a los individuos como una necesidad de la sociedad que reclama sus puestos. Es la situación de muchos trabajadores que desearían seguir trabajando y, sin embargo, se les impide hacerlo, por lo que se ven forzados a tramitar su jubilación.³²

Por último, el retiro del trabajo produce una serie de consecuencias negativas. Dado que las jubilaciones y pensiones son generalmente muchos menores que los ingresos provenientes de las remuneraciones, y que el abandono de una actividad económica independiente significa, en la mayoría de los casos, renunciar a esa fuente de ingresos, el proceso de envejecimiento va unido a una situación de estrechez económica. Más aún, en las sociedades donde predomina una forma de organización cuya meta fundamental es la producción de bienes y servicios, el trabajo aparece como el medio por excelencia para ganar el respecto de los demás y cimentar la autoestima, existe un *ethos* o modelo cultural que valoriza al hombre por sus logros y efectividad en la esfera económica. Ocurre, pues, que retirarse de la actividad laboral es culturalmente sinónimo de «no hacer nada»,

³² M. Guerra. «Violencia y ancianidad en el Perú. Algunas reflexiones.» *Anales de Salud Mental* [Lima], 1995; 11 (1-2).

y que socialmente esto quiere decir «no ser nadie». De ahí que la jubilación signifique una pérdida de identidad social y que se tienda a percibir a los ancianos como inútiles. Además, hasta el momento, las sociedades han sido incapaces de definir un conjunto de actividades para quienes se retiran del trabajo. Es decir, no han creado un rol que sustituya al de «trabajador» ni han definido una función social alternativa para los jubilados.^{33 34}

De ahí el aburrimiento, la sensación de inutilidad y la necesidad de buscar actividades con que llenar significativamente el tiempo que pesa sobre los ancianos. Es decir, se trata de beneficiar a la mayoría, a las nuevas generaciones, que tendrán oportunidad de trabajar, y a los ancianos, al brindarles el merecido retiro retribuido. Sin embargo, sabemos que una parte de estos ancianos no desea la jubilación, por las dificultades económicas o porque aún se sienten capacitados para desempeñar dicha labor, por lo que entran en conflicto con la sociedad. Esta situación pudiera estar justificada por la máxima «El fin justifica los medios», al adoptarse una actitud paternalista frente al problema, pues se estará buscando el bien de alguien desde un nivel de preeminencia que permite prescindir de su opinión. En cuanto a su salud, esto pudiera ser correcto si el paciente no está capacitado. Pero, en cuanto al tema en cuestión sería incorrecto, pues muchas veces el adulto mayor, además de capacitado para decidir y realizar su función, sabe las consecuencias que de dicha decisión se derivan, y al sentirse presionado aparecen la inseguridad y la insatisfacción, muchas veces cuando ya ha decidido bajo presión y la determinación es irreversible. Entonces aparecen trastornos de salud como la depresión o la melancolía, enfermedades de difícil manejo terapéutico, tratamiento al que tal vez no pueda recurrir por dificultades económicas, por lo que queda condenado al aislamiento social o a una muerte lenta y lacerante. El anciano apenas tiene mecanismos psicológicos para enfrentar la soledad.

En la muestra estudiada, el 60% reconoce haberse retirado por incapacidad para el puesto laboral (25% por enfermedad y 35% incapacitado por la edad). El 30%, por considerar necesario el descanso, mientras que el 7% refiere presiones familiares. Solo el 3% lo atribuye a presiones en el centro laboral.

Sin embargo, a pesar de lo antes expuesto, el 90% de la muestra reconoce haber perdido algo importante con la jubilación, pues consideran que ha disminuido el nivel de relaciones y reconocimiento social: son visitados por sus compañeros el 12% e invitados a actividades de su centro solo el 6%.

Por otra parte, el 100% considera la jubilación como una limitación económica y se muestran inconformes con el reconocimiento monetario en el 85% de los casos. Los resultados recogidos entre los familiares coinciden con los antes

³³ J.C.Stevens, J.W. Postns, S.R. Walker. «Measuring the Quality of Life.» *Proc Guild Hosp Pharmacists*, 1986; 22: 39-49.

³⁴ L. Sandrin, A. Brusco, G. Policante. *Comprender y ayudar al enfermo*. Madrid, San Pablo, 1997.

expuestos, lo que muestra que los programas planificados para la jubilación aún no son suficientes y se hace necesaria la intensificación y funcionalidad eficiente, desde el punto de vista práctico, de las soluciones dadas, dentro de las que se destacan:

- El Sistema de Salud en Cuba prioriza programas encaminados a enriquecer al anciano en el contacto con sus congéneres mediante los Círculos de Abuelos, con actividades acordes a sus necesidades; asegura una atención sanitaria altamente calificada de forma gratuita, apoyado, además, en los distintos departamentos de seguridad social, y de esa forma brinda seguridad en esta fase de la vida, a la vez que le permite un mayor aprovechamiento de su pensión al no tener que gastar en atención de salud.
- En Cuba se enfoca esta problemática desde otro punto de vista y este se basa en el respeto a la integridad individual, se defiende la libertad del ser humano, se respeta el derecho de elegir su posición en la sociedad. La filosofía marxista instituye que es hombre porque es un ser social, porque pertenece a un grupo social donde tendrá un rol y un intercambio para lograr su máxima integración. Se trata de respetar la capacidad del individuo para decidir qué cree que es bueno o malo para sí, se le permite decidir en cuanto a su jubilación y, de no estar capacitado por enfermedad, se han constituido comisiones de peritaje que determinan su nivel de limitación e incluso sugieren el cambio de puesto laboral para proteger su salud como muestra de asesoramiento, apoyo y protección. En otros casos, se crean plazas especiales o puestos de trabajo que le permitan mantenerse vinculado con menor nivel de exigencia, o se le contrata libremente en otros centros. Los profesionales se mantienen vinculados después de su jubilación como consultantes en las diferentes esferas donde se hayan desempeñado.

Sin embargo, la situación de la jubilación afecta de modo diverso a hombres y mujeres. El impacto psicológico que causa el retiro del trabajo pesa más sobre los hombres, para quienes quedarse en casa significa convertirse en un estorbo para los demás, no tener nada que hacer, aburrirse y autodesvalorizarse como individuos.

El impacto económico afecta más a las mujeres, puesto que la mayoría de ellas dependen económicamente del cónyuge y si quedan viudas tienen que vivir de la ayuda social, que es aún mucho menor que las ya limitadas jubilaciones, elemento que se debe tener en cuenta en el diseño de la sociedad futura, pues está demostrado que la mujer sobrevive al hombre varios años.

Conclusiones

En Cuba, el triunfo de la Revolución marcó un punto de partida en el desarrollo científico y social, el cual se basa en la igualdad social y el desmoronamiento de la

estructura clasista como conquista de la clase obrera, lo que permitió planificar los recursos en función de la mayoría y encaminarlos al mejoramiento de la calidad de vida del pueblo en general.

La categorización de la medicina como derecho de todos se traduce en el principio de justicia social, caracterizado porque a todo hombre, sin distinción de edad, se le brinda de forma gratuita la atención sanitaria, razón por la cual el anciano tiene iguales consideraciones que el resto de la población. Por otra parte, el imperativo cultural e idiosincrático-costumbrista en el cuidado del anciano deposita esta responsabilidad básicamente en la familia, con el apoyo del Estado, que garantiza y sufraga los gastos de salud y ubica de esa forma al geronte en el medio idóneo.

No obstante lo antes expuesto, aún existen factores que afectan la calidad de vida en el anciano cubano. En sentido general, se le respetan ciertos aspectos en la convivencia, no así a su privacidad, lo que genera en ellos altos niveles de insatisfacción, aspecto más relacionado con una mala educación familiar que con la subvaloración por la edad.

A los ancianos se les permite disfrutar de actividades que no implican a la familia directamente, es decir, de disfrute individual, no así las de contacto social, pues, dadas las condiciones económicas imperantes en el país, la familia se ve limitada para apoyarlos en este sentido. Por otra parte, la actitud paternalista para con el anciano dificulta que este resuelva por sí mismo tal carencia.

Además, se detectan deficiencias en la comunicación de los familiares con el anciano, sujeto a actitudes extremadamente paternalista que frenan este proceso vital.

La sexualidad aún se mantiene activa a estas edades, hecho no considerado por sus familiares como probable, por lo que limitan sus posibilidades y comunicación en este sentido. Es frecuente, al igual que en otros países, este tipo de tabú referido a la sexualidad del anciano, el que está relacionado con criterios biologicistas y de falsa moral que surgen desde el clasicismo griego y están presentes en las corrientes eficientistas imperantes en la sociedad actual.

La jubilación es asumida como un proceso necesario a partir de la disminución real de la capacidad para el puesto laboral. Sin embargo, se asocia a criterios de pérdida de reconocimiento social y valoraciones de incapacidad manifestadas por los propios ancianos, motivadas por conceptos eficientista arraigados, que influyen en la percepción de sí mismos, por una parte, y en el sentimiento de pérdida de poder en relación con el factor económico por otra. En cuanto al criterio sobre sí mismos, la edad no constituye un impedimento en relación con la utilidad, lo que no resulta así para los familiares, que limitan al anciano en este sentido, influenciados a su vez por razones paternalistas más que eficientistas. Esto genera valoraciones de inutilidad y de ser una carga para su familia en los ancianos. Presuntamente, es el aspecto económico y no el de la capacidad lo que determina estos criterios.

Si partimos de la premisa de que el concepto calidad de vida quienes mejor lo pueden valorar son sus propios protagonistas, podemos concluir:

- Las variables estudiadas sí afectan la calidad de vida del anciano cubano en el aspecto psicológico dentro de la familia, cuyo comportamiento está más asociado a conductas paternalistas que sobreprotegen al geronte que a criterios eficientistas imperantes en las sociedades de consumo.
- Según nuestro criterio, la calidad de vida no puede ser un simple concepto, una teoría más, sino que debe ser un término operativo en constante cambio y enriquecimiento unido al desarrollo espiritual y material del hombre con bases dialécticas que le permitan evolucionar a la par de la sociedad. Es en este carácter dialéctico donde se encierra su principal dificultad para plantear su evolución.
- Creemos que en términos de calidad de vida queda mucho por decir. Y si lo aplicamos al tema del anciano, hay mucho por conocer aún. No basta con medir el grado de satisfacción. También en cuanto al anciano esta debe evaluarse por su nivel de aspiraciones, que a fin de cuentas es también objetivo de estudio de la bioética, y que, como todo ser humano, más que con lo que tiene, es capaz de sentirse satisfecho con lo que sueña o desea tener.

La ética de la atención a la tercera edad

María del Carmen Amaro Cano



Los aspectos relacionados con la tercera edad, especialmente los morales, adquieren cada día mayor importancia. El mundo actual enfrenta el reto de producir un crecimiento económico con el objetivo fundamental de alcanzar el desarrollo humano, y uno de los principales indicadores para medirlo es la longevidad.

En la preparación de este tema han resultado extraordinariamente útiles las consultas bibliográficas de trabajos realizados por organismos internacionales y especialistas, tanto cubanos como extranjeros, sobre la gerontología y la geriatría, y también la experiencia aportada por el Centro Iberolatinoamericano de la Tercera Edad, que radica en el Pabellón Borges del centenario Hospital Docente General Calixto García.

En lo concerniente a los aspectos éticos de la tercera edad, he revisado trabajos que han abordado, desde distintos ángulos y con diferentes perspectivas, el problema de la ancianidad y los valores morales relacionados con esta.

La fundamentación filosófica de la ética la aportó el estudio de los clásicos, además de trabajos realizados por especialistas soviéticos y cubanos.

Dadas las limitaciones de espacio, resulta imposible hacer una presentación amplia y detallada del tema. En realidad, solo se pretende una aproximación a los problemas éticos que acompañan a la supervivencia humana. Una vida larga no necesariamente garantiza

que las personas desarrollen sus talentos y alcancen sus objetivos. Se trata de contribuir al aumento de las probabilidades para que lo logren. Ese es el reto.

Conceptos y teorías sobre el envejecimiento

El envejecimiento es un fenómeno universal, caracterizado por todas las modificaciones morfofisiológicas, bioquímicas y psicológicas que aparecen, como consecuencia de la acción del tiempo, sobre los seres vivos. En los seres humanos, a este proceso de cambios celulares, tisulares, orgánicos y funcionales se le añaden las modificaciones sociales.

El hombre tiene muchas características similares a las de sus congéneres y, al mismo tiempo, es en sí mismo un ser irreplicable, con características particulares que lo hacen diferente del resto de los representantes de su espacio. De ahí que todas las personas envejezcan de forma distinta, en dependencia de los factores genéticos, nutricionales, ambientales y sociales que rodean este proceso.

En el propio individuo no envejecen todos sus órganos a la misma velocidad, y ello está relacionado con la interacción del hombre y su medio, lo cual, en algunos casos, provoca el aceleramiento del proceso en algunos órganos, mientras en otros propicia una lenta involución.

El envejecimiento, como programación genética, es un proceso dinámico que para algunos autores empieza con la concepción, es decir, con la unión del óvulo y el espermatozoide y termina con la muerte.¹ Para otros autores, el envejecimiento realmente comienza a evidenciarse entre los 20 y 30 años de edad, cuando el organismo alcanza su grado total de madurez y la acción del tiempo empieza a producir modificaciones morfológicas y fisiológicas en el individuo.²

La vida es un valor universalmente reconocido con signo positivo. La mayoría de los hombres aman la vida y, en consecuencia, temen o rechazan la idea de la muerte; pero, al mismo tiempo, no quieren ser viejos, sentirse como viejos, aparentarlo, ni ser tratados como tales. Es muy probable que antes no hayan meditado sobre las tres grandes edades de la vida humana, sus características y, dentro de estas, sobre el encanto de la función primordial que cada una de ellas desempeña en el contexto familiar.

La infancia es, por supuesto, la primera edad. Abarca desde el nacimiento hasta los quince años. Es la etapa de la esperanza, del crecimiento, el desarrollo y la preparación. La función de niño se ejerce bajo la tutela de las generaciones precedentes.

La segunda edad es la adultez, comprendida entre los 15 y los 60 años de edad. Es la etapa de la acción, producción, reproducción, responsabilidad y de la energía en el trabajo. En ella se ejerce la función de padres.

¹ O. Prieto. *Gerontología y geriatría*. S/f. [folleto].

² E. Arzola (editora). *Enfermería gerontológica*. OPS/PALTEX, 1993: 31.

Y la tercera edad es la vejez, enmarcada a partir de los 60 años de edad, según la clasificación de la OMS, por ser la edad promedio de expectativa de vida en el mundo y coincidir, además, con la edad del retiro laboral. Esta es una etapa donde la experiencia adquirida durante toda la vida puede llevar a la realización personal o a la marginación, desesperanza y decepción. En esta etapa se ejerce la función de abuelos, en el contexto familiar.³

El estudio de las características de esta tercera etapa ha propiciado el surgimiento y desarrollo de diferentes teorías acerca del envejecimiento humano en el mundo actual. Algunas son de carácter biológico, como la del estrés. Sin embargo, cada día ganan más adeptos las teorías de enfoque social. Estas últimas tratan de establecer si el individuo es capaz de adaptarse a los cambios y al deterioro inevitable del envejecimiento, y si puede vivir una vejez feliz utilizando su capacidad de contribución y crecimiento.⁴

La sociedad y los individuos de la tercera edad

La sociedad ejerce una gran influencia sobre el individuo durante su proceso de envejecimiento, tal y como la ha ejercido desde su nacimiento. En consecuencia, el PNUD estableció, en 1990, que el objetivo básico del desarrollo humano es ampliar las oportunidades de los individuos, entre las cuales se encuentran el acceso al ingreso económico y al empleo, la educación, la salud y a un entorno ambiental limpio y seguro.⁵

De cómo se haya materializado este objetivo en la vida personal y social de este hombre que hoy arriba a la tercera edad, dependerán en gran medida sus respuestas. Un hombre que irrumpe en esta etapa de su vida conservando su independencia económica ha ganado su primera victoria en la lucha por una ancianidad digna.

Para lograr esta victoria inicial tuvo que haberse preparado a lo largo de su vida anterior. Fue necesario calificarse como fuerza de trabajo y, de este modo, haber logrado un buen empleo bien remunerado que le haya garantizado para hoy una jubilación suficientemente decorosa.

Pero todo ello no basta para alcanzar una verdadera calidad de vida en esta tercera edad. De gran importancia es el ambiente sociocultural y psicológico donde vive. El hombre que no dedicó tiempo, a lo largo de su vida precedente, a enriquecer su mundo interior, su espiritualidad, no dispondrá de lo que disfrutaron hombres como Balzac, Marx, Picasso, Romy, Carpentier y otros anónimos que aportaron a la sociedad tanto o más durante su tercera edad como durante su vida anterior.

³ *Ibidem* 1.

⁴ P. de Nicola. *Fundamentos de gerontología y geriatría*. Barcelona, JIMS, 1979.

⁵ El PNUD ha enfatizado en la ampliación de las oportunidades de los individuos como elemento imprescindible para lograr que el desarrollo sea más democrático y participativo. Cf. PNUD. *Informe sobre el Desarrollo Humano*. Bogotá, 1991. (Nota de la autora.)

Panorama mundial sobre el envejecimiento

En el año 1982, la ONU organizó en Viena la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. En aquella oportunidad, la División Poblacional de las Naciones Unidas estimó que en el año 1950 la población mundial de personas de 60 años y más había alcanzado 214 millones, lo que equivalía al 8,5% de la población general que vivía en esos momentos sobre el planeta. Al propio tiempo calculó que para el año 2025 este grupo etáreo representaría el 13,7% de la población general del universo.

Algunas sociedades capitalistas, especialmente en los países más industrializados, exhiben conductas de rechazo al viejo. En esas sociedades, la entronización de los valores individuales, a partir del modelo económico neoliberal, con sus conceptualizaciones acerca de la competitividad, consumismo, vitalidad y belleza rechazan al anciano por considerarlo inútil e improductivo.

A todas esas circunstancias se suma, en la mayoría de esas sociedades, el abandono familiar, la incomunicación, la falta de participación social, y la escasa y baja calidad de la asistencia médica y social que, en general, se ofrece a este grupo de población.

Esto no significa que se desconozcan las diferencias de matices en el enfoque de la vejez de otros países capitalistas –incluidos algunos altamente industrializados de distintos contextos socioculturales, particularmente europeos y asiáticos–, donde la disponibilidad de tecnología de avanzada en el campo de la medicina, el propio mejoramiento paulatino de los servicios sociales y de salud, y la difusión de conocimientos sobre esta han producido resultados importantes, evidenciados en la reducción de las tasas de natalidad, morbilidad y mortalidad, así como en el aumento consecuente de la esperanza de vida de la población.

Características de la población anciana de Cuba

En Cuba el aumento creciente de la población de más edad, debido fundamentalmente a la disminución de los índices de natalidad y mortalidad, y al aumento de los niveles de vida logrado hasta los años ochenta, ha determinado que para el año 2000 la cifra de personas de más de 60 años alcanzó el millón y medio, lo que significa el 14% de la población general.

El envejecimiento tiene consecuencias a nivel de país, tanto en el plano social, económico, como de salud. A nivel de familia entraña presiones de carácter económico, limitaciones de la responsabilidad social de la mujer –dado que generalmente es la adulta madura quien asume el mayor peso de la atención del anciano–, y cambios en la dinámica familiar.

Resulta evidente la necesidad de hacer que esta población sea más útil a la sociedad y a sí misma, aprovechando sus conocimientos y experiencias.

Muchos de ellos han ocupado con anterioridad posiciones relevantes en la construcción de la nueva sociedad.

Para lograr este objetivo, es necesario preparar a los ancianos actuales y al resto de la población. En este último caso, no solo en su condición de coexistentes con los actuales ancianos, sino en la de futuros integrantes de la población de la tercera edad. Estos tendrán características más particulares aún, dado que constituyen el fruto genuino de los logros de la Revolución Cubana en materia educacional. Por tanto, se supone que tendrán más aspiraciones intelectuales y espirituales y mayores posibilidades de aporte social.

Especial atención merece la preparación de los profesionales de la salud que laboran en la atención primaria -quienes aún no están entrenados suficientemente en el diagnóstico de salud del anciano- para lo cual se debe establecer su medición en índices de funciones, a los efectos de poder hacer las propuestas de tratamientos correspondientes al propio objetivo de la atención al anciano: tratar de alargar la esperanza de vida activa y procurar emparejar esta a la prevista inicialmente.

Atención médica y de enfermería a los individuos de la tercera edad

En realidad, dada la amplia cobertura de salud lograda por la atención primaria, especialmente con el modelo de atención del médico y la enfermera de la familia, la evaluación geriátrica de este grupo poblacional debería efectuarse en su propio hogar.

A la hora de evaluar a un individuo de la tercera edad, es preciso tomar en cuenta los factores de riesgo sociales presentes en un alto porcentaje de la población cubana actual de la tercera edad: la inadaptación a la jubilación, efectos de la crisis económica que sufre el país sobre la jubilación real, soledad derivada de la ausencia del hogar de los niños en edad escolar y, por último, el deterioro de la dinámica familiar. Esto último se produce por la pérdida del protagonismo del anciano -al disminuir su estatus socioeconómico-, agravado en la actualidad por el grado de irritabilidad marcada de los adultos maduros cuando regresan al hogar después de jornadas laborales alargadas desmesuradamente por las dificultades del transporte, a lo cual se suman los efectos de la poca calidad de la alimentación en los centros obreros, la presión impuesta por las labores hogareñas y las pocas disponibilidades para la recreación.

A pesar de que los efectos de la crisis de la década pasada, no dejan de reflejarse en el sector de la salud, el país dedica recursos destinados a la atención de los ancianos, especialmente de aquellos de más bajos ingresos por concepto de jubilación y/o per cápita familiar.

En Cuba no existen ancianos desamparados desde el punto de vista social, aunque las instituciones de atención al anciano, diurnas e internas, son todavía

insuficientes, especialmente ahora, cuando la población de la tercera edad va en aumento.

En los últimos años, el Sistema Nacional de Salud cubano ha favorecido la especialización de varios grupos de profesionales en la atención gerontológica y geriátrica, y también se han abierto servicios, como los del Hospital Salvador Allende y el Centro Iberoamericano de la Tercera Edad del Hospital General Calixto García, que brindan atención especializada, ambulatoria e ingresada, a personas ancianas necesitadas de estos cuidados.

Desarrollo humano y envejecimiento

No puede hablarse de aumento de la expectativa de vida al nacer, como un índice de desarrollo humano, sin hablar de aumento de la vida activa, de elevación de la calidad de vida de la población, y en estos aspectos intervienen más los factores socioeconómicos que cualesquiera de los otros. La actitud adoptada por cada gobierno en la distribución de las riquezas del país, al reducir o no las inequidades sociales, estará impregnada por el sistema de valores que rija en esa sociedad concreta. Estos valores, en definitiva, habrán sido formados a partir de la propia base estructural del sistema socioeconómico imperante, bien como reflejo de ella o modificados por la acción de los luchadores sociales. Estas decisiones de política están enmarcadas dentro de la ética general o macroética.

No obstante, no basta que estas decisiones, de carácter moral, aparezcan en el discurso político si no se precisa su correspondiente materialización en la vida cotidiana del ciudadano común. El mundo en desarrollo muestra ejemplos de esta dicotomía entre el discurso y la realidad: una cuarta parte de las personas que habitan esos países aún no tienen satisfechas las necesidades básicas y carecen de los niveles mínimos de ingresos y de servicios sociales decentes.

Este estado actual de cosas ha provocado la decisión del PNUD de declarar que «los gobiernos no deberían abordar la pobreza “después” del crecimiento económico». Deberían, continúa diciendo el PNUD, «más bien adoptar modelos de crecimiento económico que incluyan, como uno de sus principales objetivos, la eliminación de la pobreza».⁶

En este sentido, el sistema socialista ha demostrado en la práctica la voluntad política, no solo de incluir entre sus principales objetivos la eliminación de la pobreza, sino también la eliminación de la explotación del trabajo ajeno y, lo que es más importante aún, ha alcanzado el logro de esos objetivos. Por otra parte, bien conocido es que esos problemas no fueron abordados después del crecimiento económico, sino fueron premisas para lograr este.

⁶ El PNUD hace un llamado a todos los gobiernos, aunque evidentemente ningún gobierno capitalista aceptaría gustoso la propuesta de acabar con las inequidades sociales, antes de acumular capital. Cf. PNUD. Ob. cit. (*Nota de la autora.*)

Todo lo anterior no excluye, especialmente en el caso de Cuba, la realidad del impacto de la crisis de los sectores más vulnerables de la población, entre los cuales se encuentran los ancianos –la mayoría de ellos con exiguas jubilaciones–, que enfrentan el encarecimiento de la vida, la depreciación de la moneda con la cual tienen que adquirir los productos necesarios para su subsistencia, la imposibilidad de obtener productos tradicionalmente avalados como necesarios e imprescindibles en su dieta, y la dificultad de obtener alguna remuneración adicional por la vía de un empleo esporádico, cuando existe una masa joven no empleada a plenitud.⁷

Sin embargo, el hecho de contar con la garantía de los servicios de salud gratuitos, de ayuda de la Asistencia Social en los casos de per cápita bajos, y de una canasta familiar básica a precios realmente muy modestos, coloca a los ancianos de Cuba en posición ventajosa con respecto a los de otros países en desarrollo, donde el modelo neoliberal no los toma muy en cuenta.

Por su parte, en el campo de la microética queda mucho por hacer, especialmente en lo concerniente a la educación de las familias, para el correcto abordaje del tratamiento de sus miembros cuando arriban a la tercera edad: En primer lugar, está el respeto a su autonomía, a su independencia, tanto en el pensar como en el actuar. En segundo lugar, el apoyo y la protección necesarios para la plena utilización de sus capacidades físicas e intelectuales, con el estímulo pertinente para mantener su incorporación social, mediante la participación en las actividades de las organizaciones sociales o políticas a las que pertenecían en el momento de la jubilación, y el mantenimiento de un vínculo activo en ellas, bien como miembro o cooperante; compartir con los ancianos, en tanto miembros de la familia, las decisiones que afectan a todo el colectivo familiar pero, sobre todo, dedicarles un tiempo para escuchar sus opiniones, preocupaciones y proyectos.

Por último, es imprescindible que los individuos de la tercera edad enarboleden las banderas de la dignidad humana. Dignidad es, a fin de cuentas, la exigencia del respeto debido. Ella, más que un derecho, es un principio moral, y los principios –como dijera una vez, entre tantas, Fidel Castro al defender la dignidad nacional– no son negociables.

⁷ Por decisión del Consejo de Estado de la República de Cuba, en mayo de 2005 la jubilación mínima fue elevada a \$150.⁰⁰ moneda nacional, el peso cubano convertible se reevaluó en un 8% con relación con el dólar estadounidense y la tasa de cambio de la moneda nacional se fijó en \$ 24.⁰⁰ por \$ 1.⁰⁰ peso convertible, medidas que en su conjunto han mejorado la situación descrita por la autora en el momento en que originalmente se escribió este trabajo. (*Nota del editor científico.*)

Derechos humanos y psiquiatría en Cuba

Alberto E. Galvizu Borrell



El estudio de la historia de la humanidad nos permite deducir que los llamados derechos humanos se han conformado durante el complejo y prolongado proceso de humanización del hombre.

Los hombres en su actividad práctica y su consustancial proceso de socialización, aun los más primitivos, se han regido por graduales normas de comportamiento intra e intergrupales, las cuales han ido conformando de manera creciente sus ideas, sentimientos y conducta que en evolutiva y dialéctica interrelación han estructurado el conjunto de sus concepciones y teorías morales, éticas, políticas, jurídicas y estéticas, reveladoras del proceso real de su existencia y su conciencia social.¹

Los derechos humanos constituyen una mutable categoría social e histórica que de manera progresiva se ha conceptualizado, estructurado y ampliado sobre la base de la experiencia moral evolutiva de la humanidad, en convocante correspondencia con los mejores logros del pensamiento ético filosófico del pasado, con el creciente conocimiento científico del hombre acerca de las leyes de la naturaleza y las que rigen el devenir de la sociedad, dentro del proceso eterno de socialización y humanización del propio hombre, concebible como un proyecto infinito, universal, inacabado y perfectible.

¹ G. Childe. *Los orígenes de la civilización*. La Habana, Ediciones Revolucionarias, 1967: 9-25; y *El proceso de humanización*

En una compactación de reflexiones sobre los derechos humanos, podemos formular que emergen desde que existe el ser humano, desde que este ha tenido conciencia de su ser. En su origen y conformación historicosocial, se relacionan de forma íntima e inmanente con las manifestaciones conceptualizadoras reflejas de la conciencia social y su conciencia individual en un determinado momento sociohistórico.

Dado el carácter mutable y clasista de los derechos humanos, sus contenidos, alcance y adopción han estado rezagados en relación con su aplicabilidad en el pensamiento progresista de vanguardia, en los logros de las ciencias sociales humanísticas y los avances científico-técnicos y materiales obtenidos por las revoluciones científico-técnicas acontecidas, desproporción que actualmente afecta y amenaza gravemente la vida de la inmensa mayoría de la población mundial y la propia existencia en el planeta Tierra.

El significado histórico, político y jurídico de los términos «derechos humanos» o «derechos del hombre» y «derechos del ciudadano» ha requerido también del tiempo para sus consecuentes delimitaciones y aceptación. El término «derechos del ciudadano» designa la comprensión del individuo como sujeto de derecho y obligaciones, dentro de los marcos del Estado nación —en este sentido es la última forma histórica del hombre parcial como sujeto de derecho—, mientras que el de «derechos humanos» apunta al reconocimiento del carácter universal de los derechos del individuo por la comunidad internacional, y las posibilidades, modos y medios interestatales y jurídicos internacionales para su consolidación en los Estados y sistemas nacionales jurídicos.²

Después de ganar aceptación y grado de elaboración, derechos humanos significa un conjunto de valores o aspiraciones que, a juicio de la comunidad internacional de naciones, constituyen ideales correspondientes al nivel actual de desarrollo de la sociedad, los cuales deben regir las relaciones individuo-Estado e individuo-sociedad. Es decir, con esta denominación se designa el reconocimiento internacional de una nueva dimensión de la relación individuo-Estado, individuo-sociedad, individuo-ley. Estas relaciones, en las presentes circunstancias históricas, pasan a estar reguladas por ideales que trascienden, en un grado u otro, los marcos estrechos nacionales y que poseen una refrendación internacional de naturaleza ética y jurídico política.³

En este sentido, los derechos del hombre en la actualidad, y de manera convencional, se dividen en civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. También pueden distinguirse los derechos individuales y colectivos a tenor del modo de su disfrute.

En relación con el momento de su formulación, los derechos humanos han sido agrupados de manera evolutiva. Se consideran de «primera generación»

y la comunidad primitiva. La Habana, Comisión de Orientación Revolucionaria del PCC, 1973: 43.

² M. Limia. *El hombre y sus derechos*. La Habana, Editora Política, 1994: 27-8.

³ *Ibidem*.

aquellos definidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptados el 10 de diciembre de 1948 por la Asamblea General de Naciones Unidas, y que venían difundiendo desde la época de la Revolución Francesa de 1789, cuando se promulgó la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, cuya influencia hizo que todo el siglo XIX –siglo relevante de la civilización y la cultura de la humanidad–, se deslizara bajo el signo de la Revolución Francesa, incoada en el no menos importante siglo XVIII. En la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano estaba implícito el derecho a la protección de la salud, lo cual fue también adoptado en las constituciones de países que lograron posteriormente su independencia o reformaron sus leyes fundamentales.⁴

Los derechos humanos emanados de la adopción por la Asamblea General de Naciones Unidas, el 16 de diciembre de 1966, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, se consideran por los estudiosos del tema como pertenecientes a la «segunda generación».

La insoslayable aplicación del método histórico y sociológico permite destacar que la Revolución Rusa de octubre de 1917 constituye otro relevante evento en la historia de la humanidad, que resumió en su paradigma el acervo civilizador progresista de la sociedad humana, en su marcha hacia la creciente humanización del hombre. El gobierno de los soviets promulgó, en enero de 1918, la Declaración de los Derechos del Pueblo Trabajador y Explotado, cuyo contenido impregna posteriores acuerdos internacionales referidos a los derechos humanos, así como el proceso de liberación de otros pueblos del colonialismo.

Se aceptan como derechos humanos pertenecientes a la «tercera generación» los aparecidos después de 1968, entre los que pueden mencionarse el derecho a la paz, el derecho a la solidaridad internacional y el de la protección del medio ambiente.

Los politólogos, sociólogos, investigadores del derecho internacional, humanistas y otros científicos asocian la «cuarta generación» de derechos humanos a los derivados de la creciente aplicabilidad de los logros de la revolución científico-técnica y a la necesidad de continuar protegiendo al hombre, la propia especie humana y la naturaleza.⁵

En este sentido, la reflexión bioética proporciona el marco conceptual, filosófico y moral para abordar y contribuir a esclarecer y resolver los límites que la sociedad humana debe imponer a la ciencia y la técnica, dadas las nuevas e infinitas posibilidades de manipulación científica de la naturaleza.

Evidenciada hoy la importancia que tienen para la supervivencia, el bienestar y la paz de la humanidad los derechos humanos, de conjunto con la ONU y su sistema, se incluyen en las agendas de otras organizaciones e instituciones

⁴ F.R. Torrado. *Los derechos humanos en Cuba*. La Habana, Editora Política, 1989: 1-9.

⁵ B. Kaliacuin. S/t. En *Los derechos humanos: un enfoque*. Moscú, Agencia Novosti, 1987: 6-9.

internacionales y nacionales de carácter religioso, científico, obrero, político, estudiantil y muchas otras de carácter reivindicativo y progresista.⁶

Los derechos humanos, como una de las cuestiones económicas, políticas e ideológicas más acuciantes, son interpretados de maneras diferentes, y cada vez más se evidencia que para su disfrute no bastan las buenas intenciones declaradas en aspiraciones humanísticas generales si no se acompañan de un enfrentamiento coordinado y planificado de los problemas globales de la humanidad. El proceso de su implementación no ha terminado, como tampoco ha cesado la lucha de clases a nivel nacional e internacional que los condiciona en última instancia. Sea dicho esto sin ánimo de absolutizar la determinación clasista de este fenómeno ni de negar sus otras condicionantes.⁷

Puede destacarse y admitirse que en el estudio histórico de la moral, la ética y los derechos humanos, la ética proletaria, al no aceptar la explotación del hombre por el hombre, es la ética más racional, progresista y humanística, y, de hecho, la esencia axiológica más consecuente y protectora de la evolución progresiva de la humanidad.

Cuba: paradigma, derechos humanos y praxis

En Cuba, la defensa, vigencia y respetabilidad de los derechos humanos se enlaza a su tradición ética, moral y humanista, cuyas «manifestaciones embrionarias pueden encontrarse en constancias escritas de los siglos XVI, XVII y XVIII, unas en forma epistolar y otras como testimonio verificado»; y su proceso de despegue y auge en las últimas décadas del siglo XVIII y primeras décadas del siglo XIX, como parte de los esfuerzos por concretar la abolición de la esclavitud y el progreso material y espiritual.⁸

En correspondencia con lo anterior, la ética de la liberación en Cuba se afirma y desarrolla en la primera mitad del siglo XIX. A lo largo de este siglo se expresa como pleno proceso de identidad nacional y de emancipación del país del yugo colonial español, en lo que se destacan, entre sus representantes más excelsos e insoslayables, las figuras de Félix Varela, José de la Luz y Caballero y José Martí, con evidente vinculación al pensamiento latinoamericanista de Simón Bolívar.

La ética de la liberación en Cuba muestra, entre sus rasgos más destacables, el logro de la independencia, la aspiración a una república moral con sentido de utilidad para la mayoría, la apreciación del deber como realización del bien y principio central de la conciencia moral, la consideración del interés colectivo, la crítica a la identificación del interés individual con el egoísmo personal, la

⁶ V. Lomeiko. S/t. En *Los derechos humanos: un enfoque*. Ob. cit.: 10-2.

⁷ *Ibidem* 2: 14.

⁸ A. Chávez. «Tesis acerca de la vigencia y retos de la tradición ética en Cuba.» En *Taller de pensamiento cubano*. La Habana, CREART, 1994: 163-4.

proclamación del humanismo, el colectivismo y la defensa de la dignidad plena de los hombres como fundamento de una moralidad superior, paradigmas que encierran aspectos esenciales relativos a derechos humanos.⁹

La frustración de la república moral en Cuba, por la irrupción del entonces incipiente imperialismo yanqui y su pretendida intención de apoderarse de Cuba y de «legalizar» internacionalmente este acto mediante concertación con el gobierno español, gracias al Tratado de París de 10 de diciembre de 1898,¹⁰ y también gracias a las acciones corruptas y entreguistas de los gobiernos de principios de la seudorrepública,¹¹ indujo a que las banderas de la ética de la liberación, en las nuevas circunstancias, reaparecieran en el pensamiento y las acciones de figuras patrióticas de vanguardia como Juan Gualberto Gómez, Baliño, Mella, Martínez Villena y Guiteras, entre muchos otros valiosos luchadores de ese momento.¹²

Más cercana en la historia, la eticidad libertaria, desalienadora y latinoamericana preconizada por Ernesto Che Guevara y Fidel Castro, de genética bolivariana y martiana, con aportes más recientes de Aníbal Ponce y José Carlos Mariátegui, entre otros próceres reivindicadores, constituye una continuidad por lograr el sueño de nuestros fundadores patrios, la cual está encaminada a dotar de contenido moral todo proyecto o realización en lo económico, político y social. Esta eticidad, de manera implícita, es portadora de la genuina defensa de la dignidad y los derechos humanos.¹³

En concatenación con las reflexiones anteriores, es demostrable que la Revolución Cubana en su continuidad, desde el siglo pasado hasta el presente, ha estado impregnada de eticidad. Y no podía ser de otra manera, debido a los objetivos humanistas característicos de su esencia y tenacidad.

Ver a Cuba ahistóricamente es muy nocivo. Se hace necesario partir de sus raíces, pero con los pies puestos en las condiciones de la contemporaneidad. Es necesario insistir acerca de la importancia de los valores ético morales, por lo dañina que fue la destrucción de los valores morales de los países ex socialistas, experiencia que muestra cómo un pueblo no puede vivir sin su cemento moral; por ello, la Revolución cubana ha enfatizado este principio, que no debe perderse,¹⁴ y también «por el ejemplo que ha dado, de compromiso con la justicia, la

⁹ *Ibidem.*

¹⁰ Firmado a espaldas de las fuerzas patrióticas triunfadoras en la «guerra necesaria» –al decir de José Martí–, este tratado conlleva la entrega de Puerto Rico, Filipinas y Cuba al expansionismo norteamericano. (*Nota del autor.*)

¹¹ F. Portuondo. *Historia de Cuba*. La Habana, Pueblo y Educación, 1975: 574.

¹² J.G. Gómez. *Por Cuba libre*. La Habana, Editorial de Ciencias Sociales, 1974: 469-79.

¹³ J. Martí *Nuestra América. Tres documentos de nuestra historia*. La Habana, Casa de las Américas, 1979: 36-9; y J.C. Mariátegui. «La unidad de la América Indo-Española.» En *Marxistas de nuestra época*. La Habana, Arte y Literatura, 1985: 110-3.

¹⁴ I. Monal. «Tesis acerca de la vigencia y retos de la tradición ética en Cuba.» En *Taller de pensamiento cubano*. La Habana, CREART, 1994: 170-1; y J. Valdés, J. Cademátori, E. Concheiro

libertad y el desarrollo social de los pueblos, compromiso con los plenos derechos humanos, y la ayuda que hemos hecho ha sido motivada por el coraje y el valor de este valeroso pueblo». ¹⁵

En su indetenible evolución histórica de eticidad de liberación, la acción fundamental relativamente más reciente en la vida del pueblo cubano, lo constituye el propio triunfo de su Revolución el 1ro. de enero de 1959, posteriormente declarada socialista, que dotó a la nación de la irrenunciable garantía de plasmar en la realidad las aspiraciones de combativas generaciones anteriores y el sueño del Apóstol de su libertad, José Martí, cuando formuló: «Yo quiero que la ley primera de nuestra república sea el culto de los cubanos a la dignidad plena del hombre.»

Este enunciado preside e impregna todo el contenido y esencialidad de la Constitución de la República de Cuba, aprobada en referendo por el 97,8 % de sus ciudadanos aptos en edad, y de ella emanan todas las leyes complementarias, que de manera explícita o implícita promueven y obligan a trabajar «con todos y para el bien de todos» y a garantizar plenamente el respeto a la vida e integridad de las personas, la libertad, la dignidad, el decoro, la solidaridad, la justicia, la igualdad ante la ley, la protección del medio ambiente, el bienestar social y vivir en paz con otras naciones. Es decir, la Ley Fundamental de Cuba contiene todos los principios y preceptos que garantizan la respetabilidad y el disfrute de los derechos humanos. ¹⁶

Cuba heredó del colonialismo y del neocolonialismo unas dramáticas condiciones de insalubridad, analfabetismo, pobreza, desempleo, discriminación racial, escaso y deteriorado fondo de viviendas, así como una economía en manos de transnacionales y de una oligarquía gobernante, asentadas en un país de escasos recursos naturales. ¹⁷

Dentro de las condiciones difíciles y complejas que caracterizan al mundo actual, dadas por la iniquidad y el cinismo en las relaciones entre las naciones ricas y las subdesarrolladas, hostilizado, agredido, difamado y bloqueado por su último depredador yanqui, el pueblo de Cuba ha trabajado por lograr reivindicativas mejorías en la esfera de la justicia social.

Pueden calificarse de relevantes sus logros en el sector de la salud, la educación, la seguridad social, la promoción de la cultura y el deporte en beneficio del pueblo, el cual, a su vez, se hizo propietario de su soberanía, independencia y de los recursos naturales y propiedades extranjeras.

Cuba ha logrado materializar la respetabilidad de los derechos humanos integralmente concebidos, con garantías de los derechos económicos, sociales

et al. «La globalización: una mirada desde la izquierda» [mesa redonda]. *TEMAS* [La Habana], enero-marzo de 1996; 2, (5): 73.

¹⁵ L. Walter. [Entrevista], *Granma*, La Habana, 14 de septiembre de 1996: 4.

¹⁶ F.R. Torrado. «El derecho a la vida.» *Granma* [La Habana], 21 de octubre de 1995: 4; y F. Álvarez Tabío. *Comentarios a la Constitución socialista*. La Habana, Pueblo y Educación, 1989: 13-5.

¹⁷ J. Le Riverend. *La República*. La Habana, Editorial de Ciencias Sociales, 1975: 63-74.

y culturales, en cuyo contenido se afirmaba que de acuerdo con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, no puede realizarse el ideal del ser humano libre, liberado de la miseria, a menos que fueran creadas condiciones que permitieran a cada persona gozar de sus derechos económicos, sociales y culturales, tanto como de sus derechos civiles y políticos.

Un logro significativo de Cuba es haber desarrollado en sus ciudadanos una cultura de solidaridad y de trabajo, en aras de expandir la ética del ser y no la ética del tener, y en nuestra asediada situación, la ética de la resistencia digna.

La salud y los derechos humanos en Cuba

Dado que en Cuba el derecho a la vida digna constituye la primera prioridad de la sociedad, y de hecho, el fundamental derecho humano, concatenado a otros esenciales para garantizarla, consideramos necesario una síntesis histórica del desarrollo histórico de su Sistema Nacional de Salud.

Cuba heredó del colonialismo español, en 1898, y después, en 1958, de la seudorrepública mediatizada por el imperialismo yanqui, una desastrosa situación sanitaria, entre otras graves secuelas. En los dos últimos siglos, ha contado con médicos de gran prestigio, que tienen en su haber notables realizaciones: el doctor Tomás Romay introdujo la vacuna antivariólica pocos años después de las experiencias de Jenner, y el investigador cubano Carlos J. Finlay hizo descubrimientos fundamentales sobre el vector de la fiebre amarilla, quien, además, como primer director de la salud pública de la República, durante el primer decenio del pasado siglo, consiguió realizar ciertos progresos en la lucha contra las enfermedades transmisibles.

Salvo los anteriores triunfos personales, se vivió una época de deterioro de la salud pública que había de prolongarse hasta 1958. La mayor parte de la población, especialmente la rural, no tenía acceso fácil a ningún tipo de servicio de salud, dado que los servicios gubernamentales eran insuficientes, mal dotados, concentrados en la capital, con algunas clínicas de lujo, en general bien equipadas, para el exclusivo disfrute de las capas más pudientes.

En unas pocas ciudades existían algunas clínicas privadas o mutualidades que atendían a la capa de recursos medios, a las cuales se añadían otras pocas instituciones de carácter benéfico y religioso que por caridad brindaban algunas atenciones médicas. Esta era toda la gama de servicios existentes, en su mayoría de carácter curativo.¹⁸

La asistencia psiquiátrica estaba casi centralizada en La Habana, donde existía el manicomio de Mazorra, que alcanzó a almacenar unos 6 000 enfermos mentales en condiciones pésimas y deprimentes. Otros pocos servicios privados brindaban asistencia a la capa media en algunas capitales de provincia. Existían

¹⁸ A. Tejeiro. *El Sistema Nacional de Salud de Cuba*. Ginebra, OMS, 1975: 1-10.

pocos médicos dedicados a esta especialidad y la atención psiquiátrica casi no existía para la inmensa mayoría de la población.

Solo las personas más pobres o desamparadas, en extrema situación de gravedad, utilizaban los servicios gubernamentales; cuando necesitaban hospitalización tenían por lo general que doblarse a las demandas de politiqueros de turno, y al ingresar estaban obligadas a firmar un documento mediante el cual «autorizaban» la práctica de cualquier proceder médico, incluyendo la necropsia en caso de fallecimiento; con ello renunciaban a su derecho humano del consentimiento apropiado. Estos usuarios debían asumir, además, la compra de medicamentos y de la sangre en el caso de necesitar ser transfundidos y, en ocasiones, hasta de medios quirúrgicos gastables.

En tales condiciones de servicios sanitarios, los indicadores de salud más desfavorables se ensañaban con la mayoritaria población de explotados y desposeídos. De estos integrantes de la nación cubana, depredaron o arrancaron la casi totalidad de los más de 20 000 asesinados y miles de torturados por la tiranía proyanqui de Batista en el período de 1952 a 1958, de cuyas muertes o lesiones no se permitió fueran emitidas las certificaciones médicas de defunciones o lesiones correspondientes, ni fueron consideradas ni denunciadas, por su fundamental responsable intelectual del Norte —«revuelto y brutal que nos desprecia», al decir de Martí—, como denigrantes y aborrecibles violaciones de los derechos humanos.

La verdadera, priorizada y evidente respetabilidad práctica de los derechos humanos en Cuba se inicia a partir de los profundos cambios sobrevenidos en la totalidad de las estructuras sociales, políticas y económicas del país, desde la Revolución del Primero de Enero de 1959. Con la Revolución se ha logrado la presente y respetable experiencia cubana en el sector de la salud, como uno de los elementos prioritarios esenciales de su irrenunciable paradigma de trabajar por la vida digna de los hombres.

Desde el comienzo de la nueva era, el gobierno concedió importancia preferente a la salud y a la enseñanza. En 1961 fue erradicado el analfabetismo existente, y se inició el desarrollo de otros sectores básicos de la economía para garantizar vida, salud y bienestar social.

En correspondencia con lo anterior, se determinó que la salud es responsabilidad inexcusable del Estado y un derecho del ciudadano. Para cumplir con esa obligación, los servicios sanitarios están a disposición de todo el pueblo, sin ninguna limitación, de manera gratuita y accesible.

La puesta en práctica de los principios citados determinó una cuidadosa planificación en la que se conjugaron las características especiales del país y la experiencia de otros países. En 1961 se integraron todos los elementos vinculados a la salud, antes independientes, en una sola organización que pudiera organizar, dirigir, normalizar y vigilar todas las actividades de la salud: el Ministerio de Salud Pública.

Recorrido un arduo período de esfuerzo y trabajo, consagrado a mejorar el estado sanitario de la población, Cuba hoy presenta innegables y relevantes logros en el sector de la salud, reconocidos por organizaciones e instituciones internacionales como la OMS y su Oficina Regional para las Américas, la UNICEF, y otras del sistema de Naciones Unidas vinculadas al fomento y protección de la vida. Estos logros son expresivos de su pleno respeto a los derechos humanos.

Psiquiatría y derechos humanos en Cuba

En Cuba, la psiquiatría conforma un subsistema integrado al Sistema Nacional de Salud, dentro del cual se interrelacionan todos los objetivos y acciones de atención, docencia e investigaciones de las diferentes especialidades médicas responsabilizadas con el proceso salud-enfermedad.

Aunque respetamos los valiosos aportes sobre la historia de la psiquiatría cubana, pudiéramos sintetizar que antes del año 1959 esta disciplina giraba esencialmente alrededor de los factores siguientes: a) El Hospital de Dementes de Mazorra, como el principal centro gubernamental de internamiento, en las proximidades de La Habana; b) el desamparo y la deambulación por ciudades y campo de los antes llamados «locos» o «enajenados» c) la existencia de pocos sanatorios, «pabellones» o «quintas», fundados durante el coloniaje español, que fueron complementados por la práctica privada de la psiquiatría para las capas más pudientes y medias; d) las respetables actividades científicas y progresistas de algunos especialistas dedicados a su ejercicio; y e) la indiferencia y desatención gubernamental hacia las necesidades sanitarias de la inmensa mayoría de la población cubana.¹⁹

El Hospital o Manicomio de Dementes de Mazorra, fundado en 1853, de régimen custodial, carente de recursos básicos y condiciones deplorables e inhumanas, llegó a «almacenar» cerca de 4 500 a 6 000 enfermos mentales en la década de los años cincuenta. Estos vivían hacinados, sin condiciones higiénicas, hambrientos, sin apenas ropa ni calzado y la mayoría sin identificaciones personales; tenía un alto índice de mortalidad y suministraba los cadáveres, por decenas, para prácticas anatómicas de la única escuela de medicina existente, durante las temporadas invernales. El pueblo y los familiares de los desdichados pacientes, solían calificarlo como una «representación infernal dantesca» y como una manifestación absoluta de desprecio a los más elementales derechos humanos. Recogidos en las ciudades y áreas rurales por donde deambulaban, eran internados en prisiones como «presuntos dementes» y, con posterioridad, trasladados al manicomio en vagones de ferrocarriles, émulo de los utilizados por los fascistas nazis durante la Segunda Guerra Mundial, o

¹⁹ G. Barrientos. *Tendencias actuales en psiquiatría: experiencia cubana*. La Habana, Editorial Científico-Técnica, 1989: 81-7.

bien eran encerrados en «jaulas» o «cuartos» construidos por los familiares en sus propios domicilios.

La capa social de economía alta o media podía disponer, preferentemente en La Habana, de consultorios privados y de hospitalizaciones en pabellones, sanatorios o quintas, creadas por los españoles residentes, y para la mayoritaria población se reservaban unas pocas camas vinculadas a la enseñanza de la medicina en el único hospital docente, el Calixto García, y otras pocas camas en dos de las seis provincias entonces existentes.

La historia de la psiquiatría cubana en el siglo XIX muestra las valiosas huellas de reconocidos médicos especialistas, como los doctores José J. Muñoz y Manuel González Echevarría, quienes introdujeron las influencias de las escuelas psiquiátricas prevalecientes en Francia, Alemania y España en aquella época; también el doctor Valdés Anciano, quien dio inicio a la promoción de la enseñanza de la psiquiatría, muy unida a la neurología entonces. Con posterioridad, en las primeras seis décadas del presente siglo, otras figuras prestigiosas contribuyeron a elevar el nivel científico de la especialidad, dentro de su ejercicio privado, aunque centralizado en la capital, pero con formas diferentes de vinculación a la docencia universitaria, y fueron defensores de la necesidad de mejorar la asistencia psiquiátrica gubernamental.²⁰

En 1942 fue creada la Sociedad Cubana de Neurología y Psiquiatría, y en 1948 se reactivó, en la Liga de Higiene Mental, la Sociedad Cubana de Psicoterapia, la cual quedó constituida en 1951. Tienen merecido reconocimiento en este etapa, y aun posteriormente, los doctores Armando Córdova Quesada, con su libro *La locura en Cuba* (1940), José A. Bustamante, miembro fundador de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL) (1960) y en 1963 fueron también fundadores del Instituto de Investigaciones Fundamentales del Cerebro, Diego González Martín, M. Martín Castellanos, José Galigarcía, Armando Córdova Castro, Carlos R. Acosta Nodal, José E. Pérez Villar, René Yodú Prevez, R. Larragoutía, José A. San Juan, Leopoldo Araujo y otros destacados profesionales, todos con aportes relevantes a la especialidad, quienes, incluso después de 1959, fueron determinantes ejecutores de las transformaciones y logros asistenciales, docentes e investigativos de la psiquiatría cubana. Antes del año 1959, sus éxitos personales no lograron modificar las estructuras dominantes, a pesar de sus empeños transformadores del ejercicio de la psiquiatría cubana.

El real y demostrable cambio de la asistencia sanitaria en Cuba, incluida la de psiquiatría, se produce a partir del triunfo de la Revolución.

Al entrar triunfantes y jubilosas en La Habana las tropas populares revolucionarias, en los primeros días de enero de 1959, el doctor Bernabé B. Ordaz fue designado director del Hospital de Mazorra, con la misión de transformar el infernal manicomio, con lo cual se materializó una de las primeras acciones

²⁰ *Ibidem*.

médicas de respeto a los derechos humanos, en correspondencia con una de las más sentidas necesidades del pueblo.

Se iniciaba de esta manera y reivindicativamente la asistencia sanitaria psiquiátrica en Cuba con uno de los muchos hechos de humanización hasta hoy acumulados. El ahora Hospital Psiquiátrico de La Habana, por la labor y los logros desarrollados por sus colaboradores y trabajadores, se reconoce como una de las instituciones que a nivel mundial brinda asistencia psiquiátrica con una integral y elevada calidad humana y científica. Ahora se proyecta hacia la comunidad y rinde un elevado servicio al pueblo.

Coincidente con las transformaciones sociales, económicas y políticas operadas en el país, se fue estructurando el Sistema Nacional de Salud y, a su vez, el Subsistema de Salud Mental.

Se asistió a la descentralización de los recursos humanos, materiales y financieros destinados a la Salud Pública, primero a todas las provincias y después, de manera progresiva, a los municipios, con lo cual fueron beneficiándose todas las instalaciones destinadas a la asistencia sanitaria y de manera implícita la asistencia psiquiátrica.

Dentro de esa proyección de desarrollo, los servicios psiquiátricos están distribuidos por todo el país, en correspondencia con los diagnósticos de salud de los territorios, es decir, real y dinámicamente, en correspondencia con las necesidades determinadas por la incidencia y la prevalencia de las enfermedades mentales, y de los aspectos preventivos y de promoción de salud relacionados con ellas. De manera simultánea, la psiquiatría infanto-juvenil ha logrado alcanzar creciente cobertura, mientras antes era insignificante y estaba concentrada en la capital.

Al inicio, la formación de los profesionales de la salud mental se extendió a las provincias de Oriente, Camagüey, Santa Clara y Matanzas y, con posterioridad, a las restantes, de acuerdo con los niveles de desarrollo científico que iban alcanzando.

La docencia de la psiquiatría y de la psicología médica se ha ido perfeccionando dentro del currículo de los estudios médicos. En los institutos tecnológicos de la salud se forman las enfermeras, los trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y los psicometristas.

Cuba tiene hoy una total cobertura asistencial psiquiátrica. Existen servicios de psiquiatría dentro de los hospitales generales de todas las 14 provincias, y en la casi totalidad de los municipios que los requieren, unidades de intervención en crisis, servicios de hospitalización parcial (hospitales de día y talleres protegidos), y una red asistencial ambulatoria que, a través de los policlínicos integrales, cubre todas las demandas psiquiátricas. A su vez, se desarrollan los centros comunitarios de salud mental y se logra y propende el trabajo bajo la concepción de Equipos Básicos de Trabajo de Salud Mental, conformados por el psiquiatra, el psicólogo, el médico de familia, el trabajador social y la participación de los líderes

informales de la comunidad. De forma concomitante, la labor de los psicólogos de la salud se destaca por las acciones de fomento de la salud y la prevención, objetivos inherentes al referido equipo. Hoy cuenta con más de 990 psiquiatras –1 por cada 11 275 habitantes, aproximadamente– y 28 hospitales de atención de salud mental.²¹

Sobre esta base, podemos asegurar y mostrar que Cuba, de acuerdo con la estrategia adoptada por la OMS, la OPS y el Ministerio de Salud Pública, tiene un Sistema Nacional de Salud único, con gratuidad y accesibilidad para toda la población, una red de atención primaria altamente desarrollada que descansa en el modelo de medicina familiar, y un subsistema especializado de atención psiquiátrica con amplia experiencia y resultados favorables en el trabajo comunitario. En correspondencia con la Declaración de Caracas, adoptada por la APAL en 1991, y la Carta de La Habana, aprobada por los psiquiatras cubanos en 1995, se continúa trabajando para el perfeccionamiento de estas estructuras.²²

La demostración de la fácil accesibilidad y gratuidad de la asistencia médica para toda la población, incluida la psiquiatría, es un real cumplimiento de la respetabilidad de uno de los derechos humanos fundamentales: la protección de la vida, de la vida saludable, aspectos por los que en Cuba se trabaja en aras de su materialización creciente.

Dado que el análisis axiológico de los derechos humanos, referidos a los problemas de la salud, están en el centro de las reflexiones bioéticas, podríamos remitirnos a algunas consideraciones de importancia.

A nadie se le escapa la importancia de todo este movimiento. Si el liberalismo descubrió el derecho a la salud, el socialismo revela el derecho a la asistencia sanitaria. El primero es negativo, ya que es previo al contrato social y el Estado no puede hacer otra cosa que protegerlo; por el contrario, el segundo es un derecho positivo y el Estado tiene que llenarlo de contenido.

[...] Es preciso distinguir dos tipos de libertad, la libertad «de» y la libertad «para» [...] Por más que uno esté libre de coacciones externas, no podrá vivir en sociedad de modo adecuado si no tiene libertad «para» trabajar, formar una familia, «para» educar a los hijos, etcétera, que le conceden los derechos económicos, sociales y culturales. De ahí que el socialismo empiece a considerar a los del primer tipo (civiles y políticos) como derechos humanos puramente formales, frente a los del segundo tipo o derechos «reales» [...] La salud ya no puede seguir siendo un mero problema privado, sino pasa a ser cuestión pública, política. Es el comienzo de la política sanitaria como un capítulo de las políticas sociales y de bienestar.²³

²¹ Según el *Anuario Estadístico de Salud 2004*, al cierre de ese año, Cuba contaba con 997 especialistas en psiquiatría, así como con 990 médicos más cuya dedicación fundamental era la psiquiatría. (*Nota del editor científico.*)

²² «Carta de La Habana». Taller-Encuentro de Reorientación de la Psiquiatría hacia la Atención Primaria. La Habana, octubre de 1995.

²³ D. Gracia. «¿Qué es un sistema justo de servicios de salud? *Boletín de la OPS*, 1990: 576-7.

En los sistemas capitalistas, las discusiones de los filósofos sobre la justicia y la atención a la salud representan un discurso puramente formal, el reflejo de que la estructura económica básica en sí es injusta. Ninguna de las teorías expuestas representa algo más que una justificación de las injusticias subyacentes en una infraestructura capitalista [...] Los llamados derechos universales a la libertad civil, la vida, la felicidad, la propiedad, etcétera, son negativos y únicamente garantizan que las personas puedan perseguir independientemente sus objetivos particulares.²⁴

Los profesionales y técnicos de la salud mental cubanos, con su consagración, su alejamiento de intereses individuales egoístas, su consciente renuncia al ejercicio privado y comercializador de la medicina, su interés en superarse y actualizarse para beneficio de la población, muestran sus elevadas motivaciones humanas, sociales y científicas, su comprensión del valor del «hombre», de la vida, la salud, es decir, evidencian con su conducta el sentido que tienen de la eticidad y los derechos humanos, sin dejar de comprender que ellos mismos, como los pacientes y sus familiares, y la propia comunidad en la que trabajan, son, de conjunto, víctimas directas o indirectas de la iniquidad y el cinismo prevalecientes en las relaciones macroéticas entre las naciones enriquecidas y las pobres.

Los profesionales dedicados científica y éticamente al ejercicio de la psiquiatría conocen, mejor que otros profesionales, cómo la relación médico-paciente, y en especial la relación psicoterapéutica, no escapa –ni en ella deja de reflejarse– del drama universal que vive la humanidad.

Para los dedicados a la salud mental en Cuba, resulta claro que el grado de satisfacción o insatisfacción, la calidad humana y científica de la atención médica que prestan, es decir, el grado de desempeño profesional, es expresión de la eticidad y de la profesionalidad. Tienen interiorizado que de manera concomitante con el desarrollo científico-técnico alcanzado, hoy es imprescindible abordar el conocimiento del paciente, su enfermedad y su medio con una cosmovisión científica abarcadora de los criterios clínico, epidemiológico, estadístico, histórico, económico, sociológico, psicológico y, sobre todo, del sentido ético. Conocen que «la ciencia y la técnica, sin ética, se convierten en factores del salvajismo tecnificado».

De lo anterior se deriva, para los profesionales de la medicina en Cuba, su restrictivo apego en la práctica médica a la convicción personal de que todos los pacientes tienen pleno y universal derecho a ser beneficiados de los nucleares principios éticos de: a) respeto total a su intimidad e integridad; b) acciones de beneficencia; c) acciones de justicia; y d) nunca acciones de maleficencia. Muy vinculado con los principios anteriores, aquel consustancial a todo hombre verdaderamente humanizado, la práctica del principio de «solidaridad humana»: «Exige que se preste asistencia y se proteja del sufrimiento al prójimo, aun cuando

²⁴ J.F. Drane. «Cuestiones de justicia en la prestación de servicios de salud.» *Boletín de la OPS*, 1995: 395, 595.

existan profundas diferencias ideológicas o religiosas entre individuos»,²⁵ y «es el peldaño superior de las relaciones humanas y el amor es la ley que lo rige». ²⁶ Se le insta a amar al prójimo como a sí mismo.

La práctica médica de los profesionales de la salud mental en Cuba está regida por sus demostradas convicciones profundamente humanísticas, plasmadas en su Código de Ética de la Psiquiatría Cubana, cuya fundamentación introductoria formula: «La ética de la Medicina Cubana, y dentro de ella la Psiquiatría, se fundamenta, vincula, desarrolla y ejerce en concordancia histórica con toda la experiencia del progreso moral de la humanidad y con los mejores logros del pensamiento ético-filosófico acumulados por la evolución del hombre.»

El «Juramento de Honor de los Médicos Cubanos» (1938), el «Código de Moral y Ética» (1957), las «Reglas de Etiqueta Profesional» (1957), los «Principios de la Ética Médica» (1983), documento rector que pauta la conducta de los trabajadores de la salud dentro de la proyección humanista de nuestra Revolución, el «Código de Ética de los Científicos Cubanos» (1994); la adhesión de Cuba a los códigos internacionales de ética médica, ética de las investigaciones, a las cartas del derecho del paciente y a otros acuerdos internacionales sobre la materia, reflejados en nuestro medio por «Los Principios y Regulaciones Éticas para la Protección y Beneficio de las Personas con Trastornos Mentales en Cuba», demuestran la respetabilidad y acatabilidad creciente de los profesionales cubanos de las ciencias de la salud por la evolucionante reflexión ética.

El marco conceptual-referencial que sirve de base a nuestro Sistema Nacional de Salud y al Subsistema de Salud Mental, se concatena e integra a los plenos derechos humanos y es una enlazada y concreta demostración del respeto a la integridad, dignidad y decoro de todos los pacientes y sus familiares.

La práctica médica de todos nuestros profesionales de la salud mental, fundamentada en la científicidad, en el criterio del trabajo interdisciplinario en equipo y en la praxis de la unidad médico-comunidad es una garantía para la materialización a plenitud del carácter preventivo, curativo y rehabilitatorio de nuestros principios éticos.

En la praxis de nuestra Psiquiatría, la más humanista de todas las especialidades médicas, se observan, desarrollan y complimentan todos los aspectos humanos y científicos en que está basada la verdadera relación médico-paciente-familia.

En su contenido, el Código aborda, mediante epígrafes los aspectos siguientes:

- Características personales del profesional.
- El ejercicio del profesional de salud mental.
- Los derechos del paciente y sus familiares.

²⁵ H-M. Sass. «La bioética: fundamentos filisóficos y su aplicación.» 1995: 395.

²⁶ M. Filaret. *Los derechos humanos: un enfoque*. Ob. cit.: 10-1.

- Las relaciones con otros profesionales de salud mental.
- La sociedad.

Los derechos del paciente y sus familiares

Se deberá actuar para garantizar que el paciente y su familia:

- Reciban la más calificada y oportuna atención de salud mental con el mayor grado de satisfacción posible.
- Reciban una atención de absoluto respeto de sus derechos humanos, su dignidad, decoro y pudor.
- Reciban y participen de una idónea relación interpersonal, relación médico-paciente-familia, dentro de la más estricta privacidad, respeto y confiabilidad.
- Puedan elegir libremente para su atención al profesional de salud mental, dentro de los límites de la organización de salud y la ley, conocer su nombre completo y de los responsables de los procedimientos y tratamientos que se les apliquen con su oportuno consentimiento.
- Puedan obtener oportunamente la información disponible relacionada con su diagnóstico, tratamiento, pronóstico, proyectos de investigaciones, así como las normas y reglamentos aplicables a su conducta como paciente.
- Puedan ejercer de manera oportuna y plena el derecho al consentimiento informado.
- Puedan conocer otras opciones de atención, tratamiento y procedimientos médicamente significativos, sobre la base de su derecho a inquirir segundas opiniones profesionales cuando lo consideren necesario.
- Conozcan todo lo necesario para que puedan ejercer plena y oportunamente su derecho al consentimiento informado, y puedan o no rechazar las atenciones médicas o investigaciones de salud.
- Estén protegidos en su confiabilidad para que todas las acciones, informaciones y registros relativos a su atención, sean tratados confidencialmente, dentro del principio médico del secreto profesional.
- Puedan ejercer su derecho a recibir o rechazar la asistencia espiritual o moral, según su preferencia.
- Sean respetados, cualesquiera que sean sus condiciones sociales, políticas, ideológicas, su nacionalidad, religión, color de la piel o preferencia sexual.

Todo el Código está impregnado de los principios nucleares de la eticidad, de los valores y derechos humanos que de ellos se derivan, tendientes en su esencia «a cambiar el hecho secular y persistente, del trato inhumano del hombre para con el hombre» y la admisibilidad de la científica identificación con el infinito proceso de humanización del hombre. Complementan las acciones protectoras de los derechos plenos del paciente y sus familiares, el respeto absoluto y la

aplicabilidad del contenido del documento «Derechos del Paciente Mental en Cuba».

En la historia de la práctica profesional de los dedicados a la psiquiatría en la Cuba redentora, solo existen huellas gratificantes de haber sido fieles cumplidores de los principios éticos universalmente aceptados, puestos en función de materializar la respetabilidad de los derechos humanos de todos los pacientes, sus familiares y su comunidad.

Ni las falacias, ni las coartadas ideológicas, pueden ni podrán anular la eticidad y la realidad cubanas.

Fundamentación bioética del cuidado en el paciente grave

René Zamora Marín

*O debemos filosofar o no debemos hacerlo.
Si debemos hacerlo, entonces debemos hacerlo.
Si no debemos hacerlo, entonces también debemos hacerlo
(para explicar por qué no debemos hacerlo).
Luego en cualquier caso, debemos filosofar.*

ARISTÓTELES



El tema que vamos a abordar conforma un binomio inseparable en la praxis médica actual. Hoy día no se puede hablar de cuidados intensivos sin tocar un aspecto tan importante como el de la bioética. En la literatura médica actualizada dentro de mi especialidad, siempre existe un espacio cualificado para esta nueva disciplina que algunos la consideran como una parte de la filosofía, y de esa forma toman distancia de las llamadas ciencias exactas, y otros como un nuevo tipo de saber¹ que surge en la segunda mitad del siglo pasado y que ocupará un lugar privilegiado durante todo el siglo xxi, como expresión de la evolución exponencial de las ciencias en general y de las ciencias médicas en particular. Algunos científicos incluso la consideran como un instrumento que permite clarificar la licitud o no de los actos humanos libres, por lo que se consideraría en este caso como una parte de la moral y en el ámbito médico como una parte especializada de la ética médica tradicional.

A mi juicio cuando hablamos de bioética aplicada a las ciencias de la vida, como la biología, la antropología, o las mismas ciencias médicas, de lo que estamos tratando es justamente de una nueva forma o manera de comprender y de enfocar la realidad,

¹ T. Fung. «La bioética: ¿un nuevo tipo de saber?» Ponencia presentada en el Taller Científico Internacional Cultura Política, Medio Ambiente y Bioética. Universidad de La Habana, 25 y 26 de enero de 2002.

para interpretarla desde diversos ángulos y, por tanto, mucho más complejos y abarcadores. Se trata de realizar un enfoque no solo intelectual, sino también interdisciplinario, holístico e interdependiente, capaz de fundamentar, con el auxilio de diversas ciencias particulares, las decisiones o procesos que se realizan a la cabecera del paciente, de forma particular en el paciente crítico, que es el que nos ocupa ahora. He dicho interdisciplinario porque en la bioética

no se reúnen en un simple conglomerado las diversas especialidades que participan», propio de un enfoque de lo que llamaríamos realmente “multidisciplinario”, sino del análisis general, he dicho esta razón holístico, de un nuevo paradigma para el desarrollo científico en el que las diversas disciplinas que participan o lo integran, requieren una unificación conceptual, no aisladas, donde cada una de ellas interactúan entre sí para lograr de esta forma una mejor comprensión del fenómeno objeto de su estudio».²

La bioética surge en un momento peculiar de la historia reciente, apenas en la segunda mitad del siglo xx, cuando se hacía necesario ofrecer una respuesta coherente y válida a los dilemas éticos inéditos que se presentaban en las llamadas ciencias experimentales primero, y luego en la aplicación práctica de la toma de decisiones en la medicina con el advenimiento de los cuidados intensivos. El salto exponencial de las ciencias condicionó mucho la búsqueda de una forma nueva de pensar, de argumentar la realidad, de interpretar los actos humanos libres a la que trataba de responder la ética médica clásica. Estos hechos a los que me refiero los señalaré de forma muy esquemática en cuatro eventos principales que constituyen puntos de referencia obligados para la comprensión de este fenómeno:

- El descubrimiento de la doble cadena helicoidal del ADN, propuesta por James Watson y Francis Crick, publicado en la revista *Nature* en el año 1953.³

² R. Zamora Marín. «Bioética en los cuidados críticos, ¿una guía para tomar decisiones?» Conferencia impartida en II Congreso de Neurointensivismo y Neurociencias. Santa Clara, Villaclara, septiembre de 2003.

³ J. Watson, F. Crick. *Nature*, 1953. Citado en R. Zamora Marín. «Bioética: nuevos valores para una nueva cultura» [lectura magistral]. La Habana, Centro Juan Pablo II, 1997. En 1901, Johannsen acuñó el término gen. Veinte años más tarde, Morgan descubrió que los genes se encontraban ubicados en los cromosomas, y Müller sentó las bases para la aplicación de estos a la agricultura, los cruces de plantas y posteriormente a los animales. En 1943, Watson y Crick consiguieron descubrir la estructura de los genes compuestos por proteínas. Estos dos científicos recibieron el Premio Nobel por su descubrimiento, al probar que dichas estructuras genéticas estaban formadas por una doble y larga cadena helicoidal de ácido desoxirribonucleico (DNA, por sus siglas en inglés), compuestas por unidades mucho más simples llamadas bases nitrogenadas, que reciben el nombre de adenosina, guanina, citosina y timina. Lo realmente asombroso y genial de estos científicos es que se pudo conocer que ambas cadenas se sitúan de forma helicoidal en el espacio y se ajustan ambas como el guante a la mano, y cuando las dos hélices se separan, cada una sirve de troquel para la formación de otro DNA complementario.

- La descripción realizada por Mollaret y Goulon en la *Revue Neurologique* en el año 1959, acerca de un sujeto ventilado mecánicamente, sumido en un estadio de coma irreversible, que ellos llamaron «coma dépassé».⁴
- El primer trasplante cardiaco de hombre a hombre, realizado por el doctor Christian Barnard el día 3 de diciembre de 1967, en el Groote Schur Hospital de la Ciudad de El Cabo, en Sudáfrica.
- La creación de las primeras unidades de cuidados intensivos, las cuales se han ido extendiendo en casi todo el mundo durante todo el siglo pasado y el actual, pero que surgieron como concepto a raíz de las epidemias de poliomielitis surgidas en Europa a finales del siglo XIX.

«La situación actual de las ciencias médicas con todo su potencial tecnológico sitúa al hombre de nuestro tiempo en una carrera vertiginosa, la cual en ocasiones parece como si careciera de fronteras.»⁵ La investigación con seres humanos, la misma evolución del concepto de muerte, comprendido actualmente como un proceso, más que como un evento aislado, así como la prolongación artificial de la vida en el marco de los cuidados intensivos y otros, han propiciado que la medicina, considerada antes como una mezcla de arte y de ciencia, por dedicarse a una actividad eminentemente humanitaria y altruista, hoy día posea una fuerte carga experimental y permita que surjan extrapolaciones desde el laboratorio de investigaciones que necesitan ser iluminadas por una reflexión bioética que posibilite la preservación de la dignidad de la persona humana, la cual es mucho más que un sujeto de experimentación, y el límite de sus fronteras no se encuentra en el ámbito de lo posible, sino de lo debido.

A partir de este hecho sin precedentes, se considera hoy día que el código genético se encuentra inscrito en estas cadenas señaladas, y debido a lo referido se inició la investigación para descifrar la cadena que forma el genoma humano, lo que constituye uno de los proyectos de mayor envergadura realizados durante los últimos veinticinco años, ya que se descubriría para muchos «el secreto de la vida». A partir de estos hallazgos, se comenzó a especular sobre la manipulación del patrimonio genético de la humanidad, así como sobre la llamada «cirugía del gen», para realizar controles de enfermedades hasta el momento incurables. Este aspecto mencionado tiene una connotación bioética importante, no solamente teórica, sino eminentemente práctica en cuanto a la conducta lícita o moral de la manipulación de la vida. (*Nota del autor.*)

⁴ Mollaret y Goulon. «Le coma dépassé». *Rev Neurol*, 1959; 101: 3-15. Los estudios del «coma dépassé» realizados por estos dos científicos franceses abrieron una controversia sobre la posibilidad de mantener órganos perfundidos en una persona muerta, y esto, a su vez, creó las bases para que se pudieran realizar trasplantes de hombre a hombre, como el realizado en Sudáfrica a L. Washansky, de 55 años de edad, afecto de una coronariopatía mortal. El paciente falleció poco tiempo después, pero de forma indudable se abrió una nueva era en la medicina moderna, basada en la posibilidad del recambio de órganos, lo que creó otro dilema ético de extraordinaria importancia que persiste hasta nuestros días. (*Nota del autor.*)

⁵ R. Zamora Marín. «Consideraciones éticas sobre la muerte encefálica.» Conferencia impartida en el III Simposium Internacional sobre el Coma y la Muerte. La Habana, Palacio de las Convenciones, 2000.

Es en estas situaciones cuando surgen frecuentemente y con mayor fuerza los llamados dilemas éticos, muchos de los cuales son inéditos para la propia ciencia, porque anteriormente eran realmente impensables, y de esta forma vemos que se rompen nuevos paradigmas y surgen términos inconcebibles para el hombre de antaño, como por ejemplo los llamados «úteros de alquiler», «muerte encefálica», «visceras vivas o perfundidas», transplante de órganos, eutanasia, distanasia, «muerte del individuo *vs.* muerte de la persona» y otros. El desfase producido en un corto período entre las ciencias experimentales y las llamadas del pensamiento abstracto ha sido enorme. Las primeras lindan frecuentemente casi con la ciencia ficción, mientras que las otras, de desarrollo más lento, han necesitado una mayor maduración para la búsqueda de las soluciones requeridas. De acuerdo con lo referido, desearía expresar este fenómeno con una frase de Potter que me parece ilustra, de forma magistral, la situación mencionada: «Hay dos culturas –ciencias y humanidades– que parecen incapaces de hablarse una a la otra, y si esta es parte de la razón de que el futuro de la humanidad sea incierto, entonces posiblemente podríamos construir un puente hacia el futuro»,⁶ de manera que el diálogo bioético referido se deberá establecer, para comprender mejor la realidad circundante.

De forma indudable no existe un marco donde se encuentre el actuar humano libre en el que la bioética no tenga algo que hacer, pero particularmente en la atención del paciente grave esto adquiere mayor connotación e importancia.

Vienen a mi memoria los versos de un poeta que expresa de forma bella los acuciantes dilemas éticos que se repiten casi a diario en cada paciente crítico. Son los versos de Pablo Neruda cuando dice:

¿Cuanto tiempo vive el hombre?
 ¿Vive mil años o uno solo?
 ¿Vive una semana o varios siglos?
 ¿Por cuánto tiempo muere el hombre?
 ¿Qué quiere decir para siempre?⁷

Son estas preguntas existenciales que cada facultativo se ha hecho, al menos alguna vez, frente a uno de nuestros pacientes moribundos y que debe tener siempre presentes cuando acompaña a un ser humano tanto para intentar salvarlo como para acompañarlo a bien morir.

La bioética «nunca podrá ser considerada como un ornamento académico o un elemento del cual podamos prescindir cuando analizamos cuestiones puntuales de la vida en general y del paciente grave en particular».⁸ Debe encontrarse

⁶ V. R. Potter. *Bioethics: Bridge to the Future*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1971.

⁷ Fragmento de un poema de Pablo Neruda citado en Gabriel d'Empaire. «Limitación de medidas terapéuticas en pacientes críticos: aspectos éticos, legales y religiosos.» Sociedad de Bioética. www.bioética.org.ve/center12.htm

⁸ R. Zamora Marín. «Bioética en los cuidados críticos, ¿una guía para tomar decisiones?» Conferencia impartida en II Congreso de Neurointensivismo y Neurociencias. Ob. cit.

a la cabecera del paciente en la toma de las decisiones más escabrosas o las de mayor relevancia, teniendo en cuenta que no solo conciernen al propio enfermo, sino también repercuten sobre el medio ambiente y la sociedad en general. Las ciencias médicas no pueden vivir de espaldas a las soluciones de los dilemas éticos que su propia ciencia genera, razón más que suficiente para justificar que todo esfuerzo que se dedique a la fundamentación nunca será baldío, ni tampoco suficiente. No es la bioética un «barniz cultural» del actuar humano, o algo que haya de ser tenido en cuenta por ser sencillamente de buen talante a la hora de analizar una de las cuestiones fronterizas, entre la vida y la muerte, o al elegir entre el bien o el mal, en que nos sumerge el trabajo médico diario en tantas ocasiones en la unidad de cuidados intensivos.

El dilema es el ámbito natural donde se desarrolla la bioética. Referirse a ella es hacer referencia obligada a disyuntivas y elecciones. Sin embargo, «la función de la bioética no es precisar o inducir conductas, sino precisar los fundamentos que avalan o no esas decisiones y esas conductas».⁹

La bioética es en esencia una problematización de todo lo que nos rodea, aunque aquí deseamos aplicarlo solo al paciente grave, mientras que la ética «es el estudio reflexivo, crítico y metodológico de las normas morales».¹⁰ Lo verdaderamente importante es saber qué ética es la que animará y dará sentido a la bioética; la fundamentación bioética comienza cuando el hombre deja que la verdad de forma absoluta lo interpele absolutamente. Debo dejar constancia de que el hombre, como ser siempre inacabado, no tiene otro mayor objetivo que este: tender a la perfección en el sentido eudaimónico de la palabra, que siguiendo a Aristóteles, quiso identificar la ética con la felicidad. De aquí que cuanto más completamente logre su perfección, de igual forma más fácilmente alcanzará su felicidad.

Lamentablemente, las reflexiones sobre bioética «no aprecian con demasiada frecuencia los principios originarios de la misma, así como tampoco los valores y las virtudes que animan los de la ética».¹¹ Para decir verdad, pienso que tampoco se repara suficientemente en la importancia y en la repercusión que tienen estos aspectos en la hominización de la persona, y mucho menos en la contribución a la formación del ser social, de la que esta forma parte constitutiva. Al respecto, el filósofo español Ortega y Gasset, en sus *Meditaciones del Quijote* ha dicho: «Yo soy yo y mis circunstancias y si no las salvo a ellas no me salvo yo»,¹² como

⁹ H.D. Fraiman. «Ética versus bioética.» *Nuestro Hospital*, 1999; 3 (2): 2.

¹⁰ Citado por E. Lugo. «Presentación de tres modalidades de bioética-ética.» www.bioeticaweb.com

¹¹ R. Zamora Marín. «Ética: el corazón de la bioética.» Conferencia pronunciada en el Taller Cultura, Fe y Solidaridad: Alternativas Emancipatorias para un Mundo Globalizado.» 25 de mayo de 2005.

¹² J. Ortega y Gasset. *Meditaciones del Quijote*. I: 322. En *Obras completas*. Madrid, Revista de Occidente, 1946-1983.

queriendo de esta forma expresar que la persona se encuentra indisolublemente ligada al contexto donde le ha tocado vivir.

Un problema actual de la fundamentación bioética heredado de la modernidad es la existencia de numerosas teorías éticas que se presentan de forma dicotómica y aun a veces irreconciliables: Deontologismo, consecuencialismo, principialismo, situacionismo, universalismo y contextualismo, entre otras. Fueron originadas y son expresión de ello, en muchas ocasiones, por fracturas ocurridas en el pensamiento filosófico, por lo que pueden provocar una gran división, tanto en los procedimientos como en las toma de decisiones éticas, al no tener la misma concepción del mundo y de la vida y, por consiguiente, una misma jerarquía de valores.

Vivimos en la posmodernidad y las diversas explicaciones bioético-filosóficas han sido sustituidas por la razón tecnológica o tecnocrática. Lo fáctico ha suplantando la argumentación conceptual, la opinión de la mayoría ha devenido en verdad absoluta y justifica su argumentación con elementos de tipo apriorístico. Parte del problema surgido podría encontrarse en «la carencia de un entendimiento de lo que constituye la constitución antropológica del ser humano en la que pueda basarse la Ética».¹³

Ballesteros ha dicho en alguna ocasión: «Esta dislocación del mundo, procedente del pensar en términos de identidad-opinión y no en términos de diferencia-complementariedad, es precisamente lo que en el plano epistemológico demuestra la adolescencia de la modernidad.»¹⁴ Considero que desde este punto de vista, podríamos calificar al hombre como el gran recién llegado, el cual necesita aún de mucho tiempo, voluntad y sabiduría para encontrarse a sí mismo en el universo complejo en que se haya inmerso, lleno de interrogantes e incluso inacabado, al igual que él mismo, y del cual forma parte constitutiva, sabiendo que sus grados de certezas alcanzados a través de la ciencia, son limitados porque «sus certezas de ayer, son los ingenuos errores de hoy».¹⁵

Una vez afirmó Ortega y Gasset que «hubo un tiempo en que la ciencia puso un orden en la vida, pero hoy será la vida la que deberá poner un orden en la ciencia».¹⁶ Cuando se habla de fundamentación bioética en la atención al paciente en estado grave cabe preguntarse: ¿cuáles son los principios que deberían tenerse en cuenta ante las alternativas éticas que se presentan hoy al médico en el siglo XXI de acuerdo con los adelantos científicos que esta misma ciencia le brinda? ¿Cuál deberá ser su comportamiento?

¹³ M. Artigas. «La inteligibilidad del mundo natural.» Conferencia pronunciada en Bogotá, 1990.

¹⁴ J. Ballesteros. *Posmodernismo: decadencia o resistencia*. Madrid, Tecnos, 1989: 93.

¹⁵ *British Medical Journal*. América Central y Caribe. Palabras al editor «La gloria de la ciencia» 2 semestre de 2002: 1.

¹⁶ J. Ortega y Gasset. *Obras completas*. Madrid, Alianza Editorial, 1983.

Pienso que, en primer lugar, y solo como aproximación, deberían tenerse en cuenta, al menos los siguientes factores, que no parten del seguimiento de un código deontológico, sino más bien en las consideraciones previas, que ya asumidas, serán los pilares sobre los que descansa todo el andamiaje bioético. O sea su fundamentación.

La bioética entendida así deberá asumirse como una ética del deber ser y no como otras disciplinas de la filosofía, como la ontología, por ejemplo, que trata del ser. En la medida que se establezcan puentes de entendimiento entre todas las personas y disciplinas, teniendo como punto de partida unos «mínimos morales», es que podrá realizarse una puesta en común de sus verdades que posibilite al paciente promoverse, aun dentro de la enfermedad, con un concepto mucho más amplio del que podríamos esperar. Recordemos al respecto el pensamiento de Víctor von Weizacker referente a que «no hay enfermedades, sino enfermos», porque «la enfermedad no es el desperfecto de una máquina, sino la imposibilidad de la persona de llegar a ser él mismo».¹⁷ Este enfoque bioético-filosófico de la patología, aun orgánica, podrá arrojar luz a la comprensión del fenómeno que nos encontramos abordando. El filósofo judío Hans Jonas ha dicho: «[H]ay algo trans-instintivo en el ser humano, que trasciende la animalidad y que lo convierte en algo enormemente problemático.»¹⁸ Ese algo es su interioridad. Recordando a Styczen, podremos afirmar también que «el hombre es el único ser de la realidad que ve desde dentro».¹⁹ Esta capacidad de introspección, además, le otorga una nueva categoría que se le niega a cualquier otro ser vivo; esta no es otra que su dignidad. De esta forma, racionalidad y dignidad serán un binomio exclusivo de la especie humana, el cual le confiere la característica de ser única e irrepetible.

Esta característica del hombre le otorga, además, el derecho de ser respetado, aun cuando se encuentre con un deterioro sensible de sus funciones vitales. Aunque ya parezca que la vida se extingue y se encuentra llegando a su fin, siempre habrá espacio para la compasión. Por esta razón, decía Xavier Zubiri: «[E]l homo desnudo y vulnerable, solo constata su indigencia» desde su nacimiento, razón por la cual es tributario también de compasión. Recordemos que el término compasión etimológicamente quiere decir padecer-con. El médico deberá encontrar diariamente, por tanto, la oportunidad que dimana de esta reflexión, que no es otra que poner a prueba su capacidad de empatía con su paciente.

Otro aspecto que deseo señalar es el respeto a su libertad. El corolario obligado de todo lo que hemos dicho hasta aquí es que el hombre es libre por naturaleza, razón por la cual el paciente no se encuentra obligado a obedecer en todo al médico o a la enfermera. La actividad médica debe desarrollarse en un ámbito

¹⁷ Citado por P. Laín Entralgo. *Historia de la medicina*. Barcelona, Salvat, 1978: 636.

¹⁸ Citado por R. Zamora Marín. «Bioética en los cuidados críticos» Conferencia magistral impartida en URGRAV, Palacio de las Convenciones, 2004.

¹⁹ T. Styczen. *La libertad en la verdad*. Roma, 1988.

de consejo, paciencia y comprensión. Respetar las opiniones de los pacientes siempre será una expresión de una sana ética, que no por esa razón debe dejar de sugerir o brindar las alternativas terapéuticas cuando estas sean necesarias. Recordar siempre el imperativo categórico kantiano aplicado a la medicina y, además, su concepto de libertad como «un bien debido, que la razón presenta», serán siempre cualidades insuperables del buen obrar del facultativo.

Para ser un médico competente no basta con el conocimiento de la fisiopatología, ni de los oscuros mecanismos de los diversos procedimientos morbosos. Hace falta, además, un conocimiento profundo del ser humano. Esta aspiración que busca el «deber ser de la bioética» no se refiere a la adquisición de habilidades o conocimientos nuevos, sino de algo mucho más profundo. Se trata de una verdadera transformación del profesional de la salud que ejerce la medicina. «Saber no es suficiente, debemos aplicar. Desear no es suficiente, debemos hacer», decía Goethe. Se trata, en esencia, de algo que Sócrates llamó en griego *metanoia*, palabra que los latinos más tarde tradujeron con la palabra conversión. Conversión viene de un cambio de actitud que se produce mediante el convencimiento. En bioética el cambio de las actitudes es probablemente uno de los aspectos de mayor importancia a los que se puede aspirar. En frase de algún autor de lo que se trata es «de conseguir que se manifiesten convicciones morales, más acá de su validez».²⁰ Será, por tanto, como la adquisición de una segunda naturaleza que el médico ha de ir adquiriendo paulatinamente con mucho esfuerzo y tesón.

De esta manera, el médico se va auto-comprendiendo mejor, no solo como un prestador de cuidados calificados, ni siquiera como un científico. Se trata de algo más que eso: se va convirtiendo en un profesional.

Un profesional es «aquella persona que se compromete pública y oficialmente a prepararse de una forma esmerada para rendir un servicio necesario para el bienestar de la comunidad».²¹ Recordemos que la palabra, en su vertiente etimológica, tiene un matiz religioso. Viene de profesar. El que profesa, recordando las antiguas órdenes monásticas, genera confianza y también adquiere un estilo de vida. Es mucho a lo que el médico se compromete cuando se desea convertir en un profesional, porque el papel del profesional debe desempeñarse en la praxis con mucha autenticidad, así como con respeto y reverencia a lo que esto significa.

El profesional genera, por su misma actitud, respeto, veracidad, incluso gratitud, y un aspecto de suma importancia: empatía, entendida como la capacidad de salirse de uno mismo para observar detenidamente al otro y aun ponerse en su lugar. Pero no se puede hablar de profesional sin hablar primero

²⁰ L. Feito Grande. «Sobre la fundamentación de la bioética.» En *Bioética: un diálogo plural*. Homenaje a Javier Gafo Fernández. Madrid, Universidad Pontificia Comillas, 2002: 691.

²¹ J.M. Reverte. *Las fronteras de la medicina: límites éticos, científicos y jurídicos*. Madrid, Editorial Díaz de Santos, 1983.

de persona. El que profesa la actividad médica lo hace en primer lugar por respeto al otro, al paciente, y si lo respeta, es porque reconoce en él los atributos con que anteriormente lo hemos calificado, al resaltar su dignidad. Lo respeta porque es persona.

Esta opción de fundamentación mencionada no es un capricho intelectual, sino es la consideración del principio antropológico que debe, a mi juicio, sustentar toda bioética. Esta afirmación está basada en dos afirmaciones que deseo dejar bien claras:

1. Se trata de una reflexión racional sobre la realidad.
2. No se trata de cualquier realidad, sino de la realidad de la persona humana.

De lo que se trata es de «complementar el principio de racionalización propuesto por el deontologismo, con un principio antropológico que dé base a la ética». ²² Lo expresado no podrá ser sustentado por los intereses privados de las personas, incluso del médico o los familiares del paciente, sino por el principio de la dignidad personal. No es que el ser humano tenga la cualidad de ser persona, ya que esta no es en ningún sentido un atributo dado al hombre, simplemente se es persona. El hombre es un ser personal y corpóreo por naturaleza. Su dimensión ontológica radica precisamente en que todo él es persona y su dignidad lo acompaña siempre, aun por muy precario que se encuentre su estado de salud. La palabra persona viene del adjetivo *per-sonare*, que quiere decir sonar fuerte. En latín *personare* indica un sonido que tiene la fuerza necesaria para sobresalir. No es extraño, en ningún sentido, que se identifique entonces como el «ser inteligente con entendimiento racional».

A nuestro juicio la mejor definición de persona ofrecida es la de Boecio, cuando se refirió a la persona humana como «*indivua substantia rationalis naturalis*», ²³ es decir, como «el ente individual de naturaleza racional».

De acuerdo con mi juicio, los tres atributos que fundamentan la definición de Boecio son los siguientes:

Sustancia. Quiere expresar que tiene en sí mismo la causa de su propio ser y la «presencia de un sustrato ontológico que trasciende la mera agregación extrínseca de sus partes». ²⁴

Individualidad. Solo el ser humano, como individuo, es inédito e irrepetible, aun cuando fuera clonado. Solo él tiene una categoría singular. El paciente, por muy grave que se encuentre, aun en estado de coma, continua poseyendo esa categoría que lo hace diferente a los demás y digno de estima, custodia y respeto.

²² E. Rodríguez Yunta. «Fundamentación antropológica y ontológica de la ética.» *Revista de Estudios Médicos Humanísticos* [Santiago de Chile], 2001; 5 (5).

²³ Boecio. *Philosophiae consolatiois*. Libri V. Trad. Manuel Esteban de Villegas. París, 1638: 524.

²⁴ L. Palazzani. «La fundamentación personalista de la bioética.» *www.bioeticaweb.com Cuadernos de Bioética*, 1993; 14 (2): 48-54.

Racionalidad. Lo define de esta forma porque esta constituye la característica *sui generis* del ser humano.

Antes de terminar, desearía explicitar algunos aspectos que considero deberían de tomarse en cuenta en la atención al enfermo grave.

Fundamentar la bioética será siempre un intento de comprender cabalmente la realidad, tal como nos ha sido dada, y, además, conocer en toda su plenitud las razones que poseemos para ejercer nuestros actos libres en beneficio de nuestros pacientes, de acuerdo con una escala de valores asumida a priori, pero que ha debido ser re-meditada, re-pensada, re-flexionada, porque considera al hombre sufriente, aun en su estadio más precario, como un absoluto moral.

Durante mi ya larga carrera de médico intensivista, he encontrado pacientes cuya vida parece como si ya careciera de sentido continuarla, por lo precaria de su existencia, o bien porque se encuentra llegando realmente a su fin. Considero que aquí es cuando el acto moral de cuidar alcanza su máximo valor y plenitud, y se sitúa incluso sobre el principio de beneficencia que es el de curar, el cual siempre ha inspirado a la medicina clásica o tradicional.

Todo médico o profesional de la salud podrá encontrar pacientes que pueden ser realmente incurables; pero jamás incuidables. En este caso, el principio de no maleficencia primará sobre el resto de los otros principios: autonomía, justicia y beneficencia.

Como toda actuación ética lleva implícita una estimativa moral, probablemente en este momento el médico deba considerar convertirse él mismo en tratamiento.

Bibliografía

- Aristóteles. *Ética a Nicómaco*. Lib. 1. 1094^a: 2-3.
- Gonzalo Miranda, L.C. «Fundamentos éticos de la bioética personalista.» *Cuadernos de Bioética*, 1994; 17-18: 49-62.
- Laín y Entralgo, P. «Técnica, ética y amistad médica.» En J. Gafo. *Fundamentación de la bioética y manipulación genética*. Madrid, Universidad Pontificia de Comillas, 1988: 113.
- Pazos, A. «Fundamentos antropológicos de las directrices del magisterio en temas de bioética.» *Cuadernos de Bioética*, 2001; 46.
- Sotolongo Codina, P.L. «Bioética y contemporaneidad. Acerca de algunos fundamentos cosmovisivos y epistemológicos de la bioética.» En J.R. Acosta Sariego (editor científico). *Bioética para la sustentabilidad*. La Habana, Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, 2002: 69-85.

La atención al paciente terminal

Bertha Serret Rodríguez



La muerte es una consecuencia final de la existencia. Es el único hecho acerca del cual se puede aseverar, con total certeza, que acontecerá como colofón de la historia natural de la vida.

El médico y la enfermera constituyen los máximos ejemplos de quienes intentan diferir a toda costa la confrontación con la muerte, pero muy a su pesar no siempre pueden lograrlo, pues hay un momento inevitable en que la vida toca a su fin.¹ ¿Se tiene entonces la suficiente capacidad profesional para aceptar la muerte como un hecho inseparable de la condición humana y, por ende, cuando no se pueda evitar que ella ocurra, podremos aceptarla y ayudar de manera consciente al moribundo y su familia?

Debemos recordar que el morir humano puede suceder de diversas formas; así, se puede perecer por enfermedad (aguda o crónica), accidente, de manera intencionada (suicidio o asesinato) y vejez o decrepitud.

Según la forma de ocurrencia del fallecimiento, la muerte puede ser: lenta, progresiva, como consecuencia de enfermedades que son inexorablemente incurables –el cáncer en estadios avanzados–; o súbita, aguda, imprevista en aquellos que hasta ese momento disfrutaban de una vida tal que nada les hacía prever

¹ B. Serret, V. von Smith, E. Crespo. *El médico ante la enfermedad mortal, el moribundo y su familia*. Instituto Superior de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, 1993: 1.

que sería truncada por una parca cruel. Si bien las principales causas de este tipo de muerte corresponden a enfermedades agudas de elevada letalidad –como el infarto agudo del miocardio o los accidentes vasculares encefálicos, fundamentalmente de tipo hemorrágico–, muchas veces es el resultado de situaciones calamitosas, como los accidentes, suicidios u homicidios.

Ante un paciente cuyo estado de gravedad sea de tal magnitud que presagie la posibilidad del fallecimiento, es indispensable diferenciar si se trata de un enfermo en estado crítico o con una afección en fase terminal, pues ambas situaciones, aunque con algunas similitudes, indican una expectativa de vida distinta.

El paciente crítico es aquel individuo cuya salud se halla tan comprometida que hace temer, con fundamento, un cercano desenlace, pero no todos están condenados a morir irremediamente como consecuencia de su afección, pues algunos son recuperables en potencia.

Los estados terminales son aquellos en los que, a pesar de todas las medidas y procedimientos convencionales y extraordinarios, el enfermo no tiene ninguna posibilidad de mejoría ni curación. Por ende, un paciente terminal es aquel que luego de una afección imposible de haber podido ser curada, ni mantenida bajo control por los medios efectivos actuales disponibles, se acerca de manera rápida e irremediable a su muerte, al final de la vida.²

En la actualidad se cuestiona la utilización del término «enfermo terminal» por la connotación que ello puede tener para la propia actuación médica ante tales pacientes, y se propone el de «síndrome terminal de enfermedad», el cual se define como «el estado clínico que provoca expectativa de muerte en plazo breve». Se presenta como el proceso evolutivo final de un grupo de enfermedades: cáncer, enfermedades degenerativas del sistema nervioso central, cirrosis hepática, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, accidentes cerebrovasculares, coronariocardiosclerosis y el daño vascular arterioesclerótico sistémico, como expresión de senectud, hipertensión arterial y diabetes mellitus, entre otros.

Las fases por las que discurre la enfermedad terminal son:

- *Fase I*, prediagnóstico y diagnóstico –intervalo entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico definitivo–; se caracteriza por el progreso anatómico y clínico de la enfermedad.
- *Fase II*, enfermedad establecida –período de estado de afección a partir del diagnóstico–; se caracteriza por el alivio y remisión o no de los síntomas y la instauración de las modalidades de tratamiento.
- *Fase III*, deterioro y declinación –cuando no queda nada más por hacer–; se caracteriza por la aplicación de los cuidados paliativos.

² N. Cassem. *The Dying Patient*. En *Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry*. 3ra. ed. Mosby/Year Book, 1991.

Los criterios diagnósticos del síndrome terminal de enfermedad son: enfermedad causal de evolución progresiva; pronóstico de supervivencia inferior a un mes; estado general grave; insuficiencia de órgano única o múltiple; ineficiencia comprobada de los tratamientos, y ausencia de otros tratamientos alternativos.

Existe un grupo de complicaciones intratables que proporcionan criterios de irreversibilidad de estos cuadros, como son: infecciones graves y sepsis generalizadas, fallo respiratorio, hipotensión severa, oligoanuria, embolia pulmonar, coma metabólico, hemorragias graves y abdomen agudo, entre otras.

De estas consideraciones se infiere que lo primero y sumamente importante es la conceptualización hecha por el médico de enfermedad terminal, ya que de ahí depende su actuación presente y futura. Resulta necesario, pues, el diagnóstico exacto de la afección, basado en una buena anamnesis y un examen físico corroborado con estudios complementarios de certeza que permitan no solo aseverar el proceso en cuestión sino, además, su extensión, estadio evolutivo y presencia de complicaciones. Debe, asimismo, valorarse la respuesta previa a tratamientos o las posibilidades y alternativas de las prácticas actuales. Solo así se estará en la posibilidad de emitir un juicio acerca de si el paciente sufre una enfermedad progresiva implacable, diseminada, cuya evolución no es susceptible de ser detenida, aun por las más avanzadas técnicas y procedimientos terapéuticos.

Cuando el médico está plenamente consciente de que el enfermo es víctima de una afección fatal, debe integrar en su actuación no solo los aspectos biológicos de la enfermedad en cuestión, sino también los de índole psicológica y social, incluidos los sentimientos del paciente, de su familia y de él mismo.

La muerte del enfermo no suele ocurrir ahora como sucedía antes, en la intimidad y tranquilidad del hogar, rodeado de los más caros afectos y con la reconfortante presencia de sus seres queridos y allegados, cuando se moría según la voluntad de la persona, en su propia cama, con la atención del médico de cabecera —por lo general, el médico de la familia—, siempre listo a aliviar la agonía, consciente de que su papel no era otro sino el de obrar con sentido humanitario, pues vencido ya el organismo era inútil alargar mucho sus padecimientos. Así, los hijos veían morir a sus abuelos y a sus padres, por lo que a medida que iban creciendo se iban familiarizando con la realidad de la muerte, incluida la propia.

En cambio, hoy lo común es expirar en un centro asistencial rodeado de un conglomerado de médicos y enfermeras y de todo el «aparataje» que la tecnología moderna ha puesto al servicio de la medicina. En el momento actual, se estima que el 80% de los norteamericanos fallece en instituciones hospitalarias; sin embargo, hace treinta años la proporción era solo del 37%.

Por ello, al decir del padre Alonso Llanos Escobar, el morir humano ha cambiado, pues se ha visto que se ha vuelto científico, al producirse en centros hospitalarios; se ha hecho aislado porque el paciente muere solo, sin la presencia

de sus seres queridos, aun cuando se encuentre en compañía de un atento, solícito y eficiente equipo de atención; se ha vuelto pasivo, pues son los médicos y familiares los que toman las decisiones sobre los tratamientos y demás procederes, sin tener en cuenta los deseos, sentimientos y criterios del enfermo; se ha prolongado, ya que puede durar meses y aun años; y se ha hecho profano, pues los servicios religiosos, de acuerdo con las creencias del paciente, tienden a disminuir cada día más e incluso a desaparecer de los centros de salud.³

Los hospitales, en sus inicios, no se fundaron para atender a los pacientes moribundos. Por el contrario, se crearon para curar las enfermedades, y cuando ello no era posible, el paciente era devuelto a la familia para que cuidara de él en casa hasta el final de su vida. Solo más tarde se estableció la costumbre de llevar a los pacientes terminales al hospital para que permanecieran allí hasta su muerte. Así, con el desarrollo y la utilización de una alta tecnología que permite alargar la vida de los pacientes etiquetados de incurables, los enfermos terminales comenzaron a acudir al hospital en busca de ayuda para enfrentar el proceso de morir y, por supuesto, cada vez con mayor frecuencia fallecían en estos centros, en vez de hacerlo en su hogar. El medio hospitalario tiende a ser impersonal y le otorga al acto de morir una connotación distinta a cuando esto no ocurre en el hospital, tanto para el moribundo como para sus familiares. Por lo general, a la angustia inherente a esta situación se le suma la insensibilidad de la atmósfera artificial que rodea al moribundo y la incomodidad y confusión generadas por un medio ajeno al hábitat propio.

Por otra parte, los médicos, enfermeras y demás personal hospitalario involucrados en el proceso de morir, no han sido preparados para asistir a los moribundos, e incluso actualmente se cuestiona si reciben la suficiente formación profesional que los capacite para enfrentar esta misión.⁴

Los profesionales, al atender a los pacientes terminales, nos resistimos a considerarlos como seres humanos en quienes todos los recursos propios de la ciencia y la tecnología han sido agotados, porque nos parece que es renunciar a parte de nuestra entidad profesional, a la vez que nos produce una desagradable sensación de impotencia. A pesar de que tratamos de hacer mucho por el paciente, la realidad demuestra cómo la mayoría de los procedimientos terapéuticos a los que son sometidos resultan innecesarios y responden más a nuestras propias angustias y deseos de actuación.⁵

El hecho de que los pacientes y la familia sean tratados como si el enfermo en situación terminal tuviese posibilidades de curación, crea en ellos sentimientos

³ A. Llano. «El morir humano ha cambiado.» En *Bioética. Temas y perspectivas*. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1990: 87-93. [Publicación científica, 527]

⁴ E. Kübler-Ross, S. Wessler, L. Avioli. «On Death and Dying.» *JAMA*, 10 de julio de 1972; 221 (2): 174-9.

⁵ L. Emanuel, E. Emanuel. «Decisions at the End of Life.» *Hastings Center Report*, sept.-oct. de 1993; (5): 6-14.

expresados en forma de miedo, ansiedad, inseguridad, desconfianza y frustración, entre otros. Al respecto no podemos permitir que nuestra gran competencia profesional nos divorcie del arte de atender a seres humanos; debe recordarse que cuando el médico no puede curar, por lo menos le corresponde asumir la responsabilidad de tranquilizar, aliviar y consolar, pues ello es consustancial a la práctica profesional; tener presente la frase de Trudeau «curar a veces, mejorar a menudo y consolar siempre».

Así, la doctora Cecily Saunders, joven médica inglesa, antes enfermera, impactada por los permanentes reclamos de un mejor y más humano cuidado de los pacientes en estado terminal a los cuales atendía, en la década de los años sesenta, patrocinó la idea de restablecer los hospicios, con vista a atender aquellos para los cuales ya no existían posibilidades de curación. *Hospes*, en latín, significa huésped, de ahí que *hospitium* (en español, hospicio) fuera un lugar donde en la Edad Media se recibía a los viajeros en calidad de huéspedes, quienes eran atendidos por un grupo de personas, por lo común una orden religiosa, a cargo de los transeúntes y de los enfermos.⁶

La doctora Saunders inauguró el primero de estos centros en 1967, en Londres, con el nombre de San Cristóbal (en inglés, Saint Christopher, patrono de los viajeros), con el propósito de que allí fuesen atendidas las personas cuya «peregrinación terrenal» estaba llegando a su fin. No se trataba de un hospital para tratar o cuidar enfermos, sino un estilo de casa donde se asistían a los pacientes terminales, quienes podían ser visitados por sus parientes y amigos durante todo el tiempo que estos dispusieran. Se trataba de que todo el ambiente se asemejara lo más posible al de un hogar donde los enfermos, si lo deseaban, podían pasear, caminar, charlar unos con otros, tomar sus alimentos preferidos, hacer actividades de grupos, es decir, desarrollar al máximo las potencialidades de que fueran capaces.

Una de las máximas que sintetiza la filosofía de esa institución es: «Tú importas por ser tú, importas hasta el último momento de tu vida, y haremos todo lo posible no solo por ayudarte a morir mejor, sino a vivir hasta el último instante.»⁷ En estos centros, los pacientes moribundos «están informados de su situación, participan en la toma de decisiones con respecto a las circunstancias de su muerte, con dolor y otros síntomas controlados, rodeados por sus familiares y otros seres queridos y allegados, y donde son atendidos por médicos, enfermeras y un equipo multi e interdisciplinario que ve en la muerte no una derrota, sino el evento final de la vida que debe ser vivido dentro de las mínimas condiciones de dignidad, y donde se busca incrementar al máximo la calidad y no la cantidad de vida: añadir más vida a los días y no más días a la vida».⁸

⁶ Sounding Board. «The Hospice Movement.» *New England Journal of Medicine*, 7 de septiembre de 1978; 299 (10): 546-9.

⁷ J.A. Rhymes. «Home Hospital Care.» *Clin Geriatric Med*, 1991; 7 (4): 803-16.

⁸ *Ibidem*.

Los principios de este hospicio se han convertido en el modelo actual de la forma en que deben ser tratados los moribundos. Con ello surgen los denominados «cuidados paliativos», como aquellos que tienden a aliviar el sufrimiento, cuando curar ya es un imposible y se quiere aumentar la calidad de vida en el paciente terminal.

Los objetivos básicos de los cuidados paliativos son: aliviar todo lo posible el dolor y otros síntomas angustiosos de la enfermedad; establecer tratamientos que no aceleren la llegada de la muerte, pero que tampoco la retrasen con medios desproporcionados; integrar en el tratamiento los aspectos psicológicos y espirituales; ayudar al paciente, hasta el final, a tener una vida lo más cercana posible a la suya; apoyar a la familia para que pueda llevar el proceso de la enfermedad y la muerte de su ser querido; y reafirmar la importancia de la muerte como un proceso normal, el epílogo de la existencia que todos debemos de asumir.

En la actualidad, los hospicios proliferan en algunos países. Así, por ejemplo, en los Estados Unidos existen aproximadamente unos 2 000 y en Canadá e Inglaterra 400, respectivamente. En estas unidades se prestan tres clases de servicios: hospital de día, hospitalización y asistencia integral del equipo interdisciplinario en la residencia del paciente.

Como puede apreciarse, estos centros retoman las acciones sobre la base de que, cuando sea posible, el individuo muera en el hogar, por supuesto, siempre que en este exista el ambiente físico y emocional necesario para ello. En estos casos, tanto el enfermo como su familia requieren tener la seguridad de que morir en casa no significa privación de la asistencia médica.

La atención domiciliaria posibilita la instauración de diversos tratamientos sencillos, sin tecnicismos, pero de adecuado sostén, y le permiten al enfermo percibir la menor sensación posible de estar constantemente enfermo y bajo el sometimiento de la atención médica; de esta forma pueden desarrollar una vida «lo más normal posible», dentro de las limitaciones de la enfermedad. Se debe recordar que en ocasiones es largo el lapso que media entre el diagnóstico de una enfermedad mortal y la ocurrencia del fallecimiento; es por la calidad de vida durante este tránsito por la que el médico debe preocuparse. En la casa los familiares y amigos asumen la mayor responsabilidad en la continuidad de los cuidados y soporte del enfermo terminal; cuando este seguimiento se realiza bien y se cuenta con un apoyo médico y de enfermería adecuados, disminuye la ansiedad del enfermo, su aprehensión a morir y aumenta al grado de satisfacción del paciente y su familia, y se logra lo que algunos llaman «muerte apropiada».

Los notables avances sociales ocurridos en Cuba en el campo de la salud, han permitido contar en la actualidad con un médico y enfermera de la familia, que en la intimidad del hogar, a la vera del propio lecho del paciente, pueden lograr la consecución de caros principios bioéticos de respeto a la autonomía, integridad y dignidad del moribundo, por supuesto, si esto es realizado por profesionales que, a su vez, deben ser íntegros e integrales. Hoy, con la práctica del médico y la

enfermera de la familia se garantiza el morir con dignidad en el seno del hogar como muchos reclaman, lo que no niega que cuando el fallecimiento sucede en el hospital se trate de que este ocurra de la forma más humana posible. Estos profesionales, una vez identificados en la comunidad los pacientes con enfermedades malignas u otras afecciones crónicas progresivas en fases muy avanzadas y que se encuentren en estadio terminal, se responsabilizarán con su atención en el domicilio, previa autorización de la familia. Esto no impide que en algún momento se requiera la hospitalización, por necesitar el paciente determinados recursos solo disponibles en este nivel de atención.

Una premisa básica para cualquier actuación ante esta circunstancia, es que el médico se encuentre totalmente seguro de que su paciente sufre una afección, cuya recuperación ya es un imposible, para lo cual no escatimará en utilizar todos los medios diagnósticos al alcance y en realizar cuantas consultas o interconsultas sean necesarias.

Resulta sumamente importante, para lograr un adecuado desempeño profesional ante un paciente con una enfermedad fatal, que el médico precise en qué fase o estadio esta se encuentra, así como identificar si se trata de un proceso activo y progresivo, de evolución galopante, o crónico y de duración más prolongada; también si su forma de presentación o instalación ha sido brusca, aguda o lenta y solapada, cuáles son los síntomas principales que aquejan al paciente; si este conserva su conciencia o se halla ya en una fase agónica que presagia un final inminente. En cada una de estas situaciones, la atención médica al enfermo y sus familiares tendrá sus características particulares, para lo cual es necesario adoptar las medidas que proporcionen el máximo de bienestar posible al paciente, y no solo aquellas dirigidas puramente a la enfermedad primaria.

El médico está obligado a tratar de manera adecuada todas aquellas manifestaciones de la enfermedad que puedan ocasionar o aumentar el malestar y hacer que la vida se acabe en medio de un gran sufrimiento. Debemos recordar que el dolor físico no es lo único que hace padecer a un moribundo —qué decir de los vómitos incoercibles, la dificultad o dolor al deglutir, la intranquilidad, el insomnio, las escaras, las ulceraciones, las secreciones fétidas, las incontinencias de esfínteres, entre otras—, hay manifestaciones que contribuyen a que el paciente sea presa de grandes tormentos y termine sus días de una manera muy infeliz.

Por ello, aunque muchas personas cataloguen erróneamente que se están haciendo inútiles esfuerzos para prolongar la existencia, se recomendará el uso de antimicrobianos si hubiera infecciones asociadas, antipiréticos para combatir la fiebre, oxígeno en caso de disnea, hidratación parenteral al constatarse signos de deshidratación o imposibilidad de utilizar la vía oral, sonda vesical si hubiera incontinencia o dificultad a la micción, entre otros procederes.⁹ Estas medidas

⁹ L.J. Schneiderman, N.S. Jecker, A.R. Jonsen. «Medical Futility. Response to Critics.» *Annals of Internal Medicine*, octubre de 1996; 125 (8): 670-4.

en modo alguno alargan la agonía del paciente, pues al igual que la mejoría del dolor en caso de existir, simplemente hacen más tolerable el período final. De igual forma, no hay justificación para dejar sin alivio el dolor de un enfermo incurable, para lo cual es necesario, primero, identificar su origen, recordar que las metástasis óseas y hepáticas, la comprensión o infiltración nerviosas y las neuritis isquémicas, entre otras causas, pueden provocar sufrimientos inaguantables. No se escatimará en utilizar la dosis adecuada de narcóticos, los bloqueos nerviosos y hasta la radioterapia o cirugía, si así fuera necesario para estos fines. En muchas ocasiones no se indican dosis altas de narcóticos por temor a la toxicomanía o a reducir el tiempo de vida pero, como se comprenderá, en un enfermo en estas condiciones esos criterios no son procedentes.¹⁰

Como atención integral que debe dispensarse, no olvidar que el paciente terminal tiene no solo necesidades físicas de alivio y control del dolor y otros síntomas, sino también necesidades emocionales, espirituales y sociales, donde la familia desempeña un lugar cimero. Por ello resulta sumamente importante tratar de brindarle al enfermo la máxima sensación de confort y bienestar y cubrir, en lo posible, todos sus requerimientos básicos, el cuidado de la imagen física, las reacciones psicológicas, las demandas permanentes de afecto, las expresiones de sus emociones y la necesidad de comunicación. Con respecto a este último aspecto, existen sugerencias de cómo manejar la información en el paciente en estadio terminal, las cuales pueden resumirse en:

- Realizar entrevistas claras, cortas, correctas, centradas en el paciente, tratando de no engañarlo, y aunque en ocasiones resulta innecesario comunicarle toda la verdad, lo que se le diga debe corresponder con ella.
- Inspirarle confianza, cercanía, evitar distanciamientos o evasiones dañinas que aumentan los sufrimientos. No invadir su espacio físico; actuar con cautela y respeto.
- La muerte no debe centrarse como el único tema de conversación.
- Considerar el lenguaje verbal y no verbal.
- Saber escuchar, no inducir respuestas, respetar el silencio útil.
- No alterar el orden del relato; estimular a continuar un tema.
- Interpretar solo cuando sea necesario; asistir en asuntos concretos.
- Estimular el control en la toma de decisiones.
- No reprimirle reacciones emocionales de ira o cólera; permitirle expresar culpabilidad, comprender su depresión y dejarlo solo cuando así lo desee.

¹⁰ Sociedad Española de Cuidados Paliativos. *Cuidados Paliativos*. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1993; T. Quill, B. Lo, D.W. Brock. «Palliative Options of Last Resort.» *JAMA*, 17 de diciembre de 1997; 278 (23): 2099-104; C. Sprung, L. Eidelman, R. Pizov. «Changes in Forgoing Life-Sustaining Treatments in the United States: Concern for the Future.» *Mayo Clin Proc*, 1996; 71: 512-6.

- Prestar atención a su dolor, quejas y sufrimientos; no negarlos.
- Darle apoyo emocional auténtico, compartir con naturalidad sentimientos de familia.
- Brindarle esperanzas, sin evadir su realidad de enfermo terminal.
- Hablar al lado del enfermo con voz normal, sin susurros.

La intervención en los pacientes terminales tiene como objetivos: aumentar la autoestima, identificar factores que puedan ser controlados por el paciente, aumentar su control sobre el entorno y su autonomía, involucrarlos en las decisiones familiares, reducir su soledad y aislamiento, minimizar su tensión emocional, tratar la depresión y reducir los sentimientos negativos de soledad y miedo, entre otros.

Por ello se han propugnado los siguientes derechos del paciente en estadio terminal:

- Mantener hasta el final la misma dignidad y autovalor que ha demostrado en la vida.
- Tener acceso a los servicios asistenciales y a los beneficios del sistema de salud.
- Recibir cuidados suministrados con consideración y respeto, así como conservar su individualidad, privacidad y pudor.
- Recibir información veraz, franca, suficiente y clara acerca de su enfermedad, el tratamiento y las perspectivas de recuperación.
- Ser consultado y obtener su consentimiento, una vez informado sobre los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, y estar advertido de los riesgos a que se expone si se omiten o se practican.
- Conocer el nombre y la experiencia de quien los va a realizar.
- Señalar a la o las personas en quienes pueda delegar la autoridad y la responsabilidad en la toma de decisiones con respecto a estos procedimientos.
- Lograr alivio efectivo del dolor u otros síntomas que le aumenten el sufrimiento, así como satisfacer sus necesidades integralmente.
- Expresar su voluntad respecto a las circunstancias que rodean su muerte y que esta sea respetada por médicos y familiares.
- Ceder o no sus órganos para trasplante o estudios especiales.
- Disfrutar de una vida con la mejor calidad posible hasta el final.
- Recibir asistencia espiritual según sus creencias religiosas.
- No morir solo.
- Morir con dignidad.

Si partimos de la premisa de que lo más importante, ante todo, es el individuo enfermo, resulta necesario determinar qué es o no procedente para el paciente en estadio terminal; tomar la decisión acerca de cuándo no continuar un tratamiento es tan importante como saber emplearlo.

A este respecto, la Academia de Medicina de Nueva York planteó en 1973: «Cuando en opinión de los médicos de asistencia las medidas destinadas a prolongar la vida –que no cabe esperar– provoquen más dolor y sufrimiento al paciente y la familia, sostenemos el criterio de mantener un cuidado médico pasivo y conservador, en lugar de adoptar medidas heroicas para el tratamiento.»

Esto implica que el médico de asistencia continuará analizando y atendiendo lo que evolutivamente acontezca en su enfermo, y tanto las decisiones que tome, como las acciones que emprenda, estarán dictadas por las circunstancias, pues ¿encierra alguna finalidad lógica mantener la vida a un enfermo con una afección mortal en fase terminal, empleando todos los medios posibles, como potentes drogas, multitud de intervenciones quirúrgicas, trasplantes de órganos, hemodiálisis, marcapasos, circulación extracorpórea, entre otros, a sabiendas de que tal prolongación no ocasiona felicidad, sino que se hace a expensas de un gran sufrimiento físico y moral para el paciente y sus allegados?

No olvidemos el hecho histórico-social que nos enseña cómo la ciencia da poder y la tecnología, progreso y transformaciones. Mas, ante situaciones como estas que analizamos, el médico puede estar cometiendo una sensible y lamentable equivocación: creer de buena fe que la ciencia y la tecnología lo hacen dueño del sufrir y del morir, lo cual a veces lo confunde y no le deja ver claramente los sentimientos, lo deshumanizan.

Es comprensible que en esta era de tanta sofisticación técnica pueda sentirse como un retroceso ese retorno a la atención médica integral domiciliaria, humanitaria y compasiva, y habrá quienes la tilden de sentimentaloides o poco profesional. Pero lo innegable es que a la hora de morir, lo que en el fondo cada uno de nosotros desearía, es precisamente esa muerte humana, familiar, apacible, digna. Y ayudar a nuestros enfermos a morir con dignidad es un reto que la bioética le impone a la medicina contemporánea.

En su entrega al quehacer profesional, el médico intenta diferir la muerte por todos los medios posibles; pero, cuántas veces entran en conflicto los principios enaltecedores de esta profesión con los reclamos de un paciente y sus familiares, ante la prolongación de la vida en circunstancias tales que no están científicas ni humanamente justificadas. Algunas personas hablan de que se les respete el derecho a morir, como expresión de que no es sinónimo de procurarse o hacerse procurar la muerte, es decir, a solicitar el «suicidio asistido» o la «eutanasia activa», sino el derecho a morir con toda serenidad, viviendo su propia muerte, el derecho a morir con dignidad.¹¹

Estimo que para ello lo primero es determinar, dónde se encuentra la dignidad de la muerte y, por ende, se debe precisar este concepto.

¹¹ «Physician Assisted Suicide, Euthanasia, or Withdrawal of Treatment. Distinguishing between them Clarifies Moral, Legal and Practical Positions. Editorial.» *BMJ*, 19 de julio de 1997; 315: 137-8.

«Dignidad» significa preeminencia, excelencia. Digno es aquello por lo cual algo se destaca, entre otros, en razón del valor propio. En sentido literal, lo digno puede entenderse como merecedor de respeto, lo que no es degradante ni vergonzoso y debe ser tratado con miramiento, con veneración. La dignidad se define como la «presencia de serenidad y autorespeto en la conducta, de manera tal que inspira respeto».

El hecho de no vernos colocados en circunstancias generadoras de lástima y compasión a los ojos de los demás configura una actitud ante la vida a la cual se le llama dignidad. El *Diccionario de la Lengua Española* la define como «un comportamiento con gravedad y decoro», «una cualidad que mantiene o enriquece la propia estima o la de los demás»; si en verdad nos estimamos, no aspiraremos jamás a que se nos compadezca por nuestro estado de miseria y dolor. Cuando las actuaciones terapéuticas sobre un paciente lo conduzcan a una situación penosa y le imposibiliten llegar a la hora final con valentía y carácter, se dice que se muere sin dignidad.

Muchos procedimientos médicos actuales han sido censurados y los médicos acusados de evitar a los pacientes «morir dignamente». ¹² Hoy, algunos consideran que se fallece de manera indigna cuando ocurre el deceso en una unidad de cuidados intensivos entre aparatos, tubos, enmascarados vestidos de verde y separados de sus seres queridos; pero también se puede morir sin dignidad, aislada y oscuramente en una sala general, porque en muchos casos la culpa de la pérdida de la dignidad se halla en la enfermedad y no solo en el médico, a menos que este ordene de manera irreflexiva determinadas conductas que lleven al paciente a estas difíciles situaciones.

En la actualidad existe en el mundo un movimiento destinado a que el individuo tenga el derecho a morir dignamente. Así, en 1976, se crea la Federación Mundial de las Sociedades para el Derecho a Morir, las que se dividen en dos grupos: las que se muestran en favor de la eutanasia, como las de Holanda, Inglaterra, España, Canadá y una de los Estados Unidos (Hemlock Society), y las que abogan solamente por el derecho a una muerte digna y natural, sin ninguna intervención externa para procurarla; a este grupo corresponden dos de los Estados Unidos (The Society of the Right to Die y Choice in Dying) y una de Colombia. Esta última, la fundación Pro-Derecho a Morir Dignamente, fue creada en 1979 y es la primera de ese tipo existente en América Latina de la que se tenga conocimiento.

La finalidad principal de estas organizaciones es difundir la idea y la conciencia del derecho que tiene todo paciente de participar en cada una de las decisiones que se tomen durante el tratamiento de su enfermedad terminal,

¹² G. Annas. «The Bell Tolls for a Constitutional Right to Physician-Assisted Suicide.» *New England Journal of Medicine*, 9 de octubre de 1997; 337 (15): 1098-103; Sounding Board. «The Supreme Court Speaks. Not Assisted Suicide but a Constitutional Right to Palliative Care.» *New England Journal of Medicine*, 23 de octubre de 1997; 337 (17):1234-9.

con el objetivo de evitar la prolongación inútil de una vida y el sufrimiento innecesario.

Es también su interés lograr que los familiares de los afiliados y los profesionales de la salud respeten la voluntad del paciente y le permitan el derecho a morir dignamente. Esta fundación ha creado el documento «Esta es mi voluntad», por medio del cual el interesado puede expresar previamente su determinación; de esta forma, se elimina la responsabilidad de decisión tanto a los familiares como a los médicos.

Abandonar la vida de manera digna es un objetivo muy noble pero no siempre logrado. Para nosotros dignificar la muerte significa que se continúe considerando al individuo mortalmente enfermo o moribundo como una persona responsable, con sentimientos y percepciones precisas, a quien debe respetársele su intimidad y pudor, satisfacerle sus necesidades de relación y afecto sincero con sus seres queridos y allegados, y a quien debemos tratar a toda costa de minimizarle el dolor y otros sufrimientos, de modo que su vida no termine de una manera inhumana. Si reconocemos que la dignidad del hombre se basa en su propia humanidad, no podremos permitir que los daños físicos y psíquicos infligidos por la enfermedad afecten a esta cualidad inalienable de la persona, que hagan perder al hombre su condición como tal en el último momento de su existencia.

Un importante dilema médico-social se presenta cuando ocurre un paro cardíaco en un paciente ya en fase terminal. ¿Debe ser reanimado? Humanamente la respuesta es no. Pero, ¿y desde el punto de vista médico y legal? Es en este momento cuando el médico debe decidirse a «dejarlo morir en paz», sin que el insoslayable imperativo ético-moral de esta conducta pueda ser negativamente valorada.

Al respecto, hay que diferenciar esta actitud de terminar con la vida del paciente como procedimiento para aliviar el sufrimiento, lo cual es conocido como «eutanasia». Esta palabra se deriva del griego: *eu* (bien) y *thánatos* (muerte). El primero en utilizarla fue el filósofo inglés Francis Bacon (1561-1626) y significa: muerte suave, indolora, sin agonía, muerte provocada sin sufrimientos por medio de agentes adecuados.

Se define como el «arte de bien morir» o en un sentido genérico «el arte de procurar una muerte confortable». Algunos la llaman muerte con intención loable o muerte por piedad. Según el *Diccionario de la Real Academia Española* significa muerte sin sufrimiento físico y, en sentido estricto, la que así se provoca voluntariamente.

Podría resumirse la eutanasia como la acción deliberada de poner fin a una existencia que se considera fútil, ya por el sufrimiento o por hallarse desprovista de significado.

Los partidarios de la eutanasia plantean que no existen diferencias entre el acto de comisión para llegar a este fin y el cese o la omisión de las medidas para conservar una vida, aunque estas fueran heroicas.

Al respecto es necesario distinguir entre:

Eutanasia activa. Incluye las acciones directamente destinadas a terminar la vida. El médico ayuda a alcanzar la muerte mediante una acción concreta en su paciente; el óbito se producirá antes de lo supuestamente previsto. Algunos subdividen esta forma de eutanasia en directa e indirecta. En el primer caso, la muerte es provocada por un medicamento que tiene una reconocida acción mortal; y en el segundo, se utilizan altas dosis de narcóticos potentes y otras drogas con el objetivo de aliviar el dolor o deprimir el estado de conciencia, a sabiendas de que tales sustancias adelantarán el proceso de muerte.

Eutanasia pasiva. Consiste en no aplicar ninguna medida terapéutica que pueda prolongar la existencia de un paciente —no instaurar o suspender tratamientos inútiles.

Ambas formas de eutanasia pueden ser voluntarias o involuntarias cuando se realizan a petición expresa o no del paciente.

En contraposición con estas definiciones, debe analizarse la de:

Suicidio asistido. Cuando la acción de quitarse la vida es realizada por el propio enfermo, quien es ayudado por una persona vinculada o no al sector salud.

Por otra parte, hoy en día existen algunos neologismos relacionados con estos términos:

Distanasia. Prolongación artificial de la vida biológica de un paciente con una enfermedad irreversible o terminal mediante la tecnología médica. Los medios tecnológicos utilizados pueden ser ordinarios o proporcionados, cuando propician algún tipo de beneficio terapéutico al paciente, y extraordinarios o desproporcionados, cuando su utilidad es prácticamente nula. El mantenimiento de estos últimos se denomina encarnizamiento o ensañamiento terapéutico.

Adistanasia o antidistanasia. Cesación de la prolongación artificial de la vida dejando que el proceso patológico termine con la existencia del paciente.

Ortotanasia. Buena muerte, en el momento biológico adecuado. Su sentido es prácticamente igual al que etimológicamente tiene la eutanasia, pero se ha propuesto dada las connotaciones negativas de este último término.

Cacotanasia. Acelera deliberadamente la muerte de un enfermo sin que medie expresa voluntad por su parte. Equivale a la eutanasia activa involuntaria.

En Cuba, al igual que en los restantes países del mundo —salvo Holanda, Bélgica, Australia del Norte y el estado de Oregón en los Estados Unidos—,¹³

¹³ Como expresa la autora, el debate ético alrededor de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido es tan antiguo como la práctica médica. Sin embargo, esa polémica se agudizó durante la década del noventa del pasado siglo xx. En 1990, en los Estados Unidos, Janet Adkins —una paciente diagnosticada de Alzheimer— fue la primera en usar la «maquina de la muerte» diseñada por el médico patólogo retirado Jack Kevorkian. En 1991, el afamado paliativista Timothy Quill publicó un artículo en el *New England Journal of Medicine* en el que reconoció haber facilitado a una paciente suya aquejada de leucemia los medios necesarios para poder acabar con su vida en el momento que los sufrimientos le resultaran insoportables. Ese mismo año Dereck Humphry publicó *Final Exit*, un manual donde se explica a los enfermos terminales cómo suicidarse.

la práctica de la eutanasia no es admitida ni tiene aceptación legal, bajo la consideración de que los médicos no podrán convertirse nunca en instrumento de muerte, pues su misión es preservar y no destruir vidas.

Por otra parte, no puede entenderse como buena muerte la que es consecuencia del odio y la desesperanza ante un sufrimiento que se torna insopportable. En nuestro ámbito no existe ningún tipo de dilema ético con respecto a la posibilidad de la eutanasia activa; ello es una respuesta equivocada ante el dolor u otro tipo de sufrimiento inaguantable que socava todos los principios y las normas más elementales de la profesión médica. Constituye, pues, nuestra responsabilidad como profesionales, ofrecer otras alternativas que ayuden a mitigar estas difíciles situaciones, sin por ello caer en la distanasia, favorecer una muerte humana y digna.

Ante el paciente con una enfermedad mortal, el médico y la enfermera no pueden olvidar que el objetivo primordial de su desempeño debe estar dirigido a protegerle la calidad de la vida y a preservarle su dignidad como ser humano.

Entonces, proporcionémosle, al paciente una muerte humana y digna, sin sufrimientos innecesarios, íntima, silenciosa, apacible, sencilla, consciente, sin soledad, en compañía de sus seres más queridos, con el consuelo de la fe en los creyentes, en paz consigo mismo y con todo lo humano, en su momento, sin adelantarla ni alargarla con actitudes agresivas y desproporcionadas; así ayudaremos al enfermo y a su familia a minimizar la pesadilla de la muerte, a comprender su significado y a convertirla en un hecho trascendente para la vida.

Bibliografía

- Acosta Sariago, J.R. «¿Es la vida un valor absoluto?» *Avances Médicos de Cuba*, 1996; (7): 59-60.
- . «Eutanasia, ¿una solución para morir dignamente?» *Revista 16 de Abril*, 1996; (188): 36-9.
- Beauchamp, T.L., L.B. Culough. *Las responsabilidades morales de los médicos*. Barcelona, Editorial Labor, 1987.
- Caplan, A.L. «Editorial. Cabos sueltos: la confianza y el debate acerca de la futilidad médica.» *Annals of Internal Medicine*. 1996; 125 (8): 688-9.

Posteriormente, en 1992, se produjo la despenalización de la eutanasia voluntaria en Holanda, proceso que culminó en una legislación positiva al respecto promulgada en 2002. Por su parte, el estado norteamericano de Oregón aprobó la despenalización del suicidio médicamente asistido en 1994; en 2004 se publicó un estudio donde se analizan los resultados de su aplicación durante el decenio transcurrido, fueron cientos los pacientes que hicieron uso de esa prerrogativa. El Parlamento del despoblado Territorio Norte de Australia aprobó en 1995 una legislación similar a la holandesa. Sin embargo, su vigencia fue fugaz porque el Parlamento nacional la revocó. Finalmente, en 2002, Bélgica se agregó a los países con legislaciones permisivas de la eutanasia. Actualmente en diversos países de la Unión Europea y varios estados de los Estados Unidos están bajo discusión iniciativas legislativas al respecto. (*Nota del editor científico.*)

- Gracia, D. Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid, Editorial Eudema Universidad, 1991.
- . «Eutanasia: el estado de la cuestión.» Separata de los *Anales de la Real Academia Nacional de Medicina*. Tomo CXIII. Cuaderno 2do. Madrid, 1995.
- . *Ética en los confines de la vida. Ética y vida 3*. Santafé de Bogotá. Editorial El Búho, 1998.
- Juan Pablo II. *Evangelium Vitae*. Carta encíclica sobre el valor y el carácter inviolable de la vida humana. Santiago de Chile, Editorial San Pablo, 1995.
- Machado, C. *Una nueva definición de la muerte humana basada en los mecanismos básicos de generación de la conciencia en los seres humanos*. La Habana, Editorial del Instituto de Neurología y Neurocirugía, 1995.
- Mainetti, J.A. *La muerte en medicina*. La Plata, Editorial Quirón, 1978.
- Miyaji, N.T. «The Power of the Compassion: Truth-telling among American Doctors in the Care of Dying Patients.» *Soc Sci Med Great Britain*, 1993; 36 (3): 249-64.
- Pellegrino, E. «Metamorfosis de la ética médica. Una mirada retrospectiva a los últimos 30 años.» *Cuadernos del Programa Regional de Bioética* [Santiago de Chile], 1995; (1):119-34.
- Sánchez, M. «El consentimiento informado: un derecho del enfermo y una forma distinta de tomar las decisiones.» *Cuadernos de Programa Regional de Bioética* [Santiago de Chile], 1996; (2): 77-92.
- Varios enfoques y un hecho: la muerte*. Santiago de Cuba, Editorial Oriente, 1995.

Dilemas éticos en torno al cáncer

Jorge L. Soriano García y Gilberto Fleites González



«Cáncer» es un término genérico que se aplica a un grupo de más de 200 enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo, con grandes diferencias biológicas, terapéuticas y pronósticas. Los tumores malignos provocan en Cuba cerca de 17 000 muertes cada año, lo que los ubica en el segundo lugar como causa de muerte, después de las cardiopatías,¹ y es probable que antes del año 2025 pasen a ocupar el primer lugar.² Sin embargo, mientras que nuestro personal de la salud es bien entrenado en el diagnóstico y tratamiento del cáncer, tiene deficiencias formativas en su manejo bioético. El diagnóstico de cáncer tiene un grave impacto psicológico sobre el paciente y su familia, sobre todo por el temor al sufrimiento y la muerte.³

Desarrollo de los conceptos bioéticos en oncología

En 1847 se publicó el primer código nacional de ética médica del mundo («Código de Ética Médica

¹ Dirección Nacional de Estadísticas, MINSAP. *Anuario Estadístico 2001*. La Habana, 2005.

² R. Camacho, A. Martín, A. Rodríguez. *Programa Nacional de Control de Cáncer* [monografía]. La Habana, INOR, 1995.

³ C.D. Sherman, Jr. «Aspectos psicosociales del cáncer.» En *Manual de oncología clínica*. Barcelona, Doyma, 1992: 172-6; S.P. Hersh. «Aspectos psicológicos de los pacientes con cáncer.»

de la Asociación Médica Americana)⁴. La oncología demoró todavía unos cien años en definirse como especialidad, y cuando ello ocurrió la ética médica se enriqueció mucho, por la frecuencia y complejidad de los dilemas bioéticos en los pacientes con cáncer.

La aparición de la «bioética» de Van Rensselaer Potter⁵ en los años sesenta constituyó una revolución para la medicina en general, y la oncología en particular. La bioética tiene como objetivo primordial la supervivencia de la especie humana, y para ello amplía el fin moral de la ética a la biosfera, y enlaza la teoría y práctica científica con la filosófica. Es interesante que haya surgido precisamente en el contexto de un centro de investigación oncológica.⁶

Otro momento clave en el desarrollo de la bioética en oncología fue la aparición del llamado «mantra de Georgetown» –a partir del centro donde se desarrolló–, con sus cuatro principios:

- Autonomía: respetar la capacidad de decisión de personas autónomas, lo que conduce a revelarles información veraz y a obtener su consentimiento informado.
- Beneficencia: hacer el bien y lograr un balance entre los beneficios y los riesgos.
- No maleficencia: evitar provocar daño.
- Justicia: social y distributiva en relación con la garantía de beneficios de salud.⁷

Los cuatro principios de Georgetown han sido criticados porque pueden manipularse para justificar conductas indebidas, sobre todo en pacientes terminales,⁸ pero esto se evita si los regulamos o modulamos con otros dos principios:

- Respeto por la vida, con sólida base humanista, tal como proponía Albert Schweitzer.
- «Especificación» para el análisis de casos particulares: caracterización, análisis diferenciado para reducir la indeterminación de normas generales y así mejorar su capacidad de guía en la toma de decisiones en situaciones específicas.⁹

En V.T. DeVita, S. Hellman, S. Rosenberg (editores). *Cáncer: principios y práctica de la oncología*. La Habana, Editorial Científico-Técnica, 1986: 247-60.

⁴ American Medical Association. *Code of Medical Ethics*. Chicago, American Medical Association Press, 1847.

⁵ V.R. Potter. «Bridge to the Future: the Concept of Human Progress.» *Journal of Land Economics*, 1962; 38: 1-8.

⁶ P.J. Whitehouse. «The Rebirth of Bioethics: Extending the Original Formulations of Van Rensselaer Potter.» *American Journal of Bioethics*, 2003; 3: W26-W31.

⁷ T.L. Beauchamp, J. Childress. *Principles of Biomedical Ethics*. Nueva York, Oxford University Press, 1ra. ed., 1979; 5ta. ed., 2001.

⁸ J.C. Arnett. «The Bioethics Movement: An Emerging Culture of Death.» *Medical Sentinel*, 2002; 7: 48-9, 57.

⁹ T.L. Beauchamp. «Methods and Principles in Biomedical Ethics.» *J Med Ethics*, 2003; 29: 269-74.

En el año 2000, la Cumbre Mundial contra el Cáncer para el Nuevo Milenio logró una confluencia mundial de los criterios bioéticos en oncología con la «Carta de París», cuyo artículo primero plantea: «Los derechos de los pacientes de cáncer son derechos humanos. El movimiento actual que proclama definir y adoptar los derechos de los pacientes de cáncer es crucial a fin de reconocer y proteger el valor y la dignidad de las personas con cáncer en todo el mundo.»¹⁰.

Dilemas éticos en oncología

Los dilemas bioéticos que con mayor frecuencia encontramos en nuestra práctica diaria se relacionan con los siguientes temas:

- Prevención y diagnóstico del cáncer.
- Conocimiento de la verdad y consentimiento informado.
- Tratamiento del cáncer: convencional y no convencional (incluidos los ensayos clínicos y la «medicina alternativa»).
- Mala práctica clínica (error médico, iatrogenia).
- Investigación en seres humanos, en particular ensayos clínicos de prevención, diagnóstico o tratamiento. Incluye muchos otros temas: confidencialidad, recolección de muestras, estudios genéticos, derechos de los animales no humanos.
- Cuidados al final de la vida, incluyendo cuidados paliativos, directivas anticipadas, distanasia, eutanasia y otros aspectos.
- Otros muchos: cáncer y ecología (medio ambiente), trasplante de órganos en pacientes con cáncer, derechos de menores o discapacitados con cáncer, mujer embarazada con cáncer.

Algunos de estos temas serán expuestos por otros autores en este mismo texto y por ello no los desarrollaremos aquí.

Conocimientos y actitudes de la población en torno al cáncer

En el pueblo cubano son frecuentes las nociones y actitudes erradas con respecto al cáncer. Esto se evidencia en los resultados de un estudio del año 1991 en que se encuestó a 1 222 personas de Ciudad de La Habana, explorando su opinión sobre la incidencia y el impacto del cáncer (tabla 1).¹¹ Más del 60% de los encuestados cree que el cáncer provoca más muertes que las cardiopatías, error inducido por las ideas de incontrollabilidad,

¹⁰ Cumbre Mundial contra el Cáncer para el Nuevo Milenio: Carta de París contra el Cáncer. París, 4 de febrero de 2000.

¹¹ J. Soriano, J. Arrebola. «Opiniones y conocimientos acerca del cáncer en la comunidad de Alamar. Estudio de 1 222 habitantes.» Congreso de Oncología '91. La Habana, 1991.

Tabla 1. Opiniones y conocimientos de la población sobre el cáncer

	% de acuerdo	% dudoso	% en desacuerdo
Cada año mueren más personas de cáncer que del corazón	62,6	22,3	14,7
El cáncer es una enfermedad curable,	41,3	24,2	34,2
El cáncer es una enfermedad siempre dolorosa	64,5	18,2	17,0
El cáncer lleva irremediablemente a la muerte	75,4	7,1	17,1

Fuente: J. Soriano, J. Arrebola, 1991.

rechazo y muerte que genera este diagnóstico. Otras respuestas indican que es frecuente que el pueblo asocie al cáncer las ideas de incurabilidad, dolor, y muerte inevitable.

Estas deficiencias en conocimientos y actitudes conducen a conductas inadecuadas. Por ejemplo, demorar en acudir al médico ante síntomas sugestivos de neoplasia, o negarle al enfermo el conocimiento de su diagnóstico. Para modificar esta situación debemos educar al personal de salud, pero también a la población general.

Una forma especialmente atractiva y efectiva de influir sobre la opinión pública es la exhibición de telenovelas o películas que traten temas biomédicos. Si el arte es en mayor o menor medida un reflejo de la vida, la evolución de la cinematografía expresa bien cómo ha progresado en las últimas décadas la conciencia por los derechos de los pacientes.

Prevención y diagnóstico precoz del cáncer

Los prejuicios sobre el cáncer de la población pueden conducir a actitudes que interfieran con las políticas de prevención y diagnóstico precoz,¹² así como en el tratamiento adecuado.

En una sociedad ideal, más del 90% de los casos de cáncer pudiera evitarse con medidas definidas: dieta apropiada, evitación del tabaquismo y el alcoholismo, control de la contaminación ambiental, evitación o eliminación de algunos tipos de infecciones, eliminación de la exposición a radiaciones y a medicamentos cancerígenos, y consejo o manipulación genética.¹³ Por ello, un

¹² R.M. Bostick. «Knowledge, Attitudes and Personal Practices Regarding Prevention and Early Detection of Cancer.» *Preventive Medicine*, 1993; 22: 65-85.

¹³ R. Doll, R. Peto. «The Causes of Cancer: Quantitative Estimates of Avoidable Risks of Cancer in the United States Today.» *JNCI*, 1981; 66: 1191-308; World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. *Food, Nutrition and the Prevention of Cancer: a Global Perspective*. Washington, D.C., 1997; T. Sugimura. «Food and Cancer.» *Toxicology*, 2002; 181-182: 17-21.

tema bioético fundamental es la modificación de los patrones de vida y de las políticas socioeconómicas erradas.

La prevención efectiva a nivel poblacional requiere de la participación del Estado, incluidos los medios masivos de difusión, las instituciones educacionales, la familia y las organizaciones de masa. Esto genera conflictos entre el libre ejercicio de la autonomía del individuo —por ejemplo, su decisión de fumar— y los intereses de la comunidad —por ejemplo, la prohibición de fumar en áreas públicas—,¹⁴ que tienen que ser resueltos en Cuba en el marco de un sistema de salud que garantiza la «justicia social y distributiva» como en ningún otro país del Tercer Mundo. El «principismo» de Georgetown es válido pero no basta para solucionar los problemas éticos de la cotidianidad, y consideramos, tal como lo plantea Diego Gracia,¹⁵ que los principios de ética social y pública constituyen un nivel jerárquico superior, a los que se deben subordinar en parte los principios éticos individuales.

En cuanto al diagnóstico precoz, no basta el conocimiento de las señales de alerta del cáncer, pues cuando un tumor provoca síntomas y signos generalmente ya es una lesión avanzada. Se necesitan estudios especiales para la detección en fase incipiente, como parte de programas de pesquiasaje. Pero estos programas tienen riesgos biológicos o psicológicos, y el uso indiscriminado de la tecnología puede provocar iatrogenia, además de daños culturales y sociales.¹⁶

En general, a los sujetos incluidos en el programa no se les pide el «consentimiento informado» ni se les informa de los posibles errores diagnósticos (falsos positivos o negativos). Participan de forma voluntaria y tienen el derecho a negarse, pero son poco conscientes de sus derechos, lo que dificulta su compromiso inteligente con la sociedad.¹⁷

Algunos programas de pesquiasaje requieren de pruebas diagnósticas molestas o peligrosas, sin estudios rigurosos de riesgo-beneficio o costo-eficacia.¹⁸ Esto puede dañar la calidad de vida individual, e incluso provocardaños a nivel macro-social, pues los recursos podrían destinarse a intervenciones menos costosas o más eficaces, o a la prevención antes que al diagnóstico.

El estudio genético ya permite identificar a individuos sanos con gran riesgo de padecer de un cáncer, pero si se viola la confidencialidad podemos perjudicar al individuo desde el punto de vista social, laboral, y económico.¹⁹

¹⁴ M. Kotow. Introducción a la bioética. Santiago de Chile, Editorial Universitaria, 1995: 128-31, 138-42.

¹⁵ J.R. Acosta Sariego. «¿Es la vida un valor absoluto?» *Avances Médicos de Cuba* 1996; 12: 59-61.

¹⁶ R. Panerai, J. Peña. *Evaluación de tecnologías en salud. Metodologías para países en desarrollo*. Washington, D.C., OPS-OMS, 1990.

¹⁷ H. Sancho-Garnier. «Problèmes éthiques posés par les actions de prévention.» *Bull Cancer*, 1995 ; 82: 468.

¹⁸ F. Vilardel. «Problemas éticos de la tecnología médica.» En *Bioética. Temas y perspectivas*. Washington, OPS-OMS. 1990: 25-30. [Publicación Científica, 527]

¹⁹ D. Nelkin, L. Tancredi. *Dangerous Diagnostics: The Social Power of Biological Information*. Nueva York, Basic Books, 1989.

Comunicación del diagnóstico y consentimiento informado

La libertad individual es un derecho humano básico que incluye el poder decidir sobre nuestra propia vida. Así la «autonomía» es un importante postulado bioético, y para poder ejercerla el paciente necesita conocer su diagnóstico, opciones de tratamiento y pronóstico, aun en enfermedades graves y potencialmente fatales como el cáncer.

Los modelos de relación médico-paciente que más se han seguido en Cuba son el activo-pasivo y la cooperación guiada, ambos con un enfoque paternalista, en que el médico se cree autorizado a mentir «en bien del paciente». Esta actitud conduce a dos situaciones indeseables:

- Que se le oculte al paciente el diagnóstico y se le facilite a sus familiares, levantando una barrera de mentiras, incomunicación, desconfianza o falsas esperanzas entre el enfermo y el médico, propiciatoria de situaciones donde la familia toma decisiones vitales –y con frecuencia erradas– sobre la conducta que se debe seguir.
- Que se le diga al paciente el diagnóstico, pero de forma inadecuada, cruda e impersonal.

La mayoría de los pacientes desea conocer la verdad, y su comunicación adecuada no solo no empeora, sino que generalmente mejora la calidad de vida.²⁰ Además, el conocimiento del diagnóstico es necesario para cumplir con el requisito del «consentimiento informado» (CI), que es el proceso por el que el paciente acepta un procedimiento médico, luego de haber sido debidamente informado sobre todos sus elementos relevantes. Se le conoce también como «decisión informada», y es imprescindible –salvo en raras excepciones– para incluir a un sujeto en una investigación clínica. Un CI válido cumple con dos requisitos:

1. Que el sujeto esté bien *informado*, para lo cual es necesario que: a) conozca su diagnóstico, b) reciba información comprensible, y c) tenga tiempo suficiente para meditar y preguntar.
2. Que el sujeto *consienta* de forma legal y éticamente correctas, lo que requiere que: a) esté bien informado, b) esté apto para procesar la información y tomar una decisión válida, y c) no sufra influencia o coerción para que consienta.

Por la importancia y complejidad de estos temas, serán tratados con mayor profundidad en el trabajo incluido a continuación, que cuenta con una guía metodológica de comunicación de malas noticias.

²⁰ B.L. Anderson. «Psychological Interventions for Cancer Patients to Enhance the Quality of Life.» *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 1992; 60: 552-68.

Tratamiento del cáncer

Los objetivos básicos del tratamiento del cáncer son la curación, la prolongación de la vida y el mejoramiento de su calidad. Para esto se cuenta con múltiples modalidades terapéuticas, aplicadas de forma independiente o en combinación, y que pueden agruparse en cinco categorías: cirugía, radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia y bioterapia.

Aquí también deben garantizarse los principios éticos, encabezados por la autonomía, y facilitar que el enfermo participe del proceso de toma de decisiones, después de explicarle adecuadamente los riesgos, el pronóstico, y las diversas alternativas de tratamiento.

Dentro del tratamiento establecido o convencional del cáncer hay que luchar por la excelencia. En una sociedad ideal, toda la población tendría acceso al mejor tratamiento oncológico disponible en el mundo. Pero es bien conocido que los resultados del tratamiento del cáncer son diferentes en distintos países, o en diferentes centros dentro de un mismo país, por variaciones en la disponibilidad de recursos tecnológicos y humanos, o en la organización de los servicios oncológicos.

La oncología es, además, un campo muy propicio para la mala práctica médica, por la enorme riqueza de situaciones clínicas y la complejidad de riesgosos tratamientos.

Tratamientos no convencionales: ensayos clínicos

La investigación en seres humanos es un terreno ético resbaladizo.²¹ Para evitar las violaciones éticas, debemos apoyar la investigación en los cuatro pilares fundamentales: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

Tomemos el caso frecuente de un ensayo clínico terapéutico. En este se prueba un tratamiento novedoso y, por tanto, no probado, no convencional, que puede ser inútil o incluso dañino. El ensayo puede ser Fase I o II, en pacientes sin otra alternativa de tratamiento, que normalmente morirán por su cáncer. En los ensayos Fase III se incluyen pacientes para los cuales la probabilidad de respuesta al tratamiento es más alta.

En el ensayo Fase I se determina la toxicidad de un agente que nunca antes ha sido utilizado en humanos. Su objetivo es determinar la relación entre la toxicidad y la dosis de una droga dada en un esquema específico, y estudiar su farmacocinética y farmacodinamia. Al final se recomienda la dosis de la droga y el esquema que se debe utilizar en la evaluación de la eficacia en el ensayo Fase II. Por ello en un ensayo Fase I el paciente está expuesto a reacciones adversas severas y probablemente no reciba ningún beneficio terapéutico.

²¹ M.J. Ratain, R. Mick, R.L. Schilsky. «Statistical and Ethical Issues in the Design and Conduct of Phase I and II Clinical Trials of New Anticancer Agents.» *JNCI*, 1993; 85: 1637-43.

El ensayo Fase II busca estimar la eficacia antitumoral de un nuevo agente a partir de las recomendaciones de dosis del ensayo Fase I. Tiene un objetivo predominantemente terapéutico, pero generalmente se encuentra que el nuevo producto es inútil.²²

Dilemas éticos en ensayos Fases I y II

- Como el cáncer es una enfermedad fatal sin un tratamiento adecuado, solo pueden ser incluidos en ensayos Fases I y II de agentes antineoplásicos, aquellos pacientes en un estado tal de su enfermedad para quienes no existe otro tratamiento de eficacia conocida. Esto los convierte en una población vulnerable, con peligro de pérdida de autonomía.
- El objetivo del ensayo Fase I, o sea, estimar una dosis y determinar la toxicidad, no coincide con el objetivo personal del paciente (curación o prolongación de la vida). Los pacientes que participan lo hacen solo en «beneficio de futuras víctimas del cáncer».²³ Aunque se exige la demostración en estudios preclínicos de actividad antineoplásica, la probabilidad de respuesta positiva al tratamiento es muy baja,²⁴ aunque ocasionalmente se logra un descubrimiento revolucionario, como pasó con el cisplatino y el paclitaxel.
- En los ensayos Fase I, un grupo recibe dosis inefectivas y otro dosis excesivas.
- Los pacientes sin posibilidad de cura normalmente recibirían solo cuidados paliativos para garantizar una aceptable calidad de vida. Al entrar en el ensayo, quedan expuestos a las molestias y el riesgo de complicaciones, con resultado incierto.

El médico debe reconocer ante el paciente el estado de desconocimiento acerca de los beneficios y riesgos potenciales del nuevo agente, pues solo dispone de la información proveniente de estudios preclínicos para la Fase I —extrapolados de animales a humanos—, y de los resultados de este ensayo clínico al iniciarse la Fase II, que son limitados por el bajo número de pacientes tratados con dosis terapéuticas y por la alta variabilidad intrapacientes.

Es difícil un consentimiento informado eficaz, pues el propio investigador tiene poca información. Se han propuesto diseños alternativos del consentimiento informado, en los cuales el proceso es dinámico, pues se modifica cuando aparece una toxicidad importante, de manera tal que se ofrece a las

²² E. Frei, G.P. Canellos. «Dose: A Critical Factor in Cancer Chemotherapy.» *American Journal of Medicine*, 1980; 69: 585-94.

²³ D.D. Von Hoff, J. Turner. «Response Rates, Duration of Response, and Dose Response Effects in Phase I Studies of Antineoplastics.» *Investigational New Drugs*, 1991; 9: 115-22.

²⁴ E. Estey, D. Hath, R. Simon. «Therapeutic Response in Phase I Trials of Antineoplastic Agents.» *Cancer Treatment Response*, 1986; 70: 1105-15.

nuevas cohortes de pacientes la información de los resultados obtenidos en las cohortes anteriores.²⁵

Dilema del equilibrio clínico en ensayos con dos ramas

- En los ensayos en que se asignan pacientes al azar al grupo control o al del nuevo tratamiento, entra en conflicto el papel del médico –el bien del paciente– y el del investigador –un descubrimiento que pueda conducir a un beneficio social. Un ensayo con dos ramas tendrá validez ética si existe un equilibrio entre la utilidad de ambos brazos de tratamiento.
- El paciente espera que el médico recomiende un tratamiento no al azar, sino basado en datos científicos y su juicio clínico.
- Si el paciente pudiera escoger, podría decidirse por un brazo diferente del que le tocó, o pasarse al otro brazo antes del fin del EC si en un corte intermedio demuestra ser mejor.
- Una forma especial de ensayo clínico de dos brazos es aquel en que un grupo no recibe tratamiento alguno (solo placebo), y el otro grupo recibe el nuevo tratamiento. Esto es justificable solo si no existe un tratamiento convencional de eficacia reconocida, pues si lo hubiera, no puede haber un brazo con placebo.

Posibilidad de fraude de investigadores o promotores

Existen varios factores que pueden estimular el fraude en la investigación clínica, entre los que se destacan:

- Sentimientos nobles mal aplicados: altruismo, religiosidad, compromiso emocional con el paciente, entusiasmo desmedido por un nuevo medicamento o equipo.
- Incentivo financiero directo: recibir parte de las ganancias por las ventas de un nuevo medicamento, o recibir un pago por cada paciente incluido.
- Incentivo financiero indirecto: la compañía promotora otorga becas, financia el viaje a un evento científico, o hace regalos de forma más abierta.
- Presiones de escalones superiores en la jerarquía.
- Avance personal: ambición de fama (reconocimiento social o profesional), ambición de poder político o económico.
- Avance de la institución en que trabaja: oferta de recursos para el cuidado del paciente, a cambio de promover un producto o equipo, o desarrollar una investigación. Por ejemplo, un médico puede estar tentado de probar un método de tratamiento que considera inútil, pero gracias al cual su hospital recibirá como donación un equipo de TAC para cumplir con los requisitos de imagenología de la investigación.

²⁵ B. Freedman. «Cohort-Specific Consent: An Honest Approach to Phase I Clinical Cancer Studies.» *IRB*, 1990; 12: 5-7.

Dilemas éticos en investigaciones con animales vivos

Los principios éticos de lo que es correcto o incorrecto, bueno o malo, abarcan no solo la vida humana, sino también la de los animales no humanos. El «respeto por la vida» que preconizó Albert Schweitzer y que consolidó Potter, nos lleva a tratar de resolver el dilema del uso de animales no humanos en experimentos que persiguen prevenir, diagnosticar o tratar el cáncer en el animal humano.²⁶

Siendo realistas, no podemos esperar que por el momento la humanidad vaya a abandonar el uso de animales en el laboratorio. Pero podemos, por lo menos, reducir y «humanizar» el uso de animales en la experimentación, al seguir las regulaciones de la Declaración Universal de los Derechos de los Animales,²⁷ que plantean, en particular, que «la experimentación en un animal que provoque sufrimiento físico o psíquico en el mismo, es violatoria de los derechos de ese animal, y debe prohibirse».

Tratamientos no convencionales: medicina alternativa

Bajo la denominación de medicina alternativa o no convencional se incluye una enorme variedad de tratamientos no respaldados por el conocimiento y práctica científica. Existe una enorme cantidad de tratamientos sin ningún respaldo lógico, teórico o práctico que afirman curar casi todas las enfermedades, incluyendo el cáncer, y es curioso que un gran número de personas crean a pie juntillas en sus milagros. La moda cambia cada pocos años: un extracto vegetal cede el paso a un polvo de cartílago o hueso, que a su vez es vencido por el veneno de un insecto, y así sucesivamente. Muchos creen en la cura del cáncer por la «cirugía sin bisturí», o por «energías» que fluyen de las manos o de estructuras con figuras geométricas.

Mientras que la mayoría de estos «tratamientos» no tienen eficacia alguna, no hay que olvidar que muchos pueden ayudar en el control sintomático, en particular del dolor. Y de todas formas, una gran parte de los pacientes con cáncer acudirá en algún momento a las «terapias alternativas», lo sepa o no su médico de asistencia, lo que puede conducir a problemas bioéticos especiales, sobre todo:

- Demora en acudir al especialista para obtener un diagnóstico y recibir un tratamiento eficaz por confiar en que el tratamiento alternativo logrará la curación.

²⁶ P. Singer. «Humans Are Sentient Too.» *The Guardian*, 30 de julio de 2004 (www.guardian.co.uk). Las cuestiones éticas relativas al empleo de animales de laboratorio se tratan en detalle en el trabajo de Nivaldo Hernández y Roberto de la Peña «La utilización de modelos animales en biomedicina. Disyuntiva actual», que aparece en la Primera Parte de este propio Capítulo Segundo. (Nota del editor científico.)

²⁷ Declaración Universal de Derechos de los Animales. UNESCO, Paris, 15 de octubre de 1978.

- Deterioro de la relación médico-paciente, cuando el médico rechaza o abandona al enfermo que recibe un tratamiento alternativo.
- Desvío de recursos materiales y humanos de la sociedad hacia medidas inefectivas.

El médico debe mantener un nivel de relación con el enfermo que le permita a este la confianza de dialogar abiertamente sobre el tema y evitar el enfrentamiento provocador de rechazo. Aun cuando conozca la inutilidad del tratamiento alternativo, si este no es dañino, puede llegarse al compromiso de proponerle al enfermo que siga utilizándolo, a la vez que continúa con el tratamiento convencional efectivo.

De todas formas, en pacientes terminales que todavía no están preparados psicológicamente para la ausencia de un tratamiento, el médico puede apoyarse en la medicina alternativa como muleta espiritual para el enfermo y su familia, y actuar como moderador para que se utilicen tratamientos con valor para el control de los síntomas y sin efectos adversos.

En la evaluación y consejo sobre medicinas alternativas, una valiosa fuente de información son las revistas y sitios web con información equilibrada, como por ejemplo *El Inquisidor Escéptico*, o *Quackwatch* (red de vigilancia de la charlatanería terapéutica).

Cuidados al final de la vida en oncología

El concepto de «calidad de vida» se refiere a cómo el paciente percibe el disfrute general de su vida, definido a través de su sentimiento de bienestar y de su capacidad de desempeñar las actividades diarias de forma satisfactoria. El cáncer o su tratamiento pueden dañar seriamente la calidad de la vida del enfermo y su familia.

En el paciente terminal por cáncer, la prioridad es la garantía de la calidad de vida, que es el centro de los «cuidados paliativos». En este terreno, el criterio de éxito no se mide por la curación del enfermo o cuánto logremos alargar su vida, sino en ayudarlo en el proceso de morir reduciendo sus sufrimientos. De ahí que los tres objetivos específicos de los cuidados paliativos sean el control de síntomas, el apoyo emocional y la preservación de la dignidad y autonomía del paciente.

El control del dolor es una tarea paliativa esencial. Entre el 60 y el 85% de los pacientes con cáncer avanzado padece de dolor moderado o severo.²⁸ Tal como no debemos dejar que un paciente operado sufra dolor, nos esforzaremos en eliminar el dolor en un enfermo con cáncer terminal y no limitarnos a recomendar paciencia o resignación.

²⁸ OMS. *Cancer Pain Relief and Palliative Care*. Ginebra, 1990.

Los cuidados paliativos se desarrollaron rápidamente a partir de la tarea revolucionaria de figuras como Saunders en Inglaterra, con el movimiento de hospicios, y el concepto de «dolor total»,²⁹ y la conceptualización y desarrollo por Mount de los «cuidados paliativos» en los Estados Unidos.³⁰ Los cuidados paliativos óptimos se logran cuando se diseñan como un «programa», con un trabajo de equipo multidisciplinario que funcione de forma continua a lo largo de todo el progreso de la enfermedad.³¹ En Cuba el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR) fue pionero en la creación de un programa de cuidados paliativos, lo que representó una mejoría notable de la calidad de vida de los pacientes beneficiados,³² y sirvió para implementar el Programa Nacional de Atención al Dolor y Cuidados Paliativos al Paciente Oncológico, el cual incorpora todos los aspectos éticos y legales que rigen la atención paliativa contemporánea.

En estos programas no debe olvidarse el peligro de reacciones emocionales negativas tipo *burn-out* entre los cuidadores, expuestos constantemente a pacientes terminales. Una investigación en el INOR demostró que el 65% de los enfermeros y el 35% de los médicos tenían altos índices de estrés negativo tipo *burn-out*.³³

El modelo de cuidados paliativos promovido en nuestro país se basa en que la vida es un valor positivo, pero no absoluto que deba mantenerse a ultranza. Al cuidar de un paciente terminal recordaremos que la muerte es un hecho natural, cuya llegada no se debe posponer ni acelerar. No aplicaremos medidas extremas sin efectividad real fuera de una falsa sensación de «ocuparse» para el médico y su familia, y caer en la «distanasia», en el «encarnizamiento terapéutico», y en la «artificialización de la muerte». A ello contraponemos el «derecho a morir dignamente» de los pacientes.

La «muerte digna» es aquella que llega de forma natural, con alivio del sufrimiento, con el máximo ejercicio posible de las potencialidades del individuo. Siempre que sea factible debe ocurrir en el hogar, rodeado de familiares y amigos.³⁴ Esto se logra en Cuba mediante el trabajo de los profesionales del

²⁹ C. Saunders. «The Philosophy of Terminal Care.» En C. Saunders (editor). *The Management of Terminal Malignant Disease*. Londres, Arnold, 1984: 232-41.

³⁰ B. Mount, F. Scott. «Whiter Hospital Evaluation.» *Journal of Chronical Disease*, 1983; 36: 731-6.

³¹ V. Ventafrida, C. Ripamonti. «Symptom Prevalence and Control During Cancer Patients Last Days of Life.» *Journal of Palliative Care*, 1990; 6: 7-11.

³² P.J. Jiménez. *Cuidados paliativos con enfoque multidisciplinario en pacientes oncológicos terminales* [tesis]. La Habana, INOR, 1993.

³³ M. Chacón, J. Grau. «Síndrome de *burn-out* en personal de salud del Instituto de Oncología. Informe.» Taller de Investigaciones del Instituto Nacional de Oncología, La Habana, 9-10 de septiembre de 1996.

³⁴ M. Gómez. «La asistencia domiciliaria a enfermos terminales y eutanasia.» En S. Urraca (editor). *Eutanasia hoy. Un debate abierto*. Editorial Noesis, Madrid, 1996: 387- 402.

nivel primario (policlínicos y médicos de familia), apoyados y asesorados por los expertos de los niveles secundario y terciario del Sistema Nacional de Salud, y la consulta en las Clínicas del Dolor de diversos centros hospitalarios.

Conclusión

El campo de la oncología es especialmente rico en temas y dilemas bioéticos. Los principios éticos deben ser de conocimiento y práctica por nuestros profesionales de la salud, para que su integración con nuestras características socioeconómicas y culturales permita garantizar la excelencia en la atención del enfermo con cáncer.

Comunicación de malas noticias en medicina: el derecho a conocer la verdad

Gilberto Fleites González



La enfermedad y la muerte son procesos inherentes a la vida, y privar a una persona del conocimiento y control sobre ellos es violatorio de sus derechos. El respeto a la *autonomía* del paciente requiere que el enfermo *conozca su diagnóstico*, y así pueda discutir su tratamiento, conocer su pronóstico, y organizar su vida en consecuencia. La comunicación de malas noticias es un tema delicado por sus connotaciones éticas y de derecho humano, y mal manejado por los profesionales de la salud.

Para discutir este tema utilizaremos al cáncer como enfermedad tipo, por su frecuencia y connotaciones emocionales. Pero estos principios pueden aplicarse a cualquier enfermedad grave y potencialmente mortal, como el SIDA, la esclerosis lateral amiotrófica, una cardiopatía terminal o la enfermedad de Alzheimer.

¿Debe decirse la verdad?

El paciente debe conocer el diagnóstico de su enfermedad, incluso de afecciones graves o potencialmente fatales, por dos razones:

1. Razón moral (punto de vista ético clásico o formal): garantizar su autonomía.
2. Razón médica (punto de vista utilitarista o de beneficencia): favorecerle psicológica y físicamente.

Fundamentación bioética para decir la verdad

El «mantra de Georgetown» nos plantea cuatro principios bioéticos, aceptados de manera general: autonomía, beneficencia, no maleficencia, y justicia social,¹ aunque requieren interpretarse y aplicarse sobre sólidas bases morales para evitar resultados torcidos. La autonomía del paciente depende en gran medida de que se le comunique la información más completa posible sobre su enfermedad.

La ocultación de información (por ejemplo, del diagnóstico o de riesgos) a un enfermo mentalmente competente no es un acto benévolo sino violatorio de sus derechos. El juicio del paciente debe respetarse. Además, no nos engañemos: el enfermo generalmente conoce su diagnóstico, se le haya dicho expresamente o no:

- Por el elevado nivel cultural de la población, en particular sobre temas de salud.
- Por la divulgación amplia de las señales de alerta del cáncer: medios masivos, organizaciones de masas, trabajo de atención primaria de salud.
- El paciente percibe los mensajes verbales o extraverbales de sus familiares y del personal de salud, e interpreta otras informaciones: qué tipo de especialista le atiende, qué tipo de operación le hacen, qué tratamiento le aplican (radioterapia, aunque le llamen «calores», quimioterapia, aunque le llamen «sueros»).

La barrera de incomunicación entre el enfermo y sus allegados o el personal de la salud, determina que con frecuencia fallezcan solos, «sin haber recibido una explicación adecuada de sus dolencias por creerse que no podrían soportar conocer su problema [...] abrumados por sus pensamientos, sin haber podido dejar todos sus asuntos previamente en orden para morir en paz».²

Creemos que es necesario decirle que tiene un cáncer:

- Al paciente con posibilidades de curarse, para que conscientemente participe en su tratamiento y le estimule a modificar su estilo de vida (tabaquismo, dieta, etcétera).
- Al paciente que probablemente morirá, para que, además de cooperar en el tratamiento para prolongar su vida y mejorar su calidad de vida, pueda disfrutar del despertar de una nueva conciencia. Que pueda «prepararse y preparar» su muerte, tanto psicológicamente (fe en sí mismo o en una religión), como social y materialmente (relaciones con sus seres queridos, asuntos financieros, herencia, terminar tareas que quiera dejar como herencia espiritual o material después de su desaparición), y dictar sus directivas anticipadas.

¹ T.L. Beauchamp, J. Childress. *Principles of Biomedical Ethics*. 3ra. ed. Nueva York, Oxford University Press, 1989.

² W. Astudillo, C. Mendinueta, E. Astudillo. *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia*. Pamplona, Ediciones Universidad de Navarra, 1995: 43.

El paciente tiene derecho a:

- Conocer su diagnóstico y pronóstico (comunicación modulada según su personalidad o estado emocional), el tratamiento y sus posibles complicaciones.
- Participar activamente en la toma de decisiones sobre su afección y persona.
- Que el personal de salud le trate con amabilidad, paciencia y comprensión, aun cuando las decisiones del paciente vayan en contra de sus consejos.
- Que se le mantenga viva una esperanza realista –aún en las condiciones más desesperadas–, pero no una falsa esperanza.

El profesional de la salud puede incurrir en dos errores extremos:

1. Ocultarle al paciente el diagnóstico y, por el contrario, comunicarlo a sus familiares. Esto levanta una barrera de incomunicación y propicia situaciones en las que es la familia y no el enfermo quien toma decisiones vitales. No es raro que en una consulta el médico mande a salir al paciente de la consulta para quedarse a solas con su familia y discutir a sus espaldas sobre su vida.
2. Decirle al paciente el diagnóstico, pero de una forma cruda, impersonal, que conduce al sufrimiento y al deterioro de la relación con el personal de salud.

Fundamentación médica para decir la verdad

Cuando se informa y prepara adecuadamente al enfermo con cáncer puede mejorar la calidad de su vida por dos mecanismos: uno psicológico puro, y el otro psico-neuro-endocrino-inmunológico. Por ello planteamos que también desde el punto de vista utilitario y de beneficencia debe comunicarse la verdad.

- Mecanismo psicológico puro. Al explicar franca y correctamente, el paciente se prepara psicológicamente mejor para lo que viene;³ si se le engaña, se da cuenta de todas formas y sufre más que si se le comunica la verdad.
- Mecanismo psico-neuro-endocrino-inmunológico. Además de cirugía, radioterapia, quimioterapia y bioterapia, contamos con una quinta arma contra el cáncer: la mente, recurso poderoso gracias a sus relaciones con el sistema endocrino e inmunitario,⁴ que se desaprovecha si ocultamos el diagnóstico. El sistema nervioso puede estimular al sistema inmune: leucocitos, células asesinas naturales, linfoquinas, prostaglandinas,⁵ siempre

³ B.L. Anderson. «Psychological Interventions for Cancer Patients to Enhance the Quality of Life.» *J Consult Clin Psychol*, 1992; 60: 552-68.

⁴ E.M. Reiche, S.O. Nunes, H.K. Morimoto. «Stress, Depression, the Immune System, and Cancer.» *Lancet Oncol*, 2004; 5: 617-25.

⁵ J.K. Kiecolt-Glaser, R. Glaser. «Psychoneuroimmunology: can psychological interventions modulate immunity?» *J Consult Clin Psychol*, 1992; 60: 569-75; D. Spiegel «Can Psychotherapy Prolong Cancer Survival?» *Psychosomatics*, 1990; 31:361-6.

que se mantenga una esperanza razonable: curación, mayor sobrevida, alivio del sufrimiento, una muerte digna.

Si se engaña al paciente para evitar que se deprima, pronto él mismo pasará a la desesperanza hija del engaño y la desconfianza. Los estados de depresión psíquica reducen la actividad citotóxica de las células NK y sobreactivan el sistema ACTH-cortisol, lo que puede provocar inmunodepresión o incluso estimular la expresión de oncogenes.⁶

Excepciones de la comunicación de la verdad

Aunque el principio de autonomía, partiendo del conocimiento de la verdad, debe respetarse siempre que sea posible, hay situaciones en las que el médico está autorizado a ejercer su «privilegio terapéutico» en bien del paciente, y se acepta no comunicar la verdad ni obtener consentimiento del paciente, o diferirlo:

- Estado mental del paciente: paciente incompetente (enfermo mental, enfermo inconsciente, niño pequeño).
- Conveniencia de diferir una información que no tiene influencia sobre la decisión y puede dañar el bienestar del paciente. Por ejemplo, un enfermo acepta que le operen por un gran tumor, y justo antes de ser anestesiado le pregunta al cirujano si va a salir bien. Ya antes se le había informado y se había decidido; ahora no se le beneficia respondiendo «¡No le puedo garantizar nada!»
- Negación del paciente a ser informado: si el paciente pide expresamente que no se le informe. Esta es una forma (invertida) de autonomía que hay que respetar, dejando la puerta abierta para una comunicación futura, si su actitud cambia.

Consentimiento informado y conocimiento de la verdad

Ética y legalmente es imposible que exista un consentimiento informado, sin información del diagnóstico. Todo ocultamiento de los datos necesarios para un consentimiento inteligente es una violación ética. Las regulaciones legales sobre el tema son todavía insuficientes en Cuba, pero no prohíben expresamente la comunicación del diagnóstico, aunque sí el hecho de que no tiene cura.

Los requisitos de un consentimiento informado válido que garantice la autonomía del sujeto, pueden resumirse de la manera siguiente:⁷

- Competencia: capacidad del enfermo de comprender, razonar y tomar decisiones.

⁶ S.K. Lutgendorf, M.B. Moore, S. Bradley, B.J. Shelton, C.T. Lutz. «Distress and Expression of Natural Killer Receptors on Lymphocytes.» *Brain Behav Immun*, 2005; 19: 185-94.

⁷ R.D. Truog, J.P. Burns, S.B. Shurin, E.J. Emanuel. «Ethical Considerations in Pediatric Oncology.» En P.A. Pizzo, D.G. Poplack (editores). *Principles and Practice of Pediatric Oncology*. 4ta. Filadelfia, Lippincott Williams & Wilkins, 2002: 1412-30.

- Información: diagnóstico, tipo de tratamiento y su objetivo, riesgos o molestias previsibles, beneficios potenciales, alternativas disponibles.
- Comprensión: de todo lo comunicado, incluidos sus derechos como persona y paciente. Muchas personas no se dan cuenta de que cuando se les pide su consentimiento para un proceder tienen el derecho de rechazarlo.
- Voluntariedad: el enfermo otorga su consentimiento de forma libre, sin coerciones o influencias indebidas. El médico puede aconsejar sobre una decisión según su buen juicio, pero en actitud de «neutralidad orientadora», sin obligar en una dirección, y haciéndole saber al paciente que cualquiera que sea su decisión continuará prestándole todo su apoyo.
- Decisión, que no es simplemente poner su firma en un modelo, sino la culminación consciente de todo el proceso previo.

¿Qué quiere el paciente?

El paciente quiere conocer sobre su enfermedad y sus opciones de tratamiento. En la mayoría de los casos, el médico no debe estar autorizado a mentir «en bien del paciente».

El deseo de conocer la verdad es influido pero no determinado por el país de residencia, su cultura, creencias religiosas u otros factores,⁸ pues ese conocimiento les permite comprender lo que les ocurre –al evitar el temor a lo desconocido– y mantener el control sobre sus vidas (autonomía, autodeterminación).⁹

Las diferencias entre países en este sentido parten del delicado balance entre autonomía y beneficencia en medicina, modulado por la influencia de variables culturales y socioeconómicas. Hasta hace unos cincuenta años, ningún país practicaba sistemáticamente la comunicación de la verdad. Los primeros en cambiar fueron los anglosajones, lo que se evidencia en estudios como el de un hospital de Chicago donde se aplicó una encuesta con 18 años de diferencia (1961 y 1979), para explorar qué proporción de médicos les comunicaba la verdad a sus enfermos con cáncer. Mientras que en 1961 el 90% de los médicos no revelaban la verdad de forma sistemática,¹⁰ en 1979 sí lo hacía el 97%.¹¹ Actualmente ocurre una revolución similar en el resto del mundo, ya sea latinoamericano,¹² latinoamericano,¹³ árabe¹⁴ o asiático.¹⁵

⁸ A.N. Sardell, S.J. Trierweiler. «Disclosing the Cancer Diagnosis: Procedures that Influence Patient Hopefulness.» *Cancer*, 1993; 72: 3355-65.

⁹ D.T. Keating, K. Nayeem, J.J. Gilmartin, S.T. O'Keeffe. «Advance Directives for Truth Disclosure.» *Chest*, 2005; 128: 1037-9.

¹⁰ D. Oken. «What to Tell Cancer Patients: A Study of Medical Attitudes.» *JAMA*, 175: 1120, 1961.

¹¹ D.H. Novack, R. Plumer, R.L. Smith. «Changes in Physicians Attitudes toward Telling the Cancer Patient.» *JAMA*, 241: 897, 1979.

¹² V. Rubio Arribas, E. Sampedro Martínez, M. Zapirain Sarasola, I. Gil Benito, S. Ayecheu Redin, V. Tapiz Ibáñez. «El diagnóstico de cáncer: ¿queremos saber la verdad?» *Aten*

Cuba no puede quedarse atrás. Hasta hoy prevalece la opinión entre los profesionales de la salud de que el pueblo cubano no quiere saber la verdad, lo que es una creencia hija de la falta de estudios apropiados.

Para resolver este problema, realizamos una investigación que consistió en aplicar una encuesta anónima a 1000 personas en el año 2000, divididas en cuatro grupos: pacientes atendidos por cáncer en el Instituto Nacional de Oncología (200), el familiar más cercano que acompañara en ese momento a cada uno de esos pacientes (200), médicos del INOR con actividad asistencial (100) y personas sanas de la población general (500). Se diseñaron cuatro modelos de encuesta, uno para cada grupo, con tres preguntas hipotéticas comunes: a) Si tuviera cáncer, ¿quisiera saberlo? b) Si tuviera cáncer, ¿quisiera saber si no tiene cura? c) Si tuviera un cáncer incurable, ¿quisiera saber cuánto le queda de vida?

Los resultados fueron abrumadores (ver tabla): de forma global el 89% de los encuestados quería conocer el diagnóstico de cáncer, y el valor fue de 90,5% para el grupo de pacientes con cáncer. El deseo de conocer la incurabilidad y el tiempo de vida restante era menor pero todavía mayoritario.

Tabla 1. **Resultados de la encuesta**

<i>Preguntas comunes</i>	<i>Médico INOR N = 100</i>	<i>Paciente INOR N = 200</i>	<i>Global N = 1000</i>
Si tuviera cáncer, ¿quisiera saberlo?	90 %	90,5 %	89 %
¿Quisiera saber si no tiene cura?	78 %	70,0 %	77 %
Si no tiene cura, ¿quisiera saber cuánto le queda de vida?	69 %	58,5 %	64 %

Notas:

- La cifra global incluye además de 100 médicos y 200 pacientes, 200 familiares y 500 personas de la población general sana.
- Los valores corresponden todos a respuestas «sí».

Primaria, 2004; 33: 368-73; A. Surbone, C. Ritossa, A.G. Spagnolo. «Evolution of Truth-Telling Attitudes and Practices in Italy.» *Crit Rev Oncol Hematol*, 2004; 52: 165-72.

¹³ R.M.L. Bascunan. «La comunicación de la verdad en medicina: perspectiva psicológica.» *Rev Med Chil*, 2005; 133: 693-8; R.N. Pinto, A.C. Chávez, M.T. Lourenço, J. de J. Mari. «Information Needs of Recently Diagnosed Cancer Patients in Brazil.» *Int J Psychiatry Med*, 2004; 34: 319-29.

¹⁴ M. Ozdogan, M. Samur, H.S. Bozcuk, E. Coban, M. Artac, B. Savas, A. Kara, Z. Topcu, Y. Sualp. «"Do Not Tell": What Factors Affect Relatives' Attitudes to Honest Disclosure of Diagnosis to Cancer Patients?» *Support Care Cancer*, 2004; 12: 497-502.

¹⁵ R. Fan, B. Li. «Truth Telling in Medicine: The Confucian View.» *J Med Philos*, 2004; 29: 179-93; H. Miyata, M. Takahashi, T. Saito, H. Tachimori, I. Kai. «Disclosure Preferences Regarding Cancer Diagnosis and Prognosis: To Tell or Not to Tell?» *J Med Ethics*, 2005; 31: 447-51; S.Y. Wang, C.H. Chen, Y.S. Chen, H.L. Huang. «The Attitude toward Truth Telling of Cancer in Taiwan.» *J Psychosom Res*, 2004; 57: 53-8.

A los enfermos con cáncer se les preguntó adicionalmente si creían tener un cáncer. Respondieron «sí» el 39%, «no» el 19,5%, y «no sé» el 41,5%.

A los médicos se les hicieron dos preguntas adicionales. Sobre si creían que debía decirse la verdad al paciente, contestaron que sí el 47% solamente. A la pregunta sobre si practicaban la comunicación del diagnóstico de cáncer a sus pacientes, contestaron que lo hacían «con cierta frecuencia» solo el 21%. En todo el Instituto Nacional de Oncología solo había tres médicos (incluido al autor de este trabajo) que practicaran la comunicación sistemática del diagnóstico a pacientes con cáncer en el año 2000.

Estos resultados indican que la población estudiada sí quiere conocer el diagnóstico de enfermedades graves, incluido el cáncer. Decir lo contrario es perpetuar un mito que ignora los verdaderos deseos de la población y subestima el nivel cultural y emocional del cubano moderno. El desfase que persiste en Cuba respecto al mundo desarrollado no reside en lo que el pueblo quiere o debe conocer, sino en la falta de preparación de los profesionales de salud sobre estos temas. Estos no reciben entrenamiento sobre cómo hacerlo; ni siquiera saben que es correcto hacerlo: «No hay ley que me ampare», «Debo evitarle sufrimientos al paciente».

No se dan siquiera cuenta de la incongruencia entre el hecho de que niegan a los pacientes el conocimiento de un cáncer (curable de forma global en cerca del 50% de los casos), y sin embargo se lo dicen siempre a los enfermos con SIDA (mortal en casi el 100% de los casos). Los médicos no son entes aislados de su medio social y sus criterios y prácticas pueden estar plagados de prejuicios.

¿Cómo decir la verdad? Metodología de dar malas noticias

El comunicador de la mala noticia—generalmente el médico de asistencia—debe contar con la experiencia necesaria y con una buena dosis de delicadeza y amor. Sin embargo, generalmente no ha recibido entrenamiento en la comunicación de malas noticias, ni durante la carrera ni durante la residencia, lo que conduce a actitudes de rechazo de la comunicación o a una comunicación inadecuada.

Es importante estudiar la metodología de comunicar malas noticias, que se encuentra actualmente bastante bien estructurada gracias a numerosos estudios teóricos y prácticos en múltiples contextos filosóficos y culturales.

Guía para la entrevista de comunicación de malas noticias

Esta guía la preparamos a partir de la revisión de la literatura,¹⁶ y la adaptamos a las características del pueblo cubano, según nuestra experiencia de trabajo en oncología y bioética durante quince años.

¹⁶ A. Girgis, R.W. Sanson-Fisher. «Breaking Bad News: Consensus Guidelines for Medical Practitioners.» *J Clin Oncol*, 1995; 13: 2449-56; J.T. Ptacek, T.L. Eberhardt. «Breaking Bad News: A Review of the Literature.» *JAMA*, 1996; 276: 496-502.

A) Preparación de una escena de comunicación comfortable

1. Lugar: preparar el ambiente físico, garantizando un local cómodo, tranquilo y privado, sin interrupciones. Disponer los asientos de forma que el médico y el paciente estén cara a cara, sin barreras físicas.
2. Tiempo: en horario adecuado para el paciente y el médico, de forma que tengan tiempo suficiente (al menos 30 minutos).
3. Presencia de personas de apoyo, según deseos del paciente. Es ideal la presencia de un familiar o amigo cercano, con una doble función: soporte emocional y ayuda para recopilar información que pueda repasar luego con el paciente. Pero recuérdese que el derecho a conocer el diagnóstico lo tiene en primer lugar el enfermo, y solo si este lo desea se le comunica además a la familia.

B) Comunicación de la mala noticia

1. Averiguar lo que el paciente ya conoce: cuál cree sea su problema, cuál es su percepción sobre esta entrevista (propósito, expectativas).
2. Averiguar lo que el paciente desea conocer, por ejemplo: «Si durante las investigaciones que le hagamos, aparece algún problema serio, ¿quisiera saberlo usted mismo, o preferiría que solo lo supiera su familia?»
3. Preparación para la mala noticia: preámbulo donde se alerta con delicadeza de que a continuación se le comunicará algo importante e incluso desagradable.
4. Informar la mala noticia:
 - ¿Quién?: el médico a cargo del paciente; esta es una tarea muy seria, que no debe desempeñar quien no va a ser el responsable directo por el paciente.
 - ¿Qué?: decir la verdad, toda o parte de ella, según el caso, pero nunca mentir. Comunicación gradual, por pasos, a lo largo de la misma entrevista o en entrevistas sucesivas.
 - ¿Cómo?:
 - a) Estilo emocional: respetuoso, cálido, estableciendo solidaridad y apoyo. Levantarse para saludar al enfermo por su nombre. Propiciar el contacto emocional e incluso físico (por ejemplo, un apretón de manos), para transmitir cordialidad y apoyo. Interesarse por el bienestar del paciente. Mostrarse competente y en posesión de los recursos necesarios para ayudarlo. Evitar torpezas al tratar temas difíciles o dolorosos.
 - b) Lenguaje sencillo, con selección cuidadosa de las palabras, directo, sin jerga técnica. Evitar el *non sequitur* (inferencias o conclusiones que no siguen las premisas, ideas inconexas) y los eufemismos.
 - c) Ritmo de información adecuado al nivel intelectual y emocional del paciente, y a lo que este nos demande verbal o extraverbalmente. Verificar si comprende una información, antes de aportar otra nueva.

Hacer pausas para que la mala noticia cale, sea «asimilada». En fin, dosificar lo que se dice según la complejidad del tema y la respuesta emocional.

5. Explorar la reacción del paciente, sentimientos y preocupaciones. Darle oportunidad de preguntar, y de expresar sus emociones. No negar el sufrimiento o el llanto, no discutir con la negación o la ira, aceptarlos como respuestas iniciales normales.
6. Información sobre tratamiento y pronóstico: Exprese opciones de tratamiento de forma positiva, discuta balance riesgo/beneficio. Puede informarse el pronóstico, pero en una primera entrevista no se dará un pronóstico fatal. Recuerde que los pronósticos se basan en promedios estadísticos y no en un caso particular.

C) Transmitir esperanza

Debemos ser honestos, pero no ofrecer esperanza es actuar con crueldad. El médico está en la obligación de brindar *esperanza razonable*,¹⁷ porque debe atender a las necesidades psicológicas del enfermo, y no solo físicas, y porque tenemos grandes limitaciones en predecir el futuro de cualquier paciente dado. En un caso probablemente incurable, podemos mantener viva la esperanza al explicar que «vamos a trabajar para que usted sea la excepción», con un curso de acción lógico y útil.

Para dar una esperanza razonable no hay que mentir.¹⁸ Nunca diremos «no puede hacerse nada», ya que siempre puede hacerse algo, aun cuando solo sea aliviar un síntoma. Las expectativas pueden ser diferentes según el caso, por ejemplo:

- En pacientes potencialmente curables: posibilidad de curación.
- En pacientes incurables: posibilidad de prolongación de la vida.
- En pacientes terminales: aun cuando la muerte no pueda evitarse, sí podemos garantizarle calidad de vida, con control sintomático y apoyo práctico y emocional permanente («no le dejaremos solo, siempre puede contar con nosotros»).

D) Resumir la información y preparar el seguimiento

- Resuma toda la información: verbalmente y por escrito.
- Verifique que el paciente ha comprendido los aspectos esenciales de la entrevista. La comunicación es un proceso bilateral y no siempre lo que decimos es comprendido.

¹⁷ E. Kodish, S.G. Post. «Oncology and Hope.» *J Clin Oncol*, 1995; 13: 1817.

¹⁸ J.M. Clayton, P.N. Butow, R.M. Arnold, M.H. Tattersall. «Fostering Coping and Nurturing Hope When Discussing the Future with Terminally Ill Cancer Patients and Their Caregivers.» *Cancer*, 2005; 103: 1965-75.

- Prepare el seguimiento, coordinando una segunda entrevista en pocos días, incluso si no es necesario para el diagnóstico o tratamiento, porque gran parte de lo que se diga luego de la mala noticia no será asimilado por el paciente la primera vez, y al paciente le surgirán dudas que necesitará aclarar en entrevistas posteriores.
- Despidase en un clima de apoyo y optimismo realista.

Evaluación de la calidad de la entrevista de comunicación de malas noticias

Una entrevista ideal de comunicación de malas noticias deberá lograr en el paciente:

- Resultados cognoscitivos: comprender y reproducir lo que dijo el médico.
- Resultados afectivos: aumento de la satisfacción y reducción de la ansiedad.
- Resultados conductuales: aumento de la cooperación en el proceso de diagnóstico y tratamiento.
- Resultados clínicos: mejorías en la calidad de vida y sobrevida.

No siempre se puede lograr esto, y sobre todo no en una entrevista inicial. Acercarnos a este ideal depende de nuestros conocimientos y experiencia en la ejecución de la comunicación. Debemos entrenarnos, pues *dar mal una mala noticia* es un acto cruel, que produce sufrimiento emocional adicional prolongado o permanente. Hay que aprovechar, además, herramientas de evaluación de la calidad de las entrevistas de comunicación de malas noticias, con fines docentes e investigativos, entre las que destaca el «Esquema de Evaluación de la Comunicación de Malas Noticias» (BAS: Breaking Bad News Assessment Schedule).¹⁹

Reacciones a la comunicación de malas noticias

Reacción del enfermo

Los patrones emocionales del enfermo pasan por diversas etapas, descritas en un orden lógico que no necesariamente se cumple en los diferentes pacientes. La emoción que predomina es el temor: al dolor, a la limitación de funciones, a la dependencia de otros o su rechazo por ellos, a la muerte. Pero hay una gran variabilidad en la capacidad de las personas de manejar malas noticias y en la forma de reacción ante ellas. El médico y el enfermero necesitan un entrenamiento psicológico básico y la cooperación con un psicólogo para identificar y manejar adecuadamente estas fases.

¹⁹ S.J. Miller, T. Hope, D.C. Talbot. «The Development of a Structured Rating Schedule (the BAS) to Assess Skills in Breaking Bad News. *Br J Cancer*, 1999; 80: 792-800.

Fases de la reacción emocional del enfermo

- | |
|--|
| A) Antes de comunicarle el diagnóstico |
| 1. Ignorancia |
| 2. Inseguridad |
| 3. Negación implícita |
| B) Luego de comunicarle el diagnóstico |
| 1. Negación |
| 2. Ira |
| 3. Pacto |
| 4. Depresión |
| 5. Aceptación |

- A) Antes de conocer el diagnóstico: existe un período entre el momento en que el paciente ya se siente mal y el momento en que el médico le comunica el diagnóstico. Pasa de la ignorancia original, a la inseguridad (algo anda mal), y luego a la negación implícita (ya sospecha que algo malo pasa, pero se lo niega a sí mismo y a los demás).²⁰
- B) Luego de conocer el diagnóstico: el paciente puede atravesar por cinco fases, identificadas por la psiquiatra suiza Elizabeth Kübler-Ross:²¹
- Negación: proceso que comienza por el choque, pasa por el estupor, hasta llegar a la negación en sí, el rechazo a aceptar una información inoportuna: «esto no puede estar pasando a mí», «el médico se equivoca». Los pacientes con síntomas severos de larga duración aceptan mejor el diagnóstico que aquellos asintomáticos con diagnóstico accidental, pues experimentan alivio al definirse el diagnóstico y terminar con la incertidumbre.²²
 - Ira: el paciente está enojado y la toma con el médico o enfermeros, con los familiares o consigo mismo. No confundir con la negación.
 - Pacto: la idea de hacer algo para obtener un premio. Se hace un compromiso consigo mismo (dejar de fumar, cambiar la dieta), con otros o con una deidad, buscando como recompensa la curación o la prolongación de la vida.
 - Depresión: sensación de pérdida y de falta de sentido y objetivo. Hay apatía, ansiedad, pérdida de interés en la vida y pueden aparecer ideas suicidas.²³ La tasa de depresión y suicidio es algo mayor entre los pacientes con cáncer que en la población general;²⁴ pero es mayor entre los

²⁰ P. Sporken. *Ayudando a morir*. Santander, Sal Terrae, 1978: 59-67.

²¹ E. Kübler-Ross, S. Wessler, L.V. Avioli. «On Death and Dying.» *JAMA*, 1972; 221: 174-9.

²² E. Kodish, P.A. Singer, M. Siegler. «Ethical Issues: Telling the Truth.» En V.T. DeVita, Jr, S. Hellman, S.A. Rosenberg (editores). *Cancer. Principles and Practice of Oncology*. 5ta ed. Filadelfia, Lippincott/Raven Publishers, 1997.

²³ A. Bottomley. «Depression in Cancer Patients: A Literature Review.» *Eur J Cancer Care*, 1998; 7: 181-91.

²⁴ C. Bjorkenstam, A. Edberg, S. Ayoubi, M. Rosen. «Are Cancer Patients at Higher Suicide Risk than the General Population?» *Scand J Public Health*, 2005; 33: 208-14.

pacientes con cáncer a quienes se les oculta el diagnóstico, que aquellos a los que se les comunica.²⁵ Cuba tiene una elevada tasa de suicidios,²⁶ pero este es muy raro entre los pacientes cubanos con cáncer.

- Aceptación: se alcanza un estado de paz con la enfermedad, consigo mismo y los demás. Acepta que tiene un cáncer y debe someterse al tratamiento (en casos curables o aún no terminales); o incluso que va a morir, y se despide de los seres queridos, arregla sus asuntos pendientes. La aceptación puede ser más fácil para quienes profesan una religión (creencia en la vida después de la muerte, o en que sus sufrimientos son pruebas a vencer para ganar recompensas divinas). El ateo debe lograr la aceptación mediante un enfoque espiritual y humanista bien estructurado.

Reacción de la familia

Con frecuencia el problema principal en la comunicación del diagnóstico no lo plantea el paciente, sino sus familiares. Estos rechazan la comunicación, lo que explican con una intención protectora: «para que no sufra», «para que no se deprima», «porque podría suicidarse», pero que en realidad traduce su falta de educación emocional.

Puede ocurrir incluso que el familiar, aprovechando la ignorancia del enfermo, se niegue a que se le realice un proceder o tratamiento. Toma por él decisiones graves, que pueden incluso hacerle perder la vida. En estos casos hay que proteger al enfermo de su familia. Por otra parte, a la familia hay que prestarle una atención especial. Pasa la mayor parte del tiempo con el enfermo, sufre junto con él y tiene sentimientos de impotencia o culpabilidad. Debemos educarles sobre los principios éticos básicos y ayudarles a participar en el cuidado del paciente, con lo que se adaptarán mejor al proceso.

Reacción del profesional de la salud

El médico también sufre al comunicar malas noticias. Le provoca estrés, que comienza ya antes del inicio de la entrevista.²⁷ El sufrimiento crónico de los médicos que con frecuencia tienen que comunicar malas noticias puede provocarles un desequilibrio de su salud psíquica y física, con un síndrome de *burn-out*.²⁸

²⁵ N. Horikawa, T. Yamazaki, M. Sagawa, T. Nagata. «The Disclosure of Information to Cancer Patients and its Relationship to their Mental State in a Consultation-liaison Psychiatry Setting in Japan.» *Gen Hosp Psychiatry*, 1999; 21: 368-73.

²⁶ Dirección Nacional de Estadísticas, MINSAP. *Anuario Estadístico 2001*. La Habana, 2005; W. Guibert Reyes. «Epidemiología de la conducta suicida.» *Rev Cubana Med Gen Integr*, 2002; 18 (2) (e-pub. Infomed).

²⁷ R. Buckman. «Breaking Bad News: Why Is It Still So Difficult?» *BMJ*, 1984; 288: 1597-9; S. Klein, R. Klein. «Delivering Bad News: The Most Challenging Task in Patient Education.» *J Am Optom Assoc*, 1987; 58: 660-3.

²⁸ J. Armstrong, J. Holland. «Surviving the Stresses of Clinical Oncology by Improving Communication.» *Oncology*, 2004; 18: 363-8; J. Graham, H.W. Potts, A.J. Ramírez. «Stress and Burnout in Doctors.» *Lancet*, 2002; 360: 1975-6.

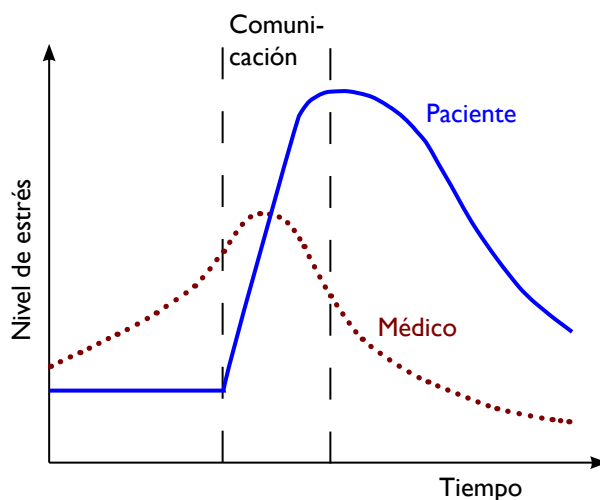


Figura. Curvas de estrés del médico y el paciente ante la comunicación de malas noticias.

El rechazo al sufrimiento personal ante esta tarea hace que algunos médicos la eviten o demoren,²⁹ o que la hagan mal.³⁰ Pueden llegar a evitar o abandonar al enfermo, sobre todo cuando no pueden curarle, levantar una barrera de indiferencia o desconexión, y desaprovechar el enriquecimiento emocional que se deriva de una buena relación médico-paciente.

Reglamentaciones legales en Cuba

El «Reglamento disciplinario para los profesionales, técnicos y demás trabajadores de la rama de la Salud» dice, sobre la comunicación del diagnóstico: «Mantener la debida reserva en relación con el paciente sobre el diagnóstico de los casos de enfermedad de curso letal, y brindar la información necesaria con el tacto que se requiera a los familiares»,³¹ Así, estimula a no decir la verdad al enfermo, y sí a su familia.

Las opiniones y actitudes de la población y de los profesionales de la salud han cambiado mucho en los últimos años, y ello se evidencia en los resultados de encuestas poblacionales como la que presentamos, además de publicaciones nacionales,³² y el trabajo de los comités de ética médica y de la investigación.

²⁹ A. Tesser, S. Rosen, E. Waranch. «Communicator Mood and the Reluctance to Transmit Undesirable Messages.» *J Commun*, 1973; 23: 831-4.

³⁰ J. Miranda, J. Brody. «Communicating Bad News.» *West J Med*, 1992; 156: 83-5.

³¹ MINSAP. Resolución Ministerial no. 164: Reglamento disciplinario para los profesionales, técnicos y demás trabajadores de la rama de la Salud. MINSAP, 1987. Capítulo IV, sección I, artículo 7, inciso ch.

³² I. Martínez Peñalver. «¿Qué informar al paciente con cáncer?» [editorial]. *Rev Cub Oncol*, 1993; 9: 53-4.

En futuras revisiones, este reglamento debe modificarse de acuerdo con los modernos principios bioéticos, para expresar que el paciente tiene el derecho a conocer su diagnóstico, pronóstico y opciones de tratamiento, y que esta información debe ser facilitada de forma clara y amable por el médico, pero puede ser necesaria en ocasiones excepcionales la dosificación o modulación de este conocimiento si el estado mental del paciente lo requiere, o este rechaza explícitamente conocer la verdad.

Declaración de Derechos del Paciente (fragmento)

Querido doctor: Por favor no me oculte el diagnóstico. Ambos sabemos que acudí a usted para conocer si tengo cáncer o alguna otra enfermedad seria. Si conozco lo que tengo, conozco qué tengo que enfrentar, y es menor mi miedo. Si se me ocultan el nombre y los hechos, se me priva de la oportunidad de ayudarme a mí mismo. Cuando usted se pregunta si debe o no decirme la verdad, ya yo la conozco. Usted puede que se sienta mejor si no me lo dice, pero su engaño me hiere.³³

³³ B.S. Siegel. *Love, Medicine and Miracles*. Nueva York, Perennial Library/Harper & Row, 1986.

¿Cómo definir la muerte humana?

Calixto Machado Curbelo



Durante siglos, la ausencia irreversible de la función cardiorrespiratoria espontánea fue considerada determinante de la «muerte del individuo».¹ Sin embargo, con el desarrollo de la terapia intensiva, sobre todo a partir de la segunda mitad del presente siglo, fue posible suplir aquellas funciones reconocidas hasta ese momento como vitales. Esto motivó una verdadera revolución en el concepto de la muerte, cuando la atención se desplazó hacia definiciones basadas en considerar la pérdida definitiva de funciones integradas en el encéfalo.² Se han definido tres aspectos fundamentales en relación con la muerte: la definición, el criterio y las pruebas diagnósticas. Halery y Brody propusieron la siguiente subdivisión (tabla 1):³

¹ A.E. Walker (editor). *Cerebral Death*. Baltimore. Urban & Schwarzenberg, 1981; J. Korein. «The Problem of Brain Death: Development and History.» En J. Korein (editor). *Brain Death: Interrelated Medical and Social Issues*. Nueva York, *Annual of Nueva York Academy of Sciences*, 1977; 315: 19-38; J.L. Bernat. «Brain Death Occurs Only with Destruction of the Cerebral Hemispheres and the Brainstem.» *Archives of Neurology*, 1992; 49: 569-570.

² Ibidem; C. Pallis. «Brainstem Death.» En R. Braakman (editor). *Handbook of Clinical Neurology: Head Injury*. Amsterdam, Elsevier Science Publisher BV, 1990; 13 (57): 441-96; «Brainstem Death: The Evolution of the Concept.» *Seminars in Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 1990; 2: 135-52.

³ A. Halery, B. Brody. «Brain Death: Reconciling Definitions, Criteria and Tests.» *Annual of Internal Medicine*, 1993; 119: 519-25; J.L. Bernat. «On the Definition and Criterion of Death.» *Annual of Internal Medicine*, 1981; 194: 389-94.

Tabla I

<i>Definición</i>	<i>Criterio</i>	<i>Prueba diagnóstica</i>
Cese permanente del flujo de los fluidos vitales	No encefálico	No esfuerzo respiratorio No pulso
Cese permanente de la integración del organismo como un todo	Todo el encéfalo	Ausencia de reflejos de tronco encefálico No esfuerzo respiratorio No movimientos voluntarios
Pérdida irreversible de la capacidad para la conciencia, combinada con la pérdida irreversible de la capacidad para respirar y de mantener por tanto un latido cardíaco espontáneo	Tronco encefálico	No respuesta a estímulos No reflejos de tronco encefálico Apnea
Pérdida permanente de lo que es esencial para la naturaleza humana	Formulación neocortical	No respuesta a estímulos No movimientos voluntarios

Tomado de A. Halery y B. Brody, 1993.

La «definición» se refiere a la posición conceptual filosófica de lo que significa la muerte en el ser humano.⁴ El «criterio» se refiere a la región o sistemas del cuerpo que deben de dejar de funcionar irreversiblemente para considerar un sujeto como fallecido.⁵ Cuando nos referimos a las «pruebas» pueden surgir confusiones, pues muchas veces se les denomina como criterios diagnósticos.⁶ No obstante, para no crear confusiones, nos referiremos a «criterio» como la región del cuerpo o encéfalo que debe de dejar de funcionar irreversiblemente, y a las «pruebas» como los métodos diagnósticos empleados por el médico, tanto la evaluación semiológica, como las pruebas confirmatorias.⁷

⁴ J.L. Bernat. Ob. cit. *Archives of Neurology*, 1992; C. Pallis. Ob. cit. En R. Braakman (editor). *Handbook of Clinical Neurology: Head Injury*, 1990; A. Halery, B. Brody. Ob. cit.; y J.L. Bernat. Ob. cit. *Annual of Internal Medicine*, 1981.

⁵ *Ibidem* 3.

⁶ *Ibidem* 3; J.L. Bernat. Ob. cit. *Annual of Internal Medicine*, 1981.

⁷ C. Machado (editor). *Criterios cubanos para el diagnóstico de la muerte encefálica*. La Habana, Editorial de Ciencias Médicas, 1992; «Multimodality Evoked Potentials and Electroretinography in a Test Battery for an Early Diagnosis of Brain Death.» *Journal of Neurosurgical Sciences*, 1993; 37 (3): 125-31; C. Machado (editor). *Criterios cubanos para el diagnóstico de la muerte encefálica*. Ob. cit.; C. Machado, P. Valdés, J. García Tigera *et al.* «Brain-stem Auditory Evoked Potentials and Brain Death.» *Electroencephalogram Clinical Neurophysiology*, 1991; 80: 392-8; H.K. Beecher. «A Definition of Irreversible Coma» (informe). Ad Hoc Committee of the Harvard Medical School to Examine the Definition of Brain Death. *JAMA*, 1968; 205: 85-8; A.E. Walker. «An Appraisal of the Criteria of Cerebral Death» (síntesis de investigación). *JAMA*, 1977; 237: 982-6; D.H. Ingvar, L. Widen. «Brain Death: Summary of a Symposium.» *Lakartidningen*, 1972; 69: 3804-14; F. Plum, J.B. Posner. *The Diagnosis of Stupor and Coma*. Filadelfia, F.A. Davis, 1980; P. McL. Black «Criteria of Brain Death. Review and Comparison.» *Postgraduate Medicine*, 1975;

La primera línea de la tabla corresponde a la forma clásica de definir y diagnosticar la muerte mediante el cese de las funciones cardiorrespiratorias.⁸ La segunda, tercera y cuarta líneas se refieren a las tendencias encefálicas para definir y diagnosticar la muerte.⁹

Si bien existe un consenso en cuanto a que la definición de la muerte en el ser humano debe sustentarse sobre bases neurológicas y no cardiorrespiratorias, permanecen vigentes las controversias acerca de una definición que permita una integración coherente con el criterio y las pruebas diagnósticas.¹⁰

En este trabajo se presenta una nueva definición de la muerte humana, que por primera vez incorpora la conciencia—considerando sus dos componentes— como núcleo fundamental de dicha definición.

Mecanismos fisiopatológicos de la generación de la conciencia en el ser humano

Para criticar las diferentes escuelas que definen la muerte orientadas hacia el encéfalo, se hace necesario revisar las bases neurales para la generación de la conciencia en el ser humano.

Dos componentes fisiológicos rigen la conducta consciente del ser humano: la «capacidad» y el «contenido» de la conciencia.¹¹ Una actividad consciente

57: 69-74; G. Ouaknine. «Bedside Procedures in the Diagnosis of Brain Death.» *Resuscitation*, 1975; 4: 159-77; B. Jennett, J. Gleave, P. Wilson. «Brain Death in Three Neurosurgical Units.» *British Medical Journal*, 1981; 282: 533-9.

⁸ A.E. Walker (editor). Ob. cit.; J. Korein. Ob. cit.; J.L. Bernat. Ob. cit. En *Archives of Neurology*, 1992; C. Pallis. Ob. cit. En Braakman R (editor). *Handbook of Clinical Neurology: Head Injury* y Ob. cit. En *Seminars in Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 1990; Halery A y Brody B. Ob. cit.; y J.L. Bernat. Ob. cit. En *Annual of Internal Medicine*, 1981.

⁹ A.E. Walker (editor). Ob. cit.; J. Korein. Ob. cit.; J.L. Bernat. Ob. cit. En *Archives of Neurology*, 1992; C. Pallis. Ob. cit. En R. Braakman (editor). *Handbook of Clinical Neurology: Head Injury*. Ob. cit. En *Seminars in Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 1990; A. Mohandas, S.N. Chou. «Brain Death. A Clinical and Pathological Study.» *Journal of Neurosurgery*, 1971; 35: 211-8; J.L. Bernat. «How Much of the Brain Must Die in Brain Death.» *The Journal of Clinical Ethics*, 1992; 3: 21-8; E.T. Bartlett, S.J. Youngner. «Human Death and the Destruction of the Neocortex.» En R.M. Zaner (editor). *Death: Beyond the Whole-Brain Criteria*. Nueva York, Kluwer Academic Publisher, 1988: 199-215; M. Kaste, M. Hollborn, J. Palo. «Diagnosis and Management of Brain Death.» *British Medical Journal*, 1979; 1: 525; G.F. Molinari. «The NINCDS Collaborative Study of Brain Death: A Historical Perspective.» En *US Department of Health and Human Services*. NINCDS (monografía 24), 1980; (81-2226'): 1-32; R.D. Truog, J.C. Flacker «Rethinking Brain Death.» *Critical Care Medicine*, 1992; 20: 1705-13.

¹⁰ «Death on Neurological Grounds.» *Journal of Neurosurgical Sciences*, 1994; 38 (4): 209-22; C. Machado. «A New Definition of Death Based on the Basic Mechanisms of Consciousness Generation in Human Beings.» En C. Machado (editor). *Brain Death*. Second International Symposium on Brain Death, Elseviers Science BV, 1995: 57-66.

¹¹ C. Pallis. Ob. cit. En R. Braakman (editor). *Handbook of Clinical Neurology: Head Injury*. Ob. cit. En *Seminars in Thoracic and Cardiovascular Surgery*. 1990; A. Halery, B. Brody. Ob. cit.; J.L. Bernat. Ob. cit. En *Annual of Internal Medicine*, 1981; Ob. cit. En *Journal of Neurosurgical*

normal requiere de la «capacidad para la conciencia», también conocido como «despertar», estrechamente vinculada a la vigilia. Las bases neurales de este componente se encuentran en el sistema reticular activador ascendente (SRAA), que genera impulsos ascendentes activadores de la corteza cerebral, a partir del tegmento protuberancial del hipotálamo posterior y del tálamo.¹² El cambio más discernible que ocurre con el despertar es la apertura de los ojos.¹³

El «contenido de la conciencia» representa la suma de las funciones mentales cognitivas, afectivas y otras funciones psíquicas superiores, y denota el conocimiento de la existencia de uno mismo y el reconocimiento de los mundos internos y externos.¹⁴

Plum ha descrito componentes, al subdividir el «contenido» en componentes o niveles. En esta nueva clasificación,¹⁵ dicho autor mantiene la capacidad para la conciencia como primer nivel o componente. El segundo nivel o componente permite regular la conducta, sobre la base de la función afectiva, atención, integración cognitiva, energía síquica (*cathexis*), y depende de la integridad del sistema límbico, incluyendo el hipotálamo, amígdala, complejo hipocámpico, cíngulo y área septal. El tercer nivel o componente es considerado por Plum como el «nivel cerebral», constituido por lo que resta de los hemisferios cerebrales, el tálamo y los ganglios basales. Este nivel se relaciona con los procesamientos más complejos de la percepción, la orientación con respecto a sí y al medio, la actividad motora y el planeamiento conductual. La memoria puede ser afectada tanto por lesiones del segundo como del tercer nivel.

Sciences, 1994; C. Machado. Ob. cit. En C. Machado (editor). *Brain Death*. Second International Symposium on Brain Death, 1995; P. Plum. «Coma and Related Global Disturbances of the Human Conscious State.» En A. Peters (editor). *Cerebral Cortex*. Nueva York, Plenum Publishing, 1991; t. 9: 359-425; J.B. Posner. «Coma and Other States of Consciousness: The Differential Diagnosis of Brain Death.» En J. Korein (editor). *Brain Death: Interrelated Medical and Social Issues*. Nueva York, Annual of Nueva York Academy of Sciences, 1977; 315: 215-24.

¹² S/a. Ob. cit. En *Journal of Neurosurgical Sciences*, 1994; C. Machado. Ob. cit. En C. Machado (editor). *Brain Death*. Second International Symposium on Brain Death, 1995; P. Plum. Ob. cit. En A. Peters (editor). *Cerebral Cortex*, 1991; J.B. Posner. Ob. cit. En J. Korein (editor). *Brain Death: Interrelated Medical and Social Issues*, 1977; The Multi-Society Task Force on PVS. «Medical Aspects of the Persistent Vegetative State.» *New England Journal of Medicine*, 1994; 330: 1499-508.

¹³ C. Machado. Ob. cit. En C. Machado (editor). *Brain Death*. Second International Symposium on Brain Death, 1995; P. Plum. Ob. cit. En A. Peters (editor). *Cerebral Cortex*, 1991; J.B. Posner. Ob. cit. En J. Korein (editor). *Brain Death: Interrelated Medical and Social Issues*, 1977; The Multi-Society Task Force on PVS. «Medical Aspects of the Persistent Vegetative State.» *New England Journal of Medicine*, 1994; 330: 1499-508.

¹⁴ C. Machado. Ob. cit. En C. Machado (editor). *Brain Death*. Second International Symposium on Brain Death, 1995; P. Plum. Ob. cit. En A. Peters (editor). *Cerebral Cortex*, 1991; J.B. Posner. Ob. cit. En J. Korein (editor). *Brain Death: Interrelated Medical and Social Issues*. 1977.

¹⁵ J. Korein. Ob. cit. En J. Korein (editor). *Brain Death: Interrelated Medical and Social Issues*. 1977; J.L. Bernat. Ob. cit. En *Archives of Neurology*, 1992; y P. Plum. Ob. cit. En A. Peters (editor). *Cerebral Cortex*, 1991; J.B. Posner. Ob. cit. En J. Korein (editor). *Brain Death: Interrelated Medical and Social Issues*, 1977.

Por tanto, los mecanismos de la conciencia, reflejan al mismo tiempo, el nivel de vigilia –que depende de los sistemas subcorticales energizantes (SRAA)–, la suma de funciones cognitivas, afectivas y otros procesos funcionales complejos relacionados con la percepción, la orientación con respecto a sí y al medio, la actividad motora y el planeamiento conductual, los cuales dependen de complejos mecanismos físicos y psicológicos, con los cuales el sistema límbico y el cerebro (*cerebrum*) individualizan y enriquecen la conciencia y la conducta en el hombre.¹⁶

En relación con estas importantes contribuciones de Plum y Posner¹⁷ y de Plum,¹⁸ el término capacidad para la conciencia se estará refiriendo a la actividad de los sistemas subcorticales energizantes y, el contenido, a la suma de esas complejas funciones relacionadas con los niveles límbico y cerebral (segundo y tercer niveles).

La capacidad para la conciencia depende de la integridad de mecanismos fisiológicos que toman origen en el SRAA, sistema que se forma a partir de neuronas inespecíficas provenientes del *tegmentum* de la protuberancia superior y del mesencéfalo, así como de los núcleos intralaminares del tálamo y del hipotálamo posterior.¹⁹

Se han descrito recientemente vías adicionales que participan en la generación de este componente.²⁰ Existen sistemas de neurotransmisores originados en el tronco encefálico, hipotálamo y en la región basal del prosencéfalo que se comunican monosimpácticamente con la corteza cerebral, sin hacer relevos en el tálamo. Estas vías incluyen diferentes sistemas de neurotransmisores: vías colinérgicas, se extienden desde la región basal del prosencéfalo y la formación reticular mesopontina; vías serotoninérgicas, a partir de los núcleos del rafe; vías histaminérgicas, desde el hipotálamo posterior; y noradrenérgicas, desde el locus cerúleo a nivel del tronco encefálico. Estudios experimentales han demostrado que una destrucción casi completa del tálamo no bloquea la activación cortical. Por otro lado, el patrón electroencefalográfico, característico del despertar, singularizado por una desincronización de la actividad de base, desaparece con la administración de drogas que bloquean la transmisión serotoninérgica y colinérgica.²¹

¹⁶ S/a. Ob. cit. En *Journal of Neurosurgical Sciences*, 1994; C. Machado. Ob. cit. En C. Machado (editor). *Brain Death*. Second International Symposium on Brain Death, 1995; P. Plum. Ob. cit. En A. Peters (editor). *Cerebral Cortex*, 1991; J.B. Posner. Ob. cit. En J. Korein (editor). *Brain Death: Interrelated Medical and Social Issues*, 1977.

¹⁷ F. Plum, J.B. Posner. Ob. cit.

¹⁸ P. Plum. Ob. cit. En A. Peters (editor). *Cerebral Cortex*, 1991.

¹⁹ S/a. Ob. cit. En *Journal of Neurosurgical Sciences*, 1994; C. Machado. Ob. cit. En C. Machado (editor). *Brain Death*. Second International Symposium on Brain Death, 1995; P. Plum. Ob. cit. En A. Peters (editor). *Cerebral Cortex*, 1991; J.B. Posner. Ob. cit. En J. Korein (editor). *Brain Death: Interrelated Medical and Social Issues*, 1977.

²⁰ H.C. Kinney, M.A. Samuels. «Neuropathology of the Persistent Vegetative State: A Review.» *Journal of Neuropathology and Experimental Neurology*, 1994; 53: 548-58.

²¹ Ibidem; s/a. Ob. cit. En *Journal of Neurosurgical Sciences*, 1994; J. Villablanca, M.E. Salinas-Ceballos. «Sleep-Wakefulness, EEG and Behavioral Studies of Chronic Cats without the Thalamus. The «Athalamie Cat» *Arch Ital Biol*, 1972; 110: 383-411.

En relación con los hallazgos experimentales anteriormente mencionados y la anatomía patológica del estado vegetativo persistente (EVP), se puede inferir que la capacidad para la conciencia se genera por el funcionamiento de varias vías que excitan la corteza cerebral y el tálamo de forma paralela. O sea, «la transmisión tálamo-cortical puede no ser suficiente o incluso necesaria para la activación cortical».²²

Contenido de la conciencia

El descubrimiento de que la corteza cerebral está organizada en columnas verticales, las cuales representan unidades funcionales, ha sido crucial para un mejor entendimiento de la organización funcional del cerebro. La unidad funcional de la neocorteza es un grupo de células que se orientan de manera vertical, a través de las capas celulares, con ricas interconexiones en sentido vertical y más escasas horizontalmente.²³ En el momento actual, existen suficientes argumentos para considerar que la corteza cerebral, en su totalidad, es un complejo funcional de dichas columnas. Las columnas contiguas están interconectadas por circuitos locales en «módulos de información-procesamiento», caracterizadas por conexiones aferentes y eferentes específicas con otras unidades modulares, de otras áreas corticales y subcorticales.²⁴

Tal parece que el cerebro opera mediante «procesamientos en paralelo», porque las regiones corticales están unidas en forma de redes en paralelo, entre sí y con otras estructuras subcorticales. Así, un componente específico de cierta función cognitiva se integra a partir de regiones interconectadas, cada una implicada en un aspecto diferente de un habilidad cognitiva.²⁵

El contenido de la conciencia²⁶ provee las características esenciales que individualizan al ser humano,²⁷ y enriquecen su identidad personal.²⁸

²² H.C. Kinney, M.A. Samuels. Ob. cit. En *Journal of Neuropathology and Experimental Neurology*, 1994.

²³ C. Machado. Ob. cit. En C. Machado (editor). *Brain Death*. Second International Symposium on Brain Death, 1995; V.B. Mountcastle. «An Organization Principle for Cerebral Function: The Unit Module and the Distributed System.» En G.M. Edelman, V.B. Mountcastle (eds). *The Mindful Brain*. Cambridge, The MIT Press, 1978: 7-50.

²⁴ *Ibidem*; P.S. Goldman-Rakic. «Topography of Cognition: Parallel Distributed Networks in Primate Association Cortex.» *Annual Review of Neuroscience*, 1988, 11: 137-56.

²⁵ C. Machado. Ob. cit. En C. Machado (editor). *Brain Death*. Second International Symposium on Brain Death, 1995; P.S. Goldman-Rakic. Ob. cit. En *Ann Rev Neurosci*, 1988.

²⁶ F. Plum, J.B. Posner. Ob. cit.; s/a. Ob. cit. En *Journal of Neurosurgical Sciences*, 1994; C. Machado. Ob. cit. En C. Machado (editor). *Brain Death*. Second International Symposium on Brain Death, 1995.

²⁷ C. Machado. Ob. cit. En C. Machado (editor). *Brain Death*. Second International Symposium on Brain Death, 1995; P. Plum. Ob. cit. En A. Peters (editor). *Cerebral Cortex*, 1991.

²⁸ M.B. Green, D. Wikler. «Brain Death and Personal Identity.» *Philosophy and Public Affairs*, 1980; 2: 105-33.

En los pacientes en estado vegetativo persistente la capacidad está preservada, mientras que el contenido de la conciencia está aparentemente ausente.²⁹ Por tanto, se ha enfatizado que en el EVP existe una disociación «capacidad-contenido de la conciencia».³⁰ Ha sido señalado que «vías anatómicas separadas median la capacidad y el contenido de la conciencia, y que las enfermedades del cerebro afectan diferentemente cada componente de la conciencia».³¹

Surge entonces una pregunta, ¿por qué en el EVP está aparentemente ausente el contenido de la conciencia, mientras que en el despertar está preservado?³² Los estudios anatomopatológicos del EVP proveen una rica fuente de conocimiento para discutir la fisiopatología de la generación de la conciencia en el ser humano. Kinney ha presentado recientemente una detallada revisión de este aspecto.³³

Estudios anatomopatológicos en el estado vegetativo persistente

De acuerdo con Kinney, el EVP denota un «síndrome de exclusión (*locked-out-syndrome*)», ya que «la corteza cerebral está desconectada del mundo externo, de modo que todo el reconocimiento del mundo exterior está perdido».³⁴ Este autor sugirió que la pérdida del contenido de la conciencia en el EVP se debe a tres patrones fundamentales: a) lesiones bilaterales y difusas de la corteza cerebral; b) daños difusos de las conexiones intra y subcorticales de la sustancia blanca de los hemisferios cerebrales, y c) necrosis del tálamo.

Lesiones bilaterales y difusas de la corteza cerebral

La encefalopatía hipóxico-isquémica es la etiología fundamental de este patrón. Ocurre por daños hipóxico-isquémicos, después de paros cardiorrespiratorios, estrangulaciones, sofocaciones, ahogamientos incompletos, hipotensión prolongada y asfixia perinatal en recién nacidos.³⁵ La descripción de este patrón fue la razón para que el EVP se conociera inicialmente como «síndrome apálico», caracterizado por la destrucción del «*pallium*, sustancia gris cortical que cubre el

²⁹ S/a. Ob. cit. En *Journal of Neurosurgical Sciences*, 1994; C. Machado. Ob. cit. En C. Machado (editor). *Brain Death*. Second International Symposium on Brain Death, 1995.

³⁰ C. Machado. Ob. cit. En C. Machado (editor). *Brain Death*. Second International Symposium on Brain Death, 1995; H.C. Kinney, M.A. Samuels. Ob. cit. En *Journal of Neuropathology and Experimental Neurology*, 1994.

³¹ H.C. Kinney, M.A. Samuels. Ob. cit. En *Journal of Neuropathology and Experimental Neurology*, 1994.

³² C. Machado. Ob. cit. En C. Machado (editor). *Brain Death*. Second International Symposium on Brain Death, 1995.

³³ H.C. Kinney, M.A. Samuels. Ob. cit. En *Journal of Neuropathology and Experimental Neurology*, 1994.

³⁴ *Ibidem*.

³⁵ C. Machado. Ob. cit. En C. Machado (editor). *Brain Death*. Second International Symposium on Brain Death, 1995; H.C. Kinney, M.A. Samuels. Ob. cit. En *Journal of Neuropathology and Experimental Neurology*, 1994.

telencéfalo». ³⁶ Se encuentra una necrosis laminar en la corteza cerebral, que es multifocal o difusa y extensa. Otras lesiones pueden superponerse en las zonas limítrofes de los tres sistemas arteriales intracraneales, como la región parasagital parieto-occipital. ³⁷

Otros daños –como pérdidas en el número de neuronas y pequeños infartos–, son típicamente encontrados en el cerebelo, ganglios basales, tálamo e hipocampo; esta última estructura es particularmente sensible. Otras estructuras anatómicas del encéfalo se mantienen prácticamente sin daños: el tronco encefálico, el hipotálamo, el prosencéfalo basal y la amígdala. La distribución de estos daños refleja una vulnerabilidad diferenciada de las distintas regiones del encéfalo a la anoxia y a la isquemia. ³⁸

En los casos en EVP con un daño difuso de la corteza cerebral, la pérdida del contenido de la conciencia es más fácil de comprender. El daño difuso de las cortezas de asociación, combinado con las afecciones de las cortezas primarias y secundarias, es el sustrato lesional crítico. ³⁹ Se ha sugerido que en lesiones corticales difusas, la capacidad para la conciencia es mantenida por la actividad funcional del tronco encefálico y del tálamo. ⁴⁰ No obstante, otras vías monosinápticas que se proyectan paralelamente a la corteza cerebral sin hacer relevos en el tálamo, pueden tomar parte en el mantenimiento de dicho componente de la conciencia en este patrón de lesiones. Por tanto, la capacidad para la conciencia puede mantenerse sin una corteza funcionalmente activa. Esto ha sido apoyado por estudios en animales de experimentación, en los que con una ablación total de la corteza cerebral o con una sección a nivel del mesencéfalo se mantiene la capacidad para la conciencia, con preservación de los ciclos sueño-vigilia. Por tanto, se ha enfatizado que «el tronco encefálico aislado es suficiente para que se preserve la capacidad para la conciencia». ⁴¹

³⁶ D.H. Ingvar, A. Brun, L. Johansson *et al.* «Survival After Severe Cerebral Anoxia with Destruction of the Cerebral Cortex: The Apallic Syndrome.» En J. Korein (editor). *Brain Death: Interrelated Medical and Social Issues*. Nueva York, Annual of the Nueva York Academy of Sciences, 1977; 315: 184-214.

³⁷ *Ibidem*; C. Machado. Ob. cit. En C. Machado (editor). *Brain Death*. Second International Symposium on Brain Death, 1995; H.C. Kinney, M.A. Samuels. Ob. cit. En *Journal of Neuropathology and Experimental Neurology*, 1994.

³⁸ *Ibidem*; J.B. Brierley, J.H. Adams, D.I. Graham *et al.* «Neocortical Death After Cardiac Arrest. A Clinical, Neurophysiological, and Neuropathological Report of Two Cases.» *Lancet*, 1972; 2: 560-5.

³⁹ H.C. Kinney, M.A. Samuels. Ob. cit. En *Journal of Neuropathology and Experimental Neurology*, 1994.

⁴⁰ *Ibidem*; E.T. Bartlett, S.J. Youngner. Ob. cit. En R.M. Zaner (editor). *Death: Beyond the Whole-Brain Criteria*, 1988.

⁴¹ H.C. Kinney, M.A. Samuels. Ob. cit. En *Journal of Neuropathology and Experimental Neurology*, 1994; J.R. Villablanca. «Independent Forebrain and Brainstem Controls for Arousal and Sleep.» *Behav Brain Sci*, 1981; 4: 494-6.

Conexiones intrahemisféricas y subcorticales de la sustancia blanca de los hemisferios cerebrales

El mecanismo por el que ocurre este patrón de lesiones se explica en el trauma cráneo-encefálico y en el daño hipóxico-isquémico. Después del trauma cráneo-encefálico se produce un daño difuso de los axones de la sustancia blanca de los hemisferios cerebrales, conocido como daño axonal difuso (DAD). El DAD ocurre probablemente debido a la aceleración que sufre la cabeza durante el trauma.⁴²

La sustancia blanca hemisférica también puede ser dañada después de accidentes hipóxico-isquémicos en un patrón conocido como leucoencefalopatía.⁴³ Se caracteriza por lesiones necróticas extensas y simétricas en la sustancia blanca central de los hemisferios cerebrales, con daños mínimos o ausencia de estos en las estructuras de la sustancia gris.⁴⁴ Estos pacientes generalmente han sufrido largos períodos de hipotensión, hipoxemia y presión venosa central aumentada.⁴⁵

Este patrón da también lugar a una desconexión de la corteza cerebral del mundo exterior e interior. El tálamo y el tronco encefálico funcionalmente intactos preservan la capacidad para la conciencia. Otras vías paralelas que no hacen relevo a través del tálamo pueden participar en el mantenimiento de la capacidad para la conciencia en este patrón.⁴⁶

Estos trabajos sobre la presencia de daño axonal difuso con la corteza cerebral preservada –a partir de estudios anatomopatológicos en pacientes en EVP y en animales de experimentación–, sugieren que si la corteza cerebral se desconecta bruscamente de los sistemas activadores subcorticales, puede bloquear tanto la capacidad como el contenido de la conciencia.⁴⁷

Necrosis del tálamo

Este patrón está caracterizado por una necrosis selectiva del tálamo y, aunque la corteza no está totalmente exenta de lesiones, estas son focales y limitadas.⁴⁸ Ha sido explicado funcionalmente por distintos factores: herniación transtentorial

⁴² H.C. Kinney, M.A. Samuels. Ob. cit. En *Journal of Neuropathology and Experimental Neurology*, 1994; J.H. Adams, D.I. Graham, L.S. Murray *et al.* «Diffuse Axonal Injury Due to Nonmissile Head Injury in Humans: An Analysis of 45 Cases.» *Annual of Neurology*, 1982, 12: 557-63.

⁴³ M.D. Ginsberg, E.T. Hedley-Whyte, E.P. Richardson. «Hypoxic-Ischemic Leukoencephalopathy in Man.» *Archives of Neurology*, 1976; 33: 5-14.

⁴⁴ *Ibidem.*

⁴⁵ *Ibidem*; C. Machado. Ob. cit. En C. Machado (editor). *Brain Death*. Second International Symposium on Brain Death, 1995; H.C. Kinney, M.A. Samuels. Ob. cit. En *Journal of Neuropathology and Experimental Neurology*, 1994.

⁴⁶ C. Machado. Ob. cit. En C. Machado (editor). *Brain Death*. Second International Symposium on Brain Death, 1995.

⁴⁷ P. Plum. Ob. cit. En A. Peters (editor). *Cerebral Cortex*, 1991; H.C. Kinney, M.A. Samuels. Ob. cit. En *Journal of Neuropathology and Experimental Neurology*, 1994.

⁴⁸ C. Machado. Ob. cit. En C. Machado (editor). *Brain Death*. Second International Symposium on Brain Death, 1995; H.C. Kinney, M.A. Samuels. Ob. cit. En *Journal of Neuropathology and*

parcial o transitoria, edema cerebral que causa hipoxia e isquemia, y una vulnerabilidad intrínseca del tálamo.⁴⁹

Las lesiones del tálamo dan lugar a una desconexión de la corteza cerebral del mundo exterior, por lo que todo reconocimiento del medio se pierde.⁵⁰ La pérdida del contenido de la conciencia en este patrón no se debe solo a la destrucción de los núcleos talámicos sensoriales de relevo, ya que probablemente las lesiones de los núcleos talámicos de asociación constituyen el sustrato anatómico fundamental. Estos núcleos integran vías para el desarrollo de importantes funciones cognitivas y afectivas, como la atención al mundo exterior.⁵¹ Datos clínicos apoyan la idea de que lesiones de los núcleos talámicos, los cuales están ampliamente interconectados con una determinada corteza de asociación, resultan en una impotencia funcional similar al daño de la corteza de asociación misma.⁵² Por ejemplo, contrario a lo esperado, el estudio anatomopatológico del encéfalo de Karen Ann Quinlan mostró un daño mucho más prominente del tálamo, en comparación con la corteza cerebral.⁵³

La preservación de la capacidad para la conciencia en este patrón se debe al funcionamiento del tronco encefálico no afectado, así como otras vías paralelas que proyectan hacia la corteza cerebral sin hacer relevo en el tálamo.⁵⁴ Se ha enfatizado que el tálamo es fundamental para el contenido de la conciencia y menos esencial para el despertar.⁵⁵

¿Es irreversible la pérdida del contenido de la conciencia en el EVP?

El grupo de trabajo de varias sociedades de Estados Unidos sobre el EVP –The Multi-Society Task Force in PVS–, ha tratado de definir el uso de los términos «persistente» y «permanente». El término persistente se refiere a una condición de

Experimental Neurology, 1994; N.R. Relkin, C.K. Petito, F. Plum. «Coma and the Vegetative State Associated with Thalamic Injury After Cardiac Arrest.» *Annual of Neurology*, 1990; 28: 221; H.C. Kinney, J. Korein, A. Panigraphy *et al.* «Neuropathologic Findings in the Brain of Karen Ann Quinlan: The Role of the Thalamus in the Persistent Vegetative State.» *New England Journal of Medicine*, 1994; 330: 1469-75.

⁴⁹ H.C. Kinney, M.A. Samuels. Ob. cit. En *Journal of Neuropathology and Experimental Neurology*, 1994.

⁵⁰ *Ibidem*; C. Machado. Ob. cit. En C. Machado (editor). *Brain Death*. Second International Symposium on Brain Death, 1995.

⁵¹ H.C. Kinney, M.A. Samuels. Ob. cit. En *Journal of Neuropathology and Experimental Neurology*, 1994.

⁵² C. Machado. Ob. cit. En C. Machado (editor). *Brain Death*. Second International Symposium on Brain Death, 1995; H.C. Kinney, M.A. Samuels. Ob. cit. En *Journal of Neuropathology and Experimental Neurology*, 1994.

⁵³ H.C. Kinney, J. Korein, A. Panigraphy *et al.* Ob. cit. En *New England Journal of Medicine*, 1994.

⁵⁴ C. Machado. Ob. cit. En C. Machado (editor). *Brain Death*. Second International Symposium on Brain Death, 1995.

⁵⁵ H.C. Kinney, J. Korein, A. Panigraphy *et al.* Ob. cit. En *New England Journal of Medicine*, 1994.

trastorno funcional que se extiende desde el pasado hasta el momento en que se examina al paciente, y sin un pronóstico definido para el futuro; mientras que permanente denota irreversibilidad. El mencionado grupo de trabajo también ha señalado que «un paciente en estado vegetativo persistente se convierte en permanente cuando el diagnóstico de irreversibilidad se puede establecer con un alto grado de certeza clínica». ⁵⁶

En relación con la causa, se han propuesto períodos de observación para definir que un estado vegetativo persistente se convierta en permanente. ⁵⁷

Los pacientes en EVP reflejan la única situación en que se demuestra una aparente «disociación capacidad-contenido de la conciencia». ⁵⁸ Por el contrario, evidencias recientes han demostrado que interacciones córtico-subcorticales son imprescindibles para la activación de ambos componentes de la conciencia. ⁵⁹ En relación con lo anteriormente mencionado, surgen dos preguntas: ¿son capaces las estructuras subcorticales de mediar alguna forma de contenido de la conciencia? ¿Podría ocurrir una recuperación del contenido de la conciencia en el EVP? ⁶⁰

Estructuras subcorticales mediadoras del contenido de la conciencia

Existen abundantes evidencias de que estructuras subcorticales son capaces de mediar funciones del contenido de la conciencia. Plum ha enfatizado que «las vías no específicas que ascienden a partir del tronco encefálico y del diencefalo activan de modo importante e inseparable ambos componentes de la conciencia». ⁶¹ La participación del tálamo en el contenido de la conciencia ha sido previamente analizada.

Shewmon ha presentado, además, claras evidencias que indican una participación de las estructuras subcorticales en el contenido de la conciencia. ⁶² Animales experimentales, después de haberseles realizado una completa decorticación, son capaces de mostrar interacciones complejas con el medio que les rodea. ⁶³ En

⁵⁶ The Multi-Society Task Force on PVS. Ob. cit. En *New England Journal of Medicine*, 1994.

⁵⁷ *Ibidem*; C. Machado. Ob. cit. En C. Machado (editor). *Brain Death*. Second International Symposium on Brain Death, 1995.

⁵⁸ C. Machado. Ob. cit. En C. Machado (editor). *Brain Death*. Second International Symposium on Brain Death, 1995.

⁵⁹ *Ibidem*; s/a. Ob. cit. En *Journal of Neurosurgical Sciences*, 1994; y P. Plum. Ob. cit. En A. Peters (editor). *Cerebral Cortex*, 1991.

⁶⁰ C. Machado. Ob. cit. En C. Machado (editor). *Brain Death*. Second International Symposium on Brain Death, 1995.

⁶¹ P. Plum. Ob. cit. En A. Peters (editor). *Cerebral Cortex*, 1991.

⁶² D.A. Shewmon. «“Brain Death”: A Valid Theme with Invalid Variations; Blurred by Semantic Ambiguity.» En H. Angstwurm, I. Carrasco de Paula (editores). *Working Group on The Determination of Brain Death and its Relationship to Human Death*. Ciudad del Vaticano, Pontificia Academia Scientiarum, 1992: 23-51.

⁶³ J.R. Villablanca, J.W. Burgess, C.E. Olmstead *et al.* «Recovery of Function After Neonatal or Adult Hemispherectomy in Cats» (I y II). *Behavioral Brain Research*, 1986; 19: 205-26; 20: 1-18, 217-30.

lesiones de la corteza somestésica se detecta una evidente pérdida de la sensibilidad táctil, vibratoria y batiestésica; no obstante, se mantiene la posibilidad de una experiencia consciente de la sensibilidad dolorosa y térmica, mediada por estructuras subcorticales, probablemente el tálamo.⁶⁴ Este autor también comentó sobre dos hidranencefálicos (destrucción prenatal de los hemisferios cerebrales con cráneo intacto) que mostraban evidencias indiscutibles del contenido de la conciencia. Estos dos casos son ejemplos de la neuroplasticidad del tronco encefálico en neonatos.⁶⁵ Datos experimentales y clínicos muestran, que el tronco encefálico de neonatos es capaz potencialmente de desarrollar una función integrativa mucho más compleja de lo que se consideraba previamente, incluidas funciones apreciadas como corticales aun en animales.⁶⁶

Basados en estas evidencias, se ha sugerido la posibilidad de que en los anencefálicos se integren algunas funciones del contenido de la conciencia y que puedan desarrollar una experiencia subjetiva del dolor.⁶⁷ Por tanto, de acuerdo con Shewmon, el tronco encefálico y el diencefalo, en ausencia de la corteza cerebral, pueden mediar el contenido de la conciencia y una interacción consciente con el medio en humanos.

¿Pudiera ocurrir una recuperación del contenido de la conciencia en el estado vegetativo persistente?

El uso de la estimulación cerebral profunda (ECP) ha demostrado que los hemisferios cerebrales pueden mediar la capacidad para la conciencia y producir algún comportamiento vigil, aun después de una destrucción completa del sistema reticular activador ascendente a nivel del tronco encefálico. Hassler⁶⁸ empleó la ECP en «pacientes apalícos» y en «coma vigil» (antiguas maneras de referirse al EVP) y estimuló la formación reticular a nivel del tálamo y del palidum. Estos pacientes evidenciaron capacidad para la conciencia, así como una recuperación parcial en el contenido de esta. Katayama y colaboradores⁶⁹ también aplicaron la estimulación cerebral profunda a nivel del SRAA en casos en EVP y encontraron un aumento persistente de la latencia de P² (potencial relacionado con el

⁶⁴ A. Brodal (editor). *Neurological Anatomy in Relation to Clinical Medicine*. 3ra. ed. Nueva York, Oxford University Press, 1981: 394-447.

⁶⁵ D.A. Shewmon. Ob. cit. En H. Angstwurm, I. Carrasco de Paula (editores). *Working Group on The Determination of Brain Death and its Relationship to Human Death*, 1992.

⁶⁶ *Ibidem*; A. Brodal (editor). Ob. cit.

⁶⁷ D.A. Shewmon. Ob. cit. En H. Angstwurm, I. Carrasco de Paula (editores). *Working Group on The Determination of Brain Death and its Relationship to Human Death*, 1992; C. Machado. Ob. cit. En C. Machado (editor). *Brain Death*. Second International Symposium on Brain Death, 1995.

⁶⁸ R. Hassler, G. dalle Ore, O.A. Bricolo *et al.* «Behavioral and EEG Arousal Induced by Stimulation of Unespecific Projection Systems in a Patient with Post-Traumatic Apallic Syndrome.» *Electroencephalographic Clinical Neurophysiology*, 1969; 27: 306-10.

⁶⁹ Y. Katayama, T. Tsubokawa, T. Yamamoto *et al.* «Characterization of Brain Activity with Deep Brain Stimulation in Patients in a Persistent Vegetative State: Pain-Related Late Positive Component of Cerebral Evoked Potential.» *Pace*, 1991, 14: 116-21.

dolor),⁷⁰ lo cual indica una activación cortical no específica. Sturm y colaboradores han reportado el uso de la ECP a nivel talámico en un caso con una probable disfunción de la formación reticular talámica debido a la ruptura de un aneurisma en la porción distal de la arteria basilar.⁷¹ La ECP provocó reacciones autonómicas y conductuales, y el paciente pudo responder a preguntas simples. Kohadon y Richer, en una serie de 25 casos tratados en ECP, demostraron una mejoría evidente de la capacidad para la conciencia en 13 de ellos, con una recuperación del parcial del contenido, lo que le permitió llevar a cabo una relación interpersonal.⁷²

Algunos casos de diagnósticos mal realizados o de recuperación funcional han sido publicados por algunos autores. Se han descrito recuperaciones funcionales bien documentadas de funciones cognitivas en pacientes en quienes se habían aplicado correctamente los criterios diagnósticos de EVP por neurólogos bien entrenados en este proceder.⁷³ En realidad, la posibilidad de una restauración de la función cerebral por técnicas de rehabilitación actuales o aún no desarrolladas es un reto para el futuro.⁷⁴

Interacción capacidad-contenido para el desarrollo de la conciencia

El estado vegetativo persistente provee un modelo en el cual la capacidad para la conciencia está preservada, mientras que el contenido está aparentemente ausente.⁷⁵ Por tanto, se ha sugerido que ambos componentes de la conciencia «son mediados por sistemas anatómicos, neuroquímicos y/o fisiológicos diferentes».⁷⁶ No obstante, ha quedado demostrado que las estructuras subcorticales pueden mediar ambos componentes de la conciencia, aun con una ausencia total de la corteza cerebral, por lo que el contenido de la conciencia no depende solo de la función de la corteza —aunque es primariamente importante—, sino que es generado a partir de complejos mecanismos psicológicos y psíquicos debido a la interrelación del SRAA, del sistema límbico y del *cerebrum*.⁷⁷

⁷⁰ V. Sturm, A. Kühner, H.P. Schmidt *et al.* «Chronic Electrical Stimulation of the Thalamic Unspecific Activating System in a Patient with Coma Due to Midbrain and Upper Brain Stem infarction.» *Acta Neurochirurgica*, 1979; 47: 235-44.

⁷¹ *Ibidem.*

⁷² F. Kohadon, E. Richer. «Stimulation cérébrale profonde chez des patients en état végétatif post-traumatique. 25 observations.» *Neurochirurgie*, 1993; 39: 281-92.

⁷³ G.A. Rosenberg, S.F. Johnson, R.P. Brenner. «Recovery of Cognition After Prolonged Vegetative State.» *Annual of Neurology*, 1977; 2: 167-8; B. Steinbock «Recovery from Persistent Vegetative State? The Case of Carrie Coons.» *Hastings Cent Rep*, 1989; 19: 14-5.

⁷⁴ C. Machado. Ob. cit. En C. Machado (editor). *Brain Death*. Second International Symposium on Brain Death, 1995.

⁷⁵ s/a. Ob. cit. En *Journal of Neurosurgical Sciences*, 1994; C. Machado. Ob. cit. En C. Machado (editor). *Brain Death*. Second International Symposium on Brain Death, 1995.

⁷⁶ H.C. Kinney, M.A. Samuels. Ob. cit. En *Journal of Neuropathology and Experimental Neurology*. 1994.

⁷⁷ C. Machado. Ob. cit. En C. Machado (editor). *Brain Death*. Second International Symposium on Brain Death, 1995; P. Plum. Ob. cit. En A. Peters (editor). *Cerebral Cortex*, 1991.

Plum ha enfatizado que el SRAA activa e integra sustancialmente y de manera inseparable a ambos componentes de la conciencia (capacidad y contenido). Este autor también ha señalado una participación de las estructuras diencefalo-troncoencefálicas no solo en la capacidad para la conciencia, sino que toman parte en la generación del contenido.⁷⁸

Se han encontrado lesiones de la corteza cerebral en lesiones restringidas a los sistemas reticulares de activación diencefalo-mesencefálico. Estos hallazgos reflejan una degeneración transneuronal y sugieren que estos sistemas de activación subcorticales no solo activan la corteza cerebral sino también influyen tróficamente las neuronas corticales.⁷⁹

Varios autores han señalado importantes trastornos cognitivos y afectivos en lesiones que afectan las regiones mesencefalo-talámicas –con el consiguiente compromiso del SRAA– y preservación del resto de los hemisferios.⁸⁰

Otras observaciones clínicas y estudios experimentales en pacientes en EVP indican que puede coexistir un daño axonal difuso de vías subcorticales, con preservación prácticamente normal de la población neuronal de la corteza cerebral, por lo que se ha sugerido que una desconexión difusa de la corteza cerebral con sus sistemas subcorticales energizantes, de aparición brusca, puede bloquear tanto la capacidad como el contenido de la conciencia.⁸¹

Las consideraciones anteriores llevan a la conclusión de que no existe un lugar anatómico localizado que sea necesario y suficiente para la generación de la conciencia.⁸² La existencia de un núcleo fisiológico de la conciencia o de una unidad formación reticular/corteza ha sido discutido por Shewmon.⁸³ En un sentido amplio, este núcleo fisiológico de la conciencia o unidad formación reticular/corteza está conformado por interconexiones difusas entre el SRAA, estructuras subcorticales y la corteza cerebral.⁸⁴

⁷⁸ P. Plum. Ob. cit. En A. Peters (editor). *Cerebral Cortex*, 1991.

⁷⁹ C. Machado. Ob. cit. En C. Machado (editor). *Brain Death*. Second International Symposium on Brain Death, 1995; P. Plum. Ob. cit. En A. Peters (editor). *Cerebral Cortex*, 1991.

⁸⁰ P. Plum. Ob. cit. En A. Peters (editor). *Cerebral Cortex*, 1991; D.I. Katz, P.M. Alexander, A.M. Mandell. «Dementia Following Strokes in the Mesencephalon and Diencephalon.» *Archives of Neurology*, 1987; 44: 1127-33; M. Gentilini, E. de Renzi, G. Crisi. «Bilateral Paramedian Thalamic Artery Infarcts: Report of Eight Cases.» *Journal of Neurological Neurosurgical Psychiatry*, 1987; 50: 900-9.

⁸¹ P. Plum. Ob. cit. En A. Peters (editor). *Cerebral Cortex*, 1991.

⁸² D.A. Shewmon. Ob. cit. En H. Angstwurm, I. Carrasco de Paula (editores). *Working Group on the Determination of Brain Death and its Relationship to Human Death*, 1992; C. Machado. Ob. cit. En C. Machado (editor). *Brain Death*. Second International Symposium on Brain Death, 1995.

⁸³ D.A. Shewmon. Ob. cit. En H. Angstwurm, I. Carrasco de Paula (editores). *Working Group on The Determination of Brain Death and its Relationship to Human Death*, 1992.

⁸⁴ C. Machado. Ob. cit. En C. Machado (editor). *Brain Death*. Second International Symposium on Brain Death, 1995.

Una nueva definición de la muerte humana

Se puede concluir, por tanto, que la capacidad no puede diferenciarse y localizarse simplemente como una función del SRAA; y que el contenido de la conciencia es una función de la corteza cerebral. Importantes interconexiones entre el tronco encefálico, otras estructuras subcorticales y la corteza cerebral son imprescindibles para proveer e integrar ambos componentes de la conciencia.⁸⁵ De acuerdo con lo ya expuesto, está claro que es crucial la interacción de ambos componentes (capacidad y contenido) para proveer un comportamiento consciente normal.⁸⁶

Se presenta, entonces, una nueva formulación de la muerte humana que, por primera vez, incorpora a la conciencia –con sus dos componentes– como núcleo fundamental de dicha definición (tabla 2).

Tabla 2

Definición	Criterio	Pruebas diagnósticas
Pérdida irreversible de la conciencia (capacidad y contenido), por ser la función más integrativa del organismo y que provee los atributos humanos esenciales	Interrelaciones córtico-subcorticales para la generación de la conciencia	No respuesta de despertar a estímulo (<i>arousal</i>), no movimientos voluntarios, no funciones cognitivas ni afectivas

Consideraciones finales

En la época previa al desarrollo de los cuidados intensivos, el cese de la respiración y de la función cardiorcirculatoria daba lugar irremisiblemente al cese del funcionamiento del sistema nervioso central y como consecuencia a la muerte del individuo.⁸⁷ Por consiguiente, durante siglos, se consideró que «la pérdida irreversible de las funciones cardiorrespiratorias» era sinónimo de la muerte humana. Sin embargo, en la era de la terapia intensiva, esas funciones son irrelevantes para una definición de la muerte en el ser humano.⁸⁸

⁸⁵ *Ibidem*; D.A. Shewmon. Ob. cit. En H. Angstwurm, I. Carrasco de Paula (editores). *Working Group on The Determination of Brain Death and its Relationship to Human Death*, 1992; P. Plum. Ob. cit. En A. Peters (editor). *Cerebral Cortex*, 1991.

⁸⁶ P. Plum. Ob. cit. En A. Peters (editor). *Cerebral Cortex*, 1991.

⁸⁷ C. Pallis. Ob. cit. En R. Braakman (editor). *Handbook of Clinical Neurology: Head Injury*; y Ob. cit. En *Seminars in Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 1990; A. Halery, B. Brody. Ob. Cit.; J.L. Bernat. Ob. cit. En *Annual of Internal Medicine*, 1981; s/a. Ob. cit. En *Journal of Neurosurgical Sciences*, 1994; C. Machado. Ob. cit. En C. Machado (editor). *Brain Death*. Second International Symposium on Brain Death, 1995.

⁸⁸ C. Machado. Ob. cit. En C. Machado (editor). *Brain Death*. Second International Symposium on Brain Death, 1995.

Se ha enfatizado recientemente acerca de la importancia de las interacciones córtico-subcorticales necesarias, para activar e integrar ambos componentes de la conciencia (capacidad y contenido). Por tanto, se puede concluir que no se puede diferenciar y localizar simplemente la capacidad como una función del SRAA y el contenido como una función de la corteza cerebral. Son necesarias importantes interacciones córtico-subcorticales para desarrollar e integrar ambos componentes de la conciencia.⁸⁹ Estas interconexiones son delineadas en lo que Shewmon llamó «unidad formación reticular-corteza cerebral (FR/CC)».⁹⁰

Los avances crecientes de la civilización hacen posible, día a día, sustituir tecnológicamente las funciones del organismo humano.⁹¹ Puede surgir una pregunta: ¿existe alguna función que pueda ser remplazada, sin abolir los atributos esenciales del ser humano, y que pueda aún el organismo funcionar como un todo? Esta pregunta se puede hacer de otra manera: ¿cuál es la última función que se podría remplazar en un humano, sin que este se convierta en un «robot»?

Para analizar este aspecto se puede considerar un experimento hipotético. Imaginemos que se tienen las posibilidades tecnológicas de sustituir de manera progresiva todas las funciones del organismo en un paciente terminal, afectado por un cáncer pulmonar metastásico en estadio final. Cada vez que se detecta una metástasis, el órgano o el sistema afectado es remplazado por un dispositivo. Por esta vía se remplazan los pulmones y el resto de las vías respiratorias, el tubo digestivo, las cuatro extremidades, u otros; así, seguirían las sustituciones tecnológicas hasta continuar en el encéfalo. Las vías visuales se sustituirían por un sistema optoelectrónico especialmente diseñado; algo similar se realizaría con el sistema auditivo. Al final, casi todo el encéfalo es un dispositivo electrónico, pues el tronco encefálico, diencéfalo, ganglios basales y otros han sido sustituidos. La única estructura que no se ha sustituido es la unidad formación reticular-corteza cerebral (FR/CC), que está perfectamente interconectada con el resto del encéfalo electrónico y con el cuerpo artificial. Una pregunta entonces surge: ¿es este complejo electromecánico un ser humano? Por supuesto que sí es un ser humano. La FR/CC proveerá ambos componentes de la conciencia (capacidad y contenido) necesarios para un comportamiento consciente normal. En este enfermo nada ha cambiado acerca de su personalidad, pensamientos, recuerdos o afectos. La FR/CC mantendrá las características humanas esenciales y comandará e integrará el funcionamiento del resto de su encéfalo electrónico y de su cuerpo artificial.

⁸⁹ C. Machado. Ob. cit. En C. Machado (editor). *Brain Death*. Second International Symposium on Brain Death, 1995; P. Plum. Ob. cit. En A. Peters (editor). *Cerebral Cortex*, 1991.

⁹⁰ D.A. Shewmon. Ob. cit. En H. Angstwurm, I. Carrasco de Paula (editores). *Working Group on The Determination of Brain Death and its Relationship to Human Death*, 1992.

⁹¹ C. Machado. Ob. cit. En C. Machado (editor). *Brain Death*. Second International Symposium on Brain Death, 1995.

Para discutir una diferencia fundamental entre aquellas tendencias que definen la muerte humana como la «pérdida de la integración del organismo como un todo»,⁹² y aquellas que basan su definición en la «pérdida de características humanas esenciales»,⁹³ se puede proponer un nuevo experimento hipotético. La FR/CC se extrae quirúrgicamente del paciente antes mencionado, y en una preparación de laboratorio muy especial, se le puede suministrar sangre y oxígeno a dicha unidad. Una pregunta surge entonces: ¿será esta FR/CC un ser humano? Por supuesto que sí, porque la FR/CC proveerá ambos componentes necesarios para un comportamiento consciente (capacidad y contenido). Esta situación puede considerarse como una condición extrema de un «síndrome de enclaustramiento» (*locked-in*) y de un «síndrome de exclusión» (*locked-out*). Es decir, el paciente en esta situación no tiene ninguna posibilidad de expresar sus deseos, no puede realizar ninguna actividad motora, no puede desarrollar ninguna conducta voluntaria (síndrome de enclaustramiento). También está incapacitado para recibir información del mundo exterior (síndrome de exclusión). En esta condición mantiene sus atributos humanos esenciales, es decir, sus deseos, afectos, personalidad; sin embargo el organismo no está funcionando como un todo, pues no hay nada que integrar. Por tanto, este enfermo, a pesar de que su organismo no funciona como un todo, no está fallecido, pues sus características esencialmente humanas están preservadas.

De ahí que el punto crucial para una definición de la muerte humana es definir la función que provee los atributos esencialmente humanos. Sin embargo, no hay dudas en afirmar que la conciencia –considerando sus dos componentes: capacidad y contenido– provee los atributos esenciales que caracterizan al ser humano, pero también, al mismo tiempo, es la función más integradora del organismo. Ninguna función puede integrar, como la conciencia, el funcionamiento del organismo como un todo, cuando es posible.

Por tanto, la definición de la muerte humana que se propone toma como elementos fundamentales ambos componentes de la conciencia, los cuales, en primer lugar, proveen los atributos esencialmente humanos y también integran el funcionamiento del «organismo como un todo».⁹⁴

⁹² J.L. Bernat. «Ethical Issues in Neurology.» En R.J. Joynt (editor). *Clinical Neurology*. Filadelfia; J.B Lippincott, 1991: 1-105.

⁹³ R.M. Veatch. «The Definition of Death: Ethical; Philosophical; and Policy Confusion.» En J. Korein (editor). *Brain Death: Interrelated Medical and Social Issues*. Nueva York, Annual Nueva York Academy of Sciences, 1977; 315: 307-17.

⁹⁴ C. Machado. Ob. cit. En C. Machado (editor). *Brain Death*. Second International Symposium on Brain Death, 1995.

Muerte encefálica y estado vegetativo persistente. Controversias actuales

Ricardo Hodelín Tablada



El desarrollo alcanzado por las ciencias médicas en las últimas décadas, ha propiciado la introducción de nuevos conceptos imposibles de imaginar años atrás, como la muerte encefálica y el estado vegetativo persistente. La muerte, como hecho que afecta al ser humano, ha sido abordada de forma muy heterogénea según la concepción teológica, filosófica o científica que se tenga del mundo.

Esta heterogeneidad se debe a que las diferentes maneras de analizarla no siempre coinciden, mucho menos se complementan a plenitud. Cada una de ellas aspira a interiorizar, conocer y poseer el fenómeno de la muerte. Definir a una persona como muerta presupone que ningún tratamiento médico es posible para revertir la cesación de la vida. Variadas e interesantes son las definiciones y criterios sobre la muerte que desde hace varios años proponen diferentes autores.¹

¹ P. Rodríguez del Pozo. «La determinación de la muerte. Historia de una incertidumbre.» *JANO*, 1993; XLIV (1036): 23-9; R. Hodelín-Tablada. «Reflexiones actuales sobre la muerte.» *Rev Vida Médica* (Chile) 1995; 47 (3): 54-7; R. Hodelín-Tablada. «De la muerte clínica a la muerte encefálica.» *Rev Ecuatoriana de Neurología*, 1997; 6 (1, 2): 37-43; R. Hodelín-Tablada. «Morte encefálica. Dilemas atuais.» Parte I. *Rev Médica de Moçambique*, 1999; 7 (3-4): 15-8; C. Machado-Curbelo. «La muerte en el ser humano: una nueva definición.» *Cuadernos de Bioética*, 1999; (1):137-48; R. Hodelín-Tablada, D. Fuentes-Pelier. «Diagnóstico clínico de la muerte encefálica y empleo del *doppler* transcranial.»

En el siglo pasado, la muerte del ser humano se entendía según el criterio tradicional del cese de las funciones del corazón y los pulmones. En nuestros días, el poder mantener la función cerebral con asistencia mecánica en ausencia de respiración y latido cardíaco, así como la circulación e igualmente la respiración, aun con destrucción completa del encéfalo, han obligado necesariamente a redefinir la muerte.

En relación con el estado vegetativo persistente, este es un concepto propuesto por Jennett y Plum en 1972 para referirse a un tipo especial de pacientes con alteraciones de la conciencia y otras características que hasta entonces no se habían definido. Actualmente existe un interesante debate bioético en todo el mundo, ya que algunos autores han tratado de igualar ambas entidades, cuando en realidad considero que existen razones científicas suficientes para no aceptarlo. En este contexto presento mis consideraciones al respecto.

Criterios diagnósticos de la muerte encefálica

La muerte encefálica (ME) ha sido definida como «el cese irreversible de las funciones de todo el encéfalo, es decir, de los hemisferios cerebrales, el tallo y el cerebelo».² En Cuba, la Resolución 90 de Salud Pública constituye un logro de gran impacto social en nuestro país, pues permite regular legalmente la determinación y la certificación de la muerte en todo el territorio nacional, fruto del trabajo de la Comisión Nacional organizada al efecto, que laboró por más de diez años.³ Esta Resolución reúne una serie de aspectos novedosos a nivel internacional. Al legalizarse todos los aspectos vinculados con la determinación y la certificación de la muerte mediante una resolución ministerial (Ministerio de Salud Pública), y no por una ley emitida por el Parlamento, no se crean trabas para reevaluaciones y cambios futuros, según los avances científico-técnicos.

Rev Neurol, 2002; 34 (12): 1158-200; D.J. Michelson, S. Ashwal. «Evaluation of Coma and Brain Death.» *Sem Pediatr Neurol*, 2004; 11 (2): 105-18; K.A. Jellinger. «Parkinsonismo and Persistent Vegetative State After Head Injury.» *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2004; 75 (7): 1082-3; L.A. Siminoff, C. Burant, S.J. Youngner. «Death and Organ Procurement Public Beliefs and Attitude» *Soc Sci Med*, 2004; 59 (11): 2325-34; G. Szabo. «Physiological Changes After Brain Death.» *J Heart Lung Transplant*, 2004; 23 (9): 223-6; J.C. Flores, M. Pérez, S. Thambo *et al.* «Brain Death, Bioethics and Organ Transplantation.» *Rev Med Chil*, 2004; 132 (1): 109-18; C. Echeverría, A. Goic, M. Lavados *et al.* «The Diagnosis of Death.» *Rev Med Chil*, 2004; 132 (1): 95-107; R. Mizkaji, S. Pérez, I. Álvarez. «Brain Death: Epidemiology and Quality Control of Solid Organ Donor Generation.» *Transplant Proc*, 2004; 36 (6): 1641-4; L.H. Lowe, D.I. Bulas. «Brain Death.» *Intensive Care Med*, 2004; 30 (9): 1697-8.

² *Ibidem* 1. R. Mizkaji, S. Pérez, I. Álvarez, L.H. Lowe, D.I. Bulas. Sociedad Española de Neurofisiología Clínica (editor). *Diagnóstico neurofisiológico de muerte cerebral en la donación de órganos*. Madrid, SANED, 1986.

³ C. Machado Curbelo. «Resolución para la determinación y certificación de la muerte en Cuba.» *Rev Neurol*, 2003; (8): 763-71.

Precondiciones necesarias para realizar el diagnóstico

1. Coma de causa conocida y de carácter irreversible. Debe haber evidencia clínica o por neuroimagen de lesión destructiva en el sistema nervioso central compatible con la situación de muerte encefálica.
2. Inmediatamente antes de iniciar la exploración clínica neurológica hay que comprobar si el paciente presenta:
 - La tensión arterial sistólica no debe ser menor de 90 mm/Hg. Si el paciente está en *shock*, debe lograrse una estabilidad hemodinámica antes de aplicar los criterios diagnósticos.
 - Oxigenación y ventilación adecuadas.
 - Temperatura corporal central > 32° C.
 - Ausencia de alteraciones metabólicas, sustancias o fármacos depresores del sistema nervioso central que pudieran ser causantes del coma.
 - Ausencia de bloqueantes neuromusculares.

Criterios diagnósticos

- Coma arreactivo, sin ningún tipo de respuesta motora o vegetativa al estímulo doloroso aplicado en el territorio de los nervios craneales, por lo que las posturas de descerebración y de decorticación excluyen el diagnóstico. La presencia de actividad motora de origen medular espontánea o inducida no invalida el diagnóstico de la muerte encefálica.
- Ausencia de reflejos troncoencefálicos (reflejos fotomotor, comeal, oculocefálicos, oculo vestibulares, nauseoso y tusígeno).
- Prueba de atropina: no cambio de la frecuencia cardíaca después de la infusión intravenosa de 0,04 mg/Kg de sulfato de atropina.
- Apnea, demostrada mediante la prueba de la apnea, al comprobar que no existen movimientos respiratorios torácicos ni abdominales durante el tiempo de desconexión del respirador suficiente para que la PCO₂ en sangre arterial sea superior a 60 mm de Hg.
- Período de observación.

Siempre que el diagnóstico sea únicamente clínico, se recomienda repetir la exploración neurológica según los siguientes períodos:

- A las seis horas en los casos de lesión destructiva conocida.
- A las veinticuatro horas en los casos de encefalopatía anóxica.
- Si se sospecha o existe intoxicación por fármacos o sustancias depresoras del sistema nervioso central, el período de observación debe prolongarse, según criterio médico, de acuerdo con la vida media de los fármacos o sustancias presentes y las condiciones biológicas generales del paciente.
- Los períodos de observación reseñados pueden acortarse, según criterio médico, de acuerdo con las pruebas instrumentales.

Condiciones que dificultan el diagnóstico

Determinadas situaciones clínicas pueden dificultar o complicar el diagnóstico clínico de muerte encefálica, al impedir que la exploración neurológica sea realizada de una forma completa o con la necesaria seguridad. Tales condiciones son:

- Pacientes con lesiones graves del macizo craneofacial o cualquier otra circunstancia que impidan la exploración de los reflejos troncoencefálicos.
- Intolerancia a la prueba de la apnea.
- Hipotermia (temperatura central inferior a 32° C), no corregible.
- Intoxicación o tratamiento previo con dosis elevadas de fármacos o sustancias depresoras del sistema nervioso central.
- Niños menores de un año de edad.

Pruebas instrumentales de soporte diagnóstico

Desde un punto de vista científico no son obligatorias, excluyendo las siguientes situaciones:

- Las referidas como condiciones que dificultan el diagnóstico de muerte encefálica.
- Ausencia de lesión destructiva cerebral demostrable por evidencia clínica o por neuroimagen.
- Con el fin de complementar el diagnóstico y acortar el período de observación, sería recomendable la realización de alguna prueba instrumental.
- En el caso particular de que la causa del coma sea de localización infratentorial, la prueba instrumental que se vaya a realizar debe demostrar la existencia de una lesión irreversible de los hemisferios cerebrales (electroencefalograma, potenciales, evocados multimodales y el electrorretinograma, o prueba de flujo sanguíneo cerebral).

El número y tipo de pruebas diagnósticas instrumentales que se vayan a realizar debe valorarse de forma individual, atendiendo a las características particulares de cada caso y a las contribuciones diagnósticas de las técnicas empleadas.

En el informe del Comité de Harvard de 1968, se estableció que cuando se cumplen los criterios de ME los reflejos espinales están ausentes. Estudios posteriores han demostrado que estos reflejos pueden estar presentes, por lo que carecen de valor en el diagnóstico de la ME. Iván, en un estudio con 52 pacientes, encontró que existían reflejos de tracción muscular en el 35% de los casos.⁴ La conservación de estos reflejos se explica por el hecho de que la necrosis afecta

⁴ L.P. Iván. «Spinal Reflexes in Cerebral Death.» *Neurol*, 1973; 23: 650-2.

las estructuras encefálicas, pero deja ídemne la médula espinal. En este sentido, el caso en ME puede ser considerado como un individuo espinal. Además de los reflejos espinales, pueden aparecer también movimientos que interesen los músculos espinales, sobre todo de los miembros y en ocasiones del tronco. La mayoría de las veces son provocados por estímulos propioceptivos o cutáneos, pero con menos frecuencia aparecen espontáneamente. Estos son siempre movimientos estereotipados, carentes de intención.

Otro elemento que se debe tener presente cuando examinamos a un paciente en ME, es que al desconectarlo del ventilador pueden presentarse movimientos espontáneos de los miembros superiores. Ropper observó en cinco casos de ME un tipo especial de movimiento de los miembros superiores, cuya aparición ocurrió cinco minutos después de la desconexión del ventilador.⁵ Este movimiento al que llamó signo de Lázaro, consistió en una flexión brusca de los antebrazos con desplazamiento de estos hacia el esternón, el cuello o el mentón. Después de algunos segundos los miembros volvían a colocarse a los lados del cuerpo.

Cumplidos rigurosamente los criterios y aceptando que pueden estar presentes los reflejos espinales, podemos definir el momento de la muerte tomando como parámetro no al corazón, sino al encéfalo. Se considera a una persona muerta clínicamente cuando en ella se ha producido una degeneración irreversible de las funciones del encéfalo. Cuando esto sucede la vida del sujeto es completamente irrecuperable.

Aspectos filogenéticos, anatómicos y fisiológicos

Analizados los criterios diagnósticos de la ME, veamos a continuación sus fundamentaciones neurológicas, para lo cual me basaré en aspectos filogenéticos, anatómicos y fisiológicos.

Filogenia En los organismos unicelulares no hay sistema nervioso, así como tampoco especialización, ya que una sola célula realiza todas las funciones. El sistema nervioso aparece cuando la pluricelularidad obliga a la especialización como única forma de mantener adecuadamente una vida más complicada, con mayores requerimientos para su mantenimiento, crecimiento y reproducción.

El sistema nervioso es consecuencia del desarrollo progresivo en la escala filogenética de células altamente especializadas en irritabilidad y conductividad.⁶ Estas células son muy excitables, capaces de transmitir a otras su excitación, destinadas a poner en conocimiento del organismo la naturaleza y composición del

⁵ A.H. Ropper. «Unusual Spontaneous Movements in Brain Death Patients.» *Neurol*, 1984; 34: 1089-92.

⁶ R. Hodelín-Tablada. «Morte encefálica. Dilemas actuais.» Parte II. *Rev Médica de Moçambique*, 1999; 7 (3-4): 19-22.

medio que lo rodea, los cambios que constantemente se producen. De aquí su carácter integrador de todas las funciones.

El sistema nervioso representa el mayor grado de organización y actividad de la célula. Basados en estos aspectos filogenéticos y considerando que la vida es el «estado de actividad de los seres organizados»⁷ y la máxima representación de ese estado es el sistema nervioso, no podemos hablar de vida cuando no exista actividad nerviosa demostrada.⁸ La no existencia de actividad nerviosa implica la pérdida total del funcionamiento de todo el encéfalo, el cual constituye el verdadero coordinador de las funciones del organismo como un todo.

Anatomía. Desde el punto de vista anatómico, el sistema nervioso se divide en central y periférico. El sistema nervioso central incluye todas las estructuras situadas dentro del estuche óseo craneovertebral, es decir, el encéfalo y la médula espinal. El encéfalo a su vez está integrado por los hemisferios cerebrales, el diencéfalo, el cerebelo con sus dos hemisferios y el vermis, así como el tronco encefálico, compuesto a su vez por el mesocéfalo, la protuberancia y el bulbo raquídeo.

Así, suscribo que para aceptar la ME deben dejar de funcionar todas las estructuras que anatómicamente componen el encéfalo. Si existe al menos función de alguna de ellas ya no estamos ante el diagnóstico de ME. Por eso es necesario que deje de funcionar todo el encéfalo, no solamente el cerebro.

Fisiología. El sistema nervioso desempeña el papel dirigente en la regulación de todos los procesos fisiológicos.⁹ Todas las excitaciones que actúan sobre el organismo procedentes del exterior son captadas en este sistema con ayuda de los órganos de los sentidos y los nervios craneales. En respuesta a la excitación, tiene lugar el cambio en la función de los distintos órganos, la adaptación del organismo al ambiente.

Esta nivelación o equilibrio constituye la base de la actividad vital del organismo, y se realiza a través de sinapsis e interconexiones de las diferentes vías aferentes y eferentes, coordinadas por el encéfalo como un todo. Si bien algunos reflejos pueden integrarse solamente en el tronco encefálico, es imposible una adecuada vida de relación, así como que todos los órganos, aparatos y sistemas funcionen coordinadamente si no existe la coordinación del encéfalo como un todo. De ahí que haga énfasis en la necesidad de demostrar el cese de las funciones del encéfalo como un todo.

⁷ *Diccionario terminológico de ciencias médicas.* La Habana, Editorial Científico Técnica, 1977: 1052.

⁸ R. Hodelín-Tablada. «Acercamiento bioético a la muerte encefálica.» *Rev Genes*, 1995; 12: 20-3; R. Hodelín-Tablada. «Consideraciones sobre la muerte encefálica.» En *Varios enfoques y un hecho: la muerte.* Santiago de Cuba, Editorial Oriente, 1995; 189: 26-9.

⁹ *Ibidem*; R. Hodelín-Tablada. *Muerte encefálica. Dilemas actuales.* Monografía que obtuvo el Premio Anual de la Salud 1995, otorgado por el Consejo Provincial de Sociedades Científicas en Santiago de Cuba, 1995: 8-17.

Por otra parte, fisiológicamente, el corazón, en condiciones normales, sobrevive a la interrupción del riego sanguíneo hasta una hora, los riñones hora y media, el hígado veinte a treinta minutos, los pulmones de treinta a sesenta minutos, mientras que en el encéfalo después de los tres minutos ya existe sufrimiento neuronal importante. Asimismo, a los ocho minutos se ha demostrado muerte celular.

Siendo así, cuando diagnosticamos la ME con el criterio de todo el encéfalo, tendremos la certeza clínica de que ocho minutos después ya existe muerte celular. De aquí que en muchos países se exija un período de observación después de diagnosticar la muerte encefálica, con el cual concuerdo plenamente.

Otros argumentos

Analicemos otros argumentos. Como es conocido, en la evolución filogenética las células se unen para formar tejidos, los cuales a su vez constituyen los órganos. Estos últimos, al agruparse, conforman aparatos y sistemas. Aparato es un conjunto de órganos que actúan interrelacionados para ejecutar una función común, independientemente de su constitución histológica. Sistema es un conjunto de órganos que actúan interrelacionados para ejecutar una función común e histológicamente derivan de una categoría de tejido.

Así, se puede puntualizar que en el organismo el sistema nervioso es un verdadero ejemplo de sistema, constituido histológicamente por neuronas y neuroglías, las cuales conforman el tejido nervioso. Este origen histológico garantiza la interrelación, el funcionamiento. Si las pruebas diagnósticas evidencian que no hay funcionamiento del encéfalo, he aquí otro motivo para aceptar la ME como el cese de las funciones del encéfalo.

En mi experiencia práctica, al aplicar el criterio de todo el encéfalo para diagnosticar la ME,¹⁰ he encontrado, conjuntamente con otros autores, edema y necrosis cerebral importante que afectaba a todo el encéfalo,¹¹ lo cual se puede esgrimir como otro elemento a favor.

El hecho de la irreversibilidad en el cese de las funciones siempre debe tenerse presente. La mejor manera de garantizar que una lesión ha producido un daño irreversible es a través de un correcto examen físico neurológico, unido a

¹⁰ R. Hodelín-Tablada. «Bioética y muerte encefálica.» *Revista Científica Estudiantil* 16 de Abril, 1996; 189: 26-9; R. Hodelín-Tablada, H. Núñez-Gil, N. Noya-González, M. Blanco-Granda. «Estudio clínico patológico de la muerte encefálica.» *Rev Neurol*, 1997; 25 (142): 859-62; R. Hodelín-Tablada. «Electrorretinograma y potenciales evocados visuales en la muerte encefálica.» *Rev Neurol*, 2000; 31 (6): 593-9; R. Hodelín-Tablada. «Muerte encefálica. En defensa del criterio de todo el encéfalo.» *Cuadernos de Bioética*, 2001; 44 (1): 82-93; R. Hodelín-Tablada. «Morte encefálica. Novos aspectos na discussão.» *Revista Cadernos de Bio-ética*, 2001; XII (25): 95-109.

¹¹ M. Ochmichen. «Brain Death: Neuropathological Findings and Forensic.» *Sci Int*, 1994; 69: 205-9; N. Ujihira, Y. Hashizume, A. Takahashi. «A Clinical Neuropathological Study on Brain Death.» *Nagoya J Med Sci*, 1993; 56: 89-99.

las modernas técnicas electrofisiológicas e imagenológicas. Estos elementos adecuadamente utilizados nos permiten afirmar que ha dejado de funcionar el encéfalo como un todo.

Precisamente en estas direcciones –mejorar el examen físico neurológico conjuntamente con los conocimientos neuroanatómicos y desarrollar nuevas tecnologías para el diagnóstico– debe encaminarse el futuro, con el objetivo de lograr cada día una mayor veracidad científica en el diagnóstico de la ME. Múltiples trasplantes se realizan actualmente en todo el mundo, cada vez con mejores resultados. El poder mantener estos avances depende en gran medida de que todos estemos convencidos científicamente y aceptemos desde el punto de vista ético el diagnóstico de la ME.

Por otra parte, creo que la posibilidad de un trasplante completo de encéfalo no será posible, al menos en los próximos años. A diferencia de lo que sucede con otros órganos, en el encéfalo existen todavía múltiples vías e interconexiones no bien estudiadas ni conocidas. Así, pues, además de las dificultades técnicas, plantearía otros dilemas éticos, jurídicos, filosóficos y morales no fáciles de resolver.

En consecuencia, estaremos aceptando que la ME –entendida como *el cese irreversible de las funciones de todo el encéfalo*– es la verdadera muerte, el punto más allá del cual no es posible el retorno. Es evidente que no hay razón científica para hablar de vida cuando se pierde la actividad funcional del encéfalo como un todo. Pensemos entonces en cuánto beneficio podemos ofrecer a los pacientes necesitados de un riñón, un corazón u otro órgano para seguir viviendo.

Estado vegetativo persistente

La primera descripción ciertamente científica del estado vegetativo persistente (EVP) apareció publicada en abril de 1972 por la revista *Lancet*.¹² El trabajo titulado «Estado Vegetativo Persistente consecutivo a daño cerebral. Un síndrome en busca de un nombre», unió en su autoría a dos prestigiosos neurocientíficos, un neurocirujano y un neurólogo.

Fueron ellos Brian Jennett, conocido neurocirujano británico y Freud Plum de nacionalidad estadounidense, uno de los más connotados neurólogos del siglo xx, que ya era conocido por su magnífico libro *El diagnóstico del estupor y el coma*. El artículo marcó el inicio de esta enfermedad como entidad clínica propiamente dicha.

Los autores definían al EVP como una condición clínica caracterizada por inconsciencia con preservación total o parcial de las funciones del tallo e

¹² B. Jennett, F. Plum. «Persistent Vegetative State After Brain Damage. A Syndrome in Search of Name.» *Lancet*, 1972; 1: 734-7.

hipotálamo. Estos pacientes se reponen de un sueño tipo coma, tienen ciclos sueño/vigilia con despertares, apertura de los ojos, así como reactividad limitada a posturas primitivas, además de movimientos reflejos de las extremidades, sin lograr verbalizar.

Este estado combina el retorno a la vigilia con una ausencia total de la función cognoscitiva. Los afectados mantienen control respiratorio, niveles normales de tensión arterial, pero no tienen respuestas motoras discretas de localización, e igualmente no pronuncian palabras comprensibles. En general, el cuadro clínico es muy variado. El grupo de trabajo de la Multisociety Task Force on PVS,¹³ integrado entre otros por Ashwal, Cranford, Bernert y Celesia –que se cuentan entre los que más publicaciones tienen sobre EVP– ha planteado que el diagnóstico puede realizarse de acuerdo con los siguientes criterios:

- No evidencia de conciencia de sí o del medio e incapacidad para interactuar con otros.
- No evidencia de reacciones conductuales mantenidas, reproducidas deliberadas o voluntarias frente a estímulos visuales, auditivos, táctiles o nociceptivos.
- Vigilia intermitente que se manifiesta por ciclos de sueño y vigilia.
- No evidencia de comprensión o expresión del lenguaje.
- Funciones hipotalámicas y autonómicas del tallo encefálico preservadas suficientemente como para permitir la supervivencia con el cuidado médico y de enfermería.
- Incontinencia vesical y rectal.
- Preservación variable de los reflejos del tallo encefálico (pupilar, oculocefalogeno, corneal, vestibular, nauseoso), además de los reflejos espinales.

Los pacientes mantienen un estado cíclico pero irregular de sueño circadiano, un tipo de vigilia que no se acompaña de ninguna expresión detectable de conducta de autoconciencia, reconocimiento específico de estímulos externos o indicio sistemático de atención a reacciones aprendidas. Por lo general no están inmóviles. Ellos pueden mover el tronco o las extremidades en forma significativa, en ocasiones sonríen, algunos pueden verter lágrimas.

Un análisis seriado de diferentes grupos demostró que rara vez son capaces de comprender comandos simples luego del primer año, si no lograron hacerlo antes de los seis primeros meses.¹⁴ Son pacientes que aun estando durante largos

¹³ S. Ashwal, R. Cranford, J.L. Bernet, G. Celesia, D. Coulter, H. Eisenberg *et al.* «Medical Aspects of the Persistent Vegetative State.» First of the two parts. *New Eng J Med*, 1994; 330 (21): 1499-508.

¹⁴ L. Dávila-Maldonado. «Estado vegetativo crónico persistente.» *Rev Mex Anest*, 1993; 16: 74-80; S. Laureys, A.M. Owen, N.D. Schiff. «Brain Function in Coma, Vegetative State and Related Disorders.» *Lancet Neurol*, 2004; 3 (9): 537-46; J.E. Riggs. «Medical Ethics, Logic Traps and Game Theory: An Illustrative Tale of Brain Death.» *J Med Ethics*, 2004; 30 (4): 359-61; C.H.

períodos con los ojos abiertos, no resulta posible obtener en ellos evidencia empírica alguna de conciencia de sí mismos o del medio circundante, ni tener ningún tipo de comunicación significativa, pues no emiten lenguaje; aunque realizan gestos faciales, estos son esporádicos sin guardar relación consistente con estímulos.

La inconsciencia conlleva a la pérdida de todos los pensamientos, sensaciones, deseos. Solo permanecen las funciones vegetativas, así como también los reflejos. De este modo, si se les administra alimentos, el sistema vegetativo funciona, los riñones producen orina, los pulmones y el corazón siguen movilizandando aire y sangre. Pueden presentar signos hipotalámicos como sudoración generalizada, respuestas motoras flácidas; algunos adquieren movimientos mioclónicos no habituales. Dichas actividades son inconscientes no deliberadas.

Como hemos visto anteriormente, debido a la relativa preservación de los reflejos del tallo encefálico, la mayoría de ellos mantienen buenos reflejos pupilares y movimientos oculares. Pueden presentarse también con desigualdad pupilar, anisocoria, reflejos vestibuloculares limitados o con oftalmoplejías internucleares u otras anomalías oculomotoras relacionadas con el tallo encefálico. En ocasiones hay parálisis del III nervio craneal y presentan falta de seguimiento visual mantenido.

No tienen fijación visual de los objetos ni siguen los movimientos con los ojos. Tampoco poseen reflejo de parpadeo a estímulos externos. Cuando están en transición del EVP a un estado de conciencia uno de los primeros signos más rápidamente observados es la aparición del seguimiento visual mantenido. A menudo exhiben reflejos auditivos primitivos inconscientes o de orientación visual, caracterizados por el giro de la cabeza y los ojos hacia sonidos o movimientos periféricos.

En raras ocasiones, en pacientes que se mantienen en EVP por varios meses o hasta años se ha observado algún grado de seguimiento o fijación visual mantenida brevemente, lo cual se considera mediado por estructuras del tallo encefálico. No obstante, debemos ser cuidadosos en extremo al emitir un diagnóstico de EVP cuando hay algún grado de seguimiento visual mantenido, fijación visual estable o reflejo de parpadeo a los estímulos externos.

En 1998, Johkura *et al.*¹⁵ describieron un tipo de mirada fija llamada fijación sacádica en ping pong (FSPP). La fijación en ping pong, o fijación alternante periódica de ciclos cortos, consiste en una desviación horizontal conjugada

Stepan, G. Haindinger, T. Binder. «Prevalence of Persistent Vegetative-apallyc Syndrome in Vienna.» *Euro J Neurol*, 2004; 11 (7): 461-6; R. Noda, Y. Maeda, A. Yoshino. «Therapeutic Time Window for Musicokinetic Therapy in a Persistent Vegetative State After Brain Damage.» *Brain Inj*, 2004; 18 (5): 509-15.

¹⁵ K. Johkura, A. Komiyama, M. Tobita, O. Hasegawa. «Saccadic Ping-pong Gaze.» *J Neuroophthalmol*, 1998; 18 (1): 43-6.

alternante de la mirada por períodos de pocos segundos. Esta fijación alternante ha sido decrita como lenta, suave. Ellos realizaron estudios electrooculográficos a cuatro pacientes inconscientes con fijación en ping pong y obtuvieron ondas lentas en uno y pseudorrotaciones sacádicas en tres.

La capacidad de supervivencia en EVP requiere la preservación de las funciones autónomas del tallo encefálico y el hipotálamo. La mayoría de los que sobreviven por un tiempo prolongado mantienen temperatura corporal normal, capacidad de respirar, sistema cardiovascular funcionando. En general, conservan los reflejos nauseosos, tusígeno, de succión, deglución. Con excepción de una falta de coordinación para masticar y deglutir, la función gastrointestinal se mantiene casi normal.

Como indica la supervivencia prolongada en algunos pacientes, la función autónoma es suficiente para mantener la regulación interna por tiempo prolongado, por lo que las necesidades externas deben recibir una atención constante. Epilepsia e hidrocefalia se han presentado como complicaciones tardías.

Otros síntomas y signos que pueden aparecer en el cuadro clínico son: parpadeo, bostezo, respuestas a estímulos dolorosos, signos piramidales, expresión emocional, cuadruplejías, hemiplejías, contractura muscular, alteraciones en los reflejos de estiramiento muscular, rigidez de descerebración así como atavismos.¹⁶

Su origen es muy variado, y se citan como causas más frecuente los traumatismos craneoencefálicos, aunque una gran variedad de entidades pueden llevar al EVP. Desde el punto de vista didáctico es útil la siguiente clasificación.¹⁷

I. Lesiones agudas:

1. Traumáticas:

- Traumatismos craneoencefálicos severos
- Politraumatizados complejos
- Traumatismos perinatales.

¹⁶ R. Hodelín-Tablada. «Estado vegetativo persistente. Paradigma de discusión actual sobre alteraciones de la conciencia.» *Rev Neurol*, 2002; 34 (11): 1066-79; R. Hodelín-Tablada. *Estado vegetativo persistente. Una nueva teoría basada en las funciones del tallo encefálico y fundamentaciones bioéticas*. Monografía que obtuvo el Premio Anual de la Salud 2003, otorgado por el Consejo Provincial de Sociedades Científicas en Santiago de Cuba, 2003: 23-36.

¹⁷ E. Diamond. «Nutrition and Hydration: Patients in the Persistent Vegetative State.» *Origins*, 2004; 33 (43): 741-4; S. Rifkinson Mann. «Legal Consequence and Ethical Dilemmas of Pain Perception in Persistent Vegetative State.» *J Health Law*, 2003; 36 (4): 523-48; S. Laureys, M.E. Faymonville, X. de Tiège *et al.* «Brain Function in the Vegetative State.» *Adv Exp Med Biol*, 2004; 550: 229-38; D.A. Shewmon. «The ABC on PVS: Problems of Definition.» *Adv Exp Med Biol*, 2004; 550: 215-28; L.H. Strens, G. Mazibrada, J.S. Duncan *et al.* «Misdiagnosing the Vegetative State After Severe Brain Injury: The Influence of Medication.» *Brain Inj*, 2004; 18 (2): 213-8; W.J. Smith. «Waking from the Death.» *First Things*, 2003; 136: 21-3; A. Shiel, L. Gellin, B. Wilson *et al.* «Difficulties in Diagnosing the Vegetative State.» *Br J Neurosurg*, 2004; 18 (1): 5-7.

2. No traumáticas:
 - Encefalopatías isquémicas hipóxicas:
 - Asfixia perinatal
 - Paro cardiorrespiratorio
 - Enfermedades pulmonares
 - Hipertensión mantenida.
 - Enfermedades cerebrovasculares:
 - Hemorragia intracraneal espontánea
 - Infartos cerebrales
 - Hemorragia subaracnoidea.
 - Infecciones del sistema nervioso:
 - Meningoencefalitis bacteriana
 - Empiema
 - Abscesos cerebrales.
 - Tumores del sistema nervioso:
 - Glioblastoma multiforme
 - Astrocitoma
 - Meduloblastoma
 - Metástasis.
 - Intoxicaciones y trastornos metabólicos agudos.
- II. Trastornos metabólicos y degenerativos:
- En adultos:
 - Enfermedad de Alzheimer
 - Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob
 - Enfermedad de Parkinson
 - Corea de Huntington
 - Otras demencias.
 - En niños:
 - Leucodistrofia metacromática
 - Enfermedad de Tay Sachs
 - Encefalopatías mitocondriales
 - Otros trastornos degenerativos de la sustancia gris o la sustancia blanca cerebral.
- III. Malformaciones congénitas:
- Anencefalia
 - Hidranencefalia
 - Hidrocefalia congénita y síndromes relacionados
 - Encefaloceles graves y síndromes malformativos relacionados
 - Esquizoencefalia
 - Lisencefalia
 - Craneosinostosis
 - Otros defectos graves del desarrollo cerebral.

Enfoque bioético

Para realizar un enfoque bioético del tema que nos ocupa, vamos a plantearnos tres interrogantes que desarrollaré a manera de tópicos.

¿Persistente o permanente?

En ocasiones se ha traducido del inglés *persisten* como «permanente». En este sentido, es bueno tener presente que la búsqueda de la precisión sintáctica puede llevarnos a la imprecisión semántica. Diego Gracia¹⁸ suscribe que el estado vegetativo comienza siendo persistente, pero, o es reversible, o acaba haciéndose permanente. Esto tiene significativas consecuencias médicas, razón por la cual conviene distinguir bien las dos situaciones.

Al estado vegetativo permanente le es consustancial la irreversibilidad, cosa que no sucede en la fase de estado vegetativo persistente. Lo anterior cobra particular relevancia ya que en los estados permanentes, por tanto irreversibles, las obligaciones derivadas del principio de no maleficencia son muy distintas a las que existen en otras situaciones. Conductas que en el estado vegetativo permanente pueden resultar perfectamente lícitas, se calificarían de intolerables e ilícitas en situaciones de reversibilidad clínica.

Plum, casi veinte años después de su descripción original, definió el síndrome como una condición temporal (*estado vegetativo*) o persistente (*estado vegetativo persistente*) que ocurre en aquellos pacientes en los que después de haber sufrido importantes daños cerebrales reaparecen los ciclos sueño/vigilia, pero no recuperan ninguna actividad conductual voluntaria ni de orientación respecto a sí y al medio.¹⁹

Por otra parte, el grupo de trabajo de la Multisociety Task Force on PVS ha tratado de definir el uso de los términos «persistente» y «permanente». Para ellos «persistente» se refiere a una condición de trastorno funcional que se extiende del pasado al momento en que se realiza el examen clínico y que no tiene un pronóstico definido, mientras que «permanente» denota irreversibilidad. Un estado vegetativo persistente se convierte en permanente cuando el diagnóstico de irreversibilidad se puede establecer con un alto grado de certeza clínica.

Aquí podríamos preguntarnos, ¿cuál es el alto grado de certeza clínica?; ¿cuáles son los síntomas y signos que demuestran irreversibilidad? Considero que la propuesta para utilizar «permanente» no queda clara. Deberían existir criterios clínicos específicos para el uso del término «permanente», como este propio Grupo ha establecido en el caso del diagnóstico positivo.

¹⁸ D. Gracia. «El estado vegetativo persistente y la ética.» *JANO*, 1994; 47 (1106): 29-31.

¹⁹ F. Plum. «Coma and Related Global Disturbances of the Human Consciousness State.» En A. Peters (editor). *Cerebral Cortex*. Vol. 9. Nueva York, Plenum Publishing Corporation, 1991: 359-425.

El tiempo de observación en el estado vegetativo para añadir el calificativo persistente también ha variado. Unos prefieren esperar 12 meses después de un trauma, así como 3 meses después de un daño hipóxico. Otros abogan por esperar de 1 a 3 meses después de un daño hipóxico y de 3 a 6 meses después de un trauma. Jennett y Plum, en su reseña original, prefieren usar «persistente», ya que aceptan la posibilidad –al menos teórica– de una recuperación neurológica total o parcial.

Considero que es más adecuado utilizar el término «persistente», ya que «permanente» infiere irreversibilidad, hecho que no siempre sucede, como se ha visto en casos descritos por la literatura médica. En consecuencia, proponemos llamarle estado vegetativo a los que cumplen los criterios de la Multisociety Task Force on PVS y añadir el calificativo «persistente» después de un período de observación de 1 a 3 meses para pacientes con daño hipóxico y de 3 a 6 meses para los que sufren daño traumático.

¿Vivos o muertos?

Las opiniones en torno a este asunto son muy variadas. Algunos los han definido como muertos. Wikler sostiene que los que se encuentran en EVP no son personas, están muertos debido a la pérdida de su identidad personal.²⁰ Una encuesta realizada en 1993 a 500 neurólogos dictaminó los siguientes resultados. La mitad pensaba que debían ser calificados como muertos, el 94 % defendía que ellos estarían mejor muertos. Otros pretenden incluso extender la definición de muerte encefálica (ME) a los estados de inconsciencia permanente.²¹

Asimismo, homologar EVP con ME es una de las controversias actuales más discutidas en el campo bioético internacional. Estoy en desacuerdo con aceptar que la ME es igual al EVP, así lo he defendido en otros trabajos.²² Existen razones científicas suficientes para demostrarlo. La ME se sustenta en principios biológicos que nos definen la irreversibilidad del proceso.

En el estado de ME se han perdido las funciones de todo el encéfalo (hemisferios cerebrales, tallo y cerebelo), y se ha demostrado científicamente que al perderse la actividad del sistema nervioso superior no hay vida. Si entendemos que la vida es el estado de actividad de los seres organizados, y la máxima representación de ese estado es el sistema nervioso, no podemos hablar de vida cuando no existe actividad nerviosa superior demostrada –como sucede en la

²⁰ D. Wikler. «Who Defines Death? Medical, Legal and Philosophical Perspectives.» En C. Machado (editor). *Brain Death*. Second International Symposium on Brain Death, Elsevier Science BV, 1995: 18-23.

²¹ K. Payne, R. Taylor, C. Stocking, G. Sachs. «A National Survey of Physicians Attitudes Regarding the Care of Patients in Persistent Vegetative.» En Maclean Conference on Clinical Medical Ethics and Patient Care, 5th Annual, 1993.

²² R. Hodelín-Tablada. «Estado vegetativo persistente. Otros aspectos en el análisis bioético.» *Revista Cuadernos de Ética*, 2001; 29: 69-80; R. Hodelín-Tablada. «Actualización en estado vegetativo persistente.» Universidad Virtual de Salud. Sección de Super cursos, 2004. <http://bvs.sld.cu/sc/lecciones.html>.

ME–, por tanto, aceptaremos que la ME es la verdadera muerte, el punto más allá del cual no es posible el retorno.

Algo bien diferente sucede con el EVP, donde hay estructuras del sistema nervioso tan importantes como el tallo encefálico y el hipotálamo que pueden conservar sus funciones. A estos enfermos –no obstante el grave daño que han sufrido sobre el sistema nervioso– debe considerárseles vivos, con posibilidades anatómicas estructurales para recuperar funciones. Así se ha comprobado en casos bien documentados por la literatura.

Ellos no cumplen los criterios de muerte ni desde el punto de vista neurológico, o sea ME, ni desde el punto de vista cardiopulmonar. Por otra parte, su expectativa de vida –la mayoría de las veces– es superior a los seis meses, por lo que tampoco puede llamárseles terminales. Esto quiere decir que deben ser incluidos en la categoría de enfermos crónicos no terminales, la cual se caracteriza desde el punto de vista moral según el principio de no maleficencia, por la obligación de brindarles todas los medios terapéuticos y de cuidado.

Calixto Machado ha propuesto en los últimos años una nueva e interesante definición de muerte humana como «pérdida irreversible de la capacidad y del contenido de la conciencia». En el EVP se halla ausente el contenido de la conciencia, mientras que la capacidad está conservada. Si le aplicamos esta definición, quedaría incompleto el concepto de muerte humana y tendríamos que admitir a los que se encuentran en EVP como vivos.

«Neomuertos» ha sido el neologismo acuñado por Willard Gayling –citado por Diego Gracia– para denominarlos, ya que para él lo único que tienen muerto es el neocórtex. En realidad, no conozco ninguna legislación que acepte este criterio de muerte. Si aprobamos que en el EVP hay muerte cortical, debemos recordar los planteamientos de los que establecen la ME como «cese irreversible de las funciones de la corteza». Interesante teoría para los que aseguran que la muerte es la pérdida de personalidad, memoria, sentimientos y otras funciones que se integran a nivel cortical.

Esta teoría no incluye el análisis de los reflejos integrados a nivel del tallo encefálico ni las funciones del organismo como un todo. Razonadamente pienso que es incompleta para definir la ME, así como para alegar que los diagnosticados como EVP están muertos. Me pregunto entonces, conjuntamente con otros autores, ¿quién se atrevería a enterrar a estos pacientes que tienen los ojos abiertos, duermen y se despiertan? Creo que nadie.

También existen referencias de la llamada muerte social. Para algunos investigadores los socialmente muertos son aquellos que, como en el EVP, carecen de la esencia de ser persona. No los consideran personas al tener en cuenta que han perdido –cuando deja de funcionar su corteza– la base fisiológica de lo que es más importante para la persona.

En las discusiones anglosajonas, para negarles el carácter de seres humanos, se plantea que sus vidas serían «*meaningless*», traducido por Serami como «sin

utilidad para el resto y sin satisfacción para sí mismos». ²³ De ser así, cabría la expresión destacada por Cecchetto para murientes «ya no hay nada que hacer», ²⁴ tan popularizada por la televisión, el cine, y que en realidad jamás resulta verdadera, como apunta este bioeticista.

Contrariamente a los anglosajones que le llaman *meaningless*, puede decirse que no existen elementos científicos para asegurar que no tienen satisfacción subjetiva al dormir y despertar. Sí son útiles para sus familias, que los cuidan adecuadamente, los alimentan y no desean verlos muertos. Por otra parte, siempre habrá algo que hacer encaminado a tratar las infecciones, los síntomas que presentan, satisfacer necesidades vitales básicas como alimentación, hidratación, confort, etcétera. Estudios bien documentados aseguran que la opinión pública y los profesionales de la medicina recibirían un duro golpe al definir los cuerpos de los pacientes en EVP como muertos. Nosotros seguimos aceptándolos como vivos.

¿Retirar el soporte vital?

En este tópico revisaré diferentes posiciones en cuanto a retirar la hidratación, nutrición, además de otros medios o tratamientos que sostienen la vida. Veamos algunos enfoques diversos.

En 1989, la Academia Americana de Neurología editó un documento donde clasificaba la hidratación e igualmente la nutrición artificial como formas de tratamiento médico, y sugería que los enfermos o sus representantes legales podrían decidir terminar el tratamiento y que no había diferencias éticas entre suspender el tratamiento o demorarlo. ²⁵ Una encuesta de la Asociación Americana de Neurología aportó que el 88% estaba de acuerdo en lo relacionado con adultos, pero solo el 72% rubricó que era aplicable a lactantes y niños. Además, el 75% puntualizó que no suspendería la nutrición ni la hidratación a niños en EVP. ²⁶

De la encuesta que ya comenté, realizada en 1993 a 500 neurólogos, se desprende que menos de la mitad entendía que cualquiera de las enfermedades de estos pacientes debían tratarse agresivamente; más de las tres cuartas partes afirmaban que un plan universal de atención de salud debía interrumpir el pago de los tratamientos a estos enfermos. Diez argumentaban que era ético retirar o suspender la hidratación y la nutrición, y dos tercios sugerían que era ético utilizar los órganos para trasplantes.

²³ A. Serami. «Perplejidades en la neurociencia contemporánea: el caso de los pacientes en estado vegetativo persistente.» *Cuadernos de Bioética*, 1995; 22 (2): 157-9.

²⁴ S. Cecchetto. «Curar o cuidar. Bioética en el confín de la vida humana.» Buenos Aires, AdHoc S.R.L. Villela Editor, 1999: 21-2.

²⁵ «Position of the American Academy of Neurology on Certain Aspects of the Care and Management of the Persistent Vegetative State Patient: Adopted by the Executive Board.» American Academy of Neurology, 21 de abril de 1988. Cincinnati, Ohio. *Neurology*, 1989; 39: 125-6.

²⁶ R.B. Daroff. «The American Neurological Association Survey Results on PVS.» Presented the 115th Annual Meeting of the American Neurological Association. Atlanta, 14-17 de octubre, 1990.

En Japón fueron encuestados 317 médicos miembros de la Sociedad Japonesa de Apoplejía, de los que 206 respondieron el cuestionario completo. Solo el 37% aclaraba que podrían retirarse la hidratación y la nutrición artificial en los que no comunicaron previamente sus deseos; el 17% reconocía que podrían retirarse en aquellos que sí lo comunicaron y la familia concordaba.²⁷ Evidentemente, hay una tendencia mayor entre los médicos japoneses a no retirar los tratamientos.

Gherardi, en Argentina, distingue que hoy resulta lícito avanzar sobre la posición de permitir la llegada de la clásica muerte (cardíaca) por la interrupción de la hidratación y/o alimentación en el EVP.²⁸ María Graciela de Ortúzar, también en Argentina, en cuanto a este tema de suspender la hidratación y la nutrición, justifica que no existe necesidad de recurrir a una nueva definición de muerte que incluya a los EVP.²⁹ La alternativa en estos casos –dice la autora– es la eutanasia. Concuero en que retirar el soporte vital puede considerarse eutanasia, asunto interesante que no entro a debatir por no ser objetivo de este trabajo.

Lamau *et al.* en Francia hacen énfasis en que la reflexión se realice entre el debate bioético y la ética filosófica tradicional.³⁰ Consultar las decisiones ha sido lo habitual en algunos países. A veces la Corte autoriza retirar el soporte de vida si el sujeto antes ha expresado que lo desearía, en caso de encontrarse en esa situación. Otras veces ha denegado la autorización, como sucedió con Edna Folz. Esta señora de 72 años, se encontraba en un estado avanzado de la enfermedad de Alzheimer que la llevó a un EVP. La Corte Suprema de Wisconsin no autorizó retirar el tratamiento de sostén de la vida, alegando que ese no sería el mejor interés de la mujer. Los jueces, además, manifestaron su preocupación porque, en las dos últimas décadas, se notaba un incremento de malas interpretaciones éticas e igualmente legales sobre estas decisiones.

Serami, muy acertadamente, separó las posiciones en dos grupos: aquellos que piensan que los pacientes en EVP son personas dignas de cuidado, de respeto, que no se les puede privar al menos de los mínimos cuidados médicos, de una adecuada alimentación, de una esmerada atención de enfermería, y los que sustentan que estos no son seres humanos o que aun siéndolo se encuentran en un estado tal que la vida no merece ser vivida.³¹

²⁷ A. Asai, M. Maekawa, I. Akiguchi, T. Fukui, Y. Miura, N. Tanabe *et al.* «Survey of Japanese Physicians Attitudes towards the Care of Adult Patients in Persistent Vegetative State.» *J Med Ethics*, 1999; 25 (4): 302-8.

²⁸ C.R. Gherardi. «Definición de muerte; la polémica continúa.» *Rev Perspectivas Bioéticas en las Américas*, 1998; 6: 130-3.

²⁹ M.G. de Ortúzar. «Una crítica a la definición esencialista de la muerte.» *Perspectivas Bioéticas en las Américas*, 1997; 4: 39-58.

³⁰ M.L. Lamau, B. Ladore, P. Boite. «From “The Ethical Treatment of Patients in a Persistent Vegetative State” to a Philosophical Reflection on Contemporary Medicine.» *Theor Med*, 1997; 18 (3): 237-62.

³¹ *Ibidem* 23.

Los que se incluyen en la segunda posición creen que no es obligatorio brindarles atención médica específica, y estiman que podría ser legítimo privarlos de la alimentación e hidratación para dejarlos morir, ya sea a solicitud de la familia o del propio paciente por medio de una declaración de intención hecha con anterioridad a la enfermedad. Una idea clara de estas posturas –citada por Serami– ha podido observarse a raíz de la polémica suscitada en Inglaterra en torno a Anthony Bland, un joven en EVP que falleció luego de retirársele la alimentación con autorización judicial.³²

Opiniones maximamente contrastadas emitieron Keith Andrews, médico especialista en rehabilitación neurológica y en el cuidado de pacientes en EVP y Raanan Gillon, filósofo dedicado a la ética, editor jefe del *Journal of Medical Ethics*. Para Raanan Gillon, la alimentación por sonda nasogástrica o gastrostomía constituye un tratamiento médico que, como todo tratamiento, puede ser suspendido a solicitud del enfermo o cuando este se considere inútil.³³ Dado que según Gillon todo tratamiento supone la intención, la perspectiva de un beneficio, y que la mera prolongación de la vida en estos casos no puede ser considerada como tal, se estaría autorizado para suspender la hidratación.

La intención en estas situaciones sería suspender un tratamiento inútil y no necesariamente matar a la persona. Además, debe tenerse en cuenta que el paciente inconsciente compite por recursos médicos que son escasos y que la comunidad está obligada a racionalizar. La posición del doctor Andrews deriva de su experiencia en el cuidado y rehabilitación de pacientes en EVP, campo en el cual, a juzgar por los resultados que presenta, ha tenido un éxito superior a los encontrados en una literatura más pesimista.

Para Andrews la alimentación por la vía normal nunca puede ser considerada un tratamiento médico. La sonda nasogástrica o el tubo de gastrostomía podrían serlo, pero no la alimentación.³⁴ El propósito del retiro de la alimentación no puede ser otro que causar la muerte del paciente por deshidratación e inanición, cosa que no solo el médico sino que ninguna persona estaría autorizada a hacer. Para reforzar lo arbitrario que resulta el calificar el estado de estos pacientes como que no merece ser vivido, Andrews argumenta que su calidad de vida podría ser evaluada como muy buena, ya que están siendo nutridos, hidratados, abrigados, están seguros, sin preocupaciones.

Cuando juzgamos acerca de la mala calidad de vida de estos sujetos lo que estamos juzgando –dice el autor– es cuán afectada se encuentra nuestra propia calidad de vida a causa del cuidado del enfermo. Por último, hace notar que

³² R.S. Shapiro. «In re Edna MF: Case Law Confusion in Surrogate Decision Making.» *Theor Med Bioeth*, 1999; 20 (1): 45-54.

³³ R. Gillon. «Patients in the Persistent Vegetative State: A Response to Dr Andrews.» *Brit Med J*, 1993; 306: 1602-3.

³⁴ K. Andrews. «Recovery of Patients After Four Months or More in the Persistent Végetative State.» *Brit Med J*, 1993; 306: 1597-1600.

en su cuidado y rehabilitación existe el riesgo de la «profecía autocumplida», es decir, el pronóstico es malo, por lo cual no se ofrece tratamiento y de esa forma, efectivamente, logramos que el pronóstico sea malo.

Sobre este aspecto de la «profecía autocumplida» deseo comentar el sugestivo aporte de Alan Shewmon *et al.* aparecido en 1999.³⁵ Este conocido neuropediatra estadounidense y su grupo describen cuatro niños entre 5 y 17 años que nacieron con severas malformaciones congénitas, ausencia total, o casi total, de la corteza cerebral. Contrariamente a lo esperado, ninguno evolucionó hacia el EVP. Desarrollaron respuestas afectivas apropiadas, tenían preferencia musical, buena función visual, orientación, conocían a los familiares y llegaron a tener interacción social.

Según Shewmon *et al.*, estas habilidades reflejan la plasticidad vertical de estructuras como el diencéfalo y el tallo encefálico, y llaman la atención sobre la necesidad de tratar adecuadamente a estos enfermos para evitar el riesgo de la «profecía autocumplida». Esta plasticidad cerebral o neuroplasticidad descrita por Shewmon *et al.*, ha sido definida como la adaptación funcional del sistema nervioso central para minimizar los efectos de las alteraciones estructurales o fisiológicas, sea cual fuere la causa que la origina.

Se produce gracias a la capacidad de cambios estructurales, funcionales que tiene el sistema nervioso por influencias exógenas, las cuales pueden ocurrir en cualquier momento de la vida. La explicación anatómica a este fenómeno se ha dado a través de lo que se conoce como sistemas secundarios paralelos del cerebro que no entramos a detallar por no ser objetivo de este trabajo. La neuroplasticidad podría explicar el porqué de la recuperación lograda por algunos pacientes que ya destacamos anteriormente.

Volviendo a lo comentado, coincidimos con Andrews en que es una actitud incorrecta, arbitraria, calificar el estado de estos pacientes como no merecido de ser vivido. Desde el punto de vista ético, constituye un atentado contra la dignidad del ser humano retirar la hidratación y la nutrición a un enfermo en EVP, a pesar de que sabemos lo difícil que resulta una integración completa de todas las funciones perdidas. El solo hecho de pensar en la posibilidad que existe de alcanzar algún tipo de relación con el medio, nos obliga a considerarlos como vivos y brindarles la asistencia médica que necesitan como tales. Los casos publicados de mejoría clínica avalan nuestro planteamiento.

Consideraciones finales

Finalmente, considero en esta controversia entre ME y EVP que realmente son entidades diferentes, cada una con sus características propias, por tanto,

³⁵ D.A. Shewmon, G.L. Holmes, P.A. Byrne. «Consciousness in Congenitally Decorticate Children: Developmental Vegetative State as Self-fulfilling Prophecy.» *Dev Med Child Neurol*, 1999; 41 (6): 364-3.

no pueden ser homologadas. En el estado de ME se han perdido las funciones de todo el encéfalo, y se ha demostrado científicamente que al perderse la actividad del sistema nervioso superior no hay vida. Si entendemos que la vida es el estado de actividad de los seres organizados y la máxima representación de ese estado es el sistema nervioso, no se puede hablar de vida cuando no existe actividad nerviosa superior demostrada –como sucede en la ME–, por tanto, aceptaremos que la ME es la verdadera muerte, el punto más allá del cual no es posible el retorno.

Por otra parte, el EVP es una condición clínica caracterizada por inconciencia con preservación total o parcial de las funciones del tallo y el hipotálamo. Como he aclarado, son seres humanos que duermen y despiertan. Si existe al menos alguna función de las estructuras que componen el encéfalo, ya debemos aceptar que estamos frente a una persona viva y actuar consecuentemente. No es ético tomar una decisión arbitraria de retirar un tratamiento médico cuando conocemos que existe la posibilidad anatómica estructural para restablecer funciones. Las bien estudiadas teorías de neuroplasticidad refuerzan nuestro planteamiento.

Aunque no resulta fácil determinar en los casos concretos la medida exacta de nuestra obligación hacia ellos, es posible que estas puedan variar de acuerdo con las circunstancias concretas de cada país, de cada familia. Lo que sí está claro –al menos es mi criterio– es que no tenemos el derecho a decidir dejar de brindar una determinada asistencia médica a una persona viva. A diferencia de lo que sucede en la ME, donde sí se han perdido todas las funciones del encéfalo y, por tanto, el individuo puede ser considerado como muerto, en el EVP se mantiene actividad de grupos neuronales encefálicos.

Nuevamente quiero destacar –aún a riesgo de ser reiterativo– que es nuestra obligación moral cumplir con los principios éticos e igualmente continuar la asistencia médica calificada a los enfermos en EVP. La evidencia de casos bien documentados en la literatura médica nos permite afirmar que –como se ha demostrado científicamente– no solo debemos, sino que también podemos recuperar algunos de estos enfermos, a pesar del grave daño que han sufrido sobre el sistema nervioso.

Principios para la determinación y la certificación de la muerte en Cuba. Consideraciones de *lege data*

Leonardo B. Pérez Gallardo

La muerte nos recuerda que estamos hechos para la vida, porque esta no será posible sin aquella; pero también nos recuerda que hay un tiempo cuya duración ignoramos, durante el cual hemos de despertar cada mañana y decir: «Buenos días vida; hoy voy a vivirte, no puedo evitarlo, porque mi propia muerte hace que lo desee.»

RÍOS MARTÍN



Una espera que valió la pena

Aproximadamente una década discurrió, hasta que el 27 de agosto de 2001 el entonces Ministro de Salud Pública firmara la Resolución 90 en la que se contienen los «Principios para la Determinación y Certificación de la Muerte en Cuba». En efecto, la década de los noventa fue decisoria para la cobertura legal de los criterios diagnósticos de la muerte en Cuba en correspondencia con el enunciado, abstracto y general, que ofrece el artículo 26.1 del vigente Código Civil. Más de doce versiones circularon sobre el Proyecto de Resolución, cuyo principal artífice fue, sin duda, el profesor Calixto Machado Curbelo, del Instituto de Neurología y Neurofisiología, que en su condición de presidente de la Comisión Nacional para el Diagnóstico de la Muerte Encefálica, se erigió en el principal propulsor de la norma citada, y que incansablemente fue defensor de la necesidad de dar cobertura legal a los criterios nacionales para el diagnóstico de la muerte encefálica,¹ que de hecho se aplicaban en las instituciones hospitalarias autorizadas para ello.

¹ En una publicación dirigida por el propio profesor Machado Curbelo (*Criterios cubanos para el diagnóstico de la muerte encefálica*. La Habana, Editorial Ciencias Médicas, 1992: 6), el autor, en coautoría con los profesores Pérez Pérez y García García, propone como criterios los siguientes:

1. Coma arreactivo.

El año 1992 sentó pautas en tal sentido, pues bajo la presidencia del propio profesor Machado Curbelo se organizó el I Simposio Internacional sobre Muerte Encefálica, celebrado en La Habana en el mes septiembre, al cual asistieron personalidades eminentes de la neurología mundial² y filósofos de renombre en los países del Primer Mundo.³ En este Simposio y en los dos que le sucedieron en febrero del año 1996 y en el mismo mes del año 2000,⁴ se planteó la necesidad, por los juristas cubanos asistentes, de una norma legal que ofreciera tutela y seguridad jurídica en torno a la regulación de los criterios para la determinación de la muerte en Cuba, contrastando las realidades ofrecidas por otros ordenamientos jurídicos europeos y latinoamericanos que ya lo tenían positivizados.⁵ Al reclamo de los juristas se unía también el del gremio de los médicos, el de los filósofos y el de los psicólogos, contestes todos en la imperiosa necesidad de la norma, pues la praxis médica demostraba que los profesionales requerían de un cuerpo legal el cual permitiera una aplicación homogénea de los criterios cubanos sobre muerte encefálica, dotado además de la coercibilidad y coactividad de todo instrumento legal.

De esta manera, los nombrados Simposios constituyeron una importante fuente para la elaboración de la Resolución 90/2001, al brindar la experiencia en el contexto mundial de la voz de sus propios protagonistas: los médicos que en

2. Lesión irreversible e irreparable del encéfalo. Deben destacarse formas no irreversibles de coma: intoxicación por drogas, hipotermia, *shock*, comas anóxicos, etcétera.

3. Ausencia de reflejos integrados en el tronco encefálico (cefálicos).

4. Prueba de atropina negativa.

5. Silencio eléctrico cerebral (SEC).

6. Apnea, comprobada con la prueba de apnea.

7. Período de observación.

8. Pruebas confirmatorias para un diagnóstico precoz (opcionales):

a) Aplicación de una batería de pruebas conformada por los potenciales evocados multimodales y la electroretinografía (ERG).

b) Panangiografía cerebral.

Tales criterios estaban sustentados en la experiencia acumulada por la doctrina científica internacional y en concreto por los resultados de investigaciones desarrolladas en el Instituto de Neurología y Neurocirugía y en el Hospital Hermanos Ameijeiras. (*Nota del autor.*)

² Entre ellos el eminente profesor inglés Christopher Pallis, que impartió dos brillantes conferencias sobre los temas: «Muerte: evolución del concepto» y «Muerte del tallo encefálico. Los criterios del Reino Unido». (*Nota del autor.*)

³ Ello respondía a una de las recomendaciones que aparecen consignadas en C. Machado Curbelo *et al.* *Criterios cubanos para el diagnóstico de la muerte encefálica*. Ob. cit.: 34-5. (*Nota del autor.*)

⁴ Me refiero al II y al III Simposios sobre el Coma y la Muerte. (*Nota del autor.*)

⁵ En este orden de ideas, ver el artículo científico que escribí antes de la aprobación de la Resolución 90/2001 de 27 de agosto, en el que se hace un estudio de derecho comparado de la materia: Leonardo B. Pérez Gallardo. «Un enfoque filosófico y jurídico en torno a los criterios para la determinación y certificación de la muerte, con especial referencia al criterio neurológico.» *La Revista del Foro de Cuyo* [Mendoza, Argentina], 2002; 54:17-76; *Revista del Colegio de Abogados de Puerto Rico*, abril-junio, 2002; 63 (2): 50-108 y *Actualidad Civil* [Lima], marzo 2003; 112: 59-83. (*Nota del autor.*)

su bregar diagnostican la muerte y los juristas que en unos casos diseñan las bases de las normas legales y en otros las aplican. A ello se adiciona la experiencia acumulada por quienes conformaron la comisión encargada de su elaboración, a saber: profesionales de la medicina correspondientes al Instituto de Neurología y Neurocirugía, Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras, Instituto de Medicina Legal, entre otros, y a profesionales del Derecho pertenecientes al Departamento de Derecho Civil y de Familia de la Facultad de Derecho de la Universidad de La Habana,⁶ Cátedra de Derecho de la Salud de la Escuela Nacional de Salud Pública y, por supuesto, la Dirección Jurídica del Ministerio de Salud Pública, responsables de su presentación al propio Ministro para su aprobación ulterior.

Gracias a las largas, pero fructíferas, sesiones de trabajo, se fue perfeccionando el Proyecto de Resolución hasta llegar a la que definitivamente fue aprobada. En aquellas históricas sesiones, se acordó la jerarquía de la norma en la que debían estar contenidos los criterios de determinación de la muerte; lo innecesario de llevar a ella una definición acabada de muerte; la inclusión no solo del criterio neurológico, sino también del cardiorrespiratorio y del que ofrece el médico legista en situaciones forenses; la vía del anexo como la más idónea para consignar los signos ciertos de la muerte; lo oportuno de disponer la creación de una comisión *ad hoc* que revise, cuando las circunstancias así lo aconsejen, los criterios para la determinación de la muerte, a los efectos de atemperarlos al desarrollo de la ciencia y de la técnica y, por último, la propia denominación de la norma, que responde, en definitiva, a su ámbito de aplicación atinente a los principios que sustentan no solo la determinación de la muerte sino también a su certificación.

La Resolución 90/2001 de 27 de agosto del Ministro de Salud Pública: una norma jurídica ad hoc reguladora de los criterios para la determinación y certificación de la muerte

Como ya lo había anunciado en otra oportunidad,⁷ resulta laudable de la citada Resolución el constituir un cuerpo legal limitado a regular los criterios diagnósticos

⁶ Durante el período 1993-1997 y a raíz, precisamente, del I Simposio Internacional sobre Muerte Encefálica, nuestro Departamento docente, en coordinación con el Grupo de Ética Clínica del Hospital Hermanos Ameijeiras, el Instituto de Medicina Legal y el Instituto de Neurología y Neurocirugía, dirigió varias investigaciones que culminaron con importantes tesis de licenciatura sobre temas de derecho médico, entre los que se incluyen, en primer orden, el relativo a los criterios diagnósticos de muerte y, en especial, el neurológico. Investigaciones que también recomendaron la imperiosa necesidad de una norma legal en este sentido. (*Nota del autor.*)

⁷ Leonardo B. Pérez Gallardo. «Un enfoque filosófico y jurídico en torno a los criterios para la determinación y certificación de la muerte, con especial referencia al criterio neurológico.» Ob. cit.: cita 8.1.

para la determinación de la muerte, así sea el destino que pueda darse al cadáver y, con ello, a los órganos y tejidos contenidos en aquel. La norma no tiene otras pretensiones que, en concreto, aprobar para todo el Sistema Nacional de Salud cubano los principios informantes de la determinación y certificación de la muerte, cualesquiera sean las circunstancias en que sobrevenga el desenlace de nuestra vida, y así se pronuncia en su Por cuanto tercero.⁸

Logra así el derecho cubano un importante hito en la regulación de la muerte y de sus criterios diagnósticos, al romper con la unidad contextual en el orden normativo de las leyes sobre dación y trasplantes de órganos y tejidos humanos *in vivo* o *post mortem* como hemos podido constatar en la mayoría de los cuerpos normativos consultados,⁹ en los que resulta una constante el hecho de la regulación de ambas situaciones en una misma norma jurídica, que limita en algunos casos, a los fines del trasplante, la inserción únicamente del criterio neurológico, tal y como sucedió en España. Luego entonces, a partir del 27 de agosto de 2001, contamos en Cuba con una norma jurídica que complementa lo previsto por el artículo 26.1 del Código Civil y, en plena armonía en el contexto jurídico cubano, se inscribe como norma de referencia para procederes médicos como la ablación e implante de órganos y tejidos cadavéricos, cuyos principios más elementales, si bien de forma incompleta, se esbozan en la Ley No. 41/1983 de 15 de julio de 1983 Ley de Salud Pública, y en el Decreto No. 139/1988 de 22 de febrero contentivo del *Reglamento* de la citada Ley, sin perder en todo caso la autonomía de la que son acreedores, tanto los criterios diagnósticos de muerte, como la dación y trasplante de órganos y tejidos humanos.

También cabe argüir lo relativo a la naturaleza del instrumento normativo empleado para la aprobación de los citados principios, a saber, una resolución ministerial del ramo, en el caso, del Ministerio de Salud Pública. Particular que amerita reflexión ya que si bien, a pesar de no estar ubicada esta norma, próxima a la cúspide de la pirámide normativa, no por ello se le resta importancia. Todo lo contrario, permite flexibilizar y hacer más dúctil cualquier proceso de modificación o, incluso, derogación ulterior de la propia Resolución Ministerial cuando así las circunstancias, venidas de la mano de los cambios de la ciencia y la técnica, lo hagan aconsejable a los fines de actualizar los criterios positivizados, para acompasar los dictados del derecho a los acontecimientos científicos que discurren en el campo de las ciencias médicas.

Por último, otro valor de la norma cuya exégesis ocupa estas páginas lo es el que su autor, siguiendo el viejo brocardico romano que reza: *omnis definitio in iure civile periculosa est*, atribuido a Javoleno, evita definir un hecho jurídico

⁸ En su recto sentido, el citado POR CUANTO expresa: «Se hace necesario aprobar para el Sistema Nacional de Salud “los principios para la determinación y certificación de la muerte”, en los que se tomen en cuenta las circunstancias y condiciones que el personal médico aplique, en nuestro territorio, cada uno de los criterios diagnóstico de la muerte de la persona.» (Nota del autor.)

⁹ *Ibidem* 5: *passim*. (Nota del autor.)

de ribetes tan polémicos no solo en sede de derecho, sino también en el orden médico, ético, filosófico, etcétera, como es la muerte, por lo que se limita a dar respuesta a la genérica fórmula normativa consagrada en el artículo 26.1 del Código Civil sin ofrecer una definición legal, con pretensiones de alcance general, para todo el ordenamiento jurídico.

Principios para la determinación y certificación de la muerte

Puntualicemos cuáles son, en definitiva, los principios reconocidos por la norma en estudio que permite delimitar su objeto de aplicación.

Como principios en fin, se limita la *Resolución* a consagrar en cinco apartados y dos pormenorizados ANEXOS los más puntuales aspectos relativos al tema, sin que se particularicen en otros extremos que ya vienen reconocidos por la Ley N° 51/1985 de 15 de julio, Ley del Registro del Estado Civil y su Reglamento, contenido en la Resolución N° 157 de 25 de diciembre de 1985 del Ministro de Justicia, y en la Ley N° 41/1983 de 13 de julio Ley de la Salud Pública, y en el Decreto No. 139/1988 de 22 de febrero contentivo del Reglamento de la citada Ley; Resolución N° 4 del Ministerio de Salud Pública de la República de Cuba de 30 de enero de 1992, que aprueba y pone en vigor el Reglamento general sobre manipulación de cadáveres y restos humanos, ellos entre otros cuerpos legales.

El médico como personal facultativo para la determinación de la muerte de las personas naturales

Nítida resulta la propuesta del autor de la norma en cuestión que, en franca avenencia con el legislador del Código Civil, colma lo dispuesto por el artículo 26.1 de este texto legal al enunciar: «La determinación de la muerte de la persona natural y su certificación se hace por el personal facultativo autorizado, conforme a las regulaciones establecidas por el organismo competente.» De suerte que con lo formulado en el APARTADO PRIMERO de la *resolución* se esparce la bruma que rodeaba cualquier intento de mínima hermenéutica del precepto en cuestión, al asignarle el cometido de la determinación y certificación de la muerte «al personal facultativo», cuando lo cierto es que más que a dicho personal, dentro del cual pueden estar incluidos otros profesionales que se desempeñan en el área de las ciencias médicas sin ser propiamente médicos titulados, el precepto en cuestión nos convoca a una interpretación *strictu sensu*, hoy ya esclarecida a través de la citada Resolución.

El APARTADO PRIMERO exige al efecto dos requerimientos habilitantes los cuales se yuxtaponen, a saber:

- a) que el médico esté en ejercicio, de lo cual se colige que quedarán excluidos aquellos que titulados en medicina ya se han jubilado o los que su título ha sido inhabilitado;

b) que el médico esté inscrito en el Registro de Profesionales de la Salud.¹⁰

Para ello el médico deberá atenerse a alguno de los criterios diagnósticos regulados en los anexos correspondientes, y será suficiente que el diagnóstico lo haga un solo médico, a menos que se trate del criterio neurológico, cuyos parámetros determinativos están previstos en el ANEXO II de la Resolución, supuesto para el cual se prevé en el APARTADO TERCERO la creación de una comisión de especialistas designados por resolución del propio director de cada una de las instituciones acreditadas para diagnosticar la muerte según este complejo criterio. Empero, la norma no especifica quiénes podrán formar esa comisión, como suele suceder en el derecho comparado, ni el número de médicos que deben conformarla, ni las especialidades en que han de estar titulados. Si la fórmula empleada en la norma fue utilizada *ex professo* por su autor, entonces es porque su intención no fue otra sino darle posibilidades a los directores de estos centros especializados con un alto equipamiento técnico en las unidades de cuidados intensivos para que, según su prudente arbitrio, diseñen la estructura de sus respectivas comisiones, que les permite adaptarlas al nivel de desarrollo del instrumental médico disponible y del potencial humano con que cuentan. Vale señalar, no obstante, que se corre el riesgo de una ausencia de uniformidad en los criterios de selección y ordenación de las comisiones, lo cual ha de ser del control de las autoridades médicas designadas al efecto al nivel de Ministerio. Sin duda, la propia existencia de la Resolución y, sobre todo del ANEXO II, constituye el principal aporte desde el derecho en pos de homogeneidad en la aplicación de los parámetros del criterio neurológico de muerte según la escuela cubana de medicina, tan ansiado durante tantos años.

Aplicación de alguno de los criterios diagnósticos de fallecimiento consagrados en la norma vía anexo

Como vaticiné,¹¹ la norma comentada parte de la tesis de incluir los criterios diagnósticos, que deben tenerse en cuenta por el médico en aras de determinar la

¹⁰ El Registro Nacional de Profesionales de la Salud fue creado en Cuba por la necesidad de conocer el volumen y características de los recursos humanos calificados del sector de la salud, así como de disponer de información específica sobre cada profesional que desarrollaba actividades afines, de modo que permitiera su evaluación laboral y científica. Ese, al menos, es el sentido del POR CUARTO SEGUNDO del Decreto Ministerial N° 1 de 7 de noviembre de 1973 del entonces Ministro de Salud Pública. En él serían incluidos no solo los médicos sino también los estomatólogos y demás profesionales que prestaren servicios en la salud pública cubana (Cfr. Apartado primero). Para el ejercicio profesional de médicos y estomatólogos es un requisito *sine que non* su inscripción en el citado Registro, de manera que cada inscrito será portador de un carné oficial como constancia de la previa inscripción, lo que además le permitirá su identificación como profesional de la medicina o de la estomatología. El Registro funciona al nivel central del Ministerio de Salud Pública, según su norma constitutiva, como departamento de la Dirección Nacional de Estadísticas (Cfr. apartados del segundo al cuarto, ambos inclusive). (*Nota del autor.*)

¹¹ *Ibidem* 5: cita 8.5

muerte de un ser humano, o sea el clásico o cardiorrespiratorio, y el neurológico, sin desdén de la determinación de la muerte en situaciones médico-legales. Por tal razón en el ANEXO I se definen los llamados signos ciertos de la muerte que han de ser explorados al objeto de comprobar la certeza del fallecimiento de un humano, a saber:

- Cese de la función respiratoria.
- Cese de la función circulatoria.
- Enfriamiento cadavérico.
- Livideces cadavéricas.
- Rigidez cadavérica.
- Espasmo cadavérico.
- Pérdida de la contractilidad muscular.
- Putrefacción cadavérica.
- Pérdida irreversible de la función encefálica.

El ANEXO I se encarga de definir cada uno de los citados signos, y advierte, en su párrafo segundo, el carácter meramente orientativo que para el médico tienen tales definiciones, las cuales no le son ajenas por haber sido materia de estudio en su formación básica como galeno.

En relación con el criterio neurológico, dado su nivel de complejidad, el autor de la Resolución le dedica un anexo, el II, en el que se incluyen los cánones o parámetros que se deben tener en cuenta para su aplicación, incluyéndose como tales:

- coma arreactivo;
- ausencia de reflejos troncoencefálicos;
- prueba de atropina;
- apnea, demostrada mediante la prueba de apnea;
- período de observación.

Respecto del período de observación, la norma es flexible y toma en cuenta las circunstancias externas e internas que se dan en el paciente que permiten al médico tomar una decisión¹² con las particularidades que ofrecen los recién nacidos, los lactantes y los niños,¹³ y los propios adultos en situaciones no complicadas¹⁴ y en aquellas tildadas de especiales,¹⁵ *verbi gratia*, cuando no haya lesión destructiva cerebral demostrable por evidencia clínica o por neuroimagen.

¹² Ver ANEXO II, apartado B, punto 5. Aquí se deja claro que el período de observación puede acortarse conforme con el criterio del médico, para lo cual desempeñará una función importante las pruebas instrumentales de soporte diagnóstico delimitadas en el apartado D. (*Nota del autor.*)

¹³ Ver ANEXO II, apartado G.

¹⁴ Ver ANEXO II, apartado E.

¹⁵ Ver ANEXO II, apartado F.

Imprescindible coincidencia del médico que diagnostica con el que certifica la muerte

Otro de los principios informantes de la Resolución lo es el de la plena coincidencia entre determinación y certificación de la muerte. Recuérdese que con la determinación el médico, al aplicar los criterios diagnósticos, investiga si está frente a un ser humano o a un cadáver. Si el resultado de la pesquisa es la segunda alternativa, entonces le corresponde acreditar por escrito la causa que provocó el cese de la vida del sujeto.¹⁶ A través de él, el médico da a conocer a las autoridades del Registro del Estado Civil, entre otros, la existencia de un hecho cierto tal cual es la muerte.¹⁷ No puede soslayarse que el certificado médico de defunción es el principal y más común soporte del asiento de inscripción de una defunción.

A tal fin, el APARTADO CUARTO de la Resolución hace coincidir la misión de certificar la muerte al médico que la ha diagnosticado, a tono así con lo regulado en el «Reglamento general sobre la manipulación de cadáveres y restos humanos» de 1992, al cual hice referencia en otro lugar, en el que la citada coincidencia se convierte en un requerimiento de primer orden.¹⁸

¹⁶ La expedición del certificado de defunción a cargo del médico ya venía establecida en nuestro contexto jurídico en la Resolución N° 230/1985 de 23 de septiembre del Ministro de Salud Pública contentiva del Reglamento General de Hospitales que en su artículo 74 así lo establece.

¹⁷ En este sentido, la Ley 51 del Registro del Estado Civil de 15 de julio de 1985 establece concretamente en su artículo 74. «El registrador del estado civil practicará la inscripción de la defunción de conformidad con:

- a) La certificación médica de defunción, en la que se consignarán las causas de la muerte, expedida con vista al documento oficial de identidad del fallecido. Asimismo, el artículo 75 del propio cuerpo legal dispone que: «La inscripción de la defunción se practicará de inmediato al recibirse la certificación médica o la declaración, en la oficina municipal del Registro del Estado Civil correspondiente al lugar donde:
 - a) ocurra la defunción;
 - b) sea encontrado el cadáver;
 - c) se practique la necropsia;
 - ch) se inhume o creme el cadáver.»

El primero de tales particulares se reitera en el artículo 127, inciso a) del Reglamento de dicha Ley. (*Nota del autor.*)

¹⁸ *Ibidem* 5: cita 8.7. En tal oportunidad expuse que en el Reglamento general sobre la manipulación de cadáveres y restos humanos de 1992 sobre la citada coincidencia se exige que:

- «a) de tratarse de fallecidos por muerte natural en los hospitales y áreas de salud, corresponderá la expedición del certificado médico de defunción a aquel de los médicos que haya prestado la asistencia o recibido al fallecido, incluida la atención en la casa, en el cuerpo de guardia o en el trayecto al mismo, siempre que el médico pueda deducir las causas de la muerte. De ello no ser posible, o de existir interés científico, para la expedición del correspondiente certificado, el médico se atenderá al resultado de la necropsia clínica indicada (Cfr. artículo 15, párrafo primero);
- »b) cuando por causa justificada, y con carácter excepcional no pudiera ser el médico asistente el que expidiera el certificado de defunción, este sería sustituido por otro médico del servicio

Asimismo, el último párrafo del ANEXO II da por sentado que, de aplicarse el criterio neurológico, corresponde al propio médico que diagnostica la expedición del certificado de defunción. No obstante, queda por determinar si ello le es posible a cualesquiera de los médicos que conforman la comisión a la cual hace referencia el APARTADO TERCERO de la Resolución o a quien le competa presidirla, según lo haya dispuesto el director de la entidad hospitalaria, o si a todos, a pesar del uso del género singular en el sustantivo «médico» en el párrafo ya citado. En cualquier supuesto, la expedición del certificado recaerá, ya sea en uno o en todos los galenos que comprobaron la presencia de los criterios diagnósticos de la pérdida irreversible de las funciones encefálicas en el paciente. De este modo, repito lo que ya he dicho antes de que el médico actuante lo haga *per se*, como el notario que lleva al instrumento público lo que ha constatado *de visu et auditu suis sensibus*.¹⁹

La determinación de la hora del fallecimiento y su expresión en el certificado médico de defunción

Para todos los juristas es conocida la relevancia que en el derecho tiene la determinación exacta de la muerte de una persona, dada la trascendencia que este hecho jurídico desencadena en todos los campos de la vida humana, con protección jurídica, sobre todo en lo que atañe a las relaciones de naturaleza sucesoria, cuyo elemento causal es la propia muerte. Para ello se torna imprescindible determinar la premoriencia o posmoriencia de las personas llamadas a suceder, so pena que se decrete la presunción *iuris tantum* de conmoriencia consagrada en el artículo 27 del Código Civil, con el efecto, aunque no previsto expresamente, sí deducido, de extinción de los vínculos sucesorios de los presuntamente llamados a suceder con la carga que atañe para quien quiera destruir la presunción de demostrar la premoriencia de un sujeto respecto de otro.²⁰

en que ocurriera la defunción o se recibiera al cadáver, y en última instancia por el médico de guardia (Cfr. artículo 17);

- »c) de tratarse de casos de fallecidos por muerte natural, fuera de las instituciones de salud, con o sin asistencia médica, el certificado médico de defunción podrá ser expedido por el médico de la familia, o cualquier otro del área de salud correspondiente. Solo en ausencia de estos, podrá hacerse por cualquier otro facultativo que ejerza legalmente sus funciones asistenciales y que haya conocido del deceso o se le haya solicitado su actuación, pudiendo en caso necesario solicitar la realización de la necropsia clínica en el hospital más cercano (Cfr. artículo 19);
- »d) en los casos de fallecidos por muerte natural en instituciones de asistencia social el certificado de defunción será expedido por el médico de la institución, y de no encontrarse este, se solicitará el servicio de la unidad básica de salud o del hospital más cercano y si fuere necesario para ello la práctica de la necropsia se interesará su realización en el hospital más cercano (Cfr. artículo 21).» (*Nota del autor.*)

¹⁹ Ibidem.

²⁰ Sobre el tema de la conmoriencia, consúltese la Sentencia de 10 de marzo de 1998 del Tribunal Supremo de España (Ref. 1998/1251 Ponente: José Luis Albacar López, El Derecho) cuyo

En tal sentido otros de los principios informantes de la Resolución es el enunciado que encuentra su expresión formal en el APARTADO CUARTO que supedita el momento de expedición del certificado a la constatación de cada uno de los signos ciertos de la muerte de acuerdo con los conocimientos que como médico tiene tal profesional. De esa manera, se expedirá el certificado en el cual se hará expresar la hora del fallecimiento como aquella que coincida con el momento en que el médico, en atención a su pericia y la ciencia que profesa, haya podido determinar exactamente que se encuentra frente a un cadáver, ni antes ni después.

De valerse del criterio neurológico, dado que este se utiliza en circunstancias muy especiales por el equipamiento técnico que se requiere para proceder a aplicar cada uno de los parámetros exigidos, condiciona el último párrafo del ANEXO II la expedición del certificado de defunción por el médico, a que se hayan cumplido cada uno de los criterios exigidos por el apartado B del citado ANEXO y en concreto el respeto del período de observación, según las circunstancias requeridas en el caso, de suerte que hasta que este no discurra y se constaten el resto de los criterios no habrá posibilidad alguna de expedición del certificado, y se consignará como hora del fallecimiento²¹ aquella que coincide con la conclusión de tal proceder médico, nunca antes, porque el período de observación es otro parámetro que se debe acatar, pero tampoco después, aun cuando al sujeto a quien ya se le haya diagnosticado la muerte no sea un donante potencial o siéndolo, se pretenda mantener en soporte artificial de vida hasta que esté completamente listo el operativo del trasplante. En uno y otro caso ya estamos frente a un cadáver y con ello se ha extinguido la persona humana, su personalidad y todos los derechos de los que como tal era titular con los demás efectos que para el derecho ello conduce.²²

supuesto fáctico se sustentaba en una pretensión por la que se interesaba procederse a modificar la inscripción de defunción y el consiguiente asiento registral relativo a la hora de la muerte de la niña Taina, adecuándola a los límites máximo y mínimo reflejados en el informe del médico forense, no pudiendo ser anterior a las 14h 45 minutos e igualmente a declarar que Taina falleció en todo caso con posterioridad a su padre D. Harold. Para lo cual el alto foro español sostuvo su sentencia, al resolver el recurso de casación en lo que al objeto de este trabajo concierne, sustentando que confirma las sentencias de ambas instancias impugnadas por la actora, que estimaron en parte la demanda por esta formulada, sobre modificación de inscripciones de defunción en el Registro Civil por conmorienca, toda vez que en las circunstancias en que los hechos se desarrollaron y tuvieron lugar, deviene manifiesta la imposibilidad para la recurrente de demostrar, contra la declaración legal de conmorienca, que el fallecimiento de la niña tuvo lugar con posterioridad a la defunción de su padre. (*Nota del autor.*)

²¹ Aun cuando no es clara la redacción del párrafo al no consignarse expresamente «hora del fallecimiento» como se requería en la ocasión.

²² Por ello soy del criterio que a partir de lo regulado en el APARTADO CUARTO de la nombrada Resolución el médico puede proceder a la desconexión del ya cadáver de los soportes que sostenían esa vida artificial, actuando con plena licitud y con total amparo legal, si bien como sostienen Antonio Manuel Padovani Cantón, y María Elisa Clemente Rodríguez, Resolución N° 90 del MINSAP de 27 de agosto del 2001. Algunas consideraciones éticas y jurídicas respecto

Creación de una comisión *ad hoc* para estudiar cualquier revisión posterior de los criterios y proponer su modificación

Por último, cabe acotar que la norma objeto de análisis en su APARTADO QUINTO toma la precaución de dejar expedita la vía de la creación de una comisión *ad hoc* integrada, a mi juicio, por especialistas de alto vuelo científico para, cuando las circunstancias así lo aconsejen, dado el vertiginoso avance de las ciencias médicas y en especial de la neurología, tanto en el orden internacional como patrio, se revisen los criterios sobre el diagnóstico de la pérdida irreversible de las funciones encefálicas que por vía del ANEXO II se incorporan a la Resolución y, de resultar necesario, sean adecuados a las nuevas circunstancias, para lo cual bastaría con modificarse el ANEXO II y dejar intacto el contenido del texto básico de la norma e incluso del ANEXO I.

Queda por dilucidar, pues la redacción del Apartado quinto no es inteligible en tal sentido, si la comisión debiese ser creada desde ya para avizorar en cualquier momento el advenimiento de nuevas circunstancias que hagan necesario revisar los criterios sobre el diagnóstico de la pérdida irreversible de las funciones encefálicas o, si ello fuese adecuado solo cuando sea previsible la necesidad de tales cambios por el avance de las ciencias médicas, momento en el cual las autoridades designadas al efecto considerarían oportuno crear la comisión encargada de esta modificación normativa.²³ Igualmente, se hace mutis sobre la estructura de la comisión, quiénes la integrarían y sobre todo qué especialidades estarían representadas, dado que se trata no solo de las ciencias médicas, sino también, y muy en especial, de las jurídicas, por la notoria incidencia del tema para el derecho y porque solo el derecho puede ofrecer la adecuada técnica legislativa.

Una última reflexión

Es cierto que nos encontramos frente a una norma jurídica muy lejos de la perfección. Pero eso sí, es una norma dotada del trascendente valor no solo jurídico sino también axiológico de contener los criterios diagnósticos para la determinación de la muerte y los principios informantes de esta y de su certificación. Desde el 27 de agosto de 2001, el país cuenta con una útil herramienta legal que intenta

de la misma, (inédito), quizás podría haber sido más sensato que el autor de la norma, de manera explícita, delimitara cuál debería ser el actuar del médico al diagnosticar la muerte según criterio neurológico. A ese fin los autores citados proponen que en el propio APARTADO se adicionara: «[...] pudiendo entonces procederse a certificar la muerte, suspendiendo, por inútiles, las acciones que se hayan venido realizando hasta ese momento y que tengan como fin procurar la recuperación de una vida que ya no existe». (*Nota del autor.*)

²³ En el momento en que se escribe este trabajo ya he tenido a la vista un proyecto de la Resolución que complementaría la Resolución 90/2001 de 27 de agosto en el sentido de crear la Comisión encargada de mantener actualizados los criterios reconocidos en la citada norma. (*Nota del autor.*)

poner a tono el derecho con el torrente imparable del discurrir de las ciencias médicas. Su concepción rompe esquemas en el derecho comparado y permite colocar a Cuba entre los países con respuesta legislativa en un tema de honda sensibilidad humana. Por ello, cualquier gazapo normativo no empece el valor *per se* de esta norma que un día me atreví a vaticinar en una aproximación de *lege ferenda* y de la cual hoy ofrezco mis primeras consideraciones de *lege data*.

Bibliografía

- Código Civil de la República de Cuba*. Ley N° 59 de 16 de julio de 1987, vigente desde el 12 de abril de 1988. La Habana, Divulgación del MINJUS, 1988.
- Decreto Ministerial N° 1 de 7 de noviembre de 1973 del Ministro de Salud Pública por el que se crea el Registro Nacional de Profesionales de la Salud en Bioestadística, La Habana, Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Estadística, 1974.
- Decreto Ley N° 67/1983 De organización de la administración central del Estado, de 19 de abril. La Habana, Departamento de Divulgación del Ministerio de Justicia, 1983.
- Decreto N° 139 Reglamento de la Ley de la Salud Pública de 4 de febrero de 1988. *Gaceta Oficial de la República de Cuba*, Ordinaria, N° 12, de 22 de febrero de 1988.
- Ley N° 41/1983 de 13 de julio, Ley de la Salud Pública. *Gaceta Oficial de la República de Cuba*, Ordinaria, N° 61, de 15 de agosto de 1983.
- Ley N° 51/1985 de 15 de julio, *Ley del Registro del Estado Civil y su Reglamento*, contenido en la Resolución N° 157 de 25 de diciembre de 1985 del Ministro de Justicia.
- Machado Curbelo, Calixto *et al.* *Criterios cubanos para el diagnóstico de la muerte encefálica*. La Habana, Editorial Ciencias Médicas, 1992.
- Padovani Cantón, Antonio Manuel, María Elisa Clemente Rodríguez. Resolución N° 90 del MINSAP de 27 de agosto del 2001. Algunas consideraciones éticas y jurídicas respecto de la misma, [Inédito]
- Parets Gómez, Jesús *et al.* *Aspectos legales y éticos en el diagnóstico de la muerte encefálica*. La Habana, Editorial Ciencias Médicas, 1992.
- . «Enfoque jurídico de la muerte encefálica.» *Revista Cubana de Derecho*, 1992; (6).
- Resolución N° 230/1985 de 23 de septiembre del Ministro de Salud Pública contentiva del Reglamento General de Hospitales, La Habana, Editorial Ciencias Médicas, 1985.
- Resolución N° 4 del Ministro de Salud Pública de la República de Cuba de 30 de enero de 1992 que aprueba y pone en vigor el Reglamento general sobre manipulación de cadáveres y restos humanos. *Gaceta Oficial de la República de Cuba*, Extraordinaria Especial N° 2, de 3 de febrero de 1992.
- Resolución N° 90 del Ministro de Salud Pública de la República de Cuba de 27 de agosto del 2001 que aprueba y pone en vigor los Principios para la determinación y la certificación de la muerte en Cuba. *Gaceta Oficial de la República de Cuba*, Ordinaria N° 65, de 21 de septiembre del 2001.

Ética del trasplante. Reflexiones en el campo de la nefrología

Alexánder Mármol Sóñora, Raúl Herrera Valdés y Alexis Pérez Rodríguez



Gracias a los progresos de la medicina y la cirugía, se han abierto también en el campo de la trasplantología grandes horizontes y posibilidades.

Muchos enfermos destinados irremediabilmente a una muerte segura o a llevar una existencia disminuida con impedimentos en su actividad normal han encontrado la solución a sus problemas. La ciencia ha ido superando en los últimos años con tanto éxito los obstáculos opuestos a los logros de la trasplantología, que en la práctica esta ya se ha convertido en un hecho normal y rutinario.

Desde tiempos remotos, el trasplante ha sido un sueño muy acariciado por el hombre. En la literatura mística, se recoge la utilización por san Cosme y san Damián de un miembro de un esclavo etiope para tratar de sanar a un noble. Pero tuvieron que pasar muchos años para que estas ideas se convirtieran en realidad. El año 1902 marca un hito en el desarrollo de la cirugía con las técnicas de suturas vasculares realizadas por Alexis Carrel en perros, aunque no tuvo éxito por razones inmunológicas mal precisadas en ese momento.

La era moderna en el trasplante surge en 1952, al ser descubierto el sistema mayor de histocompatibilidad, con el cual se conoció mejor la individualidad genética de las personas. En 1954, Joseph Murray realiza el primer trasplante renal en el Brigham Hospital de Boston. Junto a esto fue necesario que

se desarrollara la inmunosupresión, ya que hasta el momento solo eran bien aceptados los trasplantes entre donantes y receptores idénticos, lo que permitió la utilización de los donantes cadavéricos. La inmunosupresión pasó de los métodos físicos, como las radiaciones (rayos X), los métodos biológicos, como el drenaje linfático del conducto torácico o la esplenectomía (ambos abandonados por múltiples complicaciones), hasta las drogas farmacológicas como la azathioprina (un antimetabolito) y la prednisona (fármaco antiinflamatorio por excelencia), de la cual se decía que no se concebía trasplantes sin esteroides, hasta hace muy poco, que con drogas tan modernas como los anticuerpos monoclonales antirreceptores de la interleucina II sí se logra la pronta suspensión y se evita un sinnúmero de complicaciones a largo plazo de los esteroides.

En 1967, en Ciudad del Cabo, Sudáfrica, Cristian Barnard trasplantó un corazón y en Denver, Colorado, Thomas Starzl logró hacerlo con un hígado. En esa misma década, se realizaron trasplantes de intestino, pulmón y páncreas. Casi todos estos tratamientos se detuvieron bruscamente hasta 1975, año en que se reiniciaron dos programas de trasplante de hígado. Starzl continuó en Denver y Roy Calne lideró el otro programa en Cambridge, Inglaterra. En 1983, se volvió a realizar el trasplante de un pulmón en el Toronto General Hospital de Canadá, y en 1986 el de dos pulmones con buenos resultados.

Los trasplantes de intestino se efectuaron nuevamente a fines de 1980, uno en Kiel, Alemania y otro en París. Posteriormente, se combinaron los trasplantes de intestino delgado e hígado en el Hospital de la Universidad de Londres y en Canadá en 1988. Otras experiencias del mismo tipo en Pittsburgh, con más de 25 casos, pusieron de relieve la seguridad de esta técnica.

El trasplante de páncreas comenzó por la inyección de células de islotes de Langerhans en la vena porta del hígado en la década de los años setenta del siglo pasado, y con posterioridad, hacia los años noventa, se crearon las técnicas de páncreas total y segmentario. Se han trasplantado otros tipos de tejido, como la córnea, piel, huesos y articulaciones, válvulas cardíacas, la médula ósea y la sangre, el más frecuente. Estos dos últimos provienen solamente de donantes vivos.¹

Como podemos ver, la actividad de trasplante engendra un problema. Si bien algunos órganos o funciones simples pueden ser sustituidos por equipos artificiales y alrededor de ello la ciencia y la técnica realizan un denodado esfuerzo, sin embargo, la mayor parte de las veces esto resulta insuficiente o se hace imposible, y entonces se impone la necesidad del remplazo por órganos o tejidos de familiares sanos. En ocasiones se utilizan los de personas fallecidas, pero existen órganos como el corazón y el riñón que soportan mal la falta del suministro de oxígeno y sus células se dañan enseguida, por lo que para estos

¹ C. Stiller, R. Fox, J. Swazey *et al.* «Organ and Tissue Transplants.» *Encyclopedic Bioethics*, 1995; 4: 1871-94; W.G. Goodman, G.M. Danovich. «Options for Patients with End Stage Renal Disease. En *Handbook of Kidney Transplantation*. 3ra. Ed. 2002: 1-16.

casos es preferible tomarlos de individuos que se encuentren en estado de muerte encefálica.²

Entre estos dos tipos de donantes existen ventajas e inconvenientes que afectan tanto al donante como al receptor, y la viabilidad y posibilidad de éxito en cada circunstancia concreta son los aspectos más importantes que habrán de tenerse en cuenta para la selección.

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

Las circunstancias han ido variando en los últimos años por la eficacia que han demostrado los trasplantes de órganos extraídos de un cadáver. Para muchos estos donantes son más deseables que las personas vivas, y en igualdad de circunstancias, recurrir a un difunto parece mucho más lógico, al ser los beneficios prácticamente iguales, sin ninguna desventaja para el donante. Otros dicen que no tiene sentido atentar, aunque sin graves consecuencias, contra la integridad de una persona cuando el fallecido acaba de perder su vida y sus restos están destinados también a una destrucción inmediata.

En épocas anteriores, la mutilación de un cadáver era considerada como una especie de profanación. La propia Iglesia católica no permitía la incineración. Motivos religiosos y sentimientos de respeto, como se dan en todas las culturas, inclinaban a conservar el cadáver en su integridad hasta el momento de la sepultura. La vida demuestra cómo personas que no se preocuparon por el difunto durante su vida, se sienten obligadas a acompañarlo y alabararlo cuando ya esto no tiene ningún sentido.³ Este criterio en la actualidad ha cambiado y la donación ahora es asumida como un acto de caridad cristiana. Incluso está recogido así en la XI Encíclica Papal *Evangelium vitae*.⁴ En septiembre de 2000, por vez primera un máximo prelado de la Iglesia católica asistía a la inauguración de un congreso médico mundial, cuando en Roma Juan Pablo II inauguraba el XVIII Congreso de Trasplante. En esa oportunidad el Papa se refirió a aspectos de la muerte encefálica, la donación y el consentimiento informado de receptores y familiares de donantes.

El único problema se centra en constatar con seguridad la existencia de la muerte. Si los criterios tradicionales, como la parada cardíaca o la ausencia de

² R. Herrera, A. Ramírez. «Los problemas éticos en el desarrollo de la biología y de la medicina contemporánea.» En *Filosofía y medicina*. La Habana, Editorial de Ciencias Sociales, 1987; C. López. *Ética y vida, desafíos actuales*. Madrid, Ediciones Paulinas, 1990.

³ D. Schweizer, R. Boner. *Spotlight of Roche Pharmaceuticals*. 2000: 15.

⁴ J.R. Acosta. «¿Es la vida un valor absoluto?» *Avances Médicos de Cuba*, 1996; 3 (7): 42-4.

la respiración, perdieron su validez científica, hoy existen otros signos que ofrecen la suficiente garantía. El carácter misterioso de la muerte y los sufrimientos que normalmente la preceden han motivado múltiples teorías y especulaciones sobre su causa y definición exacta, pero la mayoría de los autores contemporáneos la sustentan sobre bases neurológicas, y se define en la actualidad como la pérdida irreversible de la capacidad y del contenido de la conciencia.⁵

La finalidad primordial en el donante cadáver consiste en conservar los órganos en las mejores condiciones posibles hasta el momento de la extirpación para facilitar el éxito del trasplante. Los miedos y reticencias que todavía existen, como si hubiera peligro de acelerar su fin por el deseo de realizar el trasplante, no tienen ninguna justificación y pertenecen más bien al mundo de lo imaginario e irracional. Las mismas normas legales impiden con diferentes disposiciones que esta pura hipótesis se convierta alguna vez en realidad.

En cuanto al consentimiento del fallecido, el difunto deberá haberlo manifestado antes de su fallecimiento. Su voluntad, favorable o negativa, merece un profundo respeto, sin que nadie pueda cambiarla después de acuerdo con sus propios gustos o sentimientos. En muchos países del Primer Mundo, en el caso de que no conste, sus familiares o la autoridad competente podrán permitir el trasplante para fines terapéuticos, ya que a diferencia de los vivos, la extirpación no constituye ninguna limitante de sus posibilidades. La postura parece correcta y éticamente aceptable, y con estas normativas en dichos países cualquier persona sabe que al no manifestar su negativa se convierte por el mismo hecho en un donante potencial.⁶

En este problema relacionado con la donación de órganos, Cuba ha sentado un hito en la historia de la medicina universal. Casi el 80% de la población adulta del país expresó su conformidad con que sus órganos fuesen utilizados en caso de muerte. Alrededor de esto se debaten múltiples criterios, y gracias a la legislación actual, fue publicada la Resolución ministerial que reconoce la muerte encefálica, aspecto este que se aplicaba en nuestros hospitales desde hace más de una década, pero que ahora queda definitiva y legalmente respaldado a partir de 2001.

Si la donación de órganos después de la muerte es un gesto de solidaridad con muchos necesitados y un remedio para mejorar su calidad de vida, o hasta su misma sobrevivencia, sin ningún inconveniente para el donante, habría que despertar por todos los medios una conciencia social más profunda de la magnitud del problema. No hay derecho a que por ignorancia, indiferencia frente a situaciones graves y a veces dramáticas, o por una simple apatía y comodidad del que vive despreocupado porque no sufre personalmente o en algún ser querido

⁵ *Journal Am Soc Nephrology* 2002; 13: 532-40.

⁶ L.G. Futterman. «Presumed Consent, The Solution to the Critical Organ Donor Shortage.» *American Journal of Critical Care*, septiembre de 1994; 4 (5): 383-8.

la angustia de una espera, muchas personas estén condenadas a morir o a vivir con limitaciones importantes.

La problemática de los enfermos renales adquiere hoy una importancia particular. La insuficiencia renal crónica está considerada en el momento actual como una epidemia y más que ello una pandemia para otros. Cada diez años se duplica en cada país el número de pacientes que están en tratamientos sustitutivos de la función renal mediante la diálisis peritoneal o la hemodiálisis. La causa de este incremento, sin que haya existido aún una meseta en ningún país, se debe a que las dos primeras causas que producen más de la mitad de la enfermedad son la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, ambas con mayor incidencia cada año. Por otra parte, ha aumentado la expectativa de vida y, por tanto, muchas personas dejan de morir más jóvenes y tienen más tiempo para entrar en este camino del remplazo de la función renal. La población en diálisis es cada día mayor y con edad avanzada en más del 50% de los casos, lo cual ha motivado que los programas de trasplante renal cada día permitan mayor edad a sus receptores. Por otra parte, a pesar de la problemática de un organismo marcado por el envejecimiento, estos pacientes tienden a tener menores complicaciones inmunológicas, menos rechazos, etcétera. Es decir, son más tolerantes, aunque repetimos que las complicaciones como la aterosclerosis, los trastornos de los lípidos son más manifiestas y se deben enfocar incluso preventivamente.

El trasplante renal va siendo ya una práctica generalizada que ha alcanzado un nivel de eficacia impresionante. Es la mejor solución para muchos pacientes cuya esperanza media de vida no sobrepasa los 10 o 12 años, y que necesitan tres sesiones de hemodiálisis cada semana, durante cuatro o cinco horas, como condición indispensable para vivir.

Esta situación, como es comprensible, no solo dificulta la integración social del enfermo, sino que afecta también otros niveles de su personalidad. Son enfermos crónicos y en un proceso de progresivo deterioro, dominados por la amenaza de la muerte y esclavos de una máquina que los sostiene durante algunos años, pero sin perder la esperanza de un trasplante como la única salida para su futuro.

El trasplante renal no solo es mejor desde el punto de vista biológico, sino también para asumirlo económicamente. Por ejemplo, en un informe de los Estados Unidos, se plantea que un paciente en diálisis peritoneal o hemodiálisis cuesta alrededor de 46 000 dólares cada año, mientras que el trasplante renal asciende a solo 17 000 en el primer año, porque pasado este se abarata más, al consumir menos medicamentos y ser los chequeos médicos y complementarios cada vez más esporádicos.⁷

⁷ USRDS, 2002. [Report]

El trasplante renal en Cuba

Hoy día se han realizado alrededor de 500 000 trasplantes renales en todo el mundo. En nuestro país esta importante actividad comenzó el 24 de febrero de 1970, liderada por el profesor Abelardo Buch López, al cual debe hoy su nombre el Instituto de Nefrología. Ya en estos momentos se han efectuado 3 500 trasplantes entre los nueve centros del país donde se practica, y de ellos 1 200 se han hecho en el propio Instituto.

En todos estos años, Cuba ha estado a la cabeza de los países de Latinoamérica por efectuar el mayor número de trasplantes por millón de habitantes con donante cadavérico, gracias al sistema tan dinámico de obtención de órganos por muerte encefálica puesto en práctica. Los últimos tres años muestran las tasas de realización más elevada de la historia, que oscilan entre 17 y 20 trasplantes por millón de habitantes. Claro que sin donantes no hay trasplantes, y Cuba ostenta también una de las seis primeras tasas de donación en todo el mundo, al terminar 2003 con 17 donantes por millón de habitantes.⁸

Este logro no corresponde tan solo al campo de la medicina como práctica profesional, sino también al de la solidaridad humana, por ser nuestro principio cardinal que todo paciente tributario de dicho proceder lo reciba sin importar raza, sexo, profesión, nivel cultural, condición económica o social, ya que, por sobre todas las cosas, la salud es un derecho del pueblo.

Un conjunto de disciplinas tienen que vincularse para que la actividad se desarrolle: cirugía, urología, anestesiología, psicología, anatomía patológica, nefrología, entre otras. Todas ellas sobre la base de la inmunología, que trata de buscar una mayor compatibilidad entre donante y receptor, debido a que el trasplante constituye una violación flagrante de las leyes biológicas que posibilitan el surgimiento, desarrollo y conservación de la vida.

Además de la afinidad en el sistema mayor de histocompatibilidad, se debe estudiar también la respuesta anticorporal de los enfermos frente a un panel de sujetos sanos para caracterizarlos y saber con qué posibilidades asumen su trasplante, el riesgo inmunológico que tienen de tener un rechazo del injerto, o para definir el tratamiento inmunosupresor en cuestión, pues a mayor nivel de anticuerpos más potentes deberán ser los tratamientos profilácticos del rechazo por el mayor riesgo que presentan.

Para su realización también se deben tener presentes otros factores, como los estudios del donante, hemoquímica, descartar infecciones virales, etcétera. El receptor se estudia clínicamente y se le da un grado de aptitud mensualmente en un programa que desde el año 1988 selecciona de forma automática a los 1 500 pacientes que hoy se encuentran en métodos sustitutivos de su función

⁸ *Latin America Transplantation Report*, 2003.

renal, teniendo en cuenta primero los criterios inmunológicos, es decir, grupo sanguíneo, compatibilidad HLA y por ciento de sensibilidad, a los cuales se suman aspectos como las prioridades sociales, los niños o personas que no tienen vía de acceso vascular para las hemodiálisis, y de esa manera no podrán sobrevivir más que un corto tiempo.⁹

La actividad de trasplante renal en Cuba se distingue de la de muchos otros países porque la moral de nuestra sociedad refleja y fija, a través de principios y normas de conducta, el humanismo de las personas participantes alrededor de esta tecnología médica.

La base económica determina los componentes de la superestructura. No obstante, esta última tiene dialécticamente una independencia relativa, y Cuba es un ejemplo claro de este fenómeno, ya que a pesar de nuestra base económica aún subdesarrollada, el Estado socialista se preocupa por utilizar gran parte del producto nacional bruto en el campo de la salud, y eso nos sitúa en lugares cimeros, lo cual hace que día a día sea mayor el número de países interesados en nuestros servicios médicos, colmados de un gran profesionalismo y bajo principios éticos muy fuertes.¹⁰ Recientemente, para poder abordar la problemática de esta epidemia del siglo XXI, la insuficiencia renal, el Estado cubano ha incorporado la nefrología entre los programas priorizados de la Revolución, porque sin este apoyo sería imposible mantener a 134 pacientes en métodos sustitutivos de la función renal distribuidos por todo el país. Con este programa se establecieron 15 nuevos servicios de nefrología para llevar este tratamiento lo más cerca posible del lugar donde reside el enfermo, el cual vivirá allí el resto de su vida mientras espera por un futuro trasplante, en caso que sea un verdadero candidato. De esta forma, se afirma el papel del Estado, que además de distinguir la insuficiencia renal como un problema de salud, la considera un problema político y social. Sobran ejemplos de países donde no pueden ser afrontados todos estos tratamientos tan costosos y muchas personas mueren en etapas terminales de uremia, al no ser abordados o no poder por razones económicas entrar en estos programas, tan costosos que muchos seguros médicos no pueden cubrir tan alto costo.¹¹

⁹ S. Arce. *Avances en el trasplante de órganos y tejidos*. La Habana, Editorial Ciencias Médicas, 1989; A. Mármod, R. Herrera. «Organ Procurement and Renal Transplantation in Cuba, 1994.» *Transplantation Proceedings*, 1996; 28 (6): 3358; D. Moreno, A. Mármod. «Compatibilidad HLA, anticuerpos linfocitotóxicos y rechazo en el trasplante renal.» *Revista Española de Nefrología*, 1999; 19 (6): 567-8.

¹⁰ A. Martínez, R. Rivas, A. Mármod. «Influencia del modelo español en la organización del programa de trasplante renal de Cuba.» *Nefrología española*, 2001; 21 (supl 4): 148-9; A. Mármod, R. Herrera. «Ética del trasplante, reflexiones en el campo de la nefrología.» En J.R. Acosta Sariego (editor). *Bioética desde una perspectiva cubana*. La Habana, Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, 1997: 246-53.

¹¹ R. Matesanz, B. Miranda. «Obtención de órganos y coordinación del trasplante renal.» En *Nefrología*. Madrid, Editorial Panamericana, 1998, 273-9.

El binomio donante-receptor

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

En el primer caso, el donante es por lo general de un familiar (emparentado), o una persona emocionalmente relacionada (no emparentada). Estos tipos de donantes ponen de manifiesto un verdadero problema ético-legal, donde se requieren no solo leyes biológicas como fundamento básico del trasplante, sino también los factores sociales y morales.

Para lograr una mayor aceptación del aloinjerto (órgano de la misma especie) se requieren dos condiciones fundamentales: el mayor grado de compatibilidad inmunológica y/o una verdadera inmunosupresión. Sin embargo, cuando se realiza de un donante vivo no emparentado o emocionalmente relacionado, como pueden ser los trasplantes entre esposos, pese a que no existe un grado importante de compatibilidad para el HLA, la isquemia fría tan corta a que es sometido el riñón, al ser extraído en un quirófano aledaño al del trasplante, ha demostrado un mayor éxito que cuando se compara con donantes cadavéricos, incluso con compatibilidades, porque estos últimos se realizan con más de 20 horas, a diferencia de los efectuados entre esposos, cuya demora es inferior a una hora.

Cuando se busca la compatibilidad del donante vivo emparentado, las posibilidades de éxito son mucho mayores que cuando se busca de un donante cadavérico. En el último caso, el número de receptores en nuestro país es relativamente escaso para la cantidad de donaciones que existen, pues son casi 300 antígenos de histocompatibilidad y en cada paciente se buscan seis.

Muchos países han logrado trasplantar con mayor número de compatibilidades porque, primeramente, tienen un mayor grupo de receptores y las probabilidades son mayores. Por otro lado, se han creado grupos de intercambio de órganos entre países para hacer llegar un riñón más compatible a pacientes que desde el punto de vista inmunológico lo requieran, aquellos en quienes sin esto sería imposible el éxito, pese a las nuevas drogas inmunosupresoras. En Cuba no es posible realizar este intercambio por el momento por condiciones inherentes a nuestra región, donde los países miembros, a pesar de la relativa cercanía, tienen dificultades de transporte que impiden facilitar un intercambio de vísceras para trasplante, lo cual repercute en un tiempo de isquemia prolongado. Por otra parte, muchos de estos países no tienen un adecuado sistema de obtención de órganos que descansen sobre todo en el donante vivo.

A lo largo de la historia del trasplante, la inmunosupresión ha ido perfeccionándose, ya que pasó de formas muy inespecíficas de contrarrestar la reacción inmunológica ante un tejido extraño al organismo a formas muy específicas, que

actúan en los mecanismos más íntimos y selectivos de dicha reacción, con el uso de drogas y biopreparados que hacen más tolerable el injerto en el receptor. Mucho se ha hecho por elevar la supervivencia en el primer año, y en esto desempeñó un papel muy significativo la ciclosporina como droga anticalcineurínica, al elevar, como promedio, del 70 al 90% el éxito en el primer año postrasplante. No ha ocurrido lo mismo a largo plazo. La vida media, sin embargo, no se ha modificado mucho: solo es de 12 años para un primer trasplante con donante cadáver. Y en esto se centra la moderna inmunosupresión: en no solo buscar éxitos al año sino vidas medias mucho mayores.¹²

Cuba tiene a su alcance drogas como la ciclosporina de producción nacional, los anticuerpos monoclonales anti CD3 y otras, como la azathioprina, la prednisona, etcétera, que garantizan una inmunosupresión para nosotros mucho más económica y, por tanto, reducen los costos del trasplante. En casos donde se exija una inmunosupresión más potente, por ser receptores de alto riesgo inmunológico, segundos trasplantes, hiperinmunizados, etcétera, el Estado cubano adquiere drogas a sugerencias del Grupo Nacional, como nuevos anticuerpos monoclonales antirreceptor de IL-2, el simulet y el zepapax, o anticuerpos policlonales como las globulinas antilinfocíticas y antitimocíticas.

Estos nuevos tratamientos han permitido elevar la supervivencia de los órganos y acercarlos a los resultados del donante vivo. Por ello muchos países desarrollados prácticamente no realizan trasplantes con donantes vivos, como España, que no sobrepasa el 5%, Francia, 3%, el Reino Unido, 4%, Portugal, 2%, etcétera.

Queremos resaltar que Cuba cuenta con un eficiente sistema de obtención de órganos que permite la realización del trasplante con donante cadáver en más del 90% de los casos y equipos multidisciplinarios que ya se encuentran trabajando en 42 hospitales por todo el país. No obstante, se ha ido trabajando más con el donante vivo emparentado de primera línea (padres, hermanos e hijos), y del 4% de los trasplantes de este tipo realizados en 1994 se llegó en 2003 al 10%.¹³

Por consideraciones éticas, no existe relación entre el grupo que hace el diagnóstico de la muerte encefálica, lo maneja y realiza finalmente la nefrectomía, con el equipo encargado de efectuar y seguir el trasplante renal. Una vez extraída la víscera, el segundo equipo, con su centro coordinador nacional, que radica en el Instituto de Nefrología, luego del tipaje procede a buscar el mejor receptor mediante un programa automático que tiene todas las variables y hace una selección mejor, no solo desde el punto de vista biológico, sino también en el orden ético y de transparencia total.¹⁴

Al decidir un país qué tipo de donante utilizará en mayor grado, cadáver o vivo, se tienen en cuenta no solo aspectos de resultados biológicos buenos, como es el uso del donador cadáver con potentes inmunosupresores, sino que

¹² *Ibidem.*

¹³ *Ibidem* 8.

¹⁴ *Ibidem* 11.

los factores religiosos y éticos de esa sociedad en particular lo llevan a un lado o al otro. El ejemplo más típico es Japón, donde no se acepta por la legislación ni por la población obtener órganos de cadáveres. En ese país hay tres religiones predominantes, el shintoísmo, el budismo y el cristianismo, las cuales se entrecruzan en la práctica diaria. Por ejemplo, los habitantes se casan con una ceremonia shintoísta y el funeral se realiza con una ceremonia budista. Pero esta última en Japón es diferente a la de otros lugares y tiene un fuerte elemento de animismo. Por tanto, está establecida la creencia de que el alma no solo existe en el cerebro, sino en todo el cuerpo y perdura mientras late el corazón. Estos conceptos son parte de la cultura y la filosofía japonesas, por eso los pocos trasplantes que realizan se hacen a expensas de donantes vivos.

Sin embargo, en este tipo de trasplante hacen lo que nadie en el mundo realiza: trasplantar a más del 50% de los pacientes con familiares incompatibles en grupo sanguíneo, por supuesto con mejores protocolos de inmunosupresión, que van desde las sesiones de inmunoadsorción en el receptor, las radiaciones al órgano donado, hasta las terapias con potentes biomoléculas que evitan las reacciones de rechazo. Es decir, que la ausencia de un tipo de trasplante los lleva a buscar nuevas fórmulas que garanticen su éxito. No obstante, es el país que tiene más pacientes en métodos sustitutivos de la función renal de manera artificial (1 200 pacientes por cada millón de habitantes), y le siguen los Estados Unidos con 1 000, Italia con 700, etcétera, lo que se explica por la relativamente baja tasa de trasplantes y el carácter epidémico creciente de esta enfermedad, que en esta área geográfica exhibe mucho más glomerulopatías que engrosan las causas, al igual que la diabetes y la hipertensión arterial.¹⁵

A manera de resumen, debemos decir que con el decursar de los años, los trasplantes de donante cadáver cada día tienen mejores resultados. No obstante, al compararlos con los trasplantes renales de donantes vivos relacionados, estos últimos ofrecen mayores expectativas en el mismo período de tiempo.

Son varios los factores que se señalan al respecto, pero, de forma general, se considera que el trasplante de cadáver es una operación de urgencia, con largos períodos de isquemia fría, con menor número de compatibilidades y un tiempo de espera del receptor en los planes de diálisis que a veces sobrepasa hasta dos y tres años. El trasplante de donante vivo relacionado se efectúa con una cirugía electiva, con corta isquemia fría, mayor grado de compatibilidad y el tiempo de espera en métodos sustitutivos es menor, pues solo se extiende desde la decisión del receptor y su familia hasta que el equipo de trasplante lo realice.

Sin lugar a dudas, el trasplante renal con donante vivo ofrece científicamente mejores resultados de supervivencia del receptor, según sostienen todos los centros especializados. Sin embargo, ¿cuáles serían los inconvenientes con

¹⁵ K. Ota, S. Teraoka, T. Kawai. «Transplantation in Asia, Organ Transplantation in Japan.» *Transplantation Proceeding*, 1995; 27 (1): 1463-5.

donantes vivos relacionados emocionalmente, sin prácticamente compatibilidad? Aunque se considera que la donación del riñón por personas sanas es relativamente inocua, esto en realidad no es así. Como en toda cirugía mayor, se pueden presentar complicaciones, y de ahí que se considere una cirugía de alto riesgo para el que dona, sin analizar que de igual manera el que recibe el órgano no está exento de complicaciones quirúrgicas, sépticas e inmunológicas que pueden provocar la pérdida del órgano trasplantado.¹⁶ Estos aspectos son valorados por los equipos técnicos y de acuerdo con el rigor de la evaluación de los riesgos y beneficios menores serán las complicaciones. A fines del siglo pasado cobró gran auge la nefrectomía laparoscópica, ayudada manualmente o realizada toda instrumentalmente, lo que disminuye en un gran porcentaje de complicaciones en las cirugías abiertas clásicas, estadías menores, rehabilitación más rápida, entre muchas otras ventajas. Esta técnica, aunque menos compleja, lleva implícito un período inicial de instrumentación mayor que pudiera aportar una serie de inconvenientes al proceder, lo mismo que necesita un período previo de entrenamiento que se traduce en complicaciones iniciales, sobre todo vasculares, en el hilio renal.¹⁷

Para sintetizar el análisis sobre los donantes vivos, conviene distinguir dos realidades sociales y culturales diferentes.

1. Por un lado, un grupo de países desarrollados que tienen en común riquezas, alto nivel de rentas, sistemas desarrollados de protección social, seguros de enfermedad, disponibilidad general de diálisis, sistema sanitario avanzado y necesidades básicas cubiertas para toda la población, programas de cadáveres bastante desarrollados y valores culturales definidos en relación con la importancia de la donación de órganos.
2. Por otro lado, el mundo en vías de desarrollo, donde falta todo lo anterior y el trasplante de vivos es la única alternativa a la muerte. Además, la miseria está generalizada, el nivel de justicia social es mínimo, carecen de sistemas de protección social, predominan las necesidades básicas (agua potable, comida, alcantarillado) y la ignorancia y la pobreza extrema constituyen el caldo de cultivo.

En estas circunstancias, la coacción adopta diversas modalidades, derivadas de la ignorancia (consentimiento no informado) y la pobreza extrema (consentimiento desesperado). En esas condiciones, ha florecido el comercio de órganos con el escándalo consiguiente del mundo rico y la condena generalizada de las

¹⁶ W. Bay, L. Hebert. «The Living Donor in Kidney Transplantation.» *Annual of Internal Medicine*, 1987; 106: 719-27; M.S. Sever *et al.* «Living Unrelates (Paid) Kidney Transplantation in Third World Countries. High Risk of Complications Besides the Ethical Problems.» *Nephrological Dial Transplantation*, 1994; 9, (4): 350-4.

¹⁷ H. Albin, T. Rosenthal. «Living and Cadaveric Kidney Donation.» En *Handbook of Kidney Transplantation*. Ob. cit.: 111-29.

sociedades de trasplante, la Unión Europea, la Organización Mundial de la Salud y el ordenamiento jurídico de muchos países.¹⁸

Un dato interesante es, por ejemplo, que en la India desde 1990 se venden anualmente más de 2 000 riñones a receptores ricos del Oriente Medio, Extremo Oriente y Europa. Según dijo hace unos años el doctor Chugh, ex presidente de la Sociedad India de Nefrología, si continúa la tendencia actual, la mayoría de los pobres de la India tendrán un solo riñón. Expresó, además, que es difícil aplicar una ética universal y con perspectiva radical. Por otra parte, podría considerarse escandaloso que además de explotarlo, se pretenda condenar el comportamiento del Tercer Mundo desde una posición ética arrogante.

Este autor, al ofrecer sus puntos de vista sobre la comercialización de órganos de donantes vivos, expresó muy someramente las realidades que vive el Tercer Mundo en la actualidad, donde la pobreza cada día es mayor. Esta nefasta práctica médica es el resultado de la miseria creciente de una gran parte de la población, afectada cada vez más por las políticas neoliberales que provocan, entre otros males, la falta de asistencia médica.

Donante vivo no relacionado

El donante vivo no relacionado se utilizó desde los primeros momentos del trasplante renal. Desde un inicio fue rechazado por la comunidad de trasplante, debido a un alto grado de desconfianza sobre la motivación humana de este tipo de donante, como se ha expuesto en párrafos anteriores. Sin embargo, en la actualidad la comunidad de trasplante tiene opiniones diferentes y controvertidas, sobre todo cuando la Organización Mundial de la Salud recomendó utilizar solo un donante vivo genéticamente relacionado.

Este trasplante es por lo general más exitoso que el de donante cadavérico a corto, mediano y largo plazo, pero ante las dificultades de poder obtener vísceras para satisfacer las necesidades de los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal en planes dialíticos, se buscan otras opciones tanto mediante donantes vivos relacionados como no relacionados.

Al revisar este tema en la literatura internacional, encontramos datos sobre la mejor evolución clínica de los pacientes con donantes vivos no relacionados, en comparación con los trasplantes de cadáveres, y la explicación que se brinda es que este éxito, entre otros elementos, se debe al empleo de los modernos inmunosupresores como medicamentos antirrechazo, a lo cual se suma una isquemia fría mucho menor. Así, por ejemplo, Berloco señala un éxito del 83% de donantes vivos relacionados, frente al 85,3% de donantes vivos no relacionado a los cuatro años de realizados los trasplantes.¹⁹

¹⁸ L.B. Braton, L.W. Griffin. «A Kidney Donor's is Dilemma. The Sibling Who Can Donate but Doesn't.» *Society of Work Health Care*, 1994; 20 (2): 75-96.

¹⁹ P. Berloco *et al.* *Transplantation Program*, 1994.

Otro autor relevante en el mundo de la trasplantología, Terasaki, estudió los resultados del trasplante renal de donantes vivos no relacionados en varios centros de los Estados Unidos y observó una cifra alta de supervivencia entre esposos, a pesar de tener incompatibilidades inmunológicas, al compararlo con los de donantes cadavéricos. La diferencia fue del 10% a favor del primero en el primer año.²⁰ La explicación es que el órgano obtenido de cadáver resulta dañado antes de la extracción y posteriormente sufre de hiperfiltración de las nefronas remanentes, lo cual conducirá de nuevo a la insuficiencia renal crónica, atribuida por los médicos más tarde al rechazo crónico. Considera que los esposos —y aquí aparece la nueva denominación de donante vivo emocionalmente relacionado— representan una fuente de órganos, y señaló, en el Congreso Mundial de Nefrología, en 1994, incluso antes de salir su publicación en el siguiente año, que hay 25 000 pacientes esperando por un trasplante renal y aproximadamente el 95% de ellos están por encima de los 20 años de edad. Si el 50% de los 23 500 son casados, más o menos 11 750 podrían tener un donante potencial en su pareja. En informes norteamericanos, el trasplante con donante vivo era del 24% en 1992. Esto se ha ido incrementando y, por ejemplo, en 2002 era ya del 32%, de los cuales el 10% se efectuaba entre esposos; es decir, que se continúa incrementando este tipo de donante.²¹

Se considera que este aspecto es un importante problema analizado constantemente por la posibilidad de compensación o pago por los órganos. Incluso existe información sobre los llamados órganos corredores, término dado por individuos que comercializan con las personas diferentes partes de su cuerpo y estas son enviadas o solicitadas.

Shell expresa que la mayoría de los países no debían aceptar la comercialización de órganos. Sin embargo, se observa una tendencia a legislarla. Si esto sucediera, el carácter mercantilista de tales prácticas afectaría considerablemente el precepto humanista que ha caracterizado los principios rectores de la medicina.²²

En Cuba, por razones muy bien comprendidas, no está permitido en nuestra legislación el trasplante entre personas emocionalmente relacionadas. Se exige contar al menos con 3 de las 6 posibles compatibilidades, como las que existen entre padres e hijos, en el 50% de los hermanos o de hijos a padres. El otro 25% de los hermanos pudieran ser idénticos, lo cual muestra éxitos mayores en el trasplante, y siempre cabe la posibilidad de otro 25% que no sean compatibles y dejan de ser donantes en nuestro país, lo que garantiza la transparencia de las selecciones, es decir bajo leyes biológicas bien establecidas, las leyes de Mendel.

El trasplante con donador vivo se realiza desde 1979 en Cuba, y hasta la fecha se han efectuado unos 300 trasplantes en tres centros de la capital. Todos

²⁰ P.I. Terasaki *et al.* «High Survival Rates of Kidney Transplants from Spousal and Living Unrelated Donors.» *New England Journal of Medicine*, 1995; 25: 333-6.

²¹ *Ibidem* 17.

²² A. Shell. «Ethica in Organ Transplantation. The Major Issue.» *Transplantation Proceeding*, 1995; 27 (1): 87-9.

ellos con donantes compatibles. En el 60% de los casos su donante fue un hermano(a), el 35% padres y el resto de hijos. Como se puede observar, predominaron los hermanos, teniendo en cuenta que los pacientes candidatos para este tipo de trasplante son por lo general jóvenes portadores de glomerulopatías, y no se incluyen aquí muchos casos como los hipertensos o los diabéticos. Esta es la tercera causa de insuficiencia renal en nuestro país, y al presentarse en pacientes jóvenes los familiares donantes lo hacen con gran altruismo.

Trasplante renal precoz o anticipado

Es un término muy utilizado en el ambiente nefrológico de los últimos años, y consiste en llevar al trasplante a enfermos que todavía no han entrado a métodos sustitutivos para evitar así todos los fenómenos negativos para el organismo de la última fase de la insuficiencia, la uremia terminal, la creación de una fístula arteriovenosa para las hemodiálisis, el retorno aumentado de sangre al corazón, con la consiguiente probabilidad de insuficiencia cardíaca, cardiopatías, etcétera. Autores como Donelly consideran que esta variante del trasplante es la regla de oro para conseguir un éxito mayor con el decursar de los años, tanto para el paciente como para reducir el empleo de los métodos sustitutivos, que son tan costosos.²³

Esta variante se puede utilizar tanto para el donante cadáver como para el vivo.

Ya se han planteado con anterioridad los riesgos para el donante vivo, pero también se deben analizar los aspectos éticos y médicos del donante, quien en realidad es una persona sana y no un paciente.²⁴ Para muchos autores es un hecho inocuo, pero no es así del todo. Plaza señala que de 75 donantes analizados, solamente 30 estuvieron libres de complicaciones, aunque la mayoría fueron consideradas banales (infecciones de la herida y la orina).²⁵ Pero otro autor, Bay, realizó un estudio multicéntrico en 1983 y encontró cifras entre 0,1 y 0,04% de fallecimientos.²⁶ Más aún: en la actualidad se siguen publicando complicaciones que se le pueden presentar al sujeto sano donante de su víscera. De ahí que se insista en mejorar las técnicas quirúrgicas y los cuidados peri y posoperatorios. La realización por laparoscopia, decíamos con anterioridad, es un hecho ya presente en la práctica médica con resultados muy alentadores.²⁷

²³ P.K. Donelly *et al.* «Predialysis Living Donor Renal Transplantation, Is Still the Gold Standard for Cost, Convenience and General Survival.» *Transplantation Proceeding*, 1995; 27: 1444-6.

²⁴ Auquier *et al.* «Cadaveric Kidney Transplantation. Ethica and Consent.» *European Journal of Epidemiology*, 1995; 11 (5): 495-9.

²⁵ J.J. Plaza, J.C. Santos, S. Franco *et al.* «Trasplante renal de vivo, riesgos y evolución a largo plazo de los donantes.» *Nefrología*, 1987; 7: 283-9.

²⁶ W. Bay, L. Helbert. Ob. cit.

²⁷ *Ibidem* 17; F. Duraj, G. Tyden, B. Blonn. «Living Donor Nephrectomy, How Safe Is It?» *Transplantation Proceeding*, 1995; 27 (1): 803-4.

Ortuño señala que aunque la mortalidad es muy baja, se ha pretendido subestimarla al compararla con el riesgo de conducir unas pocas millas en una ciudad y estima ridículos estos intentos.²⁸ Al respecto expresa que en medicina se tiende mucho a publicar lo positivo y ocultar lo negativo. Starzl se refiere a historias confidenciales de horror, todas ellas recientes y en centros excelentes, que incluyen complicaciones anestésicas, embolias pulmonares, hepatopatías y complicaciones quirúrgicas. El efecto sobre los implicados, aunque sean lejanos, es devastador, y algunos cirujanos, ante la muerte de un donante, expresan haber vivido el momento más terrible de su vida, como si el reloj del mundo se parara para ellos. Por eso este autor está en contra de los donantes vivos.

En 1993, especialistas noruegos realizaron un estudio y encontraron que el 83% de los encuestados donarían nuevamente de forma decidida, el 10,7% de forma probable, pero el 6% no lo haría. Se concluye que la muestra analizada es muy seleccionada, y resulta muy difícil precisar con exactitud algún sentimiento negativo después de la donación.

En el caso del trasplante con donante vivo, es ideal realizarlo precozmente, si se tiene en cuenta que el paciente conoce de antemano cuándo está llegando a etapas finales de su insuficiencia. Pero en el caso del donante cadáver también se debe trabajar por hacerlo anticipado, cuando falten menos de seis meses para entrar en los métodos de diálisis. El éxito de este tipo de trasplante es mayor si se compara con el resto.²⁹

Actitud médica para la obtención de órganos en el donante vivo

Al inicio de los trasplantes de donante vivo, la actitud de los médicos fue expectante ante la duda por la mutilación de una persona sana. Sin embargo, pasado algún tiempo, los resultados obtenidos con los trasplantes relacionados en muchos lugares del mundo han motivado que aumente su práctica, como sucede en los Estados Unidos, pero no así en España, Francia, el Reino Unido y otros países, donde existe una tendencia generalizada a no realizarlos, como se puede observar en los datos brindados anteriormente.

En una encuesta efectuada por la European Dialysis Transplantation Association (EDTA) en 1980, en 148 centros de trasplantes se recogieron los siguientes datos de por qué no se hacían trasplantes renales con donantes vivos: insuficiente pago, 78%; éticamente injustificados, 22%; experiencias desafortunadas, 16%; problemas inmunológicos, 18%, entre otras razones.³⁰

La encuesta señalada resulta muy elocuente, ya que el mayor porcentaje se debe a que el personal médico considera que no es bien pagado por realizar este tipo de trabajo. No contamos con encuestas similares en otros países.

²⁸ J. Ortuño. «Ventajas e inconvenientes del trasplante renal de vivo.» *Nefrología*, 1994; 14 (3): 272.

²⁹ *Ibidem* 10 y 11.

³⁰ I. Caravia. *Aspectos éticos del trasplante renal con donante vivo* [tesis para Profesor Titular]. La Habana, 1996.

Trasplante renal con donante vivo en Cuba

Como dijimos anteriormente, en 1979 se efectuó el primer trasplante renal en Cuba entre hermanos gemelos. Desde entonces y hasta la fecha se han realizado casi 300, todos entre personas emparentadas.

Nuestro sistema de salud, una de las mayores conquistas de la Revolución, asegura la atención médica gratuita a todos los ciudadanos sin distinción de sexo, edad, raza o poder adquisitivo. Esto permite que los adelantos técnicos introducidos en el país se apliquen a todos los que los necesiten.

También en la primera década del trasplante en Cuba se realizaron trasplantes con donantes en parada cardíaca y se hicieron muchos con aceptables resultados, comparables con los de otros centros del mundo.

El trasplante renal se mantuvo vigente, aun en las peores condiciones que la actual crisis económica nos ha impuesto.

De todas formas, han existido afectaciones materiales que conspiran contra esta práctica de una medicina considerada con mucha frecuencia similar a la de países desarrollados, por lo que los resultados en los últimos años han sido inferiores a los anteriores, afectados por carencias que van desde los líquidos para perfundir los órganos en el donante cadáver, los reactivos para clasificar y lograr mejores compatibilidades, hasta las drogas inmunosupresoras modernas de importación.

Pero el trasplante con donante vivo ha sido celosamente aplicado y nuestros resultados son mejores que con los de donante cadáver, e igualables a los de donantes vivos de otros países. Es decir, que el valor ético de este tipo de trasplante hay que mantenerlo a toda costa. Se lucha por incrementarlo, pero sin llegar al desespero o a permitir alteraciones biológicas de los donantes que pudieran implicar males a estos en el futuro, pues han llevado a cabo un acto altruista y deben ser bien protegidos. No hemos tenido ninguna historia triste en donantes vivos; solo complicaciones banales, como señalan todos los autores.

Nuestro equipo multidisciplinario está muy bien preparado para enfrentar los estudios de los donantes y nunca permitir que el 25% de los hermanos no compatibles puedan efectuar la donación. Existen principios éticos muy sólidos en cuanto a la protección del paciente en nuestra sociedad para evitar que por esta brecha puedan salir trasplantes no compatibles. Lo mismo ocurre con los emocionalmente relacionados, los amigos, primos, etcétera.

La donación de órganos de personas vivas no ha sido tan ampliamente divulgada por los medios de difusión como la obtenida con donantes cadavéricos. Cabría preguntarse cuál es la causa de esta limitada divulgación. Se basa en el respeto a los familiares, su voluntariedad y el temor a que un paciente necesitado de una víscera para vivir una vida normal pueda ejercer involuntariamente una coacción sobre sus padres o hermanos e invocar una posible muerte si no le ceden uno de sus riñones.

Las condiciones exigidas para la aceptación de un donante vivo se basan en criterios médicos estrictos, como ser un sujeto sano, voluntariedad en la acción, estabilidad psicológica y una fuerte motivación familiar. Se realiza en centros de alta experiencia en la trasplatación renal y se discute entre todas las especialidades que intervienen en este proceder, sin que medien factores materiales en su análisis. Ya se tiene pensado acreditar otros servicios en el interior del país, con muy buenos resultados en cuanto al trasplante renal se refiere, para que puedan asumir esta nueva variante y estos enfermos y sus familiares no tengan que venir de tan lejos al acto quirúrgico y su seguimiento posterior.

Los casos no aceptados como tributarios de recibir un riñón de un donante vivo por consideraciones médicas o éticas, se incluyen en el programa nacional de selección con donante cadáver.

Esta posibilidad que brinda nuestro sistema de salud es la mejor alternativa que se puede ofrecer. Se utilizan, además, drogas antirrechazo de aplicación mundial. En Cuba nunca ha existido comercialización de órganos, pues nuestra ética médica no lo permitiría, y no tendría sentido de ninguna índole por la gratuidad de nuestra medicina. Los médicos que realizan trasplantes no obtienen beneficios personales al efectuar las operaciones, sino solamente el respeto y agradecimiento de aquellos enfermos y sus familiares necesitados de estos servicios.

El trasplante renal precoz con donante vivo se inició basado en los mismos conceptos antes expuestos, tanto médicos como éticos. Al referirse a este tipo de trasplante, Ortuño, nefrólogo español, señala que «desde la perspectiva de los países ricos se propugna aumentar los trasplantes de vivo, liberalizando los criterios de aceptación. Desde la perspectiva latinoamericana y de los países pobres, por el contrario, deben establecerse criterios más rígidos y restringidos, porque el empleo de donantes vivos no relacionados aumenta la posibilidad de explotación de los pobres, frecuentemente tentados a vender sus órganos antes de morir de hambre».³¹

Estas definiciones dadas para América Latina no son validas en cuanto a Cuba, ya que aquí la realización de trasplantes renales de donantes vivos no se hace por comercialización, sino por el interés de brindar un resultado mejor a petición de los propios familiares, pero sin disminuir los esfuerzos para obtener más vísceras provenientes de donantes cadavéricos.

Aspectos éticos de los trasplantes en niños

Por suerte, la insuficiencia renal crónica en niños es mucho menos incidente que en el adulto. Las causas fundamentales son los problemas congénitos urológicos, algunas glomerulonefritis o nefritis intersticial secundarias a litiasis, fenómenos obstructivos, etcétera.

³¹ Ibidem 28.

Está bien demostrado en grandes series que los receptores pediátricos tienen menores supervivencias a corto y largo plazo. Debe tenerse en cuenta que la mayor parte de los donantes son adultos y las desproporciones anatómicas y el consiguiente crecimiento posterior le imprimen un resultado más bajo. Por eso los niños son pacientes de prioridad en muchos programas de trasplante renal, y en nuestro país, en este momento, menos de 30 pacientes se encuentran en planes de diálisis, muchos de ellos con contraindicaciones para un trasplante por enfermedades urológicas muy serias. En nuestra selección, cada vez que se dispone de una víscera joven, inmediatamente se prioriza a un niño y se pone rápidamente a disposición del hospital que trata al paciente. No importa si tiene menos compatibilidades, porque, como ya se explicó anteriormente, el buscar compatibilidades HLA entre escasos pacientes es casi nulo. A estos se les garantizan los inmunosupresores, todos de importación, y se obtiene el nivel más alto de resultados satisfactorios a nivel internacional.

Se está trabajando mucho con el donante vivo emparentado (padres) y se han efectuado 10 trasplantes con excelentes resultados. Este programa se incrementará en los dos hospitales que coinciden en la práctica de esta técnica quirúrgica, pues garantiza mejores resultados que si el donador es un cadáver.

Por otra parte, en Cuba se está trabajando con el donante pediátrico para este tipo de paciente prioritariamente, pues también las vísceras menores de 12 años exhiben los peores resultados a corto y largo plazo en receptores adultos.³²

Aspectos éticos en determinadas enfermedades

La diabetes mellitus es la primera causa de insuficiencia renal, pero se es extremadamente celoso en la utilización de un donante vivo, para evitar que en un futuro este pueda padecer de una diabetes en estado de monorreno, con la pérdida del 50% de unidad funcional, totalmente desprotegido, y en el cual la insuficiencia renal progresará evidentemente con mayor facilidad. Para esto son muy importantes los estudios de HLS por técnicas, muy novedosas y costosas, con las que cuenta el país para clasificar bien los donantes, las llamadas perlas magnéticas. En el caso de que el donante tenga marcadores de enfermedad autoinmune queda totalmente descartado.

Las glomerulopatías con alta residiva posterior al trasplante, como la esclerosis segmentaria y focal, las glomerulopatías membranosas y el Berger, entre otras. Es evidente que aunque puedan recidivar, no toman siempre un curso tan agresivo como lo pudo hacer en la enfermedad renal del receptor, pero estamos en la obligación de explicar bien a los donantes y demás familiares esta posibilidad para evitar su insatisfacción si el resultado del trasplante no es el deseado por una

³² I. Samhar, Al-Akash, R. Ettenger. «Kidney Transplantations in Children.» En *Handbook of Kidney Transplantation*. Ob. cit.: 332-64.

corta supervivencia y para que el equipo médico no pierda su valor moral ante la población, tan fuertemente defendido en todos los tiempos. Se debe contar siempre, al igual que en los trasplantes de donante vivo, con un consentimiento informado, brindarle orientación a la familia y, por supuesto, en este tipo de circunstancia la familia y el receptor son quienes deciden, a diferencia del donante de diabético con probabilidades de padecer la enfermedad.

La poliquistosis renal es una enfermedad autosómica dominante, transmitida al 50% de la descendencia y al valorar a donantes jóvenes menores de 25 años se debe estar muy seguro de que no se trate de un portador. Cuando se cuenta con estudios genéticos es muy fácil, pero, en caso contrario, nuestro grupo plantea, además de un ultrasonido normal, hacer tomografías contrastadas o resonancia magnética, aunque estas sean muy costosas, porque lo que sí no puede ocurrir es nefrectomizar a un donante poliquístico en estadios todavía no diagnosticados.

Trasplante renal a extranjeros en Cuba

Por tener Cuba la tasa de trasplante más alta de Latinoamérica, con frecuencia son interrogados nuestros servicios de salud para efectuar este tipo de trasplante.

Se tiene bien definido que deben cumplirse las mismas reglas que la ley dicta para nuestros trasplantes. Es decir, el paciente extranjero debe viajar a Cuba con su donante francamente compatible y nosotros retipamos estos casos para las moléculas HLA, porque si no hay compatibilidad el trasplante no se efectúa aunque afirmen ser parientes en primera línea. De esta forma logramos mantener los principios éticos de nuestro país, al evitar que cualquier otro tipo de trasplante sea mal interpretado como un negocio o un tráfico inconsciente de órganos.

Tendencias actuales para tratar de solucionar la obtención de órganos

Varios autores han hecho diferentes propuestas que se resumen de la siguiente forma:

- Máximo aprovechamiento de cadáveres con muerte encefálica, con el perfeccionamiento de la detección, traslado, mantenimiento, solidaridad social, colaboración profesional y organización.
- Flexibilidad en los requisitos del donante. Recordar que cada día son más frecuentes los donantes por enfermedad cerebrovascular hemorrágica que por traumas craneoencefálicos, lo cual implica que son donantes mayores que sufrieron lesiones vasculares y que también los riñones pueden ser clasificados como subóptimos. Se llevan a cabo protocolos de biopsias renales

preimplante para poder valorar bien el futuro trasplante y tomar medidas en cuanto a isquemias frías menores, drogas inmunosupresoras biológicas, etcétera.

- Búsqueda y utilización de fuentes alternativas de órganos, especialmente tres:
 - Donantes en parada cardíaca, con los inconvenientes que presenta una mayor isquemia caliente, que repercute negativamente en los resultados del trasplante.
 - Donantes vivos relacionados y no relacionados.
 - Xenotrasplantes, en los que la víscera que se utiliza en el trasplante proviene de otra especie, en este caso de los animales. Esta parece ser una solución a mediano plazo. Se han realizado algunos intentos con riñones provenientes de monos y de cerdos, pero esto también es criticado por los ecologistas.³³

³³ F.T. Rapaport. «Xenotransplantation, un nouvel espoir pour la transplantation des organes.» En J. Hamburger. *Actualités Nephrologiques*. París, Medicine Sciences, 1991: 351-63; A. Fabre. «Les dispositions réglementaires relatives aux établissements d'expérimentation animale.» *RCCHBV*, octubre de 1993; 258 (24): 1186.

Las donaciones de órganos y tejidos. *Status* legal

Neylia L. Abboud Castillo y Leonardo B. Pérez Gallardo



La palabra «donación» proviene del latín, *doni datio*, cuya significación etimológica es dación gratuita. Es una institución que data del derecho romano, pero no ha estado definida con absoluta precisión, pues aun en la actualidad, su naturaleza jurídica se torna difícil y compleja, dadas sus disímiles formas de manifestación en el campo del derecho.

Una acepción amplia de la donación la comprende como sinónimo de liberalidad; de esta forma, hay donación en el comodato, en el mutuo sin interés, en el depósito gratuito; de manera que de tan amplia que es la acepción hace impropio el concepto. Fue considerada en el derecho común, por Enneccerus, como toda atribución de enriquecimiento patrimonial a expensas del donante, que según el acuerdo de las partes fuera gratuito.

Concebida como un modo de adquirir la propiedad, fue el tratamiento que el Código Civil español, extendido a Cuba en 1889, le brindó, al preceptuar, en el artículo 618: «La donación, es un acto de liberalidad por el cual una persona dispone gratuitamente de una cosa en favor de otra que lo acepta.»

Según nuestra valoración, es la donación civil un acto jurídico cualificado (negocio jurídico bilateral), en virtud del cual uno de los sujetos de la relación jurídica (donante), con ánimo de liberalidad –lo que justifica el acto–, cede gratuitamente una fracción de su patrimonio –con el consiguiente empobrecimiento

patrimonial—, a favor del otro sujeto de la relación (donatario) que se enriquece con ella.

Con el surgimiento de la trasplantología, el término «donante» voluntario de órganos y tejidos fue más enfático, pues su empleo data de las ya otrora donaciones de sangre, y el empleo del cadáver con fines científicos. En los medios de difusión masiva, la literatura científica y en el argot popular, en general, se maneja este término, por lo que se hace necesario reflexionar para buscar paralelismos entre esta institución de la donación y la tradicional, estudiada en derecho civil.

Consideramos que en virtud de la donación de órganos y tejidos la persona, o su representante legal, dispone ceder piezas anatómicas para ser utilizadas a los fines del trasplante o la investigación científica, lo que surte efecto en vida o después de la muerte.

Ya definimos que los órganos y tejidos no forman parte del patrimonio. Si bien son extraídos del cuerpo vivo o del cadáver, y tienen la consideración de bien, estos son extrapatrimoniales, por tanto, no hay cesión en la donación de órganos de una fracción del patrimonio y, consiguientemente, no existe empobrecimiento ni enriquecimiento patrimonial. Lo que sí podemos decir es que ha habido un beneficio —o al menos el intento— a la salud del receptor, pero el órgano o tejido implantado no es valuable económicamente, en el orden ético y jurídico. Es un bien extrapatrimonial y fuera del comercio de los hombres; tampoco puede considerarse que se ha producido un empobrecimiento en la persona del donante por los elementos antes apuntados, y porque en el orden de la salud hay limitantes a este tipo de acto.

Una vez precisado que los órganos y tejidos humanos no son susceptibles de valoración económica, cabe apuntar que sí lo es el efecto perjudicial producido en la salud del donante o del receptor por error médico que trasciende el margen de equivocación concebido para este personal. Doctrinalmente y en el derecho positivo, se naturaliza este hecho como acto ilícito generador de responsabilidad civil, al incurrir el médico en culpa extracontractual, la que se configura cuando la violación afecta a una persona (en este caso el donante o el receptor), con la cual no tuviese el agente (el médico) vínculo obligatorio previo más que por el principio general de respeto a la esfera jurídica de los demás.

La forma de resarcir la responsabilidad civil, en el caso que nos ocupa, es la indemnización de daños y perjuicios, tratada en la doctrina como la teoría del daño emergente y del lucro cesante, en virtud del cual se indemnizan los daños producidos por el acto ilícito y las ventajas que por este se dejaron de percibir.

El Código Civil cubano, en el artículo 81 preceptúa: «los actos ilícitos son hechos que causan daño o perjuicio a otro». Más adelante regula la forma de resarcir la responsabilidad civil, así como su contenido, en los artículos 83(c) y 86 con sus apartados, respectivamente.

No es la donación de órganos un negocio jurídico que consiste en la creación de situaciones jurídicas conscientemente buscadas, cuya razón es la finalidad que

se persigue al realizarlas. Esta da lugar al ejercicio de un derecho que tiene una correlativa obligación de persona distinta a quien lo ejercita y produce derechos subjetivos y obligaciones. Las partes voluntariamente han querido crear una situación de derecho a la que habrán de ajustar sus relaciones y sus actos.

Se destacan como elementos distintivos del concepto el acto de voluntad (existencia de una o varias declaraciones de voluntades) y la finalidad de producir consecuencias jurídicas (actos tutelados por el ordenamiento jurídico).

En principio puede pensarse que la donación de órganos se ajusta a esta definición. Pero el detalle estriba en que si bien son los negocios los actos jurídicos por excelencia, no son contentivos de toda su noción. Supone el acto jurídico la existencia de un hecho humano producido por la voluntad consciente y exteriorizada, dirigida o no a crear efectos jurídicos; cuando el acto se produce conforme a las disposiciones del derecho objetivo es que recibe esta denominación. Cuando la manifestación de voluntad está dirigida a crear efectos en el derecho es que se construye la figura del negocio jurídico, la cual puede ser unilateral o bilateral. No está presente en el acto de donación de órganos la intención de producir efectos jurídicos –aunque, en realidad, estos se producen–; su naturaleza corresponde a la del acto jurídico unilateral.

No existe entre el donante y el receptor una relación contractual surgida al amparo de los negocios jurídicos bilaterales, porque, en primer lugar, repetimos, está ausente el elemento patrimonial que caracteriza las relaciones obligatorias y, por otra parte, ya hemos definido que la acepción más amplia no es un negocio jurídico.

Urge destacar otro elemento característico de las relaciones contractuales y no presente en la donación de órganos, mas sumamente vilipendiado, incluso por juristas: el consentimiento, o sea, la expresión de las voluntades anteriormente divergentes que convergen en un punto común y perfeccionan la relación jurídico contractual.

De manera que el elemento esencial en el acto jurídico es la manifestación de voluntad, y en el negocio jurídico bilateral el consentimiento, que es la coincidencia misma de manifestaciones de voluntad que nacieron aisladas.

Definitivamente, es la donación de órganos un acto jurídico caracterizado por la declaración unilateral de voluntad.

El carácter irrevocable es uno de los elementos distintivos de la donación civil –y en general de los contratos–, en correspondencia con el principio de intangibilidad, lo cual implica que ninguna de las partes puede dar por extinguido el contrato de manera unilateral. El acto de donar órganos y tejidos es esencialmente revocable. En el ánimo de liberalidad no subyace un interés de contenido patrimonial, sino una intención altruista, solidaria, que no crea obligación para el donante, solo la satisfacción de cumplir un deber social.

La doctrina formuló paliativos al principio de irrevocabilidad. En las donaciones inter-vivos, realizadas con la finalidad de surtir efectos en vida del donante,

se declara ineficaz el contrato en virtud de causas especiales, que dependían de la voluntad de las partes, o por disposición de la ley. En las clases de donaciones *mortis causa*, hechas en peligro de muerte o en contemplación a esta, desde el derecho romano fue considerada, como elemento natural de ellas, la revocabilidad, condicionada a los efectos que de acto de última voluntad producía. En sus orígenes fue un privilegio concedido a los patronos, quienes revocaban al libre albedrío las donaciones hechas a sus libertos. Luego se establecieron causales, primero restringidas a la ingratitud del liberto, y más tarde, con Justiniano, a la ingratitud del donatario. El Código Civil español de 1889 reguló taxativamente las causas de revocación.

La ley de salud pública cubana (Ley 41/1983), no preceptúa, en su articulado, referido a la donación de órganos y tejidos, el carácter revocable de este acto, que en nuestro país no ha suscitado conflictos legales dado el objetivo benefactor de nuestra salud pública.

El acto de donar partes del cuerpo debe ser inexorablemente revocable. Al no tratarse de una institución contractual, nada obsta para que la declaración unilateral de voluntad modifique la situación de derecho, al no violarse el principio de la intangibilidad de los contratos. La doctrina polemiza sobre la consideración de este elemento como nota esencial o natural de las donaciones.

Para el profesor Vallet de Goytisoló, la revocabilidad es por naturaleza, y no por esencia. El tratadista Roca Sastre juzga que es de esencia la libre revocabilidad. Nos afiliamos a esta última posición para las donaciones de tejido humano. Al considerarla un elemento esencial, imposibilita que por declaración unilateral de voluntad se renuncie a ella. Lo contrario ocurre con los elementos naturales del acto jurídico, que pueden ser excluidos por la voluntad de los sujetos, según el enfoque doctrinal.

Otra consideración que se debe tener en cuenta es que la donación civil se perfecciona por la aceptación del donatario. El Código Civil cubano preceptúa en el artículo 374.4: «la donación se perfecciona desde que el donante conoce la aceptación del donatario». En las donaciones *mortis causa*, la declaración unilateral de voluntad tiene carácter no recepticio; la aceptación o rechazo del receptor no impide el nacimiento del acto jurídico. Pudiera reflexionarse en torno a si el Estado, al recepcionar el acto de donar a través de sus direcciones administrativas, actúa como representante de los receptores en general, al significar, en buena medida, un beneficio para la salud de la sociedad, particularmente en el caso de los pacientes irreversiblemente enfermos. Pudiera entonces colegirse la existencia del consentimiento, al converger las voluntades del donante y del Estado. En relación con este extremo, opinamos que en el acto de donar tejidos solo interviene la voluntad del donante. El Estado no está facultado para rechazar dicha expresión, pues actúa como un ente pasivo; a través de los mecanismos administrativos solo se propone dejar constancia de la declaración del donante.

En las donaciones intervivos, la mera aceptación del receptor o sus representantes legales, a los fines del trasplante, se relaciona con estos y no con el acto de donar. La perfección del acto que realiza el donante es independiente de la aceptación del receptor. Por otra parte, la intervención médica, al definir la existencia de requerimientos genéticos, inmunológicos y otros, interrumpe la conexión privada entre donante y receptor.

Brindar un concepto de la donación civil circunscrita a la de intervivos es catalogado por algunos autores, de percepción estrecha, restringida, de esta institución. No han faltado legislaciones atacadas por esta corriente de pensamiento, como ocurrió con el Código Civil italiano de 1942.

La donación *mortis causa* es una figura que el derecho creó para tutelar la disposición gratuita que pudieran hacerse de fracciones del patrimonio, por los sujetos del derecho, y que surtiría efectos después de la muerte del donante.

Sin embargo, la sucesión *mortis causa* es la figura jurídica que ampara este tipo de actos, considerados de última voluntad —sin ser testamento— por el momento de producción de sus efectos y el respeto a la voluntad del donante. O sea, existe una superposición de instituciones, y somos del criterio de que tales actos deben ser tratados en el campo de la sucesión por causa de muerte, pues la donación civil es una forma de suceder pero intervivos.

El Código Civil cubano, en el artículo 371 y siguientes, regula la donación civil. Es manifiestamente claro al situar su naturaleza jurídica en el marco de las relaciones contractuales, a diferencia de otras legislaciones, como el Código Civil español de 1887, que la consideró un modo de adquirir la propiedad. Y si ciertamente transmite la propiedad, cuenta también con otros elementos distintivos que la hacen más particular y la integran como figura contractual.

Son las ideas anteriormente expuestas el esbozo de algunas consideraciones, a partir de las cuales hemos definido que la donación de órganos y tejidos humanos no es técnicamente considerada una donación civil. Al dar forma a la idea, compartimos con el tratadista de derecho civil R. Ruggiero que los elementos esenciales de la donación civil son:

- a) La atribución patrimonial que produce enriquecimiento en el donatario y consiguientemente empobrecimiento en el donante.
- b) Intención de beneficiar o *animus donandi*, a la que debe corresponder en el donatario la intención de recibir la donación como tal.
- c) Privación de la cosa en el donante.
- d) El no poder ser revocada de modo arbitrario por el donante.¹

A pesar de la flagrante distinción de las instituciones tratadas, pienso que el concepto de «donación» es el que más se aviene al tema expuesto, interpretado etimológicamente como entrega o dación gratuita. Varias legislaciones al

¹ R. de Ruggiero. *Instituciones de Derecho Civil*. 4ta. ed. Madrid, Editorial Reus, 1929, I: 145-7.

referirse al tema la denominan ablación de órganos o implante. El significado etimológico de la ablación es escisión, extirpar una parte del cuerpo. Por otra parte, el implante es la acción de introducir una cosa en otra, en este caso, los órganos donados en el cuerpo enfermo. Consideramos, finalmente, que donación de órganos y tejidos no es el término más técnico, pero de los posibles que se han dado es el más adecuado.

Donación intervivos

La utilización de órganos de personas vivas para ser implantados en personas con enfermedades crónicas irreversibles es un procedimiento quirúrgico realizado para el beneficio terapéutico de estas últimas.

Para la extracción del órgano del donante es necesaria la expresión de su voluntad. No obstante, hay partes del cuerpo que no pueden donarse, por considerarse como atentatorio contra las buenas costumbres, tales como órganos y tejidos cuya extracción altere la salud del donante de manera permanente, ponga en peligro su vida, o merme su capacidad física o psíquica, al perder funciones importantes de su organismo. De tal forma, no se donan órganos impares, ni los que afectan a aspectos estéticos. Tampoco los que al extirparse ocasionen trastornos mentales o pérdida de la capacidad procreativa y otros contemplados en los principios proclamados por la Asamblea Mundial de la Salud (véase el anexo A). *A contrario sensu* son donables los órganos pares, huesos, cartílagos y tejido regenerable.

El donante debe manifestar expresamente su voluntad en relación con el proceder de la extracción solo una vez que haya sido informado adecuadamente por el facultativo sobre la importancia médica de esa extracción, las posibilidades de éxito y las consecuencias que para su salud se deriven. En el campo civil, en caso de expresarse la manifestación de voluntad sin conocer a fondo todos los elementos, deviene en una presunción de voluntad, y es natural que se declare ineficaz una donación por hechos que, de haberlos conocido el donante, le hubieran hecho abstenerse de hacerla. Es así, que la voluntad declarada producirá a plenitud sus efectos cuando sea consciente y libremente emitida. Ha de manifestarse externamente, pues en tanto sea interna de manera manifiesta, no actúa en el mundo jurídico. Por otra parte, la declaración de voluntad debe ser oportuna y coincidente con la voluntad interna.

Si la voluntad ha sido viciada, la extrema necesidad fuera de la ley no le confiere carácter legal a la operación médica. En este caso hay enfrentamiento de dos intereses: el donante en relación con su vida y su integridad física, y el interés del *recipiens* por su propia vida y su salud. Pero no puede decirse que el interés del *recipiens* tenga más peso que el del donante, pues en ambos casos hay protección a la salud y a la integridad física. Con esta finalidad, surge la doctrina del consentimiento informado. Este se logra, «cuando el médico cumple con el deber de revelar adecuadamente al paciente la naturaleza del

trasplante propuesto, los riesgos implícitos, las opciones disponibles, si existen, y los beneficios que sería razonable esperar».²

En el caso de los menores de edad e incapacitados es a los representantes legales a quienes se les debe comunicar los características de la intervención.

Como regla, la capacidad para donar exigida por las legislaciones está en correspondencia con el pleno goce de la capacidad civil, tendencia que consideramos atinada y conforme al derecho. La Ley Española de Trasplantes, de 27 de octubre de 1979, y su Reglamento, de 22 de febrero de 1980, en su artículo 6, exige que el donante sea mayor de edad. Sin embargo, la disposición adicional 2, del Reglamento, establece que dadas las características biológicas de la médula ósea, los menores de edad pueden ser donantes, previa autorización de sus padres o tutores. El derecho positivo establece, para la realización de actos jurídicos, gradaciones de la capacidad; el artículo 29.1 preceptúa que «[...] la plena capacidad para ejercer derechos y realizar actos jurídicos se adquiere: a) por arribar a la mayoría de edad que comienza a los 18 años cumplidos, y b) por matrimonio del menor. 2. La ley, no obstante, puede establecer otras edades para realizar determinados actos».

De forma consecutiva, los artículos 30 y 31, establecen la capacidad restringida y la carencia de esta para celebrar actos jurídicos, respectivamente.

El artículo 81 de la Ley de Salud Pública, en relación con el artículo 29.1 del Código Civil, regula que: «[...] podrán donar sus órganos y tejidos los mayores de 18 años de edad que estén en el pleno uso de sus facultades mentales. [...] Los menores de 18 años de edad no incapacitados podrán donar sus órganos y tejidos con la autorización del padre o la madre o de su representante legal en ausencia de estos».

Al parecer, el límite al término «menores de 18 años», lo establece el Código Civil en su carácter de cuerpo legal supletorio, en el artículo 31.a, «carecen de capacidad para realizar actos jurídicos: a) los menores de 10 años de edad».

Probablemente el respaldo que brinda el Código Civil al artículo comentado, esté contenido en la preceptiva del artículo 29.2: «[...] La ley no obstante puede establecer otras edades para realizar determinados actos.» Aunque no es una solución del todo feliz, pues este apartado pertenece a la regulación de la plena capacidad, y el artículo 81 de la ley 41 de 1983 precisa la autorización del padre o la madre; aunque pudiera ser complementado con el artículo 85.5 del Código de Familia, redundaría decir que el artículo 30 del Código Civil no es de aplicación a este acto jurídico, pues la donación de órganos no forma parte de las necesidades que se satisfacen en la vida a diario.

En relación con los menores e incapacitados, según los principios rectores en el trasplante de órganos en humanos: «[...] no debe ser removido ningún

² H. Fuenzalida. «Los trasplantes de órganos y tejidos. La respuesta legislativa en América Latina.» *Bioética*, 1990; (108): 47-9.

órgano del cuerpo de un menor vivo con el propósito de un trasplante». Pueden hacerse excepciones, que son amparadas por la ley en el caso de tejidos que se regeneran.

No obstante, al igual que en el resto de las donaciones de órganos intervivos, se precisa la existencia del grado de parentesco por razones ético-morales y científicas, dado el nivel de compatibilidad que se debe lograr en los antígenos de histocompatibilidad (HLA). Las legislaciones se han tornado flexibles, pues los niños también necesitan trasplantes, y como regla, la excepción al principio es la donación entre hermanos. En estos casos quienes suplen la falta del ejercicio de la capacidad son los representantes legales.

Los artículos 56 y 57 del Código Civil cubano regulan la forma de suplir la falta de capacidad mediante la representación legal, y el artículo 59 precisa el alcance de las facultades del representante legal. También, en su artículo 32, dispone: «[...] la incapacidad de las personas referida en los artículos anteriores se suple en la forma regulada en el Código de Familia y en la Ley Procesal Civil».

El Código de Familia, en su artículo 85.1, al regular el contenido de la patria potestad incluye cuidar de la salud de sus hijos, y en el apartado 5, establece el deber de «[...] representar a sus hijos en todos los actos y negocios jurídicos en que tengan interés; completar su personalidad en aquellos para los que se requiera la plena capacidad de obrar».

Por otra parte, el artículo 151 del citado cuerpo legal preceptúa: «El tutor representa al menor o incapacitado en todos los actos civiles y administrativos, salvo en aquellos que por disposición expresa de la ley, el tutelado podrá ejercitar por sí mismo.»

El artículo 81 de la Ley de Salud no deja claro si la donación hecha por los menores de 18 años de edad o incapacitados pudiera surtir efectos a los fines de un trasplante intervivos, cuestión que al contemplarse como excepción estaría acorde con los principios rectores del trasplante humano, siempre que se trate de tejido regenerable. Sin embargo, esta especificidad, en virtud del artículo 82 de la propia Ley 41, debió ser normada de acuerdo con las formalidades que establece el Ministerio de Salud Pública, las cuales, desafortunadamente, no han sido promulgadas.

En el continente americano, Bolivia y México prohíben la donación de órganos y tejidos por parte de menores, incapacitados, mujeres embarazadas y prisioneros cuando los receptores no son familia.

Es una peculiaridad de las donaciones intervivos, y que las distingue de la *post mortem*, la designación del receptor, sobre todo porque, como ya apuntamos, debe existir un determinado grado de parentesco que tienda a minimizar al rechazo inmunológico.

Otra cuestión tratada en relación con los donantes vivos es la referida a la compensación económica por la pérdida de ingresos y gastos relacionados con

la donación. Como principio, se sustenta que los donantes no deben incurrir en ningún gasto por concepto de extracción de órganos donados. En países donde la salud no es gratuita, los conflictos legales sobre este punto proliferan, y se discute quién cubre los gastos del donante. Hay países, como Argentina, que solucionan el conflicto al disponer que el seguro social cubra los gastos. En otros, está latente la preocupación generalizada por abaratar los gastos de los servicios de salud, que en el caso de los trasplantes, entre otros, se destacan los largos períodos de hospitalización pre y posoperatorio, y la prolongada terapia inmunosupresora para evitar el rechazo, de manera que un ciudadano promedio pueda aspirar a estos servicios. De aquí que surjan voces que abogan por el subsidio gubernamental bajo el fundamento de que aquellos sin seguro privado no pueden optar por los trasplantes.

El sistema de salud gratuito en nuestro país excluye cualquier problemática al respecto. La forma en que implementamos los trasplantes intervivos obedece al orden de parentesco entre madre, padre y hermano, con lo cual se logra la compatibilidad genética y se excluye cualquier posibilidad de comercialización de órganos por esta vía.

Una seria limitante del Decreto-Ley 139/1988 es preceptuar, en el artículo 83, que todo proceder médico en la realización a los trasplantes de órganos y tejidos donados estará condicionado a la certificación de muerte del donante. Por tanto, al exigir esta, prohíbe la donación intervivos. Sin embargo, en la práctica se realiza; ejemplos concretos son los trasplantes de riñón, con los que hemos obtenido tantos logros mostrados a la palestra por los medios de difusión masiva. La legislación no debe oponerse a esto, pues se trata precisamente de tutelar jurídicamente este proceder medicoquirúrgico. Si en definitiva hay coincidencia de voluntades, ¿qué obsta para que el legislador acompase la suya a lo que ya acontece?

Donación *post mortem*

El momento de la muerte encefálica, en pacientes cuyos órganos van a ser utilizados para trasplantes es, como corresponde, el momento del diagnóstico y no el de la extracción de los órganos a los fines del trasplante o de las investigaciones científicas.

Solo al fallecer el donante se realiza la extracción del órgano apto para trasplante, en breve período de tiempo; pero al realizar la extracción estamos frente a un cadáver, seguros de la capacidad de funcionamiento del órgano que se va a trasplantar. No debe existir relación entre el equipo médico que diagnostica la muerte y el que trasplanta. Es una máxima recogida en los principios de ética médica que el equipo encargado de la declaración del estado de defunción no debe estar permeado, o sensibilizado, con el estado de enfermedad irreversible de un determinado receptor, de manera que estos sentimientos no influyan

en su decisión. De igual forma ocurre con el equipo que trasplanta, quienes, en definitiva, llegan a sufrir como en carne propia la situación desesperada de sus receptores, urgidos de un donante. Pero esto no exime que haya una interiorización de la importancia de la labor que se va realizar por parte del equipo a cargo de la extracción. En países de economía de mercado, donde todo, hasta el hombre, es mercancía, el asunto se torna bien diferente y la máxima se fundamenta en impedir lesiones graves a la salud humana del donante, o delitos de homicidio, pues la búsqueda del donante y/o el beneficio al receptor persiguen fines lucrativos.

En relación con la manifestación que emite el donante, debe ser considerada como un acto de última voluntad, la cual puede ostentar carácter personalísimo, en todo momento revocable, además de ser voluntario, gratuito y no admitir contraprestación patrimonial. Tiene esta consideración a los efectos que produce cuando la manifestación de voluntad ha sido emitida por el donante o su representante legal; puede ser a favor de la donación o en contra, pero ambos criterios deben ser respetados de igual manera. El Código Civil vigente, en el artículo 476, formula que: «[...] por testamento una persona dispone de todo su patrimonio o de una parte de este para después de su muerte, con las limitaciones que este código y otras disposiciones legales establecen».

Doctrinalmente, por testamento no se dispone solo del patrimonio, pues existen otros derechos no patrimoniales que también pueden transferirse.

En caso de declaración expresa se aplica la regla anterior; si la manifestación es tácita o presunta, hay que contrarrestarla con la petición obligatoria, y no dar posibilidades a que este tipo de donación se produzca en este campo.

«[...] La petición obligatoria respeta el carácter voluntario del sistema aunque obliga a que se tome una decisión.»³ «[...] El principal obstáculo para la donación de órganos no son situaciones clínicas, ni los problemas económicos, es simplemente no pedirla, no obligar a los hospitales a discutir con el familiar la posibilidad de extraer el órgano.»⁴

Al respecto, la Ley Argentina de Trasplantes (Ley 24.193), en su artículo 19, se pronuncia preceptuando que: «Toda persona capaz mayor de dieciocho años podrá autorizar para después de su muerte la ablación de órganos o materiales anatómicos de su propio cuerpo, para ser implantados en humanos vivos o con fines de estudio o investigación. La autorización a que se refiere el presente artículo cuya ablación se autoriza o prohíbe de un modo específico o genérico. De no existir esta especificación, se entenderán abarcados todos los órganos o tejidos anatómicos del potencial donante. Asimismo podrá especificar con qué finalidad se autoriza la ablación. De no existir esta especificación, se entenderán

³ B. Cohen. «Organ Donor Shortage. European Situation and Possible Solutions.» *Scan J urol Nephrol* [suplemento], 1985: 67-79.

⁴ R. Cotton, A. Sandler. «The Regulation of Organ Procurement and Trasplantation in the United States», *Legal Medicine*, 1986; 7: 55-6.

abarcados exclusivamente los fines de implantación en humanos vivos y excluidos los de estudio e investigación científica.»

En las donaciones *post mortem* no hay designación del receptor, los órganos donados pertenecen a la comunidad. El donante al actuar no designó un receptor determinado, sino obró para cualquier integrante de la comunidad, que desdichadamente en algún momento pudiese necesitar sus órganos. No pertenecen a individuos particulares sino a quien más lo necesite. Entraña una gran responsabilidad la distribución equitativa entre los hospitales y pacientes; según el «orden de espera», no deben existir factores arbitrarios en la selección del paciente, ni tomarse en cuenta la solvencia económica, prejuicios de edad, sexo, raza o condición social, como ocurre en algunos países. Deben aplicarse criterios médicos objetivos. Muchas legislaciones para contrarrestar este problema sugieren un comité de ética con amplia representación pública que revise y apruebe la adopción de criterios médicos de selección uniforme.⁵

Doctrinalmente, se construyen teorías que tratan de solucionar la extracción de los órganos a los fines del trasplante, en relación con la declaración de voluntad. La teoría del consentimiento considera, como regla, que la extracción de órganos está prohibida, y solo el consentimiento expreso, autorizado, la hace permisible, la cual puede ser validada mediante el permiso de los familiares sobrevivientes, o la expresión de voluntad en los carnés de donantes.

Extraer los órganos sin el consentimiento del donante, incluso a pesar de su expresa declaración, es legítimo. Esta concepción es postulada por la teoría de la extrema necesidad, fundamentada en que hacer lo contrario equivaldría a una carga espiritual, bajo la consideración de que ni la voluntad expresa del difunto, ni la de sus familiares, es suficiente para impedir la realización de los trasplantes de órganos, al poder estos salvar o mejorar vidas. La necesidad extrema fuera de la ley no puede legitimar la extracción de órganos para enviarlos a bancos, ni para su utilización con fines experimentales, porque en tales casos no podemos hablar de un peligro concreto para la vida o la salud del receptor.

Frente a estas dos posiciones extremas asume una posición ecléctica la teoría de la protesta, en virtud de la cual es lícito extraer órganos cuando el difunto, en vida, no haya protestado contra esto. De manera que en caso de dudas es lícita la extracción.

Es muy factible esta teoría a los fines del trasplante, ya que la interpretación del silencio se hace en favor de obtener más órganos. Y jurídicamente es válido, porque no se opone a la voluntad del donante, pues no hay oposición a la voluntad que no existe. Sin dudas es lícito todo lo que no se oponga a la última voluntad del donante. El derecho a protestar en contra de la donación de tejidos, por parte del donante, queda expedito y amparado por el derecho, del cual puede o no hacer uso.

⁵ *Ibidem*.

En América Latina, las legislaciones recogen la manifestación del donante por tres vías: por testamento, manifestación presunta y por tarjeta de donante.

En relación con la donación de órganos y tejidos por testamento, pensamos que nada impide en el orden técnico realizarla, porque a través de él se dispone, como ya apuntamos, no solo del patrimonio sino también de derechos patrimoniales. Pero en el orden práctico se obstaculiza la finalidad perseguida por la donación, o sea, los trasplantes, ya que las disposiciones testamentarias rara vez se notifican a tiempo para que la donación sea efectiva. Los procedimientos civiles que posibilitan la apertura del testamento, establecen que esta solo se hará después del fallecimiento, pero aun en los procesos más ágiles no se abre un testamento a las cuatro horas, ni a las veinticuatro, y es este el período máximo de conservación en la generalidad de los tejidos; o sea, que la recuperación de estos no sería factible.

No obstante, este sistema proporciona la ventaja de excluir el veto de los familiares. Costa Rica y República Dominicana son países que se adscriben a esta modalidad.

Las legislaciones que recogen el sistema de la manifestación de voluntad presunta, estiman que los órganos se extraen, salvo objeción del finado y sus familiares. De esta forma, cualquier extracción es legítima, excepto oposición manifiesta. Constituye una buena variante para obtener más órganos y dotar a los médicos de mayor seguridad.

Hay autores que consideran como limitación el derecho individual de decidir qué hacer con su cuerpo. No compartimos la crítica, pues el derecho puede realizarse, y de hecho se realiza al punto de vetar la extracción; simplemente la interpretación que el legislador hizo del silencio fue en favor de la obtención de los órganos para el trasplante. El derecho existe, se ostenta por sus titulares y pueden disponer de su ejercicio. Aunque, por supuesto, esta es una posición que debe llevar aparejada una gran labor educativa, capaz de contrarrestar cualquier concepción religiosa, filosófica o teológica opuesta a ello.

Han surgido vertientes intermedias que proponen paliativos al consentimiento presunto, y exigen como requisito el principio de notificación, en virtud del cual se refiere el haberse hecho un esfuerzo razonable por contactar con el familiar más próximo.

A partir del año 1976, el Consejo de Europa viene instando a sus países miembros a transformar gradualmente sus leyes de consentimiento a consentimiento presunto. Implementar tarjetas de donantes o documentos públicos donde conste la manifestación de voluntad ha sido la opción escogida por algunos países, como Argentina y Canadá. Mas la generalidad de los países de nuestro continente son remisos a esta posición por razones de índole cultural, fundamentalmente por considerar tabú que un individuo en pleno goce de salud tenga que reflexionar sobre el hecho de la muerte. Sin embargo, en estos países

la institución testamentaria está plasmada en sus legislaciones y, ¿acaso frente a un testamento no se reflexiona sobre la muerte?

Es nuestra percepción que estamos en una etapa suficientemente avanzada de la civilización como para darle a la muerte la interpretación que, en su tiempo, hicieron los primitivos. Es la muerte un fenómeno natural, como ya hemos definido, que acaece ciertamente y la única condición imprescindible para su ocurrencia, inexorable por demás, es estar vivo.

Hoy hablamos de muerte encefálica, y ello implica un grado de reflexión profunda por científicos, teólogos, juristas, psicólogos y otros profesionales. Claro, el hombre reflexiona ante el hecho de la muerte, todo ser humano lo hace; tomar una posición contra una tarjeta de donante no hace incierto el hecho natural, ni disminuye el nivel de reflexión; es una forma de intentar infructuosamente construir una coraza para no ver la realidad que acontece. Es más objetivo, humano, altruista, solidario, determinar el fin utilitario que pueda tener el cadáver; es una forma de luchar por la vida.

Otros elementos le son adversos a esta escuela, como la de no llevar consigo la tarjeta de donante y la dificultad que el personal hospitalario pueda presentar en la localización del documento. Nuestro país está afiliado a este sistema. De hecho, la Ley de Salud Pública regula el acto de donación en el artículo 41, donde se consigna expresamente que no hubo nada más lejano a la intención del legislador que establecer la obligatoriedad en la voluntad de donar. Este es un principio que debe continuar informando nuestro ordenamiento jurídico y valoramos que es loable adoptar esta posición, pues nuestra población está preparada para ello. Una muestra son los cinco millones de habitantes dispuestos a donar sus órganos.

La Instrucción no. 3 de 1982, del Ministerio de Salud Pública, cuyo antecedente es un acuerdo entre este ministerio y la Dirección del Carné de Identidad y Registro de Población del Ministerio del Interior (véase el anexo B), dispone que en la página 22 del carné de identidad, destinada a anotaciones especiales, se estampará el cuño de donante voluntario de órganos y tejidos (véase el anexo C).⁶ Es el carné de identidad un documento público que dota a este acto de notoriedad y certeza, y asegura el cumplimiento de la voluntad del difunto.

Consideramos como error técnico, y además práctico, la disposición contenida en el Acuerdo 3, donde se preceptúa que la constancia de donación voluntaria se estampará en el carné de identidad cuando se solicite a las Oficinas del Registro de Población y Carné de Identidad un nuevo carné, ya sea por pérdida o cambio de carné. No haremos comentarios al respecto, solo enunciaremos algunas preguntas para incitar a la reflexión: ¿El ciudadano a quien nunca se le perdió el carné no se le stampa el cuño? ¿Esperamos el primer cambio en la foto del carné

⁶ A pesar del cambio de formato del carné de identidad, la voluntariedad para donar órganos y tejidos ha sido una de las anotaciones especiales que se han conservado y se consigna en el reverso del formato actual de tarjeta. (*Nota del editor científico.*)

—que se efectúa a los 25 años—, para hacer constar la manifestación de voluntad? Entonces, ¿la edad requerida para donar órganos y tejidos no es la preceptuada en el artículo 81 de la Ley de Salud (18 años), sino los 25 años, la inferida del Acuerdo 3? ¿No hay menores de 25 años que desgraciadamente fallecen, cuyos órganos son perfectamente utilizables para trasplantes, y en ocasiones se pierden por buscar cuál fue la voluntad del difunto, o por realizar la engorrosa labor de consultar a los familiares? Si a los 16 años se confecciona el carné de identidad y a los 18 se expresa la voluntad de donar, ¿cómo lograr la constancia de este acto en dicho documento público? ¿No perdemos donantes por ineficiencias administrativas? ¿Nos podemos dar ese lujo?

En relación con la problemática de llevar consigo el carné de identidad, una solución adecuada en nuestro país la formula el artículo 5, apartado 6, del Decreto 141, que establece las contravenciones del orden interior: «Contraviene el régimen del Carné de Identidad y Registro de Población, y se le impondrán multas y demás medidas que en cada caso se señalan el que: [...] b) No porte su carnet de identidad, 5 pesos.»

En nuestro país, los donantes potenciales son atendidos en las unidades de cuidados intensivos (UCI), pues el diagnóstico de muerte encefálica y la necesaria preservación de órganos conlleva la utilización de alta tecnología con la que están equipadas dichas unidades. Por otra parte, se requiere de personal médico y psicológico altamente entrenado para que materialicen la actividad de obtención de órganos. Esta labor es dirigida por los psicólogos de la UCI, quienes constituyen un elemento mediador para la compensación emocional entre la pérdida del ser querido y el sentimiento altruista para la salvación de otra vida. Proceder de esta manera ha garantizado casi el 100% de autorización.

Diversas situaciones se suscitan en el proceso de obtención de órganos: encontrarse estampado el cuño de legación de órganos en el carné de identidad del finado; entonces se trabaja sobre la base del cumplimiento de la voluntad del donante y, consiguientemente, se informa a los familiares. El familiar, de manera espontánea, expresa la disposición de donar los órganos, que al no oponerse a la voluntad del finado, sigue el mismo curso como si este lo hubiera declarado. No encontrarse estampado el cuño de legación en el carné de identidad; se orienta, en este caso, tratar de lograr la comprensión de los familiares, como expresión de la conciencia humana ante esta situación, o sea, salvar otra vida. Y no encontrarse estampado el cuño de legación en el carné de identidad, ni tampoco la presencia de familiares. Ante esta situación no hay respuesta legislativa, implica una posición a tomar, ante la cual responde el equipo a cargo de la obtención de los órganos. En nuestra valoración, debería optarse por asumir la teoría de la extrema protesta.

Anexo A

Principios rectores en el trasplante de órganos humanos

El 13 de marzo la Asamblea Mundial de la Salud (WHO) estableció una serie de principios que deben regir los procedimientos relacionados con el trasplante de órganos con fines terapéuticos en cuanto a prioridad, ética y condiciones.

El término órgano humano, incluye órganos y tejidos pero no atañe aquellos relacionados con la reproducción humana, por lo que no se hace extensivo a: óvulos, espermatozoides, ovarios, testículos o embriones, tampoco concierne a la sangre o sus constituyentes con fines transfusionales. Estos principios prohíben recibir o dar dinero, así como otro tipo de transacción comercial; pero no atañen al pago relacionado con el transporte, conservación y suministro del órgano recuperado.

Resulta un hecho de gran interés para WHO la protección de los menores y otras personas vulnerables a la coerción y procedimientos inapropiados con el fin de obtener la donación de órganos.

Los principios son 9 en total y están explicados en la noticia someramente. A continuación pasamos a enumerarlos:

1. Los órganos pueden ser obtenidos de cadáveres con el propósito de un trasplante siempre que:
 - a) no exista obstáculo legal
 - b) no existan razones para creer que el fallecido haya objetado tal procedimiento en vida.
2. Los médicos determinen que la muerte del donante potencial no está relacionada con el fenómeno del trasplante de órganos o se haya efectuado con el objetivo de beneficiar al receptor del órgano.
3. Los órganos destinados al trasplante deben ser removidos preferiblemente de los cuerpos de personas muertas. Sin embargo, personas vivas pueden donar órganos si se encuentran relacionados genéticamente con el receptor. Pueden realizarse excepciones en el caso de trasplante de médula ósea u otros tejidos que puedan regenerarse. Un órgano puede ser removido del cuerpo de un adulto donante vivo si el mismo da su consentimiento. El donante debe estar libre y bajo ninguna influencia o presión y suficientemente informado para que sea capaz de comprender y sopesar los riesgos, beneficios y consecuencias de tal hecho.
4. No debe ser removido ningún órgano del cuerpo de un menor vivo con el propósito de un trasplante. Pueden hacerse excepciones que son amparadas por la ley en el caso de tejidos que se regeneran.
5. El cuerpo humano y sus partes no pueden ser objeto de transacciones comerciales. De acuerdo a este, dar o recibir pago (incluye todo tipo de compensación) por los órganos, debe ser prohibido.

6. Alertar sobre la necesidad o disponibilidad de órganos, con vista a ofrecer o recibir pago, debe ser prohibido.
7. Debe prohibirse a los médicos y otros profesionales de la salud, participar en el trasplante de órganos si existen razones para creer que los órganos en cuestión están sujetos a una transacción comercial.
8. Debe prohibirse que cualquier persona que esté involucrada en el trasplante de órganos reciba un pago que exceda lo que justifica el tipo de servicio brindado.
9. A la luz de los principios de justicia y equidad la donación de órganos debe ser un procedimiento accesible a los pacientes sobre la base de sus necesidades y no sobre bases financieras u otras consideraciones.

Anexo B

Instrucción No. 3 de 1982

1. El Jefe de Departamento de Estadística o el funcionario que este designe, de las unidades que forman el Sistema Nacional de Salud, quedan encargados y responsabilizados de dejar constancia en el carné de identidad de la manifestación expresa y voluntaria de las personas que donan órganos y tejidos para después de su muerte.
2. En los locales que se habilitan para la realización del trámite a que se refiere el punto anterior, el personal designado, recibirá a cada persona y le solicitará su carné de identidad.
3. El funcionario que reciba el carné de identidad lo abrirá en la página en que aparece la última foto del titular y comprobará la certeza de que se trata de la misma persona que realizará el acto formal de cesión o donación, y en el caso de no tratarse de la misma persona o que ofrezca dudas racionales de identidad, no realizará ninguna diligencia o trámite.
4. En la página 22 del carné de identidad, destinada a «Anotaciones Especiales» se estampará el gomígrafo que se describe a continuación: Circular. En el centro el símbolo «Flor de la Vida», en la parte superior del círculo la frase «Donante Voluntario de Órganos» y en su parte inferior «MINSAP». Fuera del círculo y en su parte inferior aparece una línea y debajo de esta la palabra «conforme».
5. Se solicitará al donante que firme sobre la línea, en la misma forma y con los mismos rasgos que la firma que ha fijado el titular en la parte de abajo del sujeto.
6. El donante debe firmar sobre la línea que aparece sobre la palabra conforme.
7. Debe esperarse que seque la tinta con que ha sido impregnado el gomígrafo antes de cerrar el carné de identidad para devolverlo al interesado. Se recomienda que inmediatamente de impregnado el gomígrafo en la almohadilla se compruebe que no ha de dejar manchas, borrones o en alguna forma alterar o echar a perder alguna hoja del carné de identidad.
8. La única información estadística válida, será el total de personas que formalizaron la donación de sus órganos y tejidos para después de su muerte.
9. Se hará un informe semanal a nivel provincial y nacional.

El cuño gomígrafo que se utiliza para formalizar las donaciones en el carné de identidad, quedará siempre bajo la responsabilidad del Jefe de Estadísticas de la unidad.

Anexo C

El MINSAP y la Dirección Nacional del MININT Acuerdan:

PRIMERO: Se habilitará la página 22 de las reservadas para «Anotaciones especiales» en el Carné de Identidad, a efectos de que se recoja como constancia expresa la manifestación de voluntad, del ciudadano poseedor de ese carné, de donar órganos y tejidos para después de la muerte.

SEGUNDO: El personal que se designe por el Ministerio de Salud Pública será el encargado de dejar constancia en el Carné de Identidad, la constancia de la voluntad del donante de conformidad a las normas, reglas o instrucciones que se establezcan.

TERCERO: Cuando se produzca una solicitud por pérdida o cambio del Carné de Identidad, se consignará en la Unidad Municipal del CIRP donde se efectúe la solicitud el cuño creado para recoger la voluntad del ciudadano de ceder en caso de muerte sus órganos y tejidos. En estos casos el ciudadano deberá expresar su voluntad.

CUARTO: La expresión del acto de libre y voluntaria manifestación del donante se reflejará en el Carné de Identidad, estampando, el funcionario actuante, un cuño que se describe a continuación: Circular. En el centro el símbolo «Flor de la Vida», en la parte superior del círculo la frase «Donante Voluntario de Órganos» y en su parte inferior «MINSAP». Fuera del círculo y en su parte inferior aparece una línea y debajo de esta la palabra «conforme».

QUINTO: Ambos organismos dictarán las normas, instrucciones o cuantas otras disposiciones que se requieran para el mejor cumplimiento del acuerdo.

SEXTO: La Dirección del Carné de Identidad y Registro de Población del MININT, dictará dentro del término de 30 días contados a partir de la fecha de inscripción del presente Acuerdo, las instrucciones o disposiciones complementarias de lo acordado en el presente documento.

¿Qué entender por responsabilidad médica?

Jesús Armando Martínez Gómez



La responsabilidad médica no debe verse en abstracto. La medicina goza ya de una historia milenaria, y en toda ella la responsabilidad se ha exigido conforme a los cánones socioculturales en que se ha realizado su ejercicio profesional. Siempre los médicos han tenido que responder por lo que hacen; esto es de cierta manera, y visto así, algo absoluto. Las variaciones y la relatividad comienzan con el cómo, porque no siempre han tenido que responder de la misma manera. El cómo nos retrotrae a las condiciones sociohistóricas en que tiene lugar el ejercicio de la medicina, es algo que no se puede desligar de los contenidos histórico culturales. Y aquí no solo se impone un análisis vertical, en la línea del tiempo, desde el presente hacia el pasado, sino también uno horizontal, hecho desde la línea del espacio, desde el que se pueda apreciar la connotación de las diferencias socioculturales presentes en un mismo nivel de desarrollo histórico.

El progreso de la medicina siempre ha estado condicionado por el desarrollo social, manifiesto en determinados niveles de evolución de la ciencia, la técnica, la filosofía, el arte, la religión, y hasta la moral a escala social. Podemos decir que en el desarrollo médico encuentran reflejo, como en una gota de agua, los avances más trascendentes del progreso humano en cada peldaño histórico. En consecuencia, tras estas breves aclaraciones de partida, comenzaremos

nuestro análisis del tema que nos ocupa con un acercamiento teórico al mismo. Desarrollaré el tema que nos ocupa en tres apartados relativos a los deberes del médico, profesionalidad y, finalmente, en el marco actual replantearé la pregunta por la responsabilidad del médico.

Regularidad técnica y deberes del médico en el desarrollo histórico de la medicina

Durante los siglos VI-V a.n.e., en la franja colonial del mundo griego –Magna Grecia y Sicilia, Costa Jónica del Asia Menor, Isla de Cos–, surge la medicina como un *saber técnico* (*tekhnē iatrike, ars médica*) que se funda en el conocimiento científico de la naturaleza. Aunque en los escritos de Alcmeón de Crotona (siglo VI a.n.e) ya se aprecian los elementos sustanciales de este cambio, que se consuma en la llamada escuela hipocrática de medicina. Con anterioridad a la obra de Alcmeón y de Hipócrates (460-377 a.n.e.), la medicina griega era «una mezcla de empirismo y magia», con un mayor o menor predominio de uno o de otra, pero «sistemáticamente trabajada con la visión religiosa del mundo». En este período la interpretación de las enfermedades fue una simple «nosogonía», es decir, se atenía a una «visión del origen y la consistencia real de la dolencia dentro de una concepción mítica acerca del mundo y de las cosas».¹

La medicina hipocrática surge en el período en que es sustituido el mito (*mythos*) por el logos² como principio de explicación de la realidad. En esta época surge la filosofía a partir del estudio de la naturaleza en las colonias griegas, primero en Jonia y después en la Magna Grecia. Con anterioridad al siglo VI a.n.e., la concepción de los griegos acerca del universo era cosmogónica, es decir, religiosa y mítica, lo cual encontró un vivo reflejo en la obra de Hesíodo. Pero en esa concepción mítica del universo se habían comenzado a plantear cuestiones cosmovisivas tan importantes que necesitaron de una explicación cada vez más racional, la cual terminó por convertir a la mitología en «prefilosofía», y a esta última en una verdadera filosofía con la obra de Tales y de Anaximandro en la primera mitad del siglo VI a.n.e. La filosofía griega surgió como *physiología* (de *physis*, naturaleza, y *logos*, estudio), de ahí su enorme influencia en el surgimiento de la medicina que comenzó siendo una «*tekhnē* basada en la fisiología».³

Alcmeón era del criterio de «que la salud está sostenida por el equilibrio de las potencias (isonomía con *dynámeon*): lo húmedo y lo seco, lo frío y lo cálido, lo amargo y lo dulce [...] El predominio (*monarkhía*) de una de ellas es causa

¹ P. Laín Entralgo. «La medicina hipocrática.» En P. Laín Entralgo. *Historia universal de la medicina*, Barcelona, Salvat, 1972: 79.

² En griego esta palabra tiene varios significados: «palabra», «lenguaje», «ley», «estudio», «razón», entre otros. La empleamos en la acepción de razón o explicación racional del mundo. (*Nota del autor.*)

³ *Ibidem* 1: 79.

de enfermedad.»⁴ Esta concepción fue el primer intento de entender mediante conceptos –aunque originariamente políticos: *isonomía* significa «igualdad de derechos» y *monarkhía* «predominio de uno sobre los demás»– el orden natural (*physis*) del cuerpo humano y sus perturbaciones.⁵ Ya aquí estamos ante la primera manifestación, fisiológica, de lo que más tarde se llamará «patología general». Desde este momento la enfermedad no se verá como una mancha o castigo de los dioses, sino como una «alteración del buen orden de la naturaleza» o «ruptura del equilibrio».⁶

Para los médicos hipocráticos la naturaleza era norma y, por tanto, buena en sí. De ahí que entendieran que el hombre por naturaleza debe ser sano, por lo que la enfermedad venía a ser una violación de la norma y, por ende, algo anormal. A su vez, la cura no era más que un «retorno a la naturaleza».⁷ Por tanto, para los griegos de este período las antítesis no eran ya «gracia-desgracia», sino «natural»-«antinatural».⁸ La naturaleza era «orden» (*kósmos*), y la enfermedad y el dolor «desorden» (*khaos*).⁹

Sin embargo, la medicina hipocrática no llegó a perder nunca su ascendencia teológica, pues el lugar de los dioses lo vino a ocupar ahora la naturaleza, que llegó a ser divinizada por los médicos. Según Pedro Laín Entralgo, el carácter divino de la *physis* se les manifestó a los médicos griegos en todo lo que en ella es necesidad inexorable o, como le llamaron entonces, «divina forzosidad», por la cual las cosas acontecen con independencia de lo que el hombre quiera.¹⁰ Esta concepción general de la naturaleza sirvió de modelo a su clasificación de las enfermedades.

Los griegos distinguían dos tipos fundamentales de enfermedades: las que se producen «por necesidad forzosa» de la naturaleza y las que lo hacen «por azar». Las últimas solo afectan la salud del hombre de forma accidental, pero las primeras lo hacen esencialmente. Por eso en las enfermedades «por azar» es efectiva la *tékhne* del médico, en tanto que en las otras no. Sucede que estas son «curables» porque sus causas, los accidentes, son externas y resultan más o menos comprensibles, pero las de las enfermedades «por necesidad forzosa» no lo son, y esto torna problemática su comprensión. Por tanto, dentro de la innaturalidad hay dos grados distintos, uno de los cuales es mucho más antinatural que el otro o, según dijeron más tarde los médicos latinos, las enfermedades que se originan «por azar» son «preternaturales», y las que se provocan «por necesidad forzosa» son «contraturales».¹¹

⁴ Ibídem.

⁵ Ibídem.

⁶ Ibídem.

⁷ Ibídem: 80.

⁸ D. Gracia. *Ética y vida 2. La bioética clínica*. Santa Fe de Bogotá, Editorial El Búho, 1998: 21.

⁹ Ibídem.

¹⁰ Ibídem 1: 112.

¹¹ D. Gracia. *Fundamentos de bioética*. Madrid, Eudema, 1989: 36-7.

Con el tiempo la anterior clasificación fue perdiendo su vigencia frente a otra: la de las enfermedades «agudas» y «crónicas». Las enfermedades «crónicas» se instauran lentamente y suelen deberse a desarreglos en las costumbres o *mores* –desajustes en la dieta o cualquier tipo de exceso o defecto en los hábitos o modo de vida. Las «agudas», por el contrario, «surgen de un modo tan súbito, abrupto y profundo, que tienen carácter más “religioso” que propiamente moral». Ambas pueden provocar la muerte, pero las agudas se distinguen por ser por lo general más graves y letales, de ahí que sean «contranaturales» y no «preternaturales», como las crónicas.¹² La naturaleza es orden y salud, de ahí que ese desarreglo contranatural que produce la enfermedad aguda solo pueda ser provocado por algo superior a la propia naturaleza terrestre, es decir, por dioses, demiurgos, demonios, la magia, la influencia de los astros,¹³ en una palabra, por lo sobrenatural. Además de las enfermedades morales, había enfermedades religiosas, de ahí que el médico debiera aprender a distinguir cuando «hay algo divino en las enfermedades».¹⁴ También los griegos vieron algo de divino en los fármacos, lo cual explica que hayan puesto mayor atención en ellos que en los ritos mágicos, que nunca descartaron del todo.¹⁵

La medicina en este período fue todavía una especie de sacerdocio, en el que el médico era algo así como un mediador entre los dioses y los hombres.¹⁶ Esto explica la solemnidad religiosa del Juramento Hipocrático, y la consagración que se exigía al médico para el ejercicio de su arte de «forma santa y pura».¹⁷ En el Juramento se precisa que frente al enfermo la regla suprema es «favorecer y no perjudicar».¹⁸ Por eso se asevera: «Al visitar una casa entraré en ella para bien de los enfermos, manteniéndome al margen de daños voluntarios y de actos perversos.»¹⁹ Para Hipócrates ya está claro que es deber del médico hacer el bien y no el mal al paciente, y que el mal, de producirse, no debe ser voluntario o querido por el médico, sino inevitable. Por eso el médico hipocrático agotará todos los recursos a su alcance para no dañar al paciente, a lo cual se compromete ante los dioses jurando: «en la medida de mis fuerzas y de mi juicio [...] les evitaré toda maldad o daño».²⁰

El médico siempre se trazó como meta el bien para el paciente y, aun en el caso en que este no estuviera al alcance de sus posibilidades técnicas –cuando

¹² *Ibidem*: 37.

¹³ *Ibidem*: 39.

¹⁴ C. García Gual (editor). *Tratados hipocráticos*. Madrid, Gredos, 1983, vol. I: 330. Citado en D. Gracia. *Fundamentos de bioética*. Op. cit.: 39.

¹⁵ *Ibidem* 11: 39.

¹⁶ *Ibidem*: 41.

¹⁷ «Juramento Hipocrático.» *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* [Washington], 1990; 108 (5-6): 619.

¹⁸ *Ibidem* 1: 111-2.

¹⁹ *Ibidem* 17.

²⁰ *Ibidem*.

imperaba la forzosidad de la naturaleza, en las llamadas «enfermedades religiosas» o «agudas», se rigió por el imperativo de no dañar. *Primum non nocere* (primero no hacer daño), reza el clásico apotegma latino, devenido principio impercedero de la ética médica y, por tanto, primer deber del médico para con el paciente y para con todo aquel a quien dirige su actividad profesional preventiva, curativa y/o paliativa.

En resumen, históricamente el médico rigió su práctica conforme a dos deberes fundamentales: el de hacer el bien, y el de no dañar, y se aprecia que la imperatividad del segundo siempre fue muy superior a la del primero. La adecuación de su actividad al cumplimiento de estos deberes la hizo regular, es decir, ordenada naturalmente conforme a una finalidad: hacer el bien y no hacer el mal; y se tuvo en cuenta que el bien era lo natural y el mal lo contranatural o antinatural.

Responsabilidad profesional y responsabilidad médica

La palabra responsabilidad tiene un origen muy ligado al desarrollo de las profesiones. En su obra *El Juramento de Hipócrates en el desarrollo de la medicina*,²¹ el doctor Diego Gracia Guillén nos ofrece una explicación pormenorizada del sentido inicial de las profesiones y la responsabilidad profesional. Por su importancia, haremos referencia brevemente a las ideas fundamentales expuestas en esta obra.

El término «profesión» es de origen religioso y procede del verbo latino «profetear»,²² profesar, que se utilizó inicialmente para nominar a la «confesión pública de la fe o consagración religiosa». Así, «profesa» es la persona «consagrada a un menester, y públicamente reconocida como tal».²³

El sentido originario de consagración religiosa del término se acentuó durante la Edad Media, donde fueron «profesiones por antonomasia» la «*professio* monástica» y la «*professio* canónica». La primera de estas se iniciaba a través del «compromiso público y solemne de guardar los votos y la regla» que, «tras el año de prueba», hacía el novicio para ingresar a la vida monástica. La segunda comenzaba con el «reconocimiento público de la jurisdicción de un obispo por parte de su clero y sus fieles». Esta es la razón por la cual al final de la Edad Media, en las lenguas romances, el término «profesión» siguió conservando su sentido religioso de «confesión pública de la fe o consagración».²⁴

El profesional fue tenido por un «consagrado» en el sentido religioso del término, y el médico de las antiguas culturas griega y latina no fue una excepción al

²¹ D. Gracia. «El juramento hipocrático en el desarrollo de la medicina.» Citado en M. Figueroa. «Educación médica V. C.» *Anales de la Pontificia Universidad Católica de Chile*, 1997; 15: 8-15.

²² *Ibidem*: 9.

²³ *Ibidem*.

²⁴ *Ibidem*.

respecto «porque ponía de algún modo a Dios por testigo y garante de la rectitud de su actividad profesional»²⁵ Por eso se compromete a través de un juramento a obrar rectamente al ejercer su profesión. Tal fue la intención del Juramento de Hipócrates en la cultura occidental.

A su vez, el término «responder», tal como aparece en las lenguas romances, procede del verbo latino «spondeo», cuyo primer significado fue «el de asumir un compromiso solemne de carácter religioso». De «spondeo» proviene «respondeo», que significa responder, pero en el sentido concreto de «cumplir un compromiso solemnemente asumido». Como bien señala Diego Gracia, en Grecia algunas profesiones se constituyeron siguiendo el modelo del sacerdocio, y por eso «desarrollaron un concepto de responsabilidad profesional de tipo más religioso que jurídico». El médico pactaba ante los dioses a través de un juramento y esto lo obligaba a responder por el compromiso tan solemnemente contraído. Esto es lo que en sus inicios significa «responder» (*spondere*): «empeñarse», «obligarse a», «prometer». Por extensión, responsabilidad vino a ser «la cualidad o condición de quien promete o se compromete».²⁶

Como puede verse, los términos «responder» y «responsabilidad» tuvieron en sus inicios un «carácter prejurídico o metajurídico», por lo que el compromiso de cumplir con la promesa se hacía basado en razones extrajurídicas, es decir, morales y religiosas. En este contexto los médicos eran responsables «en un sentido moral y religioso y no directamente jurídico».²⁷ En otras palabras, los médicos eran objeto de una responsabilidad «fuerte» o moral, propia de las profesiones históricas y no «débil» o jurídica, propia de las ocupaciones u oficios. Esto explica que de facto la impunidad jurídica del médico fuera prácticamente total.²⁸

Lo anterior se fundamenta en el hecho de que el médico no puede ser juez y parte a un mismo tiempo. Es él quien puede valorar, en última instancia, si su actuación profesional ha sido correcta o incorrecta, si ha obrado bien o mal, o, en otras palabras, si ha obrado con prudencia y diligencia, con la pericia requerida, o, por el contrario, si lo ha hecho de manera imprudente, negligentemente, y con marcada impericia. Lo anterior no quiere decir otra cosa que «solo la medicina es competente para definir lo que es buena o mala práctica».²⁹

Además, es justo señalar que del médico, al igual que del sacerdote y del monarca o del juez, no solo se espera lo bueno, sino la perfección. Y a la perfección solo se puede llegar con el ejercicio de la virtud,³⁰ que es la condición para el logro de la regularidad en el buen obrar o la excelencia, sin la cual el acto médico

²⁵ *Ibidem*.

²⁶ *Ibidem*.

²⁷ *Ibidem*: 12.

²⁸ *Ibidem*: 9-10.

²⁹ D. Gracia. *Ética y vida 4. Profesión médica, investigación y justicia sanitaria*. Santa Fe de Bogotá, Editorial El Búho, 1998: 49-50.

³⁰ *Ibidem* 21: 14.

siempre estaría condenado a resultados contrarios a los que exige el cometido benefactor de esta profesión.

El proceso de secularización de la cultura occidental a partir de la Edad Moderna ha venido a alterar el sentido religioso y, en general, extrajurídico de los términos «profesión» y «responsabilidad». Con la modernidad el término «profesión» se hace extensivo a las ocupaciones u oficios, que incluye la dedicación a las ciencias o a las artes, con lo cual trasciende el estrecho marco al que se circunscribía antes, cuando solo abarcaba a un número muy pequeño y verdaderamente excepcional de actividades humanas: el sacerdocio, la realeza (y la judicatura como derivación suya) y la medicina.³¹ Hoy se llama profesión a la actividad que requiere de un «cometido técnico específico, aprendido conforme a normas impuestas por los poderes públicos».³² Lo anterior se puede encontrar, de forma explícita o implícita, en la definición de «profesión» que aparece en cualquier diccionario contemporáneo de la lengua española.

Con respecto al término «responsabilidad», debemos aclarar que si bien es cierto que la filosofía moral desde mucho antes, incluso en el seno de la Edad Media, elaboró tesis que permitían entender la responsabilidad en un sentido no estrictamente religioso, no es hasta la modernidad que comienzan a imponerse los criterios extrarreligiosos, e incluso extramorales, para fundamentarla. No debemos olvidar que aún en el siglo XIX, antes del surgimiento del positivismo penal, los juristas y filósofos del derecho todavía se acogían a la teoría de la «imputabilidad moral»,³³ que alcanzaría niveles tan altos en la escuela clásica del derecho penal fundada por Francisco Carrara (1805-1888), con su tesis del «libre albedrío» como fundamento de la responsabilidad.

Con el tiempo se fue acentuando cada vez más el sentido extrarreligioso del término responsabilidad. Esta es la razón por la cual hoy, de manera general, los diccionarios de la lengua española solo hacen referencia al sentido moral y jurídico de este término. Así, por ejemplo, al definir «responsabilidad» en el *Diccionario de la lengua española* se señala: «Deuda, obligación de reparar y satisfacer, por sí o por otro, la consecuencia de delito, de una culpa o de otra causa legal»³⁴ y «Cargo u obligación moral que resulta para uno del posible yerro o asunto determinado».³⁵ En el *Aristos. Diccionario ilustrado de la lengua española*, se habla de responsabilidad en los sentidos de: «Obligación de reparar y satisfacer un daño»³⁶ y «Cargo u obligación moral que resulta para uno del posible yerro en cosa o asunto determinado».³⁷ El *Diccionario Larousse* refiere que responsabilidad es la

³¹ *Ibídem*: 10.

³² *Ibídem* 29: 46.

³³ J. Fernández Bulté. *Filosofía del derecho*. La Habana, Editorial Félix Varela, 1997: 8.

³⁴ *Diccionario de la lengua española*. 19na. ed. Madrid, Espasa-Calpe, 1972: 1140.

³⁵ *Ibídem*.

³⁶ *Aristos. Diccionario ilustrado de la lengua española*. La Habana, Editorial Científico-Técnica, 1980: 545.

³⁷ *Ibídem*: 545-6.

«Obligación del que es responsable»,³⁸ y define «responsable» como el «Obligado a responder de cierto actos».³⁹

En los siglos XVII y XVIII, la ética de la virtud cedió paso a la ética de los «derechos» y «deberes».⁴⁰ Este fue uno de los legados fundamentales del movimiento ilustrado en materia de filosofía moral. Por otra parte, ya entonces se puso en claro, sobre todo con la obra de Kant, que hay dos clases bien diferenciadas de obligaciones: las internas y las externas. Las primeras tienen que ver con nuestra vida moral, y nos exigen que demos cuenta a nosotros mismos de nuestros actos. Las segundas, en cambio, son las propias de la esfera jurídica y a través de ellas nos pide cuenta por lo que hacemos en la comunidad. Las obligaciones morales se corresponden con nuestra vida privada, mientras que las jurídicas son las propias de la dimensión pública de nuestra existencia. Por eso los imperativos de las primeras pertenecen a una ética de máximos, mientras que los de las segundas se corresponden con una ética de mínimos.

Las éticas de mínimos corrigen, de ahí que sus imperativos puedan apoyarse en el recurso de la coacción, pero las de máximo nos perfeccionan, por eso su fundamento no puede ser otro que el libre albedrío. Esto explica por qué las éticas de mínimo son heterónomas y las de máximo autónomas. Hecha esta distinción, a partir de la modernidad la responsabilidad moral ya solo tendrá vigencia en el fuero interno de la conciencia, en tanto que el fuero externo será competencia exclusiva de la responsabilidad jurídica; de ahí que a partir de este momento la corrección de los actos pase de la ética al derecho. Según Diego Gracia, lo anterior no fue una simple cuestión de hecho, sino un cambio de principios porque ahora se pasará «de una responsabilidad profesional meramente ética a otra estrictamente profesional», lo cual no podría juzgarse de otro modo que no fuera «el estrictamente positivo»⁴¹

Esta es la razón por la que en un Estado de derecho «la responsabilidad médica sea estricta y formalmente jurídica»,⁴² lo cual, por supuesto, no la lleva a perder su contenido ético que también será básico, pero insuficiente para corregir la moral de los actos del médico. Las funciones de la responsabilidad ética caerán más en el marco de lo perfectivo, lo preventivo, propio de la esfera privada, y no de lo crítico y lo correctivo, más comprometidos con el fuero externo o público. Pero los médicos se encargaron de buscar desde el siglo XIX un eslabón intermedio entre la responsabilidad estrictamente ética y la jurídica a través de la *deontología médica*. Los códigos de deontología operan con procedimientos «parajurídicos». En ellos el médico que comete falta es juzgado por sus propios colegas de acuerdo a un código de faltas legalmente establecido y sancionado por estos. Aquí las

³⁸ Larousse. *Básico Escolar*. La Habana, Editorial Científico-Técnica, 1979: 700.

³⁹ *Ibidem*.

⁴⁰ *Ibidem* 21: 14.

⁴¹ *Ibidem* 29: 50-1.

⁴² *Ibidem*: 50.

autoridades profesionales asumen determinadas funciones sancionadoras para evitar que determinadas faltas pasen a la jurisdicción ordinaria.⁴³ Sin embargo, esto no exonera totalmente al médico de tener que responder jurídicamente ante la jurisdicción penal, civil o administrativa cuando las irregularidades de sus actos profesionales así lo requieran.

¿Qué se debe entender hoy por responsabilidad médica?

El término «responsabilidad», tal como nos llega hoy, tiene varios significados, tanto en la vida cotidiana como en el campo específico del derecho. Carlos Nino,⁴⁴ siguiendo un texto de Hart, destaca los siguientes sentidos de «responsabilidad»:

- *Responsabilidad como obligaciones o funciones derivadas de un cierto cargo, relación, papel, etcétera.* En este caso se usa el término para hacer referencia a las obligaciones que se cumplen dentro de un marco de alternativas que permite que la situación pueda ser manejada según la habilidad y diligencia de quien cumple una función. Es el caso de la responsabilidad del padre por sus hijos, del político en relación con la política que pone en práctica, entre otros.
- *Responsabilidad en el sentido del factor causal.* Se utiliza para «indicar que un acto o fenómeno es causa de algún evento». Aquí la palabra se emplea para referirse tanto a individuos como a cosas o procesos. Digamos, por ejemplo, «Pedro fue responsable de mi ausencia»; «las yaguazas fueron responsables de la pérdida de la cosecha de arroz».
- *Responsabilidad como capacidad o como estado mental.* En este caso el término se refiere al sentido jurídico de imputabilidad o falta de diligencia en la actuación. Lo primero tiene que ver con la posibilidad de dirigir los actos con conocimiento de las consecuencias buenas o malas que se derivan de ellos, mientras que lo segundo es lo que se conoce como culpa, es decir, la actuación negligente, imprudente, imperita, etcétera, donde el descuido dado por la falta de precaución es la causa de que no se prevea un mal previsible, o se prevea, pero se piense con ligereza que no se produciría.
- *Responsabilidad como punible o moralmente reprochable.* Es cuando el agente es acreedor de una pena o reproche moral por haberse verificado que su conducta es la causa del hecho que se investiga y que tenía capacidad para dirigir sus acciones en el momento de la actuación.

Kelsen desarrolló su interpretación de «responsabilidad» en este último sentido. Por eso afirmaba que un individuo es *responsable* cuando es objeto de la sanción de un órgano estatal.⁴⁵ En su *Teoría pura del derecho la obligación jurídica*

⁴³ D. Gracia. *Procedimientos de decisión en ética clínica*. Madrid, EUDEMA, 1991: 22.

⁴⁴ C. S. Nino. *Introducción al análisis del derecho*. Barcelona: Editorial Ariel, 2001: 184-7.

⁴⁵ H. Kelsen. *Teoría pura del derecho*. 4ta. ed. Buenos Aires, EUDEBA, 1994: 78.

del sujeto es condición de la sanción –toda vez que se relacionada con el acto ilícito comprendido como elemento del derecho que permite a este desempeñar su función esencial (sancionadora)–, mientras que la *responsabilidad* es el objeto de ella;⁴⁶ de ahí que concluya planteando: «La noción de obligación está ligada a la de hecho ilícito, en tanto que la responsabilidad se relaciona con la sanción. A su vez, hecho ilícito y sanción están relacionados con la regla de derecho por el principio de imputación.»⁴⁷

Según Kelsen, se puede establecer que al acto ilícito sigue una sanción no sobre la base del principio de *causalidad* con que operan las ciencias naturales, sino conforme al de *imputación* –propio de las ciencias sociales y, por ende, también jurídicas–, que nos dirá cuándo al acto ilícito sigue la sanción, para lo cual se tendrá que determinar si el agente de la conducta ilícita es o no responsable, pues solo en el caso de que lo sea la sanción le podrá ser impuesta.⁴⁸

En general, para nuestra cultura occidental, hoy responsable es «el obligado a responder de algo»,⁴⁹ mientras que responsabilidad es la obligación general de hacerlo una vez que se exija⁵⁰ –por su propia conciencia o por el mundo exterior. Ese «algo» por el que debemos responder es nuestra conducta. En el caso que nos ocupa, el médico debe responder por los daños que ocasione con ella durante la ejecución del acto médico, por lo que queda obligado a «reparar o compensar»⁵¹ los mismos. La vida e integridad corporal de los pacientes son bienes protegidos por las normas éticas y jurídicas, de ahí que la responsabilidad profesional médica se defina como la obligación que tiene el médico de responder «por las conductas realizadas en su ejercicio profesional contrarias a las normas éticas y legales que lo regulan».⁵²

Si el acto médico «es cualquier actividad de investigación, diagnóstico, prescripción, tratamiento y rehabilitación de la salud y/o la enfermedad de la persona humana»,⁵³ para responder como médico la actividad que realice el galeno deberá

⁴⁶ Lo antijurídico en Kelsen no es algo que cae fuera de la norma u opuesto a ella, sino el resultado de una prescripción normativa. Al respecto plantea: «Para la teoría tradicional el hecho ilícito es una violación o una negación del derecho, un hecho contrario al derecho, que se encuentra, pues, fuera del derecho. Pero el hecho ilícito solo puede convertirse en objeto de la ciencia jurídica si se lo ve como un elemento del derecho, un hecho determinado por el derecho, o sea, la condición de una consecuencia determinada ella misma por el derecho.» Por tanto, según la *Teoría pura del derecho*, un acto ilícito no viola el derecho por cuanto permite a este afirmarse a través de la reacción en forma de sanción. Ver *Ibidem*: 73-4. (*Nota del autor.*)

⁴⁷ *Ibidem*: 78.

⁴⁸ *Ibidem*: 19-22.

⁴⁹ *Aristos. Diccionario ilustrado de la lengua española*. Op. cit.: 546.

⁵⁰ J.A. Gilberg Calabuig. *Medicina legal y toxicología*. 4ta ed. Barcelona, Masson, 1991, 806.

⁵¹ *Ibidem*: 63.

⁵² M.T. Criado del Río. «Error médico: evitable e inevitable.» *Medicina Clínica* [Barcelona], 2000; 115: 137-40.

⁵³ J.A. Gisbert Calabuig. «El acto médico.» En J.A. Gisbert Calabuig. *Medicina Legal y toxicología*. Op. cit.: 53.

perseguir como fin promocionar salud, prevenir las enfermedades, aliviar y/o curar y rehabilitar al que padece, doliente o paciente, de acuerdo con las formas de actuación descritas en la anterior definición. Si el facultativo persigue una finalidad diferente a la médica y provoca daños con su actuación, tendrá que responder por el mal que propicie como ciudadano o como hombre, pero no como médico, porque su actuación es contraria a la finalidad de la medicina.

La responsabilidad jurídica o legal del médico más bien se integra en el tercer y cuarto tipos, pues el galeno contrae en su ejercicio profesional la obligación moral y jurídica de obrar con diligencia para evitar producir un mal previsible y evitable, de ahí que sus faltas por imprudencia, negligencia, impericia, o inobservancia de las normas establecidas, además de moralmente reprochables, puedan ser también punibles. La responsabilidad jurídica del médico puede ser de carácter penal, civil o administrativo en dependencia del tipo de norma legal vulnerada, y puede suceder que de una misma conducta médica se deriven uno, dos o más tipos de responsabilidad legal.⁵⁴

Históricamente imperó en la medicina una responsabilidad de tipo fuerte o moral, y no débil o jurídica. Posteriormente la responsabilidad moral pasó a ser subordinada de la jurídica, lo cual se ha querido enmendar en las tres últimas décadas con el desarrollo de la bioética. Sin embargo, el mayor problema hoy no está en qué entender por responsabilidad médica, sino en cómo determinarla. El cómo es algo que siempre depende de la cultura, de condiciones histórico-concretas, y hoy vivimos momentos de revolución para la medicina tanto en el orden técnico como en el moral o ético, lo cual no puede dejar de tener consecuencias para el derecho.

De cualquier manera no se debe perder de vista que la praxis sanitaria posee una serie de características que dificultan la determinación de la responsabilidad del médico; y entre estas sobre todo:

- *La incertidumbre del acto médico, dada fundamentalmente por:*
 - a) *La condición técnica de la clínica*, que como «arte» (techné) es un saber sobre lo particular y no sobre lo universal. La clínica no consiste en la ciencia, sino en la toma de decisiones de tipo diagnóstico y terapéutico, por lo general en condiciones de incertidumbre. Y precisamente el problema básico de la clínica no es otro que este: «cómo tomar decisiones que merezcan el calificativo de racionales, aún careciendo de certeza, o incluso poseyendo un elevado coeficiente de incertidumbre». Estas decisiones hoy tienen un doble carácter: ético y técnico. De ahí que ya la calidad de la práctica clínica no pueda ser considerada de buena «si la corrección técnica no va acompañada de una correcta toma de decisiones morales por parte del personal sanitario».⁵⁵

⁵⁴ M.T. Criado Río. «Error médico: evitable e inevitable.» Op. cit.: 137.

⁵⁵ *Ibidem* 43: 9.

- b) *La urgencia médica*, que obliga al galeno a tomar decisiones en un tiempo que es inversamente proporcional al estado de gravedad del paciente. En condiciones de urgencia, el tiempo presiona sobre el facultativo, que se ve obligado a tomar decisiones que se fundamentan más en la experiencia que en un análisis racional del caso.
- c) *La naturaleza propia del proceso morboso*, que adquiere rasgos singulares en cada persona que pueden dificultar su diagnóstico correcto y tratamiento.
- d) *El carácter riesgoso de muchas actuaciones médicas*, realmente invasivas y justificables solo por la utilidad que pueden reportar en general a la sociedad, y en particular a los pacientes que consientan su aplicación.
- *La finalidad específica de la medicina*, que hace que el médico como norma actúe buscando el bien y no el mal para el paciente.
- *El paciente es un ente autónomo* y puede, en determinadas circunstancias, querer lo contrario del médico. Esto influye y en ocasiones determina que este último no pueda lograr su objetivo de hacer el bien y no el mal al paciente, en el orden preventivo o asistencial.
- *El carácter técnico de la profesión*, que determina que solo el médico pueda dictaminar cuándo la falta o daños cometidos son el resultado de una actuación imprudente, negligente o imperita, y cuándo no.
- *La pluralidad de causas presentes en los casos de responsabilidad médica*. Lo habitual en la praxis sanitaria es que concurren varias causas en el desencadenamiento del daño.⁵⁶

La incertidumbre que acompaña al accionar médico ha hecho calificar la responsabilidad de este profesional como una responsabilidad de medio y no de resultado. El médico está obligado a utilizar con diligencia los medios a su alcance, pero no a obtener un determinado resultado, por cuanto su ciencia y técnica operan en el margen de lo incierto o con niveles altos de riesgo e incertidumbre.

Finalmente, cabría precisar que aunque la actividad del médico es el núcleo de la responsabilidad médica actual, no la agota, pues a su realización contribuyen hoy otros profesionales, como es el caso del personal de enfermería, el personal auxiliar, los administrativos, etcétera, que también contraen obligaciones técnicas, éticas y jurídicas con la actividad que ayudan a desarrollar: el acto médico.⁵⁷ De ahí que aunque en sentido genérico hoy se siga usando el término responsabilidad médica, esta ya no sea privativa del médico, al hacerse también extensiva a todos los profesionales y técnicos del sector de la salud (odontólogos, psicólogos, enfermeros, camilleros, personal de laboratorio, microbiólogos, etcétera). Teniendo en cuenta lo anterior, el término *responsabilidad médica* deberá ser entendido en

⁵⁶ J.A. Gisbert Calabuig. «Responsabilidad profesional. En J.A. Gisbert Calabuig. *Medicina legal y toxicología*. Op. cit.: 67.

⁵⁷ *Ibidem* 8: 61-3.

realidad como responsabilidad médico-sanitaria. En ese y no en otro sentido, hemos hablado de responsabilidad médica –o del médico.⁵⁸

Por otra parte, con la institucionalización de la medicina, no solo deberán responder por los riesgos o daños que generen con su actividad las personas físicas que laboran en las instituciones sanitarias, sino también estas últimas en su calidad de personas jurídicas. Pero esta responsabilidad ya no podrá ser definida como de tercero y cuarto tipo, sino de segundo, por cuanto las entidades sanitarias de la administración deberán responder no por culpa, sino por la provocación de un efecto riesgoso, dañino o perjudicial para la salud. Este tipo de responsabilidad médica será, por tanto, de resultado y no de medio.

⁵⁸ No se titula este trabajo *Responsabilidad medico-sanitaria* o *Responsabilidad sanitaria* por los inconvenientes que podría traer este cambio en su ejecución, al tener en cuenta que *responsabilidad médica* es un término ya acuñado, y como consecuencia de su uso generalizado se definen muchos de los procedimientos sanitarios con ese adjetivo, sin contar que una buena parte de la legislación –tal vez mayoritaria–, como la penal, se acoge fundamentalmente a la terminología tradicional. Por eso no renuncio a esta denominación, que concreté siempre que fue posible para no dar lugar a confusiones. (*Nota del autor.*)

Estado actual y perspectivas de la nueva deontología médica cubana

Francisco Ponce Zerquera y Roberto Suárez Mella



Cuando se estudian los contenidos de la ética general, de la ética médica en particular o de la ética médica actualizada, revolucionada de acuerdo con los aportes que el desarrollo científico-técnico y los nuevos enfoques filosóficos han hecho a las ciencias médicas y a la vida misma en nuestro universo –conocida como bioética–, es preciso incluir los aspectos deontológicos, o sea, los deberes morales del médico, o con un criterio más lato, los deberes morales de los trabajadores de la salud en el ámbito social donde desarrollan su actividad. Para abordar este tema debemos revisar algunos antecedentes, la situación actual y su proyección futura. Pero antes debemos comenzar por definir nuestro objeto de estudio.

Según Dechambre, en su *Diccionario enciclopédico de ciencias médicas*, el término «deontología» (*deontos*, deber; *logos*, tratado) fue creado por Max Simón y su uso se generalizó posteriormente entre los médicos, por lo que puede ser interpretado como ciencia o tratado de los deberes. El propio Max Simón, en su obra *Deontología médica*, precisa y restringe el uso de este término como la ciencia de los deberes morales del médico.

De tal forma, se debe considerar la «deontología médica», como la ciencia de los deberes de Estado del médico, de sus deberes profesionales, los que para ser bien cumplidos requieren ciertas cualidades –o mejor, ciertas virtudes– y a los que corresponden ciertos derechos.¹

¹ F. Lancís. *Lecciones de medicina legal*. La Habana, Impresora Universitaria André Voisin, 1979: 217.

El deber es una categoría de la ética, además de interpretarse como un principio jurídico; por ello, si bien la deontología médica pauta los deberes morales del médico, existen también otros deberes legales pautados por las leyes, los cuales también hay que cumplir y que en la práctica se superponen.

Los deberes morales se expresan en forma de códigos éticos o deontológicos. Entre los antecedentes históricos es habitual citar a Hammurabi, rey de Babilonia, que 2000 años a.C. redactó unas reglas de conducta ética que durante siglos han servido de base a otros muchos documentos éticos y legales —el conocido Código de Hammurabi—; en él gran número de sus leyes están referidos a regulaciones para el ejercicio de la medicina. Una de ellas señala:

Si un médico abre un absceso con un cuchillo de bronce y mata al paciente o suprime la visión por uno de sus ojos, sus manos serán amputadas; si el paciente es un esclavo, deberá remplazarlo con un nuevo esclavo, si solamente la vista del esclavo se pierde, pero no su vida, el médico deberá pagar la mitad del valor del esclavo.²

La cita nos permite conocer que, efectivamente, ya en esa época existían pautas para el ejercicio de la profesión, pero, además, que estas eran clasistas y precisaban diferencias entre los distintos estamentos de la sociedad, norma que, como es conocido, se ha mantenido en todas las sociedades divididas en clases.

El mejor exponente de la medicina mágico-religiosa en Grecia se centra en torno a Esculapio, divinizado con el nombre de Asclepio. Son conocidos los consejos de Esculapio a su hijo, que pretendía continuar la tradición y hacerse médico. Algunos de ellos mantienen plena vigencia en el terreno ético, los cuales, en resumen, plantean el deber de consagrarse a la profesión, sin esperar mayor recompensa que la satisfacción por ayudar a los demás.³

En ese medio también surge la figura de Hipócrates, que concibió la enfermedad como proceso natural, debido a causas también naturales: medio ambiente, clima, dieta, género de vida. En vez de admoniciones acerca de ritos mágicos, insistió en la necesidad de mantener una conducta profesional de alto contenido ético, que dependiera más de la observación acuciosa de los síntomas y de los llamados signos físicos de las enfermedades. Hipócrates nos legó su memorable Juramento, vigente hasta nuestros días y referencia obligada en el terreno deontológico. El documento recoge en forma concisa principios aún valederos en nuestro ejercicio profesional: agradecer a los maestros por la enseñanza recibida e integrar con ellos y los suyos una familia intelectual; mantener una moral y vida personal intachables; poner sobre todas las cosas el beneficio del enfermo; respetar el secreto médico.⁴

Mucho más reciente, en el presente siglo, los hechos ocurridos durante la Segunda Guerra Mundial, y a partir de ella con la revolución científico-técnica,

² C. León. *Ética en medicina*. Madrid, Editorial Científico Médica, 1973: 35.

³ *Ibidem*: 38.

⁴ *Ibidem*: 40.

crearon la necesidad de actualizar y modernizar las concepciones éticas, muy en particular las deontológicas, rectoras de la actuación profesional en las ciencias médicas.

El conocimiento público de los experimentos realizados en seres humanos por médicos fascistas en los campos de concentración escandalizó a la humanidad, y en respuesta a ello surgió el Código de Nuremberg, elaborado en 1947, en ocasión de los juicios seguidos en esa ciudad a los criminales de guerra, entre ellos a los médicos que habían participado en tales prácticas. El Código norma la experimentación en seres humanos y establece diez principios deontológicos, entre los que se destaca que «el consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial» cuando se preste a ser sujeto de investigación.⁵

En la posguerra inmediata aparecen otros importantes documentos deontológicos de alcance universal, entre ellos la Declaración de Ginebra, adoptada por la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial en Ginebra, Suiza, en septiembre de 1948,⁶ la cual constituye un juramento de fidelidad profesional que ha servido de patrón a numerosos documentos nacionales. Su análisis nos revela su casi total identidad con el Juramento Hipocrático, aunque moderniza algunas concepciones.

El Código Internacional de Ética Médica, aprobado por la III Asamblea General de la Asociación Médica en Londres, Inglaterra, en octubre de 1949,⁷ recoge aspectos deontológicos fundamentales en el desempeño de la profesión y los expone en tres partes: deberes de los médicos en general, deberes de los médicos hacia los enfermos y deberes de los médicos entre sí.

En el terreno de las investigaciones sobre el Código de Nuremberg le sigue y complementa la Declaración de Helsinki, adoptada por la 18va. Asamblea Médica Mundial, celebrada en dicha ciudad en 1964. En ella se insiste en el consentimiento informado, voluntario y consciente del sujeto de investigación.

En el ámbito nacional, con el surgimiento de la República mediatizada, el primer documento deontológico de que tenemos constancia es el Código Moral del Colegio Médico de Cuba, de 1912,⁸ el cual está dividido en cinco capítulos y recoge las obligaciones de los médicos para con el colegio, la profesión y los compañeros, las penalidades y asuntos varios.⁹

Cuatro décadas más tarde, en diciembre de 1957, la XLII Asamblea Médica Nacional aprueba el Juramento de Honor, el Código de Moral y Ética y las

⁵ «Código de Nuremberg.» *Boletín OPS*, 1990; (108): 625-6.

⁶ *Ibidem*: 626-9.

⁷ J.A. Gisbert. *Medicina legal y toxicología*. 2da ed. Valencia, Fundación García Muñoz, 1983: 38.

⁸ Colegio Médico de Cuba. *Estatutos, reglamentos y código de moral del Colegio Médico de Cuba*. La Habana, Hourcade Crews, 1912.

⁹ Este Código no tuvo alcance nacional. A pesar de que su institución promotora se autotitulaba Colegio Médico de Cuba, no estaba desplegada por todo el país. Como ya se ha precisado anteriormente en este texto, la unidad gremial solo se alcanzó hacia 1925, con la fundación de la Federación Médica de Cuba, antecesora del Colegio Médico Nacional. (*Nota del editor científico*.)

Reglas de Etiqueta Profesional del Colegio Médico Nacional. El documento, similar al anterior, solo difiere en lo sustantivo en que no incluye los aspectos referentes a la defensa de la salud pública como uno de los fines del Colegio, y adiciona otros como «sobreponer la salud y el bienestar de los enfermos, cualesquiera que sean sus condiciones sociales e ideas políticas, su nacionalidad, raza, religión, reputación y sentimientos que los inspire, a cualquier otro interés no primordial», con lo cual se orienta de acuerdo con la Declaración de Ginebra. En él también se incluyen restricciones relacionadas con la práctica del aborto terapéutico.¹⁰

Con el triunfo de la Revolución y la consiguiente adopción de principios de convivencia social de carácter socialista, muchas de las cuestiones recogidas en el Código del Colegio Médico Nacional se hacen obsoletas y, de hecho, se modifican en la práctica profesional. Pero no es hasta el año 1983 que la Resolución Ministerial no. 72 del Ministerio de Salud Pública dispone la creación de comisiones de ética médica en las unidades del Sistema Nacional de Salud, las que deberán ventilar las infracciones de los *Principios de la ética médica*,¹¹ discutidos y aprobados en asambleas por los profesionales y técnicos de la salud. A partir de entonces, esta ha sido la norma fundamental en asuntos deontológicos en nuestro medio, por lo que requiere de un análisis más profundo a partir de una aclaración necesaria sobre su alcance. Estos *Principios...* pautan la conducta ética de todos los profesionales y técnicos de la salud y de los estudiantes de las carreras respectivas, contrario a otros códigos o documentos deontológicos limitados a una profesión específica. Esto resultaba adecuado entonces, pero transcurridos más de veinte años de su aplicación práctica, existen criterios en relación con la necesidad de modificarlos y actualizarlos.

El documento, sustentado en los principios socialistas, enfatiza los deberes fundamentales relacionados con la promoción de salud, la disponibilidad de trabajar donde más necesarios sean los servicios –incluso con elevado espíritu internacionalista en otros países– y, aunque paternalista según nuestra idiosincrasia y tradiciones, no deja de puntualizar el deber de contar con la aprobación del paciente y sus familiares antes de aplicar cualquier medida de alto riesgo.

En su estructura, después de una parte introductoria, recoge los deberes relativos a la relación con los pacientes y sus familiares, las relaciones con el resto de los trabajadores de la salud, entre el docente y el educando, y los deberes con el resto de la sociedad.

Entre los principios reflejados en las relaciones con los pacientes y sus familiares, y teniendo en cuenta los de beneficencia, no maleficencia y, en cierto sentido, el de autonomía, aparecen: respetar el decoro, el pudor y la dignidad de las personas; indicar los estudios complementarios indispensables; prescribir

¹⁰ «Juramento de honor. Código de moral y ética. Reglas de etiqueta profesional.» *Gaceta Oficial de la República*, La Habana, 1958.

¹¹ MINSAP. *Principios de la ética médica*. La Habana, Editora Política, 1983.

los medicamentos esenciales y asequibles; evitar que se produzcan daños en los sujetos de investigación; conservar el secreto profesional dentro de los límites que la ley establece; informar oportunamente las medidas preventivas, diagnósticas o terapéuticas y obtener su consentimiento cuando impliquen alto riesgo; mantener absoluta o relativa reserva con el paciente en los procesos de curso fatal e informar al familiar más adecuado; evitar incurrir en error médico, entre otros. Sobre algunas de estas cuestiones volveremos más adelante. En las relaciones con los demás trabajadores de la salud, se señala cuidar que las opiniones y criterios se basen en el más profundo análisis científico posible, evitar indiscreciones e informar a las autoridades correspondientes de cualquier violación de estos principios.

El docente deberá ser ejemplo ante sus alumnos, para lo cual cuidará su constante superación y, a su vez, los educandos deberán responder con su mayor esfuerzo, dedicación y espíritu de sacrificio.

El profesional deberá comportarse con sencillez, modestia y honestidad, subordinar el interés personal al social, y realizar acciones de educación sanitaria que propendan a elevar el nivel de salud de la población.

Finaliza el documento señalando que las transgresiones de estos principios deberán ser analizadas con la finalidad de precisar el grado de responsabilidad de los infractores.

Esto último obliga a precisar cómo se ventila en nuestro medio el acto médico que ha resultado dañino para el paciente.

Cuando la dirección de una institución tiene conocimiento de algún hecho por cualquier vía, ya sea por los mecanismos administrativos o por haber recibido alguna queja o denuncia, deberá disponer de inmediato la realización de una investigación exhaustiva acerca de lo ocurrido. Este proceder se llevará a cabo por la Comisión de Ética Médica de la unidad, o por una comisión *ad hoc* designada por el director con tal propósito.

Sea por una u otra vía, la Comisión deberá comenzar por oír la ratificación, ampliación o rectificación de la demanda del denunciante. También entrevistará al presunto infractor y a los testigos para conocer su versión de los hechos, y analizará los documentos que existan al respecto, fundamentalmente el expediente clínico, el cual deberá ser ocupado y foliado. Las conclusiones serán emitidas por escrito y deberán precisar si se trata de un error médico o si existe alguna falta médica posible de implicar responsabilidad penal. Cuando se trate de una Comisión de Ética Médica, esta deberá precisar, además, si existe infracción de algún principio ético, lo señalará de forma específica, y hará llegar sus conclusiones a la parte administrativa y al órgano sindical.

Será la dirección administrativa la encargada de dictar las medidas necesarias, si corresponden, y en caso de responsabilidad médica de comunicarlo a las autoridades competentes, con la finalidad de que procedan según disponga la legislación atinente. Debemos precisar que los miembros de las comisiones de

ética médica son elegidos por los trabajadores de las unidades de salud a partir de una candidatura propuesta por la administración y el sindicato correspondiente, donde deberán figurar profesionales o técnicos que sean ejemplos morales para el colectivo.

Debemos señalar también el procedimiento establecido en los casos de presunta responsabilidad penal.

La promulgación de la nueva Constitución de la República, el 24 de febrero de 1976, y la aprobación del nuevo Código Penal en 1979, junto a la divulgación masiva de la Ley Fundamental, determinaron una mayor toma de conciencia ciudadana acerca de sus derechos y, con ello, un aumento de las reclamaciones en el terreno penal al personal de la salud.

Con tales antecedentes, se aprobó la Instrucción Conjunta no. 110 de los ministerios de Salud Pública y del Interior, la Fiscalía General de la República y el Tribunal Supremo Popular, de fecha 9 de julio de 1983, que norma la actuación de los órganos de la instrucción judicial, la Fiscalía y los tribunales de justicia en los casos en que profesionales o técnicos de la salud aparezcan como posibles acusados de delitos por imprudencia cometidos durante su actuación profesional.¹² Dicha instrucción conjunta dispone que en tales casos el instructor deberá solicitar al director provincial de salud la formación de una comisión médica idónea, integrada por profesionales o técnicos de la más alta calificación posible a ese nivel, para analizar y dictaminar en relación con los hechos imputados, y concluyan si existe responsabilidad profesional por la cual deberá responder penalmente el o alguno de los implicados, o si se trata de un error médico.

Contra el dictamen de las comisiones provinciales, cabe a las partes solicitar al Ministro de Salud Pública la integración de una comisión médica nacional, en la que también deberán participar profesionales de la mayor calificación, con la finalidad de reanalizar los hechos y emitir un dictamen definitivo que precise la posible responsabilidad de alguno de los implicados. Estas comisiones provinciales o nacionales están facultadas para analizar toda la documentación que pueda ayudar a puntualizar los hechos ocurridos, entrevistar a los denunciados, posibles implicados, testigos o cualquier otra persona que pudiera ayudar a conocer la realidad. La Instrucción también precisa que no podrá ser detenido ningún profesional o técnico de la salud como posible infractor de la ley en los delitos ya señalados, sin antes conocer de los dictámenes de las citadas comisiones.

La disyuntiva explicada nos obliga a precisar los conceptos de error médico y responsabilidad médica aceptados en nuestro país.

Se conoce como error médico la conclusión diagnóstica o la indicación terapéutica que no se corresponde con el problema real de salud que aqueja a la

¹² Instrucción Conjunta no. 110, Ministerio del Interior, Ministerio de Salud Pública, Fiscalía General de la República y Tribunal Supremo Popular, 9 de julio de 1983.

persona, siempre que no exista mala fe, imprudencia, negligencia, impericia o inobservancia de los reglamentos o normas establecidos al respecto. Además, el profesional deberá haber utilizado todos los recursos de la ciencia y la técnica a su alcance, y haber estado actualizado en los conocimientos científicos aplicables en la situación determinada.¹³

Los errores médicos deben ser analizados en reuniones estrictamente médicas, con el respeto, profundidad y firmeza necesarios para poder derivar de ello las experiencias que impidan su repetición.

Se acepta como responsabilidad profesional médica, o falta médica, la obligación que tienen los médicos de reparar y satisfacer las consecuencias de los actos u omisiones cometidos en el ejercicio de su profesión jurídicamente previstos por la ley.

En el actuar médico se asume no solo una elevada responsabilidad moral y social, sino también una insoslayable responsabilidad jurídica de gran trascendencia en el campo del derecho penal y también del derecho civil.

El Código Penal cubano, en su artículo 9.1, regula que el delito puede ser cometido intencionalmente o por imprudencia;¹⁴ y se soslaya el delito intencional por no ser del caso. Se debe precisar que el propio artículo 9 señala que el delito se comete por imprudencia cuando el agente previó la posibilidad de que se produjeran las consecuencias socialmente peligrosas de su acción u omisión, pero esperaba con ligereza evitarlas, o cuando no previó la posibilidad de que se produjeran, a pesar de que pudo o debió haberlas previsto.

En este caso, el término «imprudencia» alcanza un sentido genérico abarcador de todos los matices y expresiones de la acción delictiva no intencional, o sea, las clásicas formas de la culpa: negligencia, imprudencia, impericia e inobservancia de los reglamentos.

El propio Código Penal señala, en el artículo 70.1, que el responsable desde el punto de vista penal lo es también desde el civil por los daños y perjuicios causados por el delito. El tribunal conocedor del delito declarará la responsabilidad civil y su extensión, y aplicará las normas correspondientes de la legislación civil. Ello puede suceder cuando se prueba que en la práctica médica, lamentablemente, existe responsabilidad en los casos de muerte o daño a la integridad corporal o a la salud determinante del delito de lesiones.

En el artículo 82 del Código Civil, se dispone que el causante de manera ilícita de daño o perjuicio a otro está obligado a resarcirlo, y en el artículo 83 se precisa cómo debe efectuarse.¹⁵ El tribunal que declare la responsabilidad civil determinará la forma y cuantía de la indemnización.

¹³ D. Alonso, V. von Smith, A. Ramírez. *Ética y deontología médica*. La Habana, Pueblo y Educación, 1989: 96.

¹⁴ Ley no. 62 del Código Penal, 29 de diciembre de 1987; y Decreto Ley no. 50, Modificativo del Código Penal, 6 de junio de 1994.

¹⁵ Ley no. 59 del Código Civil. *Gaceta Oficial Extraordinaria*, 15 de octubre de 1987.

La responsabilidad civil también se puede demandar sin establecer un proceso penal, si se toma como base lo referido en el Código Civil. No obstante, esto no ocurre con frecuencia en nuestro país, contrariamente a la práctica habitual en muchos países desarrollados.

El Código Penal también recoge en su articulado delitos donde el sujeto activo es un médico u otro profesional de la salud. Entre ellos están la denegación de auxilio (artículo 146); el incumplimiento del deber de denunciar en los casos de lesiones o daño a la salud de las personas (artículo 162) o de enfermedades transmisibles (artículo 195); la expedición de certificados falsos (artículo 254) y la receta y administración indebida de sustancias psicotrópicas (artículos 192 y 193).

De la relación médico-paciente surge un cúmulo de información documental o comunicada oralmente por el enfermo, sobre la cual se debe guardar reserva y discreción. Esta es la base del secreto profesional que en nuestra sociedad tiene un carácter relativo dado por su doble aspecto moral y jurídico. En relación con los aspectos morales, el profesional debe cuidar no revelar nada que pueda afectar la integridad moral y psíquica del paciente. En relación con el aspecto jurídico, debemos recordar que la ley penal dispone el deber de denunciar aquellos casos donde se constatan lesiones o daño a la salud de las personas, producidas por un tercero; y también cuando se detectan enfermedades infectocontagiosas.

Ya habíamos señalado que nuestros principios de ética médica se inclinan hacia nuestro tradicional paternalismo, sin dejar de enunciar acciones referidas al respeto de la autonomía del paciente. No obstante, el desarrollo adquirido por las ciencias médicas y por la industria farmacéutica en el país, requiere que se enfatice cada vez más el necesario equilibrio entre los principios de beneficencia, no maleficencia y autonomía, con el respeto debido a nuestros patrones culturales y sociales, pero procurando ofrecer cada vez más al paciente y, en su caso, a los familiares, la mayor y más detallada información para poder obtener su consentimiento acerca de todas las acciones que sea necesario realizar.

En las últimas décadas, la introducción de nuevas concepciones y tecnologías, tanto en el terreno de la prevención como en el de la asistencia, han incrementado las posibilidades de brindar ayuda a los pacientes que lo requieran pero, a su vez, dan origen a nuevos dilemas éticos. En este sentido, se pueden citar desde las unidades de terapia intensiva, la muerte encefálica, el estado vegetativo, la obtención y trasplante de órganos y tejidos, los pacientes en estado terminal, la eutanasia y la distanasia, hasta el diagnóstico y la terapia fetal, el consejo genético, la conservación de embriones, la fertilización *in vitro* o la inseminación artificial.

En las unidades de terapia intensiva, con todo su potencial tecnológico para prolongar la vida y restituir la salud de los pacientes, se generan situaciones morales de difícil solución. En ocasiones, se trata de un joven politraumatizado que, a pesar de los cuidados médicos, no se logra su recuperación y se establece

el diagnóstico de muerte encefálica con la posibilidad de convertirse en donante de órganos por su edad y causa básica de muerte. Estos casos, por demás relativamente frecuentes, determinan una conducta ética muy cuidadosa con los familiares. El sustento jurídico de esta actuación profesional se puede encontrar, en general, en la ley de Salud Pública, en su Reglamento y en resoluciones complementarias.

Situaciones similares se crean con las decisiones médicas sobre pacientes en estado terminal. En los últimos años se insiste en replantear la forma en que mueren estos pacientes en la actualidad, casi siempre en un hospital, rodeados de equipos, catéteres, sondas, pero no del calor familiar que reclaman.

Si bien en Cuba la eutanasia es considerada como un delito de homicidio, debe también evitarse el otro extremo, la distanasia, con la aplicación de exageradas medidas que excedan a las necesarias de sostén del paciente.

El desarrollo alcanzado por la atención primaria y su extensión a todo el país sientan las bases ideales para la solución de estos problemas. Al poder realizar ingresos domiciliarios, donde el paciente cuenta con la atención del médico y la enfermera de la familia y los cuidados familiares, se logra el mejor entorno para morir con dignidad.

También en el comienzo de la vida el desarrollo ha determinado nuevos conflictos éticos.

El diagnóstico de malformaciones congénitas, mediante la investigación de la alfafeto proteína y el ultrasonido, y el necesario asesoramiento genético en los casos positivos, enfrenta a los padres a nuevos dilemas que solo ellos pueden decidir.

La investigación y producción de nuevos medicamentos y vacunas crean también conflictos éticos. Sin embargo, en este terreno, donde el país ha realizado y realiza un trabajo destacado, sí se han dictado normas deontológicas y jurídicas que instrumentan los mecanismos necesarios para evitar incurrir en problemas éticos y legales.

Citaremos los más importantes:

- Resolución no. 178 del Ministro de Salud Pública, de 8 de octubre de 1991, donde se dispone que para proceder al inicio de las investigaciones en humanos, se requiere, sin excepción, la autorización del Centro para el Control Estatal de la Calidad de los Medicamentos (CECMED).
- Resolución no. 48 del Ministro de Salud Pública, de 13 de marzo de 1992, donde se aprueban y ponen en vigor las buenas prácticas clínicas (BPC) para que la información clínica generada a partir de la realización de ensayos clínicos, y los resultados obtenidos, sean comparables y aceptados internacionalmente.
- *Manual de buenas prácticas*, elaborado en 1992 y modificado en 1996 y 2000 por la Comisión Nacional Asesora de Ensayos Clínicos, el cual consta de varios capítulos, entre ellos los aspectos éticos en la investigación clínica.

Estos ejemplos nos sirven para constatar que una vez más la dinámica del desarrollo científico-técnico va por delante del basamento jurídico y deontológico, lo cual genera situaciones que permiten diversos enfoques médicos, filosóficos, éticos y jurídicos. Por ello, amén de que los legisladores tomen conciencia de las contradicciones generadas por la práctica y normen jurídicamente tales actuaciones, se deberá propender a consolidar la atmósfera ética necesaria para enfrentarlas. Esto también deberá estar presente cuando se acometa la tarea de elaborar una nueva norma deontológica.

Bioética
DESDE UNA PERSPECTIVA CUBANA

Capítulo tercero

BIOÉTICA PROFUNDA Y GLOBAL

La ética de la ciencia, la responsabilidad moral y la desaparición de las especies

Luis R. López Bombino



La ética de la ciencia y la responsabilidad del científico

Una mirada al desarrollo histórico-social de la ciencia nos permite comprender cómo por medio de observaciones y experimentos, análisis conceptuales y otros procedimientos, esta indaga metódicamente el conocimiento verdadero de hechos de la naturaleza y la sociedad, del lenguaje, el arte, y también del propio conocimiento, así como de sus causas, principios y legalidades.

En la ciencia se consume la aspiración natural del ser humano de conocer, de saber (Aristóteles). Desde Platón y Aristóteles hasta el racionalismo de la época moderna (Descartes, y otros), se entiende por ciencia la forma suprema del saber, esto es, el ideal de un conocimiento seguro, fundado en enunciados verdaderos, y por ello un conocimiento necesario.

Las ciencias modernas comprenden ahora sus enunciados solo como hipótesis (más o menos contrastadas), que expuestas a revisión crítica pueden ser modificados y revisados en todo momento (racionalismo crítico, pragmatismo).

La libertad de investigación forma parte de los derechos sociales y políticos. En las democracias occidentales esta libertad está garantizada por las constituciones. A su vez, la búsqueda objetiva de la verdad está asegurada por la propia estructura social

de la industria de la investigación y, en especial, por la competencia científica, de modo que ambos compromisos parecen innecesarios. Con todo, arrojan luz sobre problemas específicos de nuestro tiempo. El examen crítico de los resultados de investigaciones exige que se publiquen, algo que con frecuencia no sucede en el terreno militar y en el ámbito de la economía privada.

Mientras que la ciencia antigua tenía una visión desinteresada de la estructura inalterable del universo, la ciencia moderna, con la aparición del experimento, abandona el modelo contemplativo y pasa de la actuación en forma de reflexión a la actuación sobre el mundo, mediando entre el hombre como sustancia pensante y el mundo como sustancia extensa –para expresarlo de una forma cartesiana– la razón instrumental que los relaciona; esto es, con la filosofía moderna el *yo pienso* cartesiano deviene de igual forma un *yo domino* y *yo exploto*.

A diferencia de lo que opinan los científicos positivistas, la ciencia no se circunscribe, solamente, a las ciencias naturales o las ciencias «exactas». Debe considerarse como un sistema complejo que incluye la correlación históricamente cambiante de sus partes: el estudio de la naturaleza y de la sociedad, la filosofía y las ciencias naturales, el método y la teoría, las investigaciones teóricas y aplicadas.

Las exigencias que se le presentan a la ciencia deben orientarse en grado cada día mayor, no solo a la técnica, sino también, al hombre mismo, al desarrollo ilimitado de su intelecto, de sus capacidades creadoras y al desarrollo de una cultura del pensamiento, así como a la creación de las premisas materiales y espirituales de su desarrollo integral. Esta idea produce un viraje, al menos mínimo, con respecto a la comprensión de la ciencia enarbolada por algunas tendencias y representantes del positivismo, del lógico en particular.

Por ética de la ciencia se entiende, a menudo, el sentido y responsabilidad que se asume desde el hecho mismo de hacer ciencia; o para decirlo con otras palabras, la responsabilidad y los deberes que emanan de la investigación científica y en la que se ven implicados, científicos, tecnólogos y otros profesionales inmersos en el procedimiento de la investigación científica.

El conjunto de intelectuales dedicados a este proceso investigan con frecuencia en ámbitos del saber científico donde existen agudos conflictos y dilemas morales que ponen a estos científicos en complejas situaciones dilemáticas, y que, a su vez, se trata de esferas de investigación propias del desarrollo científico visto integralmente, o bien de algún problema que se hace imprescindible investigar en una sociedad concreta, y que está asociado a la necesidad de progreso de un pueblo específico, o de un tema que necesita una urgente respuesta.

A pesar de la profunda transformación y complejización de la ciencia en las condiciones contemporáneas, su tarea moral fundamental ha seguido siendo sustancialmente la misma, desde Platón y Aristóteles hasta B. Russell y Popper, esto es, la exigencia de investigación y enseñanza de la verdad sin compromisos. Y aunque en esta idea late, en cierta medida, una determinada comprensión

positivista de la ciencia, donde puede parecer que la responsabilidad moral de los científicos queda excluida, cabe significar, sin embargo, cómo, aún cuando la ciencia esté motivada tanto por la curiosidad teórica como por intereses críticos, hermenéuticos o terapéuticos, sus enunciados deben posponer todos los intereses y creencias personales o grupales a la idea de la búsqueda de la verdad objetiva.

Por tal motivo, entre las normas que emanan del código deontológico del quehacer científico, está la prohibición de atenerse dogmática o autoritariamente a convicción alguna; exige probar su verdad, superar los prejuicios –que se derivan, generalmente, de errores de percepción, del lenguaje y de comprensión, de la costumbre y la tradición– y buscar una comprensión cada vez más amplia y profunda de la realidad natural y humana.

Una de las tesis que históricamente se ha afianzado en la ética de la ciencia, consiste en la argumentación de cómo la sociedad no puede obligar a los investigadores científicos a comulgar con las ideas políticas o religiosas dominantes, ni a rendir cuenta a autoridades censuradoras o inquisitoriales.

Sin embargo, dicha actuación se efectúa primero a escala reducida y sobre materia inanimada, de suerte que este nuevo campo de la ética no cobra trascendencia hasta nuestros días, en que la fauna, la flora y la atmósfera pueden ser alteradas por experimentos científicos.

La ética de la ciencia y la extinción de las especies

Las especies amenazadas de extinción en el mundo alcanzan ya las 12 259, en las categorías de «Peligro», «Peligro crítico» y «Vulnerable». De acuerdo con la edición más actualizada de la Lista Roja de la Unión Mundial para la Naturaleza (UICN), las especies invasoras introducidas han hecho estragos en las plantas nativas de muchas islas. Esta institución alertó sobre la situación del mono ateles, el siluro gigante del Mekong, el conejo ribereño y los caracoles de las islas Galápagos.

Esta fuente de información mundial, la más reconocida en el tema, señaló que aunque las islas Seychelles, Galápagos, Hawai y las remotas del Atlántico Sur, dan una imagen de paraísos tropicales, una mirada más crítica muestra una historia de invasión y de destrucción que minan el futuro de sus especies nativas.

Los peces más grandes de agua dulce, tres primates neotropicales y seis albatros se encuentran entre los más amenazados.

Por ejemplo, el mono aullador negro (*Alouatta pigra*) pasó de la categoría «Preocupación menor» a «En peligro». Se ha perdido el 56% de su hábitat, situación que de mantenerse reducirá su población en el 70% en los próximos treinta años.

En cuanto al mono ateles (*Ateles hybridus*), que se encuentra solo en Colombia y Venezuela, cambió de «En peligro» a «En peligro crítico». Solo una especie de

primate, el tití león dorado (*Leontopithecus rosalia*), pasó a una categoría inferior, la de «Peligro», después de casi treinta años de esfuerzos de conservación.

El siluro gigante del río Mekong (*Pangasianodon gigas*), uno de los peces más grandes de agua dulce, que mide hasta 3 metros de longitud y pesa 300 kilogramos, pasó de «En peligro» a «En peligro crítico».

Por otra parte, entre las plantas más amenazadas están las de la especie *Cycas*, las productoras de semillas más antiguas sobre la tierra.

Del lado marino, se considera que los 21 tipos de albatros del planeta están ahora bajo una amenaza global, como resultado de la pesquería de palangre de deriva.

El conejo ribereño de Sudáfrica (*Bunolagus monticularis*) se desplazó de «En peligro» a «En peligro crítico». Encontrado en la región de Karoo, se estima ahora que su número es menor de 250 pares de crías.

En total, entre las adiciones más destacables de este año se incluyen 1 164 plantas ecuatorianas, 125 plantas de Hawai, 303 *cycas* y 35 caracoles de las islas Galápagos. Desde la publicación de la lista roja de 2002, se han añadido más de 2 000 nuevos registros, y evaluados 380 grupos taxonómicos. «Aunque aún nos encontramos apenas raspando la superficie en la evaluación de todas las especies conocidas, creemos que este dato es un indicador de lo que está ocurriendo globalmente en la diversidad biológica», dijo Achim Steiner, director general de la UICN.

En su mensaje de alerta, la Lista Roja de la UICN, al tiempo que brinda un panorama de las especies amenazadas para acciones de conservación en profundidad, resalta la necesidad de movilizar la voluntad política, así como las convicciones morales de cada ciudadano y los recursos para frenar la pérdida de la biodiversidad.

El informe, si bien explica cómo las actividades humanas pueden ser el principal peligro para las especies, destaca cómo se puede también contribuir a su recuperación, ejemplo de lo cual es el ibis crestado de China, el orix arábigo y el rinoceronte blanco.¹

El deterioro del medio ambiente en América Latina y el Caribe

De acuerdo con el informe *América Latina y el Caribe: Perspectiva del Medio Ambiente 2003*, en los últimos treinta años la situación ambiental en la región empeoró, al proseguir el deterioro de los principales indicadores en esta materia, incluidos aquellos relacionados con la calidad de vida de las personas.

Según se sustenta en el documento, entre 1972 y el 2002 en la región aumentó la pobreza, la degradación de los suelos y la contaminación urbana y del

¹ O. Hoffe. *Diccionario de ética*. Barcelona, Editorial Crítica, 1994. Ver, además, «Más de 12 mil especies en peligro de extinción.» *Orbe* [La Habana], 2004.

agua, mientras disminuyeron los bosques, creció la pérdida de la biodiversidad y la erosión de las costas.

Hoy el 44% de la población total de esta área geográfica (225 millones de personas), vive en la pobreza, en tanto el número absoluto de seres humanos en ese estado se incrementó en casi el 66% de 1980 a la fecha.

Respecto a la deforestación, de 1990 al 2000 América Latina y el Caribe reportaron una disminución de 47 millones de hectáreas de bosques, la segunda mayor del mundo después de África, debido a la extracción maderera, los incendios forestales y la utilización de la leña como fuente de energía, entre otras causas.

El texto fundamenta cómo en los próximos veinte años la contaminación del aire podrían provocar en la región unas 140 mil muertes prematuras anuales.²

Los centros de investigación y los laboratorios de ingeniería genética constituyen una fuente de peligros desconocidos hasta un momento determinado de su desarrollo, hasta que la comunidad científica comenzó a pensar y a darse cuenta de los problemas éticos que se generaban en el curso de las investigaciones científicas.

El peligro puede estar presente si en los centros de investigación no tienen en cuenta y no se guían por los códigos que se han elaborado para la investigación científica, donde existe un conjunto de normas y requisitos morales que regulan y rigen el proceso de investigación científica. Claro que estos problemas no son tan fáciles de encarar por los distintos sujetos sociales, pues una investigación puede estar motivada por disímiles causas: militares, económicas, de intereses privados, o de grupos de poder que ejercen un control sobre la sociedad, donde la solución de estos problemas se complica en ocasiones con extrema agudeza.

Por esta razón, es preciso que el tema de la seguridad ocupe un lugar perdurable en el esquema científico y que se realice, en caso de elevado riesgo, un control independiente.

Los investigadores han de demostrar que sus proyectos no son dañinos, y poner el mismo empeño en evitar los riesgos que en obtener nuevos resultados científicos.

Finalmente, hoy día se realizan experimentos en animales y en el hombre, con lo que ya no se puede hablar de curiosidad inocente, pese a que en un principio la curiosidad fuera éticamente neutral.

Los experimentos en el hombre son inaceptables por más interés teórico y práctico que revistan, pues atentan contra principios universalmente reconocidos,

² «Informe sobre las perspectivas de América Latina y el Caribe, 2003.» Presentado en La Habana en la sede del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). En «Sombrio panorama ambiental en América Latina y el Caribe.» *Granma* [La Habana], 20 de febrero de 2004: 2.

tales como el derecho básico a la vida, a la integridad física y a la intimidad, a la autodeterminación y al libre desarrollo de la personalidad, aparte de la necesidad y la obligación de decir la verdad.

El precepto ético de la objetividad científica puede aplicarse a los experimentos en animales, ya que estos sufren y recuerdan, y, por consiguiente, también sienten miedo. Los experimentos en animales solo están legitimados cuando existe un objetivo médico-farmacológico claramente definido, y siempre que se limiten a lo indispensable y se evite rigurosamente el sufrimiento. (Véanse algunos códigos sobre la protección de los animales.)³

Ciencia, humanismo y responsabilidad

La ciencia moderna, en la medida en que se propone aligerar el sufrimiento y, en general, mejorar las condiciones de vida del hombre, se ha impuesto a sí misma una responsabilidad moral.

En virtud de la responsabilidad, la persona en su obrar –bueno y malo– debe responder de sus acciones ante su conciencia, que se convierte en una especie de juez de su comportamiento.

El sujeto de la responsabilidad es el ser humano capaz de proceder a una acción moral determinada.

En la responsabilidad se manifiesta también la nobleza humana de la persona.

Todos los problemas morales que hoy se identifican con el hecho mismo de hacer ciencia y tecnología, pasan inexorablemente por la responsabilidad social, moral y política que se asume desde distintos ámbitos, llámese científicos, políticos, entidades empleadoras de los distintos profesionales y, particularmente, de los Estados que asumen en este hecho un compromiso imprescindible.

Las consecuencias negativas del desarrollo de la ciencia y la tecnología

Las ciencias naturales, la técnica y las ciencias económicas tratan de liberar al hombre de la miseria material (hambre, pobreza y enfermedades). Por medio de las ciencias sociales se pretende erradicar la miseria social y política (discriminación, opresión y explotación).

Es cierto que la ciencia moderna ha mejorado el nivel de vida y ha fomentado la civilización gracias a numerosos inventos y descubrimientos. Pero, a su vez, se ha podido comprobar el lado negativo del dominio sobre la naturaleza y el control de la sociedad.

³ Códigos elaborados con vista a la protección de los animales. www.oei.es. Véase también, O. Hoffe. *Diccionario de ética*. Ob. cit.; y «Datos aportados por la Lista Roja de la Unión Mundial para la Naturaleza (UICN)» En T. de J. Vives. Ob. cit.

El enorme potencial de poder creado por la ciencia, capaz, a un mismo tiempo, de ayudar y de destruir, supone de por sí una amenaza al bienestar del hombre. Las consecuencias indirectas de este poder, neutralizables individualmente y a escala reducida, origina –por su elevado número, alcance y acumulación– trastornos naturales y sociales, como son la escasez de energía, el deterioro del medio ambiente, el crecimiento desmesurado de la población y el desbarajuste de las estructuras sociales.

Por otra parte, cuesta imaginarse que la raza humana sobreviva con garantías sin el apoyo de la ciencia. Cabe esperar ayuda de los nuevos descubrimientos y los hallazgos para superar las consecuencias indirectas negativas.

Entendido así este fenómeno, no tiene sentido el porqué negar la ciencia, pero sí plantearse si se reducen las fuerzas destructivas presentes en la naturaleza, si se salvan, protegen y conservan vidas, si se procura a la vida humana la dignidad que le corresponde, o si, por el contrario, se ponen en peligro vidas y se añaden elementos de riesgo y de destrucción de la naturaleza.

La principal urgencia ética reza: conservación y humanización de la vida y su entorno plural. La aceptación de este principio a través del autocontrol o a través de instituciones estatales depende en buena parte, de la propia comunidad de científicos, así como de políticos y de su capacidad para incorporar, esto es, para apropiarse de principios morales con la finalidad de desarrollar una buena investigación, donde existan calidad investigativa y sensibilidad moral, y para incluir en este desarrollo, cuando sea necesario, conjuntamente con los criterios científicos, otros de índole ético y ecológico.

Las asociaciones de científicos deben establecer normas éticas, tal y como desde hace tiempo se viene realizando por parte de médicos –recordemos el Juramento Hipocrático–, psicólogos, psiquiatras, científicos de las ciencias biomédicas, tecnólogos, juristas, pedagogos y otros.

Cada vez más, debido precisamente al propio desarrollo de la ciencia y la tecnología, y a las contradicciones que este trae aparejadas, los políticos aceptan consejos de los científicos en aquellos procesos que definen problemas importantes de la vida pública.

Los científicos no deben dejarse utilizar como coartada o tapadera de los gobernantes, pero tampoco sustraerse a la participación en tareas públicas. Con la ayuda de sus conocimientos y de los métodos científicos, deben mejorar la calidad racional de las decisiones, pero también deben tener en cuenta los límites de la fiabilidad de las ciencias, especialmente de las ciencias humanas, y distinguir entre un análisis científico y una posición personal, donde puede estar presente un enfoque de carácter político-moral.

De acuerdo con la gran significación del trabajo científico en muchos ámbitos de la vida moderna, quienes lo realizan deben tratar de hacerse entender no solo por sus colegas, sino también por la colectividad. Esto no significa que toda contribución científica sea inteligible para todo el mundo, sino que deben

divulgarse los resultados y controversias importantes de la ciencia en los medios de comunicación masiva que se consideren adecuados.

No solo las ciencias naturales y sociales contribuyen a hacer más humana la vida. También lo hacen las ciencias humanas, en tanto crean y fijan una visión de los orígenes del hombre junto con sus múltiples tradiciones y manifestaciones culturales, aparte de encaminarnos hacia el lenguaje, las artes plásticas y la música.

Por otra parte, los testimonios de humanidad no responden únicamente a criterios de necesidad y utilidad. El actual interés de la ciencia por la relevancia técnica y social ha postergado lo que para Aristóteles y su tradición era lo esencial –aun cuando esto no ha perdido su posición como correctivo. Además de su aspecto tecnológico, crítico-hermenéutico y terapéutico, la ciencia es también una actitud fundamental basada en el compromiso con la búsqueda de la verdad frente a los intereses particulares. Anotemos aquí que hoy no existe un único criterio de verdad, sino más bien distintos criterios donde se exponen distintas posiciones con respecto a la verdad. Además, cuanto más tiende la ciencia a realizar dicha búsqueda por meros encargos particulares esta verdad se relativiza.

La búsqueda del auténtico conocimiento se cuenta entre aquellas actividades humanas beneficiosas que no poseen carácter práctico. Puede ser una forma de existencia humana, no motivada solo por la obtención de las necesidades básicas, la comodidad y el progreso material, y en la que –análogamente a como se expresa en el juego y el arte, o en una sociedad regida por la justicia– se da expresión a la libertad y la humanidad.

Algunos teóricos del tema objeto de análisis han opinado que quizás termine siendo de mayor provecho una ciencia más neutral y contemplativa que una ciencia en exceso instrumental.

La ética de la ciencia no se limita a adoptar medidas para combatir el riesgo de una práctica científica cada vez menos humanitaria o sus consecuencias. También impone el sentimiento humanitario como noción positiva para la ciencia.

Muy recientemente se viene discutiendo una pregunta que también posee importantes aristas éticas, y esta es precisamente la siguiente: ¿Cuál es la diferencia entre un ser vivo natural y uno artificial? De inicio la pregunta puede parecer sin sentido, o bien, de una respuesta perteneciente al campo de la ciencia ficción. Sin embargo, en dependencia de cuál definición de vida se escoja, desde noviembre de 2003 ya se puede sostener con propiedad la total similitud entre ambas formas sin que lo miren a uno como un bicho raro.

Según publicó la revista *Proceedings of the National Academy of Sciences*, un grupo de científicos liderados por el profesor Craig Venter (el del proyecto Genoma Humano), en los laboratorios del Instituto para Alternativas de Energía Biológica (IBEA) habita en estos momentos el primer organismo vivo plenamente funcional de la historia fabricado de manera sintética (artificial):

un virus logrado a partir de réplicas del genoma del bacteriófago Phi-X174 (Phi-X).

A diferencia de los resultados de intentos previos realizados en el 2002, que culminaron en virus imperfectos y afuncionales, el recién logrado, según Venter, tiene incluso la capacidad de infectar y matar bacterias de forma idéntica a los naturales.

Aunque la técnica para generar un ser vivo a partir de elementos químicos orgánicos está limitada actualmente a un organismo tan simple como un virus, los autores de la investigación estiman que el dominio de la síntesis de largos segmentos de ADN empleada por ellos puede constituir un importante punto de partida para la manipulación de organismos más complejos.

Ante ese logro surge la lógica pregunta: ¿hasta dónde podrá llegarse? ¿Será posible construir de la «nada» un organismo eucariota (a los cuales pertenece el hombre)? Pues si se tiene en cuenta la historia de las ciencias y la tecnología, se puede ver que ello será inevitable, pues no existen limitaciones de principio, en tanto posibles rechazos basados en planteamientos éticos pueden verse superados, siempre que el dominio de esa técnica no amenace la vida en la Tierra o la dignidad humana.

Para fabricar su virus, los científicos del IBEA emplearon una variante de la técnica PCR (*polymerase chain reaction*) conocida como PCA (*polymerase cycle assembly*), para producir la doble hélice de ADN del Phi-X a partir de secuencias moleculares individuales.

Con ese método, los científicos ensamblaron muchas secciones del genoma del Phi-X a partir de oligonucleótidos, pequeñas piezas (moléculas) de las hebras simples del ADN, los cuales fueron conectados en la secuencia apropiada. Todo el proceso para crear un ADN idéntico al natural solo tomó catorce días.

Por lo pronto, y en concordancia con intereses del Departamento de Energía de los Estados Unidos, patrocinador de las investigaciones, los esfuerzos del futuro inmediato podrán desembocar eventualmente en microorganismos mayores prediseñados para realizar tareas energéticas y medioambientales, tales como la eliminación de residuos tóxicos de procesos industriales y la eliminación de contaminaciones químicas y radiactivas.

Entre otras aplicaciones, la creación artificial de diversos virus y otros microbios pudiera servir para la producción de nuevas vacunas para el tratamiento de enfermedades resistentes a los tratamientos convencionales.

Y para tranquilizar a quienes pudieran albergar temores sobre la utilización del Phi-X «recién nacido», Venter y sus colaboradores han asegurado que este es totalmente incapaz de atacar células humanas. Despejado ese importante asunto inmediato, queda abierta la pregunta sobre las capacidades de futuras creaciones similares.

De evitarse torcidas aplicaciones prácticas, algo imprescindible para el futuro de toda la humanidad, sin dudas la creación de seres vivos artificiales con características

prediseñadas a partir de fragmentos moleculares puede constituir uno de los campos de investigación y desarrollo más importantes del siglo XXI.

De cualquier manera, por su potencial para cambiar el mundo, la creación del primer ser vivo sintético deberá ser incluida a partir de ahora entre los más importantes logros del ser humano, junto a la conquista del fuego y la fabricación de las primeras herramientas.⁴

La carrera armamentista, los experimentos científicos y la evasión de la responsabilidad

Todo parece indicar que la vieja máxima que afirma «haz lo que yo digo, pero no lo que yo hago», está acompañando a la política de doble rasero que se está empleando en la fabricación de armamentos.

Si bien desde hace años se ha insistido contra la proliferación de armas de destrucción masiva, pues las medidas tomadas hasta hoy son insuficientes y se pide acción internacional para impedir la diseminación de estas, en la realidad se está concretando lo contrario. En los Estados Unidos se solicitan al Congreso cifras astronómicas para la adquisición de sistemas de armamentos y se impulsa una irracional carrera armamentista con fines espaciales.

Con vistas a que el Pentágono pueda cumplir sus funciones sin sufrir bajas en las futuras guerras preventivas, entre otras armas, se incluyen naves sin tripulación, guiadas por control remoto, para lo cual se recibirán fondos por 401 700 millones de dólares en 2005. De estos, 74 900 millones serán utilizados para adquirir nuevos sistemas de armamentos.

Esta cifra incluye un incremento del 13% para la obtención de misiles y unos 3 200 millones en un programa de alta tecnología que pretende modernizar aún más el ejército. Los fondos para la compra de armas aumentarán en 2006 a 80 400 millones; en 2007, a 90 600; en 2008, a 105 100 millones, y alcanzarán en 2009 los 114 000 millones, según los referidos planes del Departamento de Defensa.

Para este último año, el presupuesto general de defensa alcanzaría la increíble cifra de 488 000 millones de dólares, lo que representa 20% más que lo gastado en los llamados años de la Guerra Fría.

En este ambiente de gastos militares astronómicos, se ha dado rienda suelta a relanzar la carrera armamentista espacial.

Posteriormente, el Pentágono tratará de poner en órbita otros dispositivos de intercepción para continuar las pruebas, que de resultar exitosas, les permitirían contar con armas láser o misiles de intercepción espaciales para destruir cohetes con ojivas nucleares o satélites del adversario. Estos planes conducen a la humanidad a una nueva carrera armamentista en el espacio.

⁴ C. Venter. «Experimento realizado en los laboratorios del Instituto para Alternativas de Energía Biológica (IBEA). *Proceedings of the National Academy of Sciences*. Citado por M. Vázquez. «Sección de Ciencia y Técnica.» *ORBE* [La Habana], 28 de noviembre de 2003: 12.

Por esta razón, potencias como China y Rusia se oponen a las intenciones de Washington de militarizar el espacio.⁵

Más preocupante aún resulta la situación mundial y menos viable la esperanza del desarme cuando se tienen noticias recientes de que el Pentágono –sin dudas líder mundial de la producción de armamentos– está fabricando un nuevo tipo de armas, a saber, armas climáticas, con las cuales puede desestabilizar el clima de cualquier zona geográfica del mundo en cuestión de segundos. De esta forma, ya no habría que esperar años para constatar cambios ambientales desastrosos, pues el hombre –al obedecer a la más irracional de las razones, es decir, a la pretensión del control del orbe de las transnacionales– ha fabricado el medio catalizador de los mismos. La dinámica armamentista no tiene otro fin que el dominio del mundo, aunque este solo sea asegurado mediante la creación de los medios que amenazan su existencia.

Es un hecho conocido, cómo empresas transnacionales de la medicina hacen experimentos en países del Tercer Mundo y exponen a su población a riesgosos tratamientos sin importarles que el resultado final sea la muerte.

El caso que aludimos tuvo lugar en el hospital de enfermedades infecciosas de Kano, en Nigeria, donde la compañía farmacéutica estadounidense Pfizer realizó pruebas clínicas sin autorización que provocaron la muerte de 11 niños y la deformación de otros 200. Este criminal hecho fue denunciado por el diario norteamericano *The Washington Post*, que señaló que la firma en cuestión no había obtenido la autorización de la Administración de Alimentos y Fármacos, organismo público que regula los productos farmacéuticos en los Estados Unidos para comenzar a realizar las pruebas.

El producto, conocido como Irovan Floxacin, fue fabricado para tratar una forma de meningitis cerebroespinal que aparece al norte de Nigeria durante la temporada de calor, después de las lluvias.

Este hecho se realiza, violando todos los requisitos y leyes del país africano, sin tener autorización en los Estados Unidos ni en Nigeria. La Pfizer escogió como conejillos de india o cobayas a los niños del hospital de Kano. Los experimentos se realizaron en 1996 bajo estricto secreto de la firma y el personal complotado, con el fin de que si daba resultado positivo se obtendrían millones de dólares en la comercialización de la medicina, y si no resultaba, echarle la culpa a la meningitis.

El desprecio por la vida de las personas del Tercer Mundo ya es habitual en estas grandes corporaciones de la medicina que, además, son las que controlan en el mundo el mercado de los distintos medicamentos utilizados a nivel global.

⁵ M.Á. Untoria Pedroso. «Haz lo que yo digo... pero.» *Granma* [La Habana], 12 de febrero de 2003: 3.

Casos como el de Kano ocurren a diario en África, Asia y América Latina, donde la necesidad y la falta de recursos de los gobiernos para mejorar el estado de salud de la población les obligan, en muchos casos, a permitir la entrada al país de firmas inescrupulosas que experimentan y ponen en peligro la vida de numerosas personas.

El director del hospital de Kano negó que el Comité de Ética Médica haya autorizado a la Pfizer el uso del fármaco en el hospital de enfermedades contagiosas.

Tras la denuncia se creó una comisión integrada por tres médicos nigerianos para realizar una pormenorizada investigación, pero surgió un grave problema: los expedientes de 350 pacientes con meningitis cerebroespinal que fueron tratados entre abril y junio de 1996, cuando tuvieron lugar las pruebas, han desaparecido.

En estos asuntos siempre se encuentran las conexiones gangsteriles o mafiosas, lo que muestra, una vez más, el desprecio que por la vida de las poblaciones del Tercer Mundo tienen estas compañías, que, lo que hacen es tratar de enriquecerse sin importarles el daño que provocan sus «experimentos».⁶

El uranio empobrecido como mal que amenaza a la humanidad

La utilización de este producto ha sido objeto de reflexión durante muchos años, pues a diario en el mundo se revelan diferentes aspectos relacionados con esta sustancia radiactiva y tóxica, que fuera utilizada en los proyectiles lanzados en la primer Guerra del Golfo y Yugoslavia por las fuerzas aliadas de la OTAN, y que ha desatado enfermedades y sufrimientos para los iraquíes, los yugoslavos y los soldados norteamericanos y de otros países participantes en la contienda militar.

El uranio empobrecido provoca efectos perniciosos en el ser humano. Se trata de un residuo obtenido de la producción de combustible extremadamente denso y pesado destinado a los reactores nucleares y bombas atómicas.

La amenaza de esta sustancia está en su uso en aplicaciones militares. Así, cuando un proyectil revestido con uranio empobrecido es lanzado y se proyecta contra un metal (acero blindado de vehículos militares y edificios), el 70% de su revestimiento arde y se oxida, volatizándose en micropartículas altamente tóxicas y radiactivas. Estas partículas pequeñas pueden ser ingeridas o inhaladas tras quedar depositadas en el suelo o transportarse a kilómetros de distancia por el aire, la cadena alimentaria o las aguas.

Ha crecido la cifra de los enfermos graves con herpes nocivos, síndromes similares al SIDA, disfunciones renales y hepáticas desconocidas, y el aumento

⁶ H. López Blanch. «Experimentos asesinos.» *Juventud Rebelde* [La Habana]. 3 de enero de 2001: 7.

espectacular de malformaciones (niños sin ojos, sin brazos, etcétera), así como cáncer (leucemia, anemia y tumores malignos).⁷

El uso de este producto ejerce una acción negativa sobre el medio ambiente, cuestión que ha sido denunciada en múltiples ocasiones por distintas fuerzas políticas e intelectuales de izquierda.

El deporte, la ciencia y la responsabilidad

Una investigación del diario deportivo francés *L'Équipe* sobre el deporte y su relación con la ciencia explica «a qué se parecerán los campeones de los años 2010, 2050 y 2100».

El director del Programa Ciencia, Tecnología y Sociedad de la Escuela de Medicina de la Universidad de Los Ángeles, Gregory Stock, ofreció un diagnóstico de ciencia ficción para los deportistas de alto rendimiento:

- «Los embriones serán manipulados para fabricar campeones del deporte, y dentro de cinco años será posible obtener un clon de Michael Jordan», advirtió Stock a la publicación francesa.
- Stock estimó que un escenario posible serán las competiciones especiales para atletas «genéticamente modificados» separados de los deportistas «normales». Aunque todavía no existen certezas.
- En la NBA una de las estrellas es Mugsy Bogues, de 1,70 metros, pero esto no quiere decir –de acuerdo con el profesor Stock– que su posible *clon* está destinado a jugar al básquetbol, porque «no se sabe completamente si puede repetir la destreza, la inteligencia táctica y la fuerza mental».
- Según reveló *L'Équipe*, existen lesiones que ya fueron tratadas con terapias revolucionarias. En el laboratorio Genzyme, de la ciudad estadounidense de Boston, se cultivan células de cartílagos para implantarlas en las articulaciones de los atletas lesionados. Y muchos deportistas de primer nivel ya utilizaron esos «bancos de cartílagos». Entre ellos el joven arquero del seleccionado de fútbol noruego Thomas Myhre, víctima de una gravísima lesión que lo tuvo, a los 21 años, al borde de dejar el deporte.
- En los laboratorios franceses se trabaja con la técnica genética para la regeneración de músculos, tendones y ligamentos, y se estima que dentro de 15 años no habrá más operaciones, sino que todo será solucionado con una inyección, de acuerdo con la publicación objeto de análisis.
- «Con el injerto de moléculas en el tejido, con un mes de recuperación bastará para superar cualquier lesión», dijo el experto francés en investigación genética Denis Barritault.

⁷ M. Millán Álvarez. «¿Mal que amenaza a la humanidad?» *Granma* [La Habana], 27 de enero de 2001: 7.

- En un resumen de la investigación, *L'Équipe* advirtió que «el cuerpo humano y la máquina se acercan peligrosamente para conformar el atleta biónico, ya que los científicos estudian proyectos de un humano ampliado».

Y, sobre la base de distintas fuentes científicas, se podrá imaginar el dominio del sistema nervioso, mediante un *microship* introducido en el cráneo que servirá para dirigir a un esquiador, por ejemplo, en caída libre.

En síntesis, se estima que campeones como Michael Jordan puedan ser fabricados *in vitro*, así como genes manipulados, inyecciones de células y reparación artificial de músculos, pues el atleta del nuevo milenio cambia día a día y el deporte gana lugares dentro de los laboratorios científicos.⁸

«Si el Norte fuera el Sur» ¿Ideas y cifras para meditar?

Durante el transcurso de un minuto, habrán muerto «irremediablemente» en otras partes del mundo 21 niños por causa de enfermedades curables y en una hora 1 260.

Un análisis de este ritmo de muerte nos indica que al culminar el primer año del nuevo siglo, por idénticos motivos, se les apagó la mirada a más de once millones de pequeños.

Datos ofrecidos por miembros de la Cruz Roja Internacional dan testimonio de que uno de cada tres niños que vienen a la vida en los países pobres lo hacen con bajo peso al nacer, dos de cada cinco, esto es el 40%, presentan retraso en el crecimiento.⁹

Así mismo, lejos de reducirse, las cifras que ofrecen los distintos medios de prensa en torno a niños hambrientos, desamparados por las calles, trabajando en condiciones infrahumanas o víctimas del juego, la droga y la prostitución son cada vez más alarmantes.

Cálculos bastante conservadores consideran que solo en la última década del siglo xx murieron más de dos millones de infantes por culpa de conflagraciones o acciones bélicas, en tanto la cifra de menores gravemente heridos como consecuencia de ellas, o mutilados para siempre, es tres veces superior.

Lo más preocupante de todo radica en que muchos de esos niños no son solamente víctimas «indirectas» de bombardeos, trampas, derrumbes, sustancias tóxicas y otras calamidades de las guerras que afectan a la población civil. Gran parte de ellos muere directamente en combate, portando un arma que apenas saben manipular.

⁸ Investigaciones realizadas por el diario deportivo francés *L'Équipe* sobre el deporte y su relación con la ciencia. ANSA, 5 de enero de 2001: 7.

⁹ Datos ofrecidos por Ramón Novoa Rebollar, representante de la Cruz Roja Internacional en el Segundo Encuentro Mundial de Corresponsales de Guerra.

A su vez, la culpa de tales realidades hay que buscarla también en el subdesarrollo y crueldad de los sistemas imperiales que han sometido, en no pocos países, a los niños y adolescentes a la necesidad de tomar las armas para defender a sus familias del abuso de los ejércitos nacionales y también a la urgencia de tomar las armas para defender la soberanía ultrajada o negada.

En no pocos países se produce un reclutamiento militar forzoso, y muchas veces al azar, método tan anacrónico y vergonzoso, así como la fabricación de armas cada vez más ligeras y manuales para su «cómodo uso y diestro dominio» por parte de miles de infantes y adolescentes a quienes, por lo general, no les queda otra alternativa que enrolarse en una guerra, cuya aterradora y apocalíptica realidad nada tiene que ver con aquella a la que tal vez un día jugaron.

Bochornosamente, la humanidad le pone «el pecho» a un nuevo milenio en el que ojalá esos y otros flagelos, triste herencia del pasado, no sigan siendo un azote para nadie, en particular para quienes menos responsabilidad tienen en torno a ellos: los niños.¹⁰

El encarcelamiento por largos años, o indefinidamente, de prisioneros, sometidos a condiciones de máxima seguridad y presión psicológica, sin la presentación de acusación alguna y sin permitir el acceso a abogados defensores, es un hecho que da al traste con las normas más elementales de moralidad y civilidad humana, y constituye también un acto de evasión de la responsabilidad jurídica y moral.

Bibliografía

- Annan, Kofi. «Cumbre sobre el desarrollo sostenible.» Johannesburgo, Sudáfrica, s/f: 13. [Material fotocopiado]
- López Bombino, L.R., L. Fernández Rius. *Ética, profesión y humanismo*. Cap. III. Rosario, Argentina, Editorial Futuro, 1995: 185
- Toynbee, A., D. Ikeda. *Escoge la vida*. Buenos Aires, Emecé Editores, 1980: 17.

¹⁰ P. Batista Valdés. «Que la niñez se adueñe de este siglo.» *Granma* [La Habana], 5 de enero de 2001: 8.

Una última mirada al gen egoísta del mundo global

José Ramón Acosta Sariego

Bioética
DESDE UNA PERSPECTIVA CUBANA

Las implicaciones sociales y filosóficas de la llamada «nueva genética» contribuyeron a catalizar el debate bioético desde los albores comunes de ambas disciplinas durante los primeros años de la década del setenta del pasado siglo xx. El análisis moral de tan peliaguda cuestión ha evolucionado a la par de la inusitada celeridad de los avances tecnológicos que posibilitan la manipulación genómica, algo innovador para la reflexión ética, tradicionalmente muy a la saga de los hechos que le habían dado origen.

Cuando desarrollé las ideas esenciales sobre este tema con destino al libro *Bioética para la sustentabilidad*, las responsabilidades como editor científico de la obra me impusieron el deber de cuidar por el conjunto de la misma. Por esa razón en mi aporte *El gen egoísta del mundo global* solo alcancé a expresar lo que consideré como los núcleos básicos del problema. Desde entonces sentí la necesidad de retomar el asunto en otra oportunidad que este nuevo proyecto editorial ahora me ofrece. De hecho he reescrito el trabajo y ahora creo haber expuesto mis criterios de manera más clara y fundamentada.

Si hurgamos en la esencia del debate genómico, es evidente que en toda la línea de reflexión moral, las acciones humanas en este campo, en cuanto a fines, medios, circunstancias y consecuencias, han sido sometidas a una acuciosa evaluación. Como este es un tema que en los últimos años ha consumido grandes

cantidades tanto de tinta como de gigabites, en el presente trabajo solo trataré de poner sobre el tapete aquellos elementos de mayor interés para la bioética, entendida esta como contribución a la sustentabilidad del desarrollo humano en una relación armónica con el entorno natural. Reestructuraré aquel análisis inicial apoyándome en las siguientes interrogantes y respuestas:

- ¿Constituye el genoma, humano o no, un sistema complejo en sí mismo? Evidentemente sí.
- ¿Es posible predecir las consecuencias de las variaciones que se introduzcan en las condiciones iniciales de estos sistemas? Hasta donde el conocimiento científico actual lo permite, solo en parte.
- ¿Es la introducción de las biotecnologías una situación de evaluación riesgo/beneficio que la humanidad tiene necesariamente que enfrentar? Sí.
- ¿Pudiera establecerse una norma prudencial de actuación en este campo? Sí.

La explicación de estos sintéticos criterios constituye el cuerpo del presente ensayo, donde he conservado todo lo útil de la primera versión y añadido nuevos elementos aclaratorios.

La trama transgénica

La idea aportada por la teoría de la complejidad acerca de que la modificación de las condiciones iniciales de un sistema, por pequeña que esta alteración sea, determina su autoorganización y desarrollo ulterior, así como las interrelaciones con el resto de los sistemas de la trama donde está inserto, pudiera justificar en gran medida la honda preocupación que en determinados círculos de opinión científica y pública ha suscitado la actual posibilidad de modificar los sistemas biológicos «a voluntad». Entrecomillo esta última expresión porque no está muy claro que exista absoluta garantía de que las modificaciones introducidas expresen, en el tiempo y las nuevas interrelaciones creadas, esa voluntad o propósito originario.

El impacto que para la trama de la vida puede tener la modificación de alguno de sus sistemas ha sido expresado gráficamente a través del «efecto mariposa», según el cual el aleteo de una mariposa monarca en Norteamérica puede provocar un terremoto en Japón. Traspolando la metáfora, la modificación genética de un organismo no opera solo sobre él, o su especie, sino sobre los sistemas bióticos en su conjunto e incluso podría extenderse a los abióticos.

El proceso de automodificación de la naturaleza es consustancial a su evolución y desarrollo. De hecho, el movimiento y constante transformación de la materia es expresión de su existencia. ¿Por qué tan excesiva preocupación entonces por este nuevo tipo de progresión si el intercambio y mutación genética

son esenciales para la vida? Una respuesta sobre el particular ha sido dada ya en el fragor del debate originado a mediados de la última década del siglo xx por los autodenominados Unión de Científicos Preocupados (Union of Concerned Scientists): «la naturaleza opera sus cambios progresivamente dentro de la dinámica propia de los ecosistemas y la manipulación genética impone estos bruscamente desde fuera, lo que dificulta la adaptación del ecosistema al cambio»; o sea, no es este organismo un mutante producto de los cambios e interacciones de los elementos del sistema, sino que la modificación abrupta y artificial que le ha sido inducida es la que introduce nuevas interacciones en el sistema.

En la historia de la Tierra se reportan drásticos y bruscos cambios globales originados por factores naturales endógenos y exógenos que acarrearón la incapacidad de adaptación y consiguiente desaparición de especies vegetales y animales, no obstante lo cual, la vida perduró. Ciertamente es que durante la existencia del hombre, y desde la última glaciación, es ahora cuando nos vemos enfrentados a preocupantes modificaciones globales, en gran medida provocadas o coadyuvadas por la acción humana. La manipulación genética se inscribe entre esas acciones, distintivas del tránsito de la civilización industrial a la del conocimiento que eventualmente pueden devenir en alteraciones medioambientales peligrosas para la supervivencia del hombre como especie, el temido «efecto Némesis», que simboliza la venganza o pase de factura de la naturaleza ante las injurias causadas por la civilización industrial. Solo por este argumento en cuanto a las probables consecuencias de la manipulación genética, sería atendible el llamado de determinadas personalidades e instituciones sobre los peligros potenciales de estas drásticas intervenciones humanas sobre la naturaleza, reclamo al que algunos defensores a ultranza de la validez científica y ética de los organismos modificados genéticamente han tildado de alarmista e incluso de terrorismo ecologista.

¿Son tan altos los riesgos de la manipulación genética que hacen moralmente insostenible su explotación por loables que sean los fines sociales a los que se dirigen? Potencialmente lo son, y más adelante exponaremos algunos ejemplos científicamente demostrados que así lo confirman. Sin embargo, lo más importante es que exista un margen razonable de seguridad biológica para asumirlo desde un actuar responsable y prudente. Los optimistas en este campo lo afirman y los pesimistas lo niegan, con lo que se reedita la hipotética polémica entre la predictibilidad determinista de Laplace y la complejidad impredecible de Capra. Pensar hoy día que la naturaleza es lineal, simétrica y predecible sería como tratar de aplicar la mecánica cartesiana a la biología molecular, o entender la complejidad de los ecosistemas por la gran variedad de sus elementos y no por la autoorganización de las interacciones entre ellos. Es entonces una falacia creer que modificamos «a voluntad» el genoma de un organismo para un determinado fin, cuando aún no conocemos a ciencia cierta las funciones de la

mayoría de las combinaciones de nucleótidos que la evolución natural nos ha legado, ni el efecto que la variación de las condiciones iniciales de uno o varios componentes de esos sistemas puedan ejercer sobre el ordenado caos que los mantiene estables.

Con independencia de los intereses económicos y el ego de los científicos, que pueden influir en esa premura por adentrarse en los vericuetos de la manipulación genómica, ha prevalecido el ancestral supuesto de que la naturaleza debe ser dominada, a pesar de las insistentes señales de que solo podemos aspirar a convivir con ella. Entiéndase que de ninguna manera estoy abogando por una moratoria o «retiro a los cuarteles de invierno». Todo lo contrario; trato de resaltar que la tecnología no puede irse por delante de la ciencia. Ambas han alcanzado tanto poder que requieren estar sometidas a un riguroso control moral externo representativo de genuinos intereses sociales.

¿Es necesaria la manipulación genética?

El hombre, entre los muchos usos que desde hace milenios ha dado a los organismos vivos, ha practicado su introducción en el control de los sistemas agrícolas, en tratamientos médicos e incluso en los procesos industriales. Ya en la modernidad estos usos adquirieron un carácter cada vez más refinado y global, como es el caso de la vacunación, la pasteurización de la leche y la terapia con antibióticos, por solo citar ejemplos harto conocidos. No obstante, la misma evolución histórica de los antibióticos es una lección en sí misma acerca de los riesgos e inconvenientes en el uso de agentes biológicos que parece no haber sido suficientemente aprehendida. Su descubrimiento y ulterior aplicación constituyeron una revolución en la terapéutica humana y animal contra las infecciones, millones de vidas se han salvado gracias a su existencia. Sin embargo, su uso indiscriminado ha propiciado un proceso de selección natural de los gérmenes resistentes y la permanente necesidad de nuevos y más potentes antibióticos, con mayores riesgos y probables reacciones adversas que sus predecesores.

Si esta historia se repitiera en el caso de los organismos modificados genéticamente, ¿será necesario entonces que en un futuro la biotecnología deba corregir los problemas creados por la propia biotecnología en su afán de resolver determinadas necesidades perentorias e impostergables?

Hasta el momento, las ramas de actividad humana priorizadas por las investigaciones acerca de la manipulación genética han sido fundamentalmente la agricultura, la medicina humana y animal, así como el mantenimiento y recuperación de la biodiversidad, sin que se excluyan incursiones en otros campos. Fines todos los anteriores incuestionables y perfectamente válidos en sí mismos. El uso de organismos modificados genéticamente con fines bélicos y terroristas, por su carácter espurio no será tratado aquí, porque, lejos de constituir una

necesidad de la humanidad, es una en extremo peligrosa degeneración carente de cualquier sustento ético que solo resta denunciar y combatir.

La posibilidad de incrementar los rendimientos agrícolas, mejorar el aporte nutritivo de los alimentos, introducirles o potenciarles determinados componentes suplementarios y curativos a productos tanto de origen vegetal como animal, constituyen logros de las biotecnologías. Esto hace parecer injustificable el temor, e incluso el boicot, al consumo de alimentos transgénicos que ha tenido lugar en algunos países, fundamentalmente de Europa, donde estos productos hasta han sido retirados del comercio minorista.

Sin embargo, en estos mismos lugares son bienvenidas terapias y medicamentos obtenidos por procedimientos propios de la genética molecular, como los anticuerpos monoclonales, las vacunas recombinantes, o los antibióticos de última generación. Más recientemente, las investigaciones en «células madres», la clonación de tejidos humanos y el xenotrasplante desde animales transgénicos donantes hacia humanos receptores, han venido a engrosar esta relación dado el futuro promisorio que ofrecen a la reproducción humana asistida, así como a la superación del rechazo inmunológico contra los órganos y tejidos trasplantados. Incluso la acérrima polémica suscitada por el *test de hámster* recién ha eclosionado tras más de una década de cómplice aceptación.¹ Todo esto apunta hacia cierta discriminación de fines de la manipulación genética como medio, en la que algunos son aceptables y otros no.

Las terapias biomoleculares

Los tratamientos médicos que emplean en algunas de sus fases organismos modificados genéticamente, indudablemente operan sobre sistemas mucho más cerrados. Son todavía en la actualidad somáticos, no génicos y, por consiguiente, menos intervencionistas en el orden natural. Por ejemplo, las vacunas obtenidas por biotecnologías no difieren sustancialmente de sus antecesoras, en el sentido de que solo confieren inmunidad al vacunado. Otro sería el caso si estuviera a punto una terapia génica capaz de transmitir inmunidad permanente intergeneracional para las prevenciones alcanzadas hoy, o soñadas aún por la humanidad, como son, entre otras, las infecciones de la infancia, la tuberculosis y el tétanos en el primer caso, o el VIH en el segundo.

¹ El *test de hámster* es una técnica usada desde la década de 1980. Consiste en la creación de un cigoto interespecífico obtenido por la fecundación de un óvulo de hámster con un espermatozoide humano, a fin de poder observar los cromosomas cuando entran en actividad mitótica en ese medio artificial, debido a que el núcleo del espermatozoide humano es muy compacto y hace imposible la visibilidad directa de los mismos al microscopio en su medio natural. Este procedimiento ha resultado de gran utilidad para estudiar la infertilidad masculina. El hecho de que el *test de hámster* implique la creación de un embrión quimérico, aunque este sea inviable, ha suscitado el rechazo de bioeticistas preocupados por la apertura de una pendiente moral descendente que permita en el futuro la manipulación de embriones interespecíficos de humanos con mamíferos superiores. (*Nota del autor.*)

Tanto en humanos como en animales domésticos, desde hace bastante tiempo la inmunización forma parte de la dinámica de muchos ecosistemas, y es una noble aspiración que alcance a todos los que necesiten de ella si se logra superar la injusticia social prevaleciente en el mundo de hoy. ¿Qué diferencia en cuanto a fines habría si esta inmunidad se logra, como se hace actualmente, a través de infinitas campañas periódicas, o de una vez en el curso de pocas generaciones? No avizoro ninguna en el caso de las tradicionales «vacunas somáticas», cuya inmunidad producida es individual, no intergeneracional, queda libre la opción a aquellos interesados en ejercer su autonomía para decidir si permanecen desprotegidos contra terribles flagelos, derecho del cual serían privados si esta inmunidad les fuera transmitida genéticamente por sus progenitores, en el caso de estos haberse sometido previamente a una «vacunación génica». Por lo demás, este pretendido derecho de autonomía es a todas luces muy relativo porque la inmensa mayoría de los Estados modernos en caso de negativa de alguno de sus ciudadanos de someter a sus hijos a campañas de vacunación, invocan la protección del bien común y el deber de protección de la salud y la vida de los menores, aun a despecho de los deseos de los padres.

He apelado a este, por el momento, hipotético ejemplo, porque existe mayor aceptación social en el caso de tratamientos biomoleculares somáticos individualizados contra el cáncer, inmunodeficiencias, trastornos metabólicos, etcétera, mientras que prevalecen muchos reparos en el caso de que, como todo parece indicar, en un futuro previsible se abriese la posibilidad tecnológica de modificar definitivamente el genoma humano para conferir inmunidad o para corregir la expresión o propensiones genéticas de enfermedades.

Otra objeción contra la manipulación genética de real e inmediata implicación práctica, es la cuestión del medio utilizado como vehículo, porque tanto la transgénesis como la transgenosis en sus inicios requirieron de vectores virales o bacterianos para introducir la información deseada al organismo que se pretendía modificar, y estos gérmenes, una vez insertados en su hospedero, pueden haber causado trastornos por la liberación de toxinas y alérgenos, o activar oncogenes. Por otra parte, los marcadores comúnmente empleados son resistentes a los antibióticos, lo que pudiera, por el mecanismo de selección natural, crear superplagas o hacer refractarios a estos tratamientos tanto a los organismos modificados genéticamente como a los naturales que con ellos interactúan.

En síntesis, en el caso de las terapias correctivas o preventivas la cuestión no es esencialmente de fines, sino de unos medios no suficientemente respaldados por el principio precautorio.

Con esta opinión, estoy consciente de enfrentar a quienes consideran un atentado contra la biodiversidad la corrección génica de determinadas discapacidades o propensiones, como es el caso del síndrome de Down. Si esa conducta terapéutica algún día fuera posible, constituiría una errónea interpretación del imperativo categórico kantiano atribuirle la intencionalidad de utilizar a un

potencial ser humano discapacitado² como medio para la satisfacción de las aspiraciones sociales de sus progenitores y de una cultura eficientista que no acepta las diferencias, sino que, por el contrario, sería expresión de un fin benéfico y estricta acción de justicia para con quien no solo está en alto riesgo de padecer un mayor o menor grado de retraso intelectual, sino que encara una esperanza de vida sustancialmente inferior a la media de la población como consecuencia de otros diversos factores somáticos devenidos de la trisomía cromosómica que comporta. Por otra parte, la posible corrección génica de esa alteración de la normalidad estadística es una alternativa más humanista a la actual indicación electiva de aborto frecuentemente socorrida ante el diagnóstico prenatal de un síndrome de Down.

Menos controvertido, pero igualmente ejemplificante, es el caso de la traslocación cromosómica conocida como cromosoma Filadelfia, cuya presencia en el cariotipo humano pudiera expresarse tardíamente como una leucemia mielóide crónica en una elevada proporción de las personas que la presenten. Y así pudiera elaborarse una larga lista de enfermedades y propensiones susceptibles de solución cuando estas terapias se pongan a punto, desde la ataxia endémica de Holguín hasta el frágil-X. En ese momento parecerá primitiva la manera en que actualmente se trata de resolver la transmisión hereditaria de la corea de Huntington por mera selección mendeliana *in vitro* de los embriones no afectados de una pareja portadora.

¿Desaparecerían estas enfermedades o riesgos genéticos con la introducción de ese tipo de tratamientos biomoleculares? No todas, porque la modificación artificial del genoma de uno o muchos individuos no puede evitar que algunas de estas combinaciones aberrantes o simplemente estadísticamente anormales del genoma humano no dependientes de la transmisión hereditaria vertical volvieran a aparecer una y otra vez producto del azar natural consustancial a la existencia del complejo sistema biológico del hombre como especie.

El alto costo de estas investigaciones y tratamientos hacen que sus beneficios estén al alcance solo de quienes puedan pagarlos en un mundo desigualmente escindido. Por otra parte, subyacen en la memoria histórica de la humanidad los antecedentes y el real peligro del uso de la ciencia y la tecnología para implantar modelos de perfección humana decididos desde y de acuerdo con los intereses de los centros de poder político y clasista. Por esas razones, cualquier procedimiento eugenésico positivo que se valga de las biotecnologías para obtener aberrantes

² Utilizo la expresión «potencial ser humano» porque de acuerdo con el conocimiento presente ese tipo de la aún teórica terapia génica germinal, para que surtiera el efecto deseado de modificar definitivamente el genoma, tendría que ser efectuada *in vivo* o *in vitro* sobre células germinales o embriones humanos tempranos –a lo que algunos eticistas denominan preembriones–, o sea, durante las primeras mitosis antes de que dicho cigoto hubiese alcanzado el estadio de diferenciación celular. En el caso específico del síndrome de Down se requeriría, además, hacer el diagnóstico prenatal en la etapa de desarrollo embrionario anteriormente descrita, lo que aún hoy no se ha podido lograr. (*Nota del autor.*)

arquetipos de perfección, así como la clonación humana con fines reproductivos no pueden ser considerados como terapias y, por tanto, quedan excluidos de los fines aceptados como moralmente válidos en el análisis anterior, o sea, curar y prevenir enfermedades.

Los alimentos transgénicos

En cuanto a los usos agrícolas de animales y plantas genéticamente modificados, se les ha invocado como una solución radical a la cuestión del hambre mundial. Esto ha sido suficientemente refutado, en el sentido de que la estructura actual de la producción y comercialización de alimentos transgénicos solo ha hecho aumentar la explotación y el control del mercado por parte de las transnacionales de la biotecnología y hasta ahora no ha solucionado, ni solucionará, el problema de la malnutrición y el hambre, cuyo origen no es la supuesta falta de alimentos, sino la inequidad económica, social y cultural. Recientes estudios muestran que la producción actual de alimentos sobrepasa las necesidades de la población mundial, por lo que la esencia verdadera del problema radica en la desigual distribución y posibilidades de acceso a ellos, situación que ahora se agravará más con la utilización de alimentos de amplio consumo, como el maíz y la soya, para producir agrocombustibles destinados a sustentar los desmedidos hábitos consumistas de las economías centrales.

Los casos de las proscriptas semillas Terminator y Traitor,³ y de las «semillas adictas» a agentes químicos producidos por las mismas empresas que les dieron origen, son ejemplos de la escasa voluntad de las compañías biotecnológicas por resolver los problemas alimentarios de la humanidad y de su vocación de someter a una total dependencia tanto a agricultores como consumidores. Durante el quinquenio 2000-2005, el monopolio de estas compañías biotecnológicas sobre el mercado de semillas ha sido casi absoluto y aspiran a que en un futuro inmediato del «90 al 100% de las semillas comerciales estén manipuladas genéticamente. Con ello obligan a los agricultores a comprar semillas todos los años y cancelar regalías por concepto de patentes».⁴

Como la mayor reserva de la biodiversidad se conserva en el Sur, ha sido práctica habitual que las grandes transnacionales del Norte se apropien de este patrimonio genético y una vez manipulado en sus laboratorios y parcelas experimentales, sea convertido en mercancía y constituya un objeto más del intercambio desigual. Si la necesidad alimentaria invocada a favor de la agricultura

³ La tecnología Terminator consiste en una modificación genética que hace estériles las semillas después de la primera cosecha. Fue aprobada a la firma Delta & Land Co. por el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos en 1998. Para colmo del cinismo, esta tecnología se acompañaba de otra, Traitor, que devolvía la fertilidad a las semillas si se utilizaban inductores químicos producidos por la misma compañía. (*Nota del autor.*)

⁴ M.I. Manssur. *Biotecnología y bioseguridad: la situación de los transgénicos en Chile*. Santiago de Chile, Fundación de Sociedades Sustentables, 2000: 7.

biotecnológica fuera real, la humanidad estaría en el deber de correr los riesgos sobre la base de los principios de equidad, responsabilidad y precaución. Sin embargo, a la luz de la desigual distribución mundial del consumo y el despilfarro de alimentos en las sociedades centrales, esta justificación, al menos por el momento, parece ficticia. La mayor experiencia internacional acumulada acerca de la utilización a la escala comercial de organismos modificados genéticamente se ha obtenido fundamentalmente en los cultivos vegetales, ya que en la ganadería y la acuicultura estos intentos, aunque muy divulgados, han sido en realidad aún experimentales.⁵

Las modificaciones genéticas introducidas a plantas de cultivo han estado relacionadas fundamentalmente con la resistencia a plagas y herbicidas, mientras que en animales ha predominado el interés por acelerar el proceso de su crecimiento y maduración.

Desde la liberalización de los cultivos transgénicos en 1994, el número de hectáreas dedicadas a estos ha ido incrementándose rápidamente y ya suman millones, o sea, estamos ante un hecho consumado difícil de revertir en las circunstancias económicas y sociales internacionales actuales. Sin embargo, los resultados en cuanto a la anunciada prosperidad de los rendimientos han sido contradictorios, y si bien los cultivos transgénicos han disminuido la necesidad del uso de pesticidas, por otra parte han requerido un mayor uso de herbicidas por la polinización cruzada de sus genes resistentes con las especies naturales circundantes. Informes del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos de 1998 y 1999 reportaron un decrecimiento en los rendimientos por hectárea de la soya transgénica del 6,7%, mientras que incrementaron hasta cinco veces el requerimiento de herbicidas.

De persistir la estructura agrícola internacional, estaríamos presenciando un dilema parecido al de Ulises ante Escila y Caribdis: los cultivos extensivos naturales necesitan profusamente de plaguicidas y herbicidas, y los transgénicos de estos últimos. Por tanto, ambas cosechas pueden provocar toxicidad al consumo. ¿Existen alternativas tecnológicas que permitan prescindir o reducir el uso de cultivos transgénicos ante la certeza de un incremento de la población mundial que frisará la supuesta cifra límite para la capacidad de carga de la Tierra, los 10 000 millones de personas, antes de que la actual centuria sobrepase su mitad?

Tanto los defensores de la agricultura orgánica como los de la biotecnológica pecan de optimismo en ese sentido. Caso de mantenerse los patrones de consumo

⁵ La obtención de mamíferos superiores por biotecnologías, como el caso de las ovejas Dolly y Polly, los monos Rhesus y el ternero Mister Jefferson, tienen el poderoso atractivo de acercar las cotas tecnológicas al humano. Sin embargo, los peces transgénicos, por su viabilidad comercial y la manera en que tendrían que ser liberados al medio constituyen un peligro más inmediato para la biodiversidad. Por otra parte, la temprana muerte de Dolly a principios de 2003 ha hecho dudar hasta a su propio creador, Ian Wilmut, acerca de la capacidad de sobrevivencia de los animales clonados. (*Nota del autor.*)

primermundistas y la estructura del mercado internacional, ni siquiera la anunciada panacea biotecnológica librará a la humanidad de la crisis alimentaria y la hambruna. El egoísmo inherente al modelo económico imperante interfiere cualquier ejercicio de la razón. La concentración y transnacionalización del poder económico son circunstancias creadas por el modelo global neoliberal que prevalecen en la cuestión de los fines abiertamente ocultos del uso comercial de la manipulación génica. Unas pocas compañías transnacionales de la biotecnología (Monsanto, Novartis, Aventis, Bayer y Du Pont) y sus megafusiones o subsidiarias se discuten el mercado internacional de los organismos modificados genéticamente, dictan las pautas mercadotécnicas, las líneas de investigación y producción, seducen o someten a los gobiernos del Norte y el Sur para evadir, violentar, o incluso evitar que se aprueben regulaciones; en fin, un poder irresponsable dominado por el único afán de las ganancias como patrón de éxito. Baste recordar la acérrima oposición del Grupo de Miami a la firma del Protocolo de Cartagena sobre Seguridad Biotecnológica devenido de la Cumbre de la Tierra.⁶

Ante las insistentes críticas, las compañías biotecnológicas han tratado de conferir una imagen diferente de la tercera generación de transgénicos, al hacer hincapié en sus propiedades nutritivas, suplementarias y medicinales.

En estas circunstancias de total anarquía e impunidad, no puede producirse con seriedad la impostergable evaluación del papel de los organismos modificados genéticamente en el desarrollo futuro de la civilización del conocimiento. Tanto poder detentan los consorcios biotecnológicos, que a pesar del trascendental paso que ha significado la aprobación por la Asamblea General de la UNESCO de la Declaración Universal del Genoma y los Derechos Humanos, fue imposible librar al texto final de concesiones tales como: «Artículo 4. El genoma humano en su estado natural no puede dar lugar a beneficios pecuniarios.»⁷ La formulación de este principio, aparentemente restrictivo, en realidad justifica el patentamiento de genes y nucleótidos que en «su estado natural » no se encuentran libres.

Tiempo y pronóstico, las variables del actuar prudencial

Al resumir las ideas hasta aquí expresadas, estoy en la obligación de precisar que, en mi criterio, la manipulación genética no es un pecado ético. Hay un recurrente

⁶ El Grupo de Miami, compuesto por Estados Unidos, Canadá, Australia, Argentina, Chile y Uruguay, centró su reparo al Protocolo de Seguridad Biotecnológica en evitar que se incluyera el principio de precaución en relación con el movimiento de organismos vivos modificados genéticamente, fundamentalmente los que constituían objeto del protocolo, las semillas para siembras y los animales domésticos. Otra aspiración del Grupo de Miami era subordinar la observancia del protocolo a la Organización Mundial del Comercio. Pese a esta oposición, el documento se firmó en Montreal en el año 2000, incluido el principio de precaución. (*Nota del autor.*)

⁷ Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. *Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos*. París, 1997: 3.

argumento, enarbolado por los críticos de las biotecnologías, acerca de que la creación de los organismos modificados genéticamente «viola la integridad de las especies que han habitado sobre la Tierra durante millones de años».

Hay especies que habitan hoy día nuestro planeta que compartieron el mesozoico con los dinosaurios y han visto aparecer y desaparecer otras especies animales y vegetales; ejemplos de adaptación de unas e inadaptación de otras. Es un proceso natural la aparición y desaparición de especies como respuesta adaptativa a los cambios en los ecosistemas. La aparición de una nueva especie, aunque sea de origen biotecnológico, *per se* no afecta la integridad natural si se introduce de manera que permitiera la adaptación del ecosistema, dado que es un proceso inverso al que ocurre naturalmente. El problema está en que durante menos de una década de práctica extensiva de cultivos modificados genéticamente su aplicación ha sido tan galopante e indiscriminada, en tanto se han constituido en fuente de pingües ganancias, que este modo de actuar irresponsable es el que viola la integridad biológica de las especies vivas y demás elementos que integran el conjunto del gran ecosistema que es la biosfera.

Estudios realizados en Inglaterra comprobaron la presencia de polen de colza transgénica a varios kilómetros de distancia más allá de la zona de seguridad recomendada para esos cultivos. Este es un ejemplo de que una vez liberados al medio, los organismos modificados genéticamente escapan al control humano y se entremezclan con el medio natural. Por tanto, plantar vegetales transgénicos, aunque se observen los más estrictos requisitos de aislamiento, significa enfrentar los riesgos de su diseminación.

Existen pruebas de efectos indeseados y daños ocasionados por alimentos transgénicos a partir de conductas irresponsables de los productores, como sucedió con la compañía Novartis, que en 1995 debió retirar del mercado la soya tratada con genes de nuez de Brasil por los efectos alergizantes que provocó, así como también por parte de agricultores. Este es el caso ocurrido en México, denunciado por Greenpeace en 2001, acerca del maíz transgénico sembrado accidentalmente a campo abierto y mezclado con el maíz natural, debido a la indolencia de los importadores y autoridades aduaneras. No es mi intención pormenorizar acerca de hallazgos negativos; solo quiero resaltar que la conducta temeraria en relación con el uso de organismos modificados genéticamente puede provenir de diferentes agentes comisores.

El problema no es poner luz verde o roja a los organismos modificados genéticamente, sino exigir responsabilidad y precaución. Entonces, ¿cómo establecer una norma prudencial de actuación? Hans Jonas, en su imprescindible obra *El principio de la responsabilidad*,⁸ publicada por primera vez en 1979, propone una metodología válida para abordar esta problemática. Analicemos, pues, la cuestión

⁸ H. Jonas. *El principio de la responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica*. Barcelona, Herder, 1995.

de los organismos modificados genéticamente utilizando los cuatro pasos metodológicos propuestos por el filósofo judío.

1. *Representación de los efectos remotos.* En términos de actuación, se requiere elaborar procedimientos estandarizados para evaluar los riesgos de liberación y el impacto ambiental de los organismos modificados genéticamente a mediano y largo plazo.
2. *Preeminencia de los pronósticos malos sobre los buenos.* Si los estudios de evaluación de los riesgos ofrecen un margen razonable de previsión de efectos adversos, debe aplazarse el proyecto hasta tener mayor información o suspenderlo definitivamente, si estos efectos adversos son confirmados.
3. *La consideración de los intereses de los otros.* La determinación de las verdaderas necesidades de la sociedad contemporánea, superada la imaginaria del mercado, es esencial para emprender proyectos biotecnológicos realmente pertinentes.
4. *El deber para con el futuro.* Ser responsable para con el futuro es ser responsable con el presente, satisfacer las necesidades objetivas del presente sin comprometer las de las generaciones futuras. Esto significa que la investigación, escalado y comercialización de los organismos modificados genéticamente deben enmarcarse en un proyecto general de desarrollo económico y social sustentable.

La observancia del principio de responsabilidad, al favorecer la preservación del bien común, contribuye a crear un contexto material y social adecuado al equilibrio del hombre y la naturaleza, y así garantizar que los valores y derechos individuales puedan tener realización efectiva.

Llevar a la práctica esta metodología en el caso de los organismos modificados genéticamente no es tarea sencilla. A principios de la década de 1960, Lorenz demostró la imposibilidad de establecer pronósticos meteorológicos a largo plazo. Aunque los supuestos teóricos establecidos por este iniciador del pensamiento complejo aún se mantienen vigentes, ese tipo de predicción a corto y mediano plazo ha ido alcanzando mayor precisión. El problema es que el pronóstico relativo al impacto ambiental de la modificación genética necesariamente tiene que ser a largo plazo. ¿Cómo resolver esta contradicción? No queda otra alternativa que tratar de acercarse lo más posible a un pronóstico científica y razonablemente aceptable.

Para conocer el probable impacto ambiental de un organismo modificado genéticamente es necesario considerar dos variables, a mi juicio imprescindibles: tiempo necesario para su incorporación adaptativa al ecosistema y pronóstico a largo plazo de sus interacciones con el medio natural, e incluso con sus congéneres concomitantes. Las investigaciones de este tipo representan una exigua porción en el contexto de la biotecnología contemporánea, impelida por los intereses económicos a buscar resultados de rápida aplicación y explotación. Aunque

existe la apropiada capacidad de memoria cibernética, estos cálculos proyectivos no se realizan con el rigor que debía ser exigido ante la tamaña responsabilidad que significa insertar un nuevo ser vivo en un contexto del cual no surgió por la evolución biológica y el azar natural. A fines de la pasada década, menos del 10% del financiamiento para investigaciones biotecnológicas correspondió a estudios de campo para medir el probable riesgo ambiental; y a pesar de que la mayor parte de las prospecciones genéticas se hicieron con material genómico de países del Sur, la abrumadora mayoría de los trabajos de seguridad biotecnológica tuvieron por escenario el Norte.⁹ Una muestra poco equitativa en la partición de riesgos y beneficios.

Ante la proliferación de la producción y comercialización biotecnológica y la improbabilidad de que la estructura económica y social imperante en el mundo cambie en un futuro mediano, se hace imperiosa la necesidad de exigir a los agencias regulatorias nacionales e internacionales un mayor rigor en los registros y licencias, la obligatoriedad del modelado cibernético del impacto ambiental, así como estudios prospectivos poblacionales y ensayos clínicos fase IV en el caso de los productos médicos, como requisitos para mantener dichos registros.¹⁰

El ejercicio del principio precautorio solo es posible con la debida información en las instancias de deliberación y participación social. Esta cuestión es de tal envergadura para el futuro de la humanidad que no puede quedar en manos de compañías comerciales, por lo que crear conciencia ciudadana al respecto es un deber de los políticos, la comunidad científica y los medios de difusión masiva. Mientras que los europeos rechazan los alimentos transgénicos y los norteamericanos engullen indolentemente la «*franken-food*», los tercermundistas nos vemos obligados a comer lo que podamos. Sería ilusorio pretender, ante la profunda crisis económica y social de la que recién acaba de emerger la Argentina, que el hecho de que más del 70% de la soja producida en ese país sea transgénica constituya un problema prioritario de la agenda nacional hoy, aunque algún día no muy lejano tendrá que serlo.

La humanidad conoció del accidente nuclear de Chernobyl a pocos minutos de haberse producido. A veinte años de la tragedia, la vida se ha normalizado en

⁹ En este último grupo incluyo a Australia, país situado geográficamente al sur, pero socio-económicamente al norte. (Nota del autor.)

¹⁰ Es una práctica internacionalmente aceptada que los nuevos medicamentos, diagnosticadores, procederes y equipos médicos obtengan el registro y la licencia de comercialización una vez que cumplan exitosamente con la tercera fase de los ensayos clínicos correspondiente a la eficacia diagnóstica o terapéutica del producto. Estos ensayos clínicos fase III se realizan con muestras grandes de 500 o más sujetos de experimentación. Sin embargo, existen numerosos casos de productos que han rebasado esta prueba y posteriormente en su aplicación extensiva han provocado efectos indeseables o reacciones secundarias peligrosas. Los ensayos clínicos fase IV son estudios prospectivos poblacionales para corroborar la eficacia y perfil de seguridad del producto. (Nota del autor.)

el área contaminada por la radiación. Un accidente biotecnológico puede pasar inadvertido. Tal vez tardemos décadas en percatarnos de sus efectos a largo plazo, y ya entonces será demasiado tarde para conjurar una catástrofe ambiental. No tenemos derecho a permitir la superficialidad y la irresponsabilidad. La denuncia de la manipulación comercial de este logro del saber humano debe expresarse en todos los foros y tribunas, dada la inercia cómplice de la mayoría de los gobiernos sometidos al poder omnímodo de las transnacionales biotecnológicas. Exigir la observancia de los principios éticos de responsabilidad y precaución es obligación insoslayable de una bioética de la intervención, comprometida o *hard bioethics*, como quiera llamársele.

Para el creador de la bioética, Van Rensselaer Potter, el único progreso posible de una sociedad sustentable es aquel fundamentado en un conocimiento responsable puesto a disposición de una calidad de vida comprometida con la sanidad del medio ambiente y el bienestar de las generaciones por venir. Los avances en genética molecular y las biotecnologías asociadas no pueden, ni deben, ser consideradas elementos ajenos a estos propósitos, porque en una sociedad como la soñada por Potter existirían las condiciones necesarias para el actuar prudente y democráticamente concertado que la aplicación de estas tecnologías requiere.

Bibliografía

- Acosta, J.R. «Los organismos modificados genéticamente. El poder blando del tercer milenio.» *Biotecnología Aplicada*, 1999; (especial): E 25-31.
- Altieri, M. *Los mitos de la biotecnología agrícola. Algunas consideraciones éticas*. Berkeley, CA, Universidad de Berkeley, 2000.
- Barrios, B. «La clonación, un reto para la responsabilidad de los hombres.» *Revista Latinoamericana de Bioética* [Nueva Granada], enero de 2002; (2): 116-50.
- Bergel, S.D. «La Declaración Universal de la UNESCO sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos.» *Cuadernos del Programa Regional de Bioética* [Santiago de Chile], agosto de 1998; (6): 109-36.
- Borja, M. «Transgénicos.» En J. Gafo. *10 palabras claves en ecología*. Estella, Navarra, Editorial Verbo Divino, 1999: 93-137.
- Bravo, E. «La amenaza de los alimentos transgénicos para el mundo.» *World Watch*, [Edición Chile], 1999; (4): 48-53.
- Bright, C. «Efecto Némesis.» *World Watch* [Edición Chile], 1999; (4): 8-19.
- Capra, F. *The web of life*. Nueva York, First Anchor Books, 1997.
- Consejo de Europa. *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*. Madrid, Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, 1997. [Serie Monografías y Documentos, no.1]
- Covantes I. «Transgénicos y bioseguridad en México. La contaminación del maíz.» En C. Heineke (editor). *La vida en venta. Transgénicos, patentes y biodiversidad*. San Salvador, Ediciones Heinrich Böll, 2002: 131-47.

- Dürr, H.P. «¿Podemos edificar un mundo sustentable, equitativo y apto para vivir?» En C.J. Delgado (editor). *Cuba verde. En busca de un modelo para la sustentabilidad en el siglo XXI*. La Habana, Editorial José Martí, 1999: 29-48.
- Emerick, M.C., F. Carneiro. *Recursos genéticos humanos: límites de acceso*. Río de Janeiro, Fundación Oswaldo Cruz, 1997.
- Falk, B., G. Bruening. «Will Transgenic Crops Generate New Viruses and New Diseases?» *Science*, 11 de marzo de 1994; 263: 1395-6.
- Guillén, G. «Estado actual de la modificación genética de microorganismos.» *Biotecnología Aplicada*, 1999; (especial): E 1-6.
- Hawken, P. *La ecología del comercio*. La Habana, Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, 1999.
- Hooft, P.F. «Manipulación genética y clonación. Perspectivas bioéticas y filosóficas.» *Cuadernos del Programa Regional de Bioética* [Santiago de Chile], agosto de 1998; (6): 137-64.
- Lacadena, J.R. «Bioética global. Concepto global de la bioética y manipulación genética.» *Revista Latinoamericana de Bioética* [Nueva Granada], enero de 2002; (2): 22-53.
- Maldonado, C.E. «Lugar y significado de la vida artificial en la bioética y en la ecología.» En *Bioética y medio ambiente*. Santa Fe de Bogotá, Ediciones El Bosque, 2000: 139-68. [Colección Bios y Ethos, no.12]
- Rissler, J. «Los riesgos ecológicos de los organismos modificados genéticamente.» Union of Concerned Scientists. Presentación en el Taller Internacional de Bioseguridad. Santiago de Chile, septiembre de 1997.

Los enigmas de la vida diseñada: biotecnología, saber científico y ética

Carlos Jesús Delgado Díaz



La bioética global, orientada al futuro y a la supervivencia humana, tiene entre sus retos más importantes contribuir a una reflexión crítica multilateral que combine ciencia y ética en un nuevo saber. Pensar los problemas contemporáneos de la ciencia y la vida, los retos de vida de la ciencia y las tecnologías contemporáneas es una de sus funciones más urgentes.

La creación de vida por la ciencia contemporánea es un asunto actual, sumamente complicado, debido a la presencia de algunos matices que ponen sobre la mesa de discusión asuntos tales como la incertidumbre del conocimiento científico; la urgencia en superar los enfoques disciplinarios del saber; la necesidad de considerar en la ecuación cognoscitiva un conjunto de variables sociales que habitualmente se sobreenfocan o que intencionalmente se hace abstracción de ellas; la presencia de modelos explicativos contrapuestos, que llegan a formar verdaderos campos de batalla donde se enfrentan criterios y personas; y finalmente, las consecuencias prácticas de las acciones que emprendemos, guiados por los criterios científicos en que las tecnologías se fundamentan.

En nuestro análisis tenemos como punto de partida la hipótesis del Nuevo Saber; la suposición de que durante el siglo xx la revolución científica ha traído como resultado final no solo la creación de nuevos artefactos y tecnologías, sino también un cambio en

el modo de entender el conocimiento y la ciencia: un nuevo saber basado en presupuestos epistemológicos de ruptura, nuevas teorías científicas sobre la complejidad, el holismo ambientalista y la perspectiva integradora aportada por la bioética global. El nuevo saber global bioético, complejo y ambientalista integra las claves teórico-metodológicas del análisis que emprenderemos a continuación.

La creación de vida en la ciencia biotecnológica

El problema de la creación es central para la ciencia del siglo xx y las tendencias líderes de su desarrollo en la actualidad y el futuro previsible. La creación se delimita en un marco conceptual que incluye el surgimiento del «conocimiento no manejable»,¹ como resultado de la ampliación física y espiritual de la capacidad transformadora del hombre mediante el uso de la ciencia y la tecnología. El problema de la creación en la ciencia contemporánea no consiste en la invención de algo *nuevo*, tiene que ver con la invención de algo *de nuevo tipo* –no clásico–, que porta elementos inherentes de autonomía, independencia e incertidumbre.

El desarrollo de la investigación de las bases moleculares de la vida hizo posible que en un período relativamente corto, las ciencias biológicas transitaran de ciencias observacionales a ciencias diseñadoras y creadoras de vida. El impulso dado a las investigaciones en la genética desde mediados del siglo xx consolidó una ciencia nueva, que amplió el conocimiento biológico mediante la intervención en los niveles moleculares y profundizó la transformación de la naturaleza al generar resultados que se incorporan al proceso de vida con los atributos de autonomía e independencia que son inherentes a los seres vivos.

La biotecnología puede ser definida como el uso de determinado agente biológico para transformar un material y obtener un producto. El hombre la ha utilizado desde tiempos remotos, aprovechando los procesos de fermentación espontáneos –biotecnología de primera generación–, mediante los que obtuvo productos como el pan, el vino, la cerveza, el vinagre. La segunda generación está relacionada con el desarrollo de la investigación científica sobre el funcionamiento de los microorganismos y la aplicación de esos conocimientos en las bioindustrias para obtener productos útiles, tales como antibióticos, vacunas, vitaminas, bioplaguicidas. Las biotecnologías de tercera y cuarta generación están ligadas al desarrollo científico-técnico de la segunda mitad del siglo xx; a la profundización del conocimiento de las bases moleculares de la vida que permitió la manipulación del genoma para saltar las barreras entre especies. Entre los productos más conocidos de la tercera generación se encuentran los interferones, los anticuerpos monoclonales, nuevas técnicas para el diagnóstico de

¹ S. Jakowska. «A la memoria de Van Rensselaer Potter (1911-2001).» En J.R. Acosta Sariego (editor científico) *Bioética para la sustentabilidad*. La Habana, Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, 2002: 10.

enfermedades. Incluye aplicaciones diversas en la salud humana y la producción de animales y plantas modificados genéticamente. La biotecnología de tercera generación se basa en la manipulación de las moléculas de ADN para obtener organismos o productos útiles, y la de cuarta generación en el conocimiento de la secuencia en que se encuentran los nucleótidos en el ADN y el conjunto de las proteínas en el organismo, en busca de aplicaciones en la salud humana, como podría ser la medicina personalizada basada en la genómica y la proteómica.

Desde el punto de vista cognoscitivo, hay notables diferencias entre las etapas. En las dos primeras la biotecnología aprovecha el conocimiento sobre procesos de fermentación y la fisiología de los organismos vivos. La intervención y transformación de la naturaleza estaba limitada al uso de esos organismos, a la optimización e industrialización de esos procesos. A partir de la tercera etapa, la intervención se expresa como un acto de creación de vida que se realiza mediante la intervención humana, directa y deliberada, en el código genético, posible ahora gracias al conocimiento de la estructura del ADN y el desarrollo de la ingeniería genética.

Este es un rasgo esencial de la biotecnología contemporánea que la cualifica, y que sienta las bases para el planteamiento de numerosas cuestiones éticas. Todas las aplicaciones de la biotecnología nueva incluyen este momento cualitativo: constituyen actos de creación donde se realizan operaciones de diseño y transformación directa de organismos vivos mediante la manipulación de su genoma. La intervención creadora se expresa —en el proceso tecnológico o en su resultado final—, como alteración del genoma de los organismos vivos para obtener cierto producto.

La creación de artificialidad es propia de la cultura. Los seres humanos en su aproximación cognoscitiva se manifiestan como entes creadores que diseñan socioculturalmente modelos de realidad, construyen el conocimiento y realizan su proceso vital mediante la intervención y transformación constante de la naturaleza. La creación es un atributo cultural que ha estado presente a lo largo de la historia de la humanidad, y la biotecnología contemporánea es una de sus manifestaciones. Los resultados del proceso de intervención en la biotecnología son productos artificiales creados por el hombre. Al igual que otros productos humanos obtenidos con ayuda de la ciencia, no contradicen las leyes de la naturaleza, pero sin la intervención humana es muy poco probable que hubiesen surgido como resultado de la evolución natural.

Entendida como creación, no hay nada ético radicalmente nuevo que discutir en relación con la ingeniería genética: es una actividad científico-tecnológica como cualquier otra, que ha encontrado vías para investigar, ampliar y profundizar el conocimiento, y obtener productos útiles.

Desde el punto de vista epistemológico, la creación tiene que ver con la existencia de dos series de relaciones causales. La primera serie de relaciones es la dinámica del sistema objeto, y la segunda, la intervención humana,

que introduce algún elemento nuevo a aquella dinámica. La novedad de lo introducido modifica y altera, se incorpora a la dinámica del sistema objeto. El acto de creación puede desencadenar cambios profundos –incluso catastróficos y destructivos para el desenvolvimiento del sistema–, dependientes del grado de intervención y de la naturaleza de la dinámica propia del sistema objeto. El sistema de relaciones epistémicas está constituido por dos series de relaciones causales independientes antes y después del acto creador. El acto creador las pone en contacto y en lo ulterior ellas continúan su relación de independencia.

Si el sistema objeto es simple, lo más probable es que los efectos desaparezcan a corto y mediano plazo, o permanezcan como una huella física cualquiera. Si se trata de un sistema complejo, como en el caso de los organismos vivos y la biosfera, la incorporación de lo creado puede alterar sustancialmente el curso ulterior del desenvolvimiento del sistema, y puede hacerlo adquirir nuevas propiedades durante su evolución en el tiempo. Un ejemplo bien conocido de una intervención creadora de este tipo ha sido el desarrollo de la resistencia de las plagas a los herbicidas, o el caso de la resistencia de los microorganismos a los antibióticos. En ambos ejemplos, la creación de algo nuevo, al incorporarse en una forma específica² al proceso dinámico natural, provoca el reacomodo de esos procesos, que se modifican y se «adaptan» al cambio introducido.

Entendida como creación de vida, surgen numerosos cuestionamientos éticos nuevos a la biotecnología, pues los resultados de la creación afectan de alguna manera el proceso de vida desde su interior, aunque fueron diseñados e incorporados directamente desde fuera, como parte de los desarrollos culturales. La pregunta, por su pertinencia moral, no solo se formula con absoluta legitimidad; también presenta matices más agudos. La respuesta que se dé a los interrogantes, como resultado final del análisis, puede ser diversa y dependerá de lo que cada proceso de intervención traiga consigo, pero la legitimidad y agudeza de la pregunta por la pertinencia moral de las intervenciones de ese tipo es incuestionable: los resultados del proceso de intervención que se desencadena desde la ciencia provocarán cambios en la dinámica de la vida actuando desde dentro de esa dinámica. Lo que ocurra dependerá de interacciones no actuales, sino futuras. Se hace necesario indagar acerca de ese futuro.

La creación de vida introduce un elemento epistemológico nuevo que se debe considerar. En lugar de dos series de relaciones causales externas una a la

² Tomar en consideración la forma específica en que lo nuevo se incorpora es importante, pues de ella puede depender el curso de los acontecimientos ulteriores. En el caso de los antibióticos y la resistencia de las plagas a los herbicidas, el uso indiscriminado –la forma específica en este caso–, ha provocado un proceso de selección natural de los gérmenes y plagas resistentes. De esta situación emana la necesidad de nuevas y más potentes creaciones del mismo tipo –nuevos antibióticos y herbicidas más poderosos–, o creaciones nuevas que les sustituyan. (*Nota del autor.*)

otra, se establecen tres que resultan conectadas por el acto humano deliberado y planificado: la intervención creadora directa. La primera serie de relaciones causales es la dinámica del sistema objeto, que en este caso es de forma actual o potencial la naturaleza;³ la segunda está representada por el diseño, la planificación y el pronóstico que conducen a los seres humanos a una intervención directa que tiene como resultado la producción de un organismo que puede integrarse a la dinámica de la vida; la tercera es el desenvolvimiento de ese nuevo organismo en una red de relaciones causales naturales, donde realiza una ejecutoria propia, relacionada con, pero independiente de, los dos nexos de causación anteriores. Epistemológicamente hay que distinguir estas tres series de relaciones, así como la modificación ocurrida en la segunda.

La primera serie de relaciones es la misma que está presente en los procesos de creación anteriores. Pero la segunda se ha modificado sustancialmente: se crea mediante una intervención directa. Lo creado no es algo a lo que el sistema objeto –la primera serie de relaciones–, se adaptará. Lo creado es una tercera serie de relaciones causales capaz de desenvolver su dinámica propia; con ella se introduce e interactúa dentro de la primera línea de relaciones causales; la adaptación o reordenamiento del sistema objeto dependerá no de la intervención humana, sino de esta y las interacciones que la serie de relaciones creada introduzca. Estamos ante un proceso donde se ha creado algo nuevo que tiene la capacidad de incorporarse a la dinámica de la vida en la Tierra y desenvolverse como parte de ella. La recursividad ha de ser considerada en términos no solo epistemológicos, sino también éticos.

¿Han tenido lugar anteriormente procesos de intervención similares al que realiza actualmente la biotecnología? Como incorporación de una tercera serie de relaciones causales, la biotecnología es un fenómeno absolutamente nuevo que hace posible incluso, dar vida a quimeras. El proceso de selección y mejoramiento genético mediante el cual el hombre ha desarrollado los cultivos y la selección de animales tiene algunos puntos semejantes con la creación de una tercera serie de relaciones causales, pero solo en apariencia. Lo nuevo aparece como resultado de una planificación donde la dinámica de la naturaleza asimila

³ Lo creado tiene la capacidad potencial y real de incorporarse a la dinámica de la naturaleza, por lo que el sistema objeto a considerar es la naturaleza, y no solo una parte de ella. La implementación tecnológica puede destruir esa capacidad total o parcialmente en cierto intervalo de tiempo, y las técnicas desarrolladas por la ciencia lo hacen. Por ejemplo, cuando el organismo modificado se utiliza para la realización de un proceso de investigación y es destruido en el transcurso del proceso o al término de este. En otros casos pueden introducirse modificaciones que impiden el desarrollo de algunas potencialidades de incorporación o reproducción, como el caso de la tecnología Terminator. Sin embargo, en general el sistema que se tiene que considerar es siempre la naturaleza, pues no se puede excluir de forma absoluta la posibilidad de que incluso en los casos de manejo más escrupuloso se produzcan accidentes o fallas que reviertan el control planificado. En el caso de los organismos liberados al ambiente, el sistema actual es, indudablemente, la naturaleza. (*Nota del autor.*)

el diseño y «participa» en su realización a través de un proceso de cambios prolongado. El diseño y la capacidad de intervención humana son en este caso parciales, y la intervención es indirecta.⁴

Varios factores modulan la agudeza de los problemas éticos que se presentan y los cuestionamientos que se formulan con respecto a la biotecnología contemporánea. Entre ellos se pueden distinguir al menos cuatro grupos: 1) la medida y el modo en que las intervenciones creadoras realizan en la práctica su capacidad de constituirse en una tercera serie de relaciones causales; 2) el choque de las intervenciones y lo nuevo creado en ellas con los valores y las costumbres de la sociedad; 3) el nivel de afectación, potencial o real, a las formas de vida y al proceso de vida en su estado actual y futuro, al medio ambiente en su conjunto; 4) el modo en que las intervenciones repercuten en el sistema de relaciones humanas, en especial las interacciones económicas y sociales; 5) los propósitos internos a la segunda serie de relaciones de causación: los propósitos humanos para realizar las intervenciones.

La medida y el modo en que las intervenciones biotecnológicas realizan la cualidad distintiva de ser creaciones con capacidad de incorporarse a la dinámica de la vida es un factor esencial. Potencialmente es una cualidad resultante de lo creado, pero los procesos tecnológicos pueden someter a un control riguroso algunas intervenciones, al suprimir esta potencialidad de creación de vida o limitar su rango de manifestación de forma más o menos efectiva. Por supuesto, no reciben una valoración similar la modificación genética de un microorganismo que en condiciones controladas de laboratorio o la industria farmacéutica permite obtener un producto para ser utilizado con fines terapéuticos; la modificación genética de un pez para cambiarle su color con fines ornamentales; o la producción de plantas transgénicas para ser incorporadas como cultivos de forma intensiva y a gran escala en la naturaleza.

El choque de las intervenciones y lo nuevo creado en ellas con los valores y las costumbres de la sociedad genera numerosos cuestionamientos éticos, que tienen en su base la diversidad ideológica y cultural del hombre; el temor ante nuevas posibilidades eugenésicas y de discriminación, y otras preocupaciones existenciales que no pueden menospreciarse, aunque no siempre estén plenamente justificadas desde el punto del vista del conocimiento científico; o sean criterio de minorías.

⁴ En la ciencia contemporánea no existe un criterio único sobre la distinción o no de la ingeniería genética con respecto de la mejora genética tradicional. Desde el punto de vista de la ecología, se reconoce una diferencia sustancial entre ambos procedimientos, pues la mejora tradicional podía llegar hasta la hibridación de especies o géneros emparentados, pero no podía trasponer las barreras evolutivas, mientras que la ingeniería genética salta las barreras entre las especies. Sin embargo, el punto de vista predominante que ha trascendido y se ha expresado en las políticas regulatorias es que no existe nada radicalmente nuevo o especial en la ingeniería genética. Como consecuencia, la regulación se ha concentrado en los productos y las consecuencias de su introducción a corto y mediano plazo. (*Nota del autor.*)

El nivel de afectación, potencial o real, a las formas de vida y al proceso de vida en su estado actual y futuro al medio ambiente en su conjunto motiva numerosos cuestionamientos y temores. El daño provocado a la naturaleza por las acciones tecnológicas en el pasado y el estado actual del problema ambiental despiertan la suspicacia y la reflexión ante una tecnología nueva que profundiza el grado de intervención del hombre en la naturaleza y genera mayores incertidumbres con respecto a los procesos que podrían tener lugar a largo plazo. No puede valorarse igual la clonación de un ovino para el consumo humano, o la modificación genética de un salmón. El conocimiento sobre las consecuencias a largo plazo es aquí un punto determinante en las valoraciones.

El modo en que las intervenciones repercuten en el sistema de relaciones humanas, en especial las interacciones económicas y sociales, tiene un efecto multiplicador extraordinario. La tecnología se genera como resultado de un diseño y acción intencionales, desde una posición social específica, en busca de un efecto que debe retribuirse sobre la sociedad de algún modo, generalmente en la salud humana, la animal, o la producción agropecuaria e industrial. La economía y la política se involucran por derecho —la biotecnología ha crecido como relación económica y negocio—; los efectos propiciados por los cambios tecnológicos y los nuevos productos conducen a nuevos cuestionamientos éticos. Como en todos los casos anteriores, las diversas aplicaciones de la tecnología no expresan por igual estas cualidades ni ameritan reflexiones éticas similares. Algunas producen efectos sociales que se perciben directamente en la modificación de las formas de vida, el empleo, la seguridad, y correspondientemente conducen a reflexiones diversas sobre la moralidad de esos cambios.

Finalmente, y no en último lugar, los propósitos humanos para realizar las intervenciones, que son el elemento desencadenante de la relación intervencionista creadora se encuentran en el centro de los debates. Para la moralidad humana la determinación de la correlación entre medios y fines es un asunto central, y la trama transgénica lo pone sobre la mesa de discusión constantemente.

La bioética global presta atención a este conjunto de problemas, pero debe evitar la tentación que la dicotomía de la ética y la ciencia ha sembrado en nuestra cultura desde la modernidad. Como nuevo saber orientado al futuro y a la sobrevivencia no mira el avance científico con el recelo de un guardián ideológico, sino que se orienta a la reconstrucción del objeto de la ciencia como asunto de conocimiento y valor. Es importante, siguiendo esta idea, distinguir la reflexión bioética global del intento de juzgar los desarrollos científicos desde una postura de moralidad externa al conocimiento. El conocimiento y la tecnología son, junto a la moralidad, producciones humanas que emanan de modos humanos de interacción con el mundo: la tarea de la bioética global no es enjuiciar a la ciencia y la tecnología desde la moral exterior, sino pensarlas en un sistema integrado de conocimiento y moralidad. Los avances de la biotecnología muestran que

los modos humanos de interacción están cambiando, y es imprescindible pensarlos. Lo que busca la bioética global no es frenar, detener o someter a control la actividad científica, ejercer una dictadura intelectual; su propósito es pensar la ciencia y la moral desde una perspectiva de futuro y libertad.

La bioética global no puede entonces ser neutral con respecto a la diversidad del pensamiento contemporáneo en moral, a la diversidad humana, a los contextos de exclusión y discriminación; se proyecta de cierta manera con respecto a ellos e intenta contribuir a la forja conjunta de un sistema de valores compartidos, pues al proyectarse como un pensamiento ético nuevo cuestiona el pensamiento ético establecido y lo reconsidera; muy en lo profundo aspira a una modificación de la conducta moral humana y del pensamiento ético en su conjunto. Es por tanto intervencionista, se pronuncia activamente en defensa de la posición que ha fundamentado.

La pregunta por el futuro es el centro de la bioética global; y no es una pregunta que pueda responderse con criterios preestablecidos. Tampoco implica sentar la ciencia en el banquillo de los acusados para juzgar su proceder. Las decisiones sobre el futuro no pueden tomarse desde una posición unilateral previa, científica o ética: debe elaborarse una nueva perspectiva ética y cognoscitiva que permita resolver el problema de la supervivencia de la especie humana. La pregunta más general, por tanto, se refiere a esa supervivencia a largo plazo: ¿existen riesgos a la supervivencia humana que emanen del desarrollo de la biotecnología? Indudablemente existen. Las intervenciones que se realizan en el genoma pueden tener consecuencias a largo plazo y a gran escala, y podrían incorporarse a la dinámica de la vida en la Tierra, así como desencadenar un futuro de cambios imposible de predecir en la actualidad. ¿Existen ventajas para la supervivencia humana que emanen del desarrollo de la biotecnología? Indudablemente, existen. Las consecuencias a largo plazo no son necesariamente negativas. Entonces, se hace necesario pensar ese futuro abierto al cambio y la incertidumbre desde la ética y el conocimiento, en busca de salidas que impidan que la creación de vida devenga en destrucción de vida.

La bioética global cumple, además, una importante función social al contribuir a la educación cívica de la ciudadanía. En este sentido, se orienta contra las tendencias alarmistas y catastrofistas que estigmatizan las aplicaciones de la biotecnología y otros desarrollos científicos como moralmente reprobables, sin que se aporte una fundamentación adecuada de las valoraciones. Al demostrar el cambio cualitativo de la biotecnología contemporánea y calificar sus intervenciones como profundas, directas y creadoras de vida, no está argumentando que estas sean necesariamente «negativas», «éticamente reprobables», «indeseables» o «peligrosas».

Las aplicaciones de un conocimiento tan potente y básico como es la intervención en el genoma de un ser vivo no tiene por necesidad que ser una amenaza. Los procesos de cambio en la dinámica de la vida incluyen ese tipo de modificación

de forma natural, por otros medios y como parte del proceso de interacciones naturales. A lo largo de su evolución, la naturaleza ha desarrollado diversos mecanismos para «manejar» sus propias «intervenciones». Lo que puede convertir el conocimiento y las biotecnologías en amenaza depende de las características agenciales de la intervención humana, que al elaborarse desde la cultura se realizan como intervenciones directas que pueden afectar las dinámicas naturales de cambio y la naturaleza en su conjunto. Sabemos que la dinámica cultural ha consistido en un distanciamiento y oposición con respecto a las dinámicas naturales. Por tanto, pensar la probabilidad de afectación a la naturaleza es una necesidad que se formula como problema científico para la bioética global y reclama el ejercicio conjunto de las perspectivas cognoscitiva y ética, integradas en un saber nuevo.

Por todo lo anterior, las aplicaciones de la biotecnología contemporánea a la salud humana y a la modificación de animales y plantas levantan una enorme agenda de discusión ética y bioética. Nos centraremos en el análisis de una de ellas: la producción de alimentos transgénicos. Esta selección no es casual. La producción de alimentos transgénicos se realiza mediante un proceso que comienza en el diseño –tecnológico, científico, económico– y termina en la alimentación como acto cotidiano imprescindible a la vida. La tecnología y su inclusión en el proceso de vida, la magnitud de las intervenciones, los procesos científicos de creación y las variables sociales pueden observarse aquí con mayor nitidez. Como en el caso de la medicina, los extremos de la relación ciencia sociedad, representados por el trabajo científico creativo y el hombre común, están unidos en una relación directa, allí representados en la relación que se establece entre dos agentes humanos –el médico y el paciente–, aquí como relación entre un producto elaborado por la ciencia para ser utilizado en la vida diaria.

La modificación genética de plantas presenta ventajas con respecto a las tecnologías anteriores. Permite la introducción directa de nuevas características en las plantas sin modificar los caracteres que son reconocidos como útiles en ellas; se supera el límite de la compatibilidad sexual, se obtienen plantas con las nuevas características en breve tiempo y con elevada estandarización. Las propiedades obtenidas en las plantas modificadas pueden ser absolutamente nuevas, imposibles o muy difíciles y costosas de obtener por las tecnologías genéticas clásicas de cruzamiento. Se han desarrollado aplicaciones entre las que se encuentran la resistencia a plagas, enfermedades, herbicidas, condiciones ambientales adversas, la mejora de la vida poscosecha, o de la calidad nutricional de los alimentos. También la modificación de plantas para la producción de anticuerpos y vacunas para la salud animal y humana.

Estas aplicaciones, y sobre todo la introducción de los alimentos transgénicos en el mercado, han levantado cuestionamientos éticos considerables y una aguda polémica.

La polémica de los transgénicos

Lo primero que salta a la vista cuando nos acercamos al debate sobre los alimentos transgénicos es la polarización absoluta de los campos. Supuestamente, de un lado, los científicos, los biotecnólogos, las empresas biotecnológicas transnacionales que promueven la tecnología, el conocimiento, la racionalidad y el poder. En una palabra, los defensores de la nueva tecnología. Del otro lado, los ecologistas, los alarmistas, los no científicos, los bioeticistas, la «oposición» que supuestamente actúa desde el extremo del desconocimiento, las emociones, y el recelo ante lo nuevo. En una palabra, los detractores. Defensores y detractores se presentan como dos polos en la discusión que adopta en los medios de comunicación una forma política muy poco saludable.

Pareciera como si no fuera posible la existencia de una crítica científica a la tecnología, como si en el campo de los que la enjuician no se encontraran por igual científicos y no científicos, racionalidad y emociones. Esta polarización no es casual. Denota la preocupación ciudadana y comunitaria, así como la existencia de intereses económicos muy fuertes tras el avance tecnológico. El análisis bioético debe dar cuenta, en primer lugar, del sesgo introducido por esta contraposición maniquea y desestimarla por su infertilidad.

El procedimiento científico de modificación de plantas no es reprochable desde el punto de vista moral, y es indudable que representa un avance importante en el conocimiento y abre nuevas posibilidades para la agricultura y el desarrollo de la producción. Sin embargo, la tecnología de los transgénicos no se reduce al acto científico de modificar el genoma de una planta en mayor o menor medida, ni ese cambio es un acto que pueda considerarse en los términos de seguridad con que la tecnología ha sido presentada.

¿Con qué criterios éticos valorar? ¿Es posible una metodología de análisis que supere el maniqueísmo que supone la escisión en detractores y defensores de la tecnología?

José Acosta, en su artículo «Una última mirada al gen egoísta del mundo global» –incluido en este libro–, ha invocado el principio de responsabilidad y la metodología fundamentados por Hans Jonas en 1979 en su obra *El principio de responsabilidad*, lo que incluye: 1) la consideración de los efectos remotos –que impone la necesidad de elaborar procedimientos estandarizados para evaluar los riesgos de liberación y el impacto ambiental de los organismos modificados genéticamente a mediano y largo plazo–; 2) la preeminencia de los pronósticos malos sobre los buenos –que demanda el aplazamiento o la suspensión definitiva de un proyecto si los estudios de evaluación ofrecen un margen razonable de previsión o de confirmación de efectos adversos; 3) la consideración de los intereses de los otros –que exige pensar las verdaderas demandas de la sociedad, por encima de las demandas del mercado–, y 4) el deber para con el futuro –que demanda pensar las transformaciones en un

marco general de acciones económicas y sociales que no comprometan la existencia futura.

Como señala Acosta, la observancia del principio de responsabilidad, al favorecer la preservación del bien común, contribuye a crear un contexto material y social adecuado al equilibrio del hombre y la naturaleza, y garantizar así que los valores y derechos individuales puedan tener realización efectiva. Aunque no es una tarea sencilla ponerlos en práctica en relación con los transgénicos, es una metodología que hace viable el tratamiento de situaciones nuevas y escabrosas, y facilita la toma de decisiones.

A favor del principio de responsabilidad habría que invocar además el reclamo potteriano de considerar la potencialidad ética de los procesos de vida y la tesis compleja de la construcción del conocimiento como un acto de invención donde los sujetos han de asumir toda la responsabilidad por sus creaciones. E. Agazzi ha señalado, sin embargo, la limitación de la noción de responsabilidad en Occidente, fuertemente individualizada, por lo que propone la consideración de la «responsabilidad compartida», contextualizada en la diversidad de la participación social.

Otra propuesta de evaluación de las tecnologías, implementada como una metodología ambientalista es la que emana de la obra de F. Schumacher, que ha sido expuesta sintéticamente por D. Schumacher en los siete principios del cuidado ecológico –el principio del cuidado y la conservación, el de la escala correcta, el de habilitación, el de evaluación, el de diversificación, el de justicia social y ambiental, y el preventivo. Estos principios se instrumentan metodológicamente en la respuesta a cuatro preguntas evaluativas que deberían ser formuladas cada vez que se intente introducir una nueva tecnología: ¿es bueno para el individuo?, ¿es beneficioso y sostenible para la comunidad? ¿es bueno para el empleo de las personas? ¿es seguro para el medio ambiente?⁵. La metodología en cuestión permite el esclarecimiento de algunos puntos álgidos de la evaluación de las tecnologías desde la perspectiva comunitaria y, sobre todo, al implementarse en preguntas sencillas y directas facilita la comunicación con sectores sociales de diversos niveles de instrucción. Este elemento la favorece desde el punto de vista educativo.

Otra parte importante de lo recomendado sobre la evaluación de las tecnologías está incluida a modo de preceptos morales que se deben seguir en diversos códigos de ética ambiental. Los códigos suelen ser un instrumento muy útil en el seno de las comunidades morales, y su existencia indica por sí misma la preocupación latente, aunque la existencia de principios y códigos por sí misma no garantiza una valoración adecuada de los problemas ni una extensión de los preceptos normativos a la comunidad.

⁵ D. Schumacher. «Siete principios del cuidado ecológico. Los imperativos del desarrollo comunitario.» En C. Delgado (editor). *Cuba verde. En busca de un modelo para la sustentabilidad en el siglo XXI*. La Habana, Editorial José Martí, 1999.

El enfoque bioético global de integración de conocimiento y moralidad como nuevo saber humano orientado al futuro y a la supervivencia debe concretarse en el análisis de los problemas específicos y la consideración de los actores, sus propósitos, así como las consecuencias inmediatas, mediatas y a largo plazo de las implementaciones tecnológicas. Un enfoque profundo⁶ para adentrarse en el análisis de los problemas, la toma de decisiones y la definición del curso de las acciones.

En el caso del debate sobre los alimentos transgénicos, desde la bioética global es importante considerar el diseño socioeconómico y científico, los intereses involucrados y los problemas cognoscitivos presentes, qué comprensión tenemos de la tecnología y sus límites, así como las consecuencias que ha tenido el debate para la tecnología y su credibilidad pública.

La problemática socioeconómica en torno a los cultivos transgénicos es sumamente amplia.⁷ Entre los asuntos más debatidos se incluyen: la necesidad social de implementar la tecnología y sus riesgos; su potencialidad para resolver el problema del hambre; la influencia de su introducción en el cambio en la correlación entre los sectores público y privado en la producción agrícola; los

⁶ No se trata en este caso de que la bioética global se comprometa con el programa de la ecología profunda como movimiento, ni que asuma el conjunto de sus tesis críticas, algunas de las cuales resultan inaceptables desde el punto de vista científico, social y cultural –por ejemplo la consideración del hombre como un vertebrado más, la crítica indiscriminada al antropocentrismo sin distinguir entre el punto de vista eminentemente humano de cualquier propuesta en moral y el antropocentrismo como una posición ideológica extrema que toma en cuenta solo los intereses y la perspectiva humana. Pero el enfoque filosófico ecologista profundo, que distingue en las preocupaciones con respecto a lo ambiental el «otro» natural como elemento de valor y que reclama la consideración de los intereses humanos en el sistema de la biosfera junto a los «intereses» del otro natural, y finalmente la consideración de un análisis «profundo» de los asuntos –que es la segunda acepción del término en Naess, son premisas necesarias de un estudio bioético global. Véanse al respecto J. Acosta. «Una bioética sustentable para un desarrollo sostenible.» En C. Delgado (editor). *Ecología y sociedad. Estudios*. La Habana, Editorial de Ciencias Sociales, 1999; J. Fabelo. «¿Qué tipo de antropocentrismo ha de ser erradicado?» En C. Delgado (editor). *Cuba verde. En busca de un modelo para la sustentabilidad en el siglo XXI*. La Habana, Editorial José Martí, 1999; T. Fung, «La bioética y la conciencia planetaria.» *Boletín de la Sociedad Cubana de Investigaciones Filosóficas*, 2003; (2): 5-7; y «Conciencias plurales, el saber bioético y el comportamiento humano.» *Boletín de la Sociedad Cubana de Investigaciones Filosóficas*, 2003; (2): 17-30; A. McLaughlin. «El corazón de la ecología profunda.» En C. Delgado (editor). *Cuba verde. En busca de un modelo para la sustentabilidad en el siglo XXI*. Editorial José Martí, La Habana. 1999. (Nota del autor.)

⁷ Los principales cultivos transgénicos que han llegado al mercado son aplicaciones de la biotecnología que desarrollan la tolerancia a herbicidas (cultivos Roundup Ready® y Liberty Link®), la resistencia a insectos (cultivos Bt), y la resistencia a virus –la papaya transgénica UH Rainbow. Los más importantes por la superficie cultivada son la soya, el maíz, el algodón y la cánola. Otros cultivos de menor área han incluido papa, tomate, tabaco, calabaza y papaya. La papa NewLeaf, el tomate FlavrSavr y la variedad de maíz StarLink fueron retirados del mercado por diversas razones. Los productores principales de alimentos transgénicos son los Estados Unidos, Argentina, Canadá, China, Sudáfrica, Australia, México, Bulgaria, Rumania, España, Alemania, Francia y Uruguay. (Nota del autor.)

cambios que se introducen en las prácticas agrícolas; la desigualdad de los efectos de su introducción en países del Norte y el Sur;⁸ los derechos de las transnacionales y la monopolización; los derechos de los agricultores⁹; los derechos de los consumidores y el etiquetado¹⁰; los instrumentos jurídicos para la regulación de la introducción de nuevos productos al mercado; la biopiratería¹¹ y el reconocimiento jurídico de derechos mediante el sistema de patentes.

Concentraremos el análisis en dos de los asuntos más debatidos: el problema del hambre, y los riesgos de los transgénicos.

La necesidad de la transgénesis en plantas ha sido argumentada con diversas razones científicas y socioeconómicas; en general se espera de los alimentos transgénicos una serie de beneficios con respecto a la agricultura y las formas tradicionales de mejoramiento de plantas, y la obtención de resultados a los que no se puede llegar por aquellas vías. Entre ellos se encuentran el incremento de la producción de alimentos; la disminución en el empleo de herbicidas; el control de plagas, insectos, hongos y virus, y la adaptación de las plantas a ambientes degradados. En un futuro se proyectan otros empleos más espectaculares vinculados a la medicina y la industria, los que incluyen la producción de fármacos y vacunas para su consumo con la ingestión de los alimentos, o la producción de sustancias como los plásticos.

Uno de los argumentos más socorridos es la potencialidad de la tecnología para el incremento de la producción de alimentos y su efecto en la superación de un problema crucial de la humanidad: el hambre. La premura con que se introdujo la biotecnología agrícola de los transgénicos a gran escala, se argumenta en la necesidad de incrementar la producción de alimentos y la nueva tecnología se presenta y promueve como una alternativa para resolver el problema del hambre, dotar a las personas de alimentos que ayuden a mejorar el balance alimentario, y, en general, permitir el cultivo de áreas no cultivables hoy por el estado de los suelos o las condiciones de estrés ambiental.

Pensar que las biotecnologías resolverán por sí mismas, con su impetuoso desarrollo, el problema del hambre es un argumento promovido por las

⁸ Véase C. Amorín. *Plantas transgénicas, una amenaza para los agricultores del Sur*. Montevideo, Editorial Vozes, 2001.

⁹ Uno de los casos que ha tenido mayor impacto ha sido el del agricultor canadiense Percy Schmeiser, acusado por Monsanto de violar la patente para el cultivo de colza transgénica. Por su parte el agricultor asegura que la presencia de colza transgénica en sus campos es un caso de contaminación. Este caso y el proceso judicial han planteado el problema de la inseguridad de los agricultores frente a las empresas monopólicas. (*Nota del autor.*)

¹⁰ El problema del etiquetado continúa siendo un asunto pendiente de solución, pues los argumentos a favor y en contra expresan un problema de justicia y defensa de las minorías constreñido por la dinámica comercial y el derecho de las empresas monopólicas. Véase C. Delgado, (editor) *Cuba verde. En busca de un modelo para la sustentabilidad en el siglo XXI*. La Habana, Editorial José Martí, 1999. (*Nota del autor.*)

¹¹ Acerca de la biopiratería, véase V. Shiva. *Stolen Harvest*. Cambridge, South End Press, 2000.

transnacionales basado en una apreciación incorrecta del problema: pasa por alto que el problema del hambre en el mundo no es un problema tecnológico, sino un problema socioeconómico con una componente tecnológica. Los alimentos transgénicos pueden ser una herramienta tecnológica potente para contribuir allí donde el asunto sea técnico; pero el hambre mundial no es un asunto técnico, depende del sistema de relaciones predominante en el sistema de producción, distribución y comercialización, altamente polarizado en extremos de riqueza y pobreza, abundancia y opulencia de una parte, y hambrunas de otra.

Las transnacionales que controlan la producción mundial de cultivos transgénicos, en especial Monsanto, han esgrimido este argumento sin ocultar los propósitos propagandísticos para abrir paso a los cultivos y alimentos transgénicos, en un intento por superar la oposición desarrollada sobre todo en Europa, además de mostrar un supuesto fin humanitario al promover estos cultivos. Sin embargo, los productos actualmente en el mercado indican claramente el predominio de otra finalidad. Mientras el problema del hambre se concentra en el Sur, los cultivos de soya y maíz modificados genéticamente están dirigidos a los mercados del Norte. Por el momento, las necesidades del Sur hambriento aparecen más en la propaganda que en los resultados. Desde el punto de vista ético es un estado de cosas inaceptable.

Los cultivos transgénicos tienen potencialidad productiva, pues permiten una adecuación a condiciones específicas, pero el estado actual de desarrollo del sistema productivo se aparta cada vez más de la consideración de lo específico y se dirige como tendencia a lo extensible y comercializable a gran escala. Predominan los intereses del mercado, controlados monopólicamente por un grupo de empresas transnacionales. El desarrollo de la industria biotecnológica ha transcurrido como proceso de creciente concentración y monopolización, donde el sector y el interés privado han tomado la delantera sobre el sector público y lo público. En los intereses predominantes en la producción y promoción de los transgénicos prima la lógica del beneficio, el consumismo y la eficiencia. Incluso, siguiendo esta lógica de llegar primero a los mercados, ocupar los espacios y saturar al consumidor, la premura en la comercialización de los primeros transgénicos cometió un error de mercadotecnia elemental, al llevar a la mesa de los consumidores productos que tenían ventajas para los productores, los mercados y los propietarios, pero ninguna ventaja distintiva para los consumidores. Este error ha costado mucho a la industria biotecnológica y al negocio, pues se encuentra en la base del rechazo de los consumidores a estos productos nuevos, elaborados con una tecnología avanzada envuelta en los misterios de la ciencia —a los ojos del hombre común—, y desprovista de una ventaja cualitativa con respecto a los productos tradicionales.

La búsqueda de nuevas generaciones de transgénicos con «propiedades adicionales» no puede asumirse ingenuamente como un crecimiento de las preocupaciones humanitarias para dotar al consumidor de mejores opciones.

Detrás de las intenciones humanitarias y las preocupaciones científicas serias se encuentra también la mano del mercado y el interés privado.

La contribución de las biotecnologías a la solución del problema del hambre se ha convertido en centro de debate y enfrentamiento, oposición beligerante entre las empresas transnacionales y los promotores de la agroecología.¹²

La perspectiva agroecológica¹³ reconoce con acierto importantes causas del problema del hambre en el mundo que no son solubles con cambios tecnológicos; destaca algunos puntos débiles de la tecnología transgénica, en especial el enfoque de arriba hacia abajo; el predominio de los temas del Norte en los debates y los modelos productivos. Sin embargo, el punto de vista agroecológico se coloca en una absoluta oposición a los transgénicos, sin distinguir entre los aspectos inherentes a las relaciones económicas de dominación que han moldeado el estado actual del desenvolvimiento de la tecnología, y las posibilidades de una modificación de ese entorno mediante la conversión de la biotecnología en bien público.

La cuestión de los riesgos de la biotecnología y los cultivos transgénicos, en especial los alimentos, ha levantado una encendida polémica. Entre los riesgos

¹² Véanse C. Amorín. Ob. cit.; C. Heineke (comp.). *La vida en venta: transgénicos, patentes y biodiversidad*. San Salvador, Ediciones Fundación Heinrich Böll, 2002, y el informe *The Case for GM-free Sustainable World*, del Independent Science Panel, que tuvo lugar en Londres en el año 2002.

¹³ Peter Rosset ha resumido los criterios agroecológicos, contrarios a los cultivos modificados genéticamente considerando que: 1) El problema de la escasez de alimentos y el hambre en el mundo está causado no porque la cantidad de alimentos sea insuficiente, sino porque el acceso a los recursos está regido por relaciones de dominación que son injustas. 2) Que en el mundo se produce suficiente alimento, pero la sobreproducción a gran escala debilita a los pequeños productores agrícolas. 3) Las verdaderas causas del hambre son la pobreza, la desigualdad y la carencia de acceso. 4) Los cultivos de los pequeños agricultores en el mundo son menos productivos que los cultivos de las empresas a gran escala. Pero ello no se debe a un empobrecimiento genético que justificaría la necesidad de OMGs. La menor productividad se debe a que han sido ubicados en zonas marginales con poca irrigación, accidentes geográficos, suelos de baja fertilidad, y porque, al ser productores pobres, son víctimas de la parcialidad antipobres de las políticas nacionales y globales que no los favorecen en el otorgamiento de derechos y financiamiento. 5) El enfoque de la tecnología de OMGs es un enfoque de arriba hacia abajo que intenta alcanzar la seguridad alimentaria en el mundo subdesarrollado. Son más adecuados los métodos participativos cuando los que van a usar las tecnologías participan en el proceso de su creación. Como las biotecnologías requieren educación superior y recursos, los agricultores pobres no desempeñan ningún papel en la creación de estas. Son meros receptores de tecnología transferida o impuesta. 6) Con el enfoque de arriba hacia abajo, los países pobres serían los que correrían los mayores riesgos, entre ellos la migración de los genes modificados hacia las especies salvajes y el desarrollo de la resistencia a los insecticidas. 7) En su mayor parte, la discusión sobre los riesgos de los OMGs está centrada en los riesgos para los consumidores y el ambiente de los países del Norte industrializado. Esos riesgos se amplifican en los países del Sur, donde hay mayores oportunidades para la migración genética y el desarrollo de nuevas enfermedades para los cultivos. Los agricultores del Sur serían incapaces de resolver por sí mismos las pérdidas que ocasionarían esos riesgos. (P. Rosset. «El hambre en el Tercer Mundo y la ingeniería genética: ¿Una tecnología apropiada?» En C. Heineke (comp.). Ob. cit.). (Nota del autor.)

posibles se han señalado: 1) daños a la salud humana por diversas vías, entre ellas la alergenicidad potencial; 2) daños al medio ambiente, entre ellos el flujo de genes a la maleza y a las poblaciones silvestres, y las consecuencias imprevisibles de la interacción de las plantas transgénicas con los microorganismos del suelo; 3) daños a través de la modificación de las prácticas actuales de cultivo y producción de alimentos en los países desarrollados y en los subdesarrollados, entre ellos la hibridación accidental con cultivos orgánicos y la intrusión genética, así como se teme la creación de resistencia a herbicidas –lo que de ocurrir en el caso del Bt privaría a la humanidad de un herbicida eficaz; 4) se ha cuestionado la real disminución del consumo de plaguicidas prometida por la industria biotecnológica; 5) el riesgo ecológico de la combinación de organismo más ambiente, que ha sido catastrófico en especies no manipuladas; 6) la probable erosión genética de las especies utilizadas como cultivos con el paso del tiempo –los beneficios a corto plazo podrían revertirse a largo plazo con el aumento de la vulnerabilidad debida a la pérdida de la diversidad genética–, también con efectos destructivos probados en la agricultura no transgénica. Pese al esfuerzo realizado para probar lo riesgoso de la tecnología o su inocuidad, se ha constatado fehacientemente la presencia de la incertidumbre como factor esencial, debido al grado de profundidad de los cambios que acompañan a la ingeniería genética, el conjunto de interacciones posibles y la dinámica del sistema involucrado –la biosfera–, y ha reiterado la necesidad de realizar pronósticos a más largo plazo.

La valoración sobre estos riesgos potenciales se desarrolla en términos de una gran incertidumbre. La exageración con respecto a los riesgos ha creado un imaginario colectivo negativo, que no se justifica totalmente, aunque tampoco está justificada plenamente la supuesta certidumbre en la seguridad. Varios factores impiden llegar a certezas generales y se ha impuesto la lógica más pragmática del análisis concreto de cada producto según los estándares de evaluación aprobados. Algunos riesgos han resultado injustificados –los temores por las consecuencias de consumir ADN modificado–, otros son remotos –la alergenicidad–, difíciles de probar por la ausencia de conocimientos –la interacción con los microorganismos del suelo.

Existe preocupación sobre los riesgos y una abundante información sobre ellos en diversas fuentes.¹⁴ El debate ha develado la necesidad de mantener estricta vigilancia en materia de seguridad y nos indica que las decisiones sobre la introducción de los cultivos estarán acompañadas de elementos inevitables de

¹⁴ Véanse J.R. Acosta Sariego (editor científico). *Bioética para la sustentabilidad*. La Habana, Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, 2002; y «Una nueva mirada al gen egoísta del mundo global.» Ob. cit.; F. Capra. *The Hidden Connection*. Nueva York, Doubleday, 2002; *The Case for a GM-free Sustainable World. Independent Science Panel*. Londres, Institute of Science in Society & Third World Network, 2003; C. Delgado (editor) Ob. cit.; C. Heineke (comp.). Ob. cit.; R. Pedrol, A. Casanova, A. Acosta. «El sí y el no de la terapia génica.» *Boletín de la Sociedad Cubana de Investigaciones Filosóficas*, 2003; (1) 23-32; Worldwatch Institute. *State of the World 2001*. Nueva York/Londres, W.W.Norton, 2001; *Worldwatch*, 1999; (9).

incertidumbre, la que hace necesaria una ponderación riesgo/beneficio abierta hacia las consideraciones sociales y no circunscrita a criterios exclusivamente técnicos. Las decisiones deben involucrar a la sociedad en su conjunto, y las metodologías expuestas en las páginas anteriores, en especial la que emana de *El principio de responsabilidad*, pueden contribuir a la toma de decisiones adecuadas.

Por otra parte, los riesgos probables que han sido resueltos, como el problema de la resistencia a los antibióticos, que encontró solución mediante la utilización de otros marcadores, muestran que las incertidumbres podrían ser corregidas por la propia biotecnología, para lo que se necesita una investigación más exhaustiva. Ello indica que los intereses comerciales que impulsan la premura por llevar los productos a los mercados es uno de los principales factores actuales de riesgo de la tecnología, puesto que es un factor social que resulta decisivo en política y tiene una enorme influencia en materia de seguridad.

El reconocido ecologista Lester R. Brown ha presentado un análisis sintético del problema de la potencialidad de la biotecnología para aumentar las cosechas, las limitaciones de lo alcanzado en el presente y la preocupación por el futuro.¹⁵

Al respecto, Acosta ha señalado que para conocer el probable impacto ambiental de un organismo modificado genéticamente es necesario considerar al menos dos variables imprescindibles: el tiempo necesario para su incorporación adaptativa al ecosistema y el pronóstico a largo plazo de sus interacciones con el medio natural, e incluso con sus congéneres concomitantes, investigaciones a las que no se dedican todos los recursos y esfuerzos necesarios en la actualidad.¹⁶

En conclusión...

El desarrollo de los cultivos transgénicos demanda considerar con especial cuidado tres variables: la temporalidad, la extensión y la profundidad de los cambios.

El sentido del tiempo es muy importante pues se deben considerar la velocidad con que se introducen los resultados de una ciencia tan nueva, la permanencia

¹⁵ «La biotecnología se cita frecuentemente como una fuente potencial para mayores producciones, pero a pesar de que los biotecnólogos han estado realizando ingeniería genética en nuevas variedades de plantas durante dos décadas, todavía no han producido una simple variedad de trigo, arroz o maíz que incremente radicalmente las cosechas. La razón es que los plantadores convencionales ya han hecho la mayor parte de las cosas que podían concebir para incrementar la producción. Un área en la que la biotecnología puede ayudar es en la creación de variedades tolerantes a la sequía. Probablemente, la principal interrogante sobre el futuro de la biotecnología es la falta de conocimientos sobre los posibles efectos sobre el ambiente y la salud del uso a gran escala y durante mucho tiempo de los cultivos transgénicos.» (L. Brown. «Erradicating Hunger: A Growing Challenge.» En *State of the World 2001. A Worldwatch Institute Report on Progress Toward a Sustainable Society*. Nueva York/Londres, W.W. Norton, 2001.)

¹⁶ J.R. Acosta Sariego. «Una nueva mirada al gen egoísta del mundo global.» *Boletín de la Sociedad Cubana de Investigaciones Filosóficas*, 2004; (1): 4-15.

de esos cambios en el ecosistema –que puede ser indefnida– y la consecuente indeterminación de lo que ocurrirá a largo plazo cuando tengan lugar las interacciones posibles.

La extensión de las transformaciones que se realizan a nivel de la biosfera y con una reconocida intención comercial a gran escala exige una consideración especial. El alcance de la biotecnología agrícola de los cultivos transgénicos desarrollada comercialmente no se ha pensado con un alcance regional, parcial, local o singular, sino que se piensa en términos globales, que son los más amplios posibles.

La profundidad de los cambios, que hemos analizado previamente como creación de vida, nos coloca frente a un proceso de transformación impredecible en sus consecuencias a largo plazo. Creación de vida significa movilidad, ruptura de límites y barreras, devenir y emergencia en el más amplio sentido de esas palabras. Significa creación de algo que se determinará a sí mismo, y mientras más amplia sea la transformación y más extenso su alcance, mayor será la amplificación que el propio proceso se dará a sí mismo sobre bases naturales, fuera de control humano.

Cuando cultivamos plantas transgénicas, estamos introduciendo al ambiente de manera súbita y en una escala que no es pequeña, entidades vivas alteradas que participarán de un conjunto de interacciones que no pueden abarcarse en las investigaciones científicas de un modo adecuado porque la ciencia todavía no conoce con exactitud la naturaleza del tipo de sistema involucrado. Estamos hablando de sistemas dinámicos autorregulados, y no de un sistema cualquiera dentro de ellos, sino del más general, la biosfera.

El estudio de los sistemas dinámicos autorregulados y las interacciones dinámicas que los caracterizan son un terreno que tiene apenas veinte años de trabajo en las ciencias de la complejidad, y lo que sabemos de ellos está cambiando profundamente el modo de hacer ciencia.

Las propiedades de los sistemas dinámicos conocidas como robustez y emergencia deben considerarse en busca de una sabiduría ética responsable. Diversas investigaciones han establecido la robustez como un rasgo muy interesante de estos sistemas dinámicos. Los sistemas dinámicos son robustos, quiere decir, una vez que han establecido un nivel de interacciones dinámicas son capaces de asimilar diversas cargas que no logran alterar el sistema hasta cierto grado. Pero llegada cierta medida, pequeñas fluctuaciones pueden producir grandes cambios. Los sistemas dinámicos autorregulados muestran una interesante complejidad en su dinámica, que los aleja tanto de los equilibrios de aislamiento, como de los desórdenes o caos, tienden a desenvolver su dinámica en el borde del caos. Si fueran sistemas equilibrados sería fácil predecirlos. Si fueran caóticos serían impredecibles. Pero al estar dinámicamente al borde del caos, muestran una interrelación compleja que no alcanzamos a comprender todavía con la exactitud necesaria para pretender alterar el sistema de forma controlada.

La emergencia es otro rasgo que se debe considerar. Las propiedades de los sistemas dinámicos no son el resultado de los componentes involucrados, sino de los componentes, las interacciones entre ellos, el propio devenir de la dinámica involucrada y los cambios en el entorno. La emergencia nos presenta una inconmensurable complejidad donde el sistema se está haciendo a sí mismo constantemente, mediante un proceso donde se generan hasta las condiciones de posibilidad de su futuro. La emergencia explica algunas cosas que aparentemente son contradictorias. Por ejemplo, hoy sabemos que las diferencias en las estructuras básicas del genoma entre el hombre y otros seres vivos no es tan grande como se suponía de inicio. Si con «pocas» diferencias en el genoma hay tantas diferencias en el resultado final, ¿nos percatamos de la magnitud del problema que entrañan los OMG al cambiar «poco» pero potencialmente «mucho» si consideramos las interacciones con el entorno y la variable tiempo? La investigaciones más recientes han prestado atención a la importancia de las redes metabólicas en la expresión del genoma y se ha demostrado la presencia de la autoorganización como una propiedad emergente.¹⁷

La responsabilidad y el principio preventivo son obligaciones morales frente al desarrollo tecnológico contemporáneo. La tecnología no puede ser entendida como un acto parcial de transformación. La bioética global demanda un análisis profundo de la tecnología. La modificación genética de plantas no comienza ni termina con la introducción de una variación en el genoma: es una intervención cultural que debe ser valorada en su contexto.

La tecnología no se reduce a las acciones técnicas que permiten la modificación de una planta o un organismo; es algo más. La modificación genética de animales y plantas se presenta como un modelo de transformación de la naturaleza a gran escala, que en el caso de la agricultura de los transgénicos incorpora un viejo elemento tecnológico que ha sido nefasto en otros modelos tecnológicos tradicionales y que se denomina monocultivo. La tecnología se presenta como un paquete de transformación agrícola en condiciones de plantación a gran escala, monocultivo, y que funciona económicamente en términos de la teoría de la ventaja comparativa de David Ricardo, instrumento teórico que ha justificado las políticas agrícolas de mercado que han generado la inseguridad alimentaria en todo el mundo. Estos son aspectos de la tecnología que no pueden olvidarse.

Los enigmas de la vida diseñada, son enigmas de futuro que la sociedad deberá enfrentar mancomunadamente y la bioética global tiene importantes tareas que cumplir frente a esa comunidad y ese futuro.

¹⁷ Véanse S. Kauffman. «Antichaos and Adaptation.» *Scientific American*, agosto de 1991; 265 (2): 78-82; *The Origins of Order*. Oxford, Oxford University Press, 1993; *At Home in the Universe*. Oxford, Oxford University Press, 1995; F. Capra. *The Hidden Connection*. Nueva York, Doubleday, 2002.

Bibliografía

- Acosta, J.R. «Una bioética sustentable para un desarrollo sostenible.» En C. Delgado (editor). *Ecología y sociedad. Estudios*. La Habana, Editorial de Ciencias Sociales, 1999.
- (editor científico). *Bioética para la sustentabilidad*. La Habana, Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, 2002.
- . «Una nueva mirada al gen egoísta del mundo global.» *Boletín de la Sociedad Cubana de Investigaciones Filosóficas*, 2004; (1): 4-15.
- Amorin, C. *Plantas transgénicas, una amenaza para los agricultores del Sur*. Montevideo, Editorial Vozes, 2001.
- Brown, L. «Eradicating Hunger: A Growing Challenge.» En *State of the World 2001. A Worldwatch Institute Report on Progress Toward a Sustainable Society*. Nueva York/Londres, W.W. Norton, 2001.
- Capra, F. *The Hidden Connection*. Nueva York, Doubleday, 2002.
- The Case for a GM-free Sustainable World. Independent Science Panel*. Londres, Institute of Science in Society & Third World Network, 2003.
- Cortina, A. «La dimensión pública de las éticas aplicadas.» *Revista Iberoamericana de Educación* [Madrid], 2002; (29).
- Delgado, C. (editor) *Cuba verde. En busca de un modelo para la sustentabilidad en el siglo XXI*. La Habana, Editorial José Martí, 1999.
- Fabelo, J. «¿Qué tipo de antropocentrismo ha de ser erradicado?» En C. Delgado (editor). *Cuba verde. En busca de un modelo para la sustentabilidad en el siglo XXI*. La Habana, Editorial José Martí, 1999.
- Fung, T. «La bioética y la conciencia planetaria.» *Boletín de la Sociedad Cubana de Investigaciones Filosóficas*, 2003; (2): 5-7.
- . «Conciencias plurales, el saber bioético y el comportamiento humano.» *Boletín de la Sociedad Cubana de Investigaciones Filosóficas*, 2003; (2): 17-30.
- Heineke, C. (comp.). *La vida en venta: transgénicos, patentes y biodiversidad*. San Salvador, Ediciones Fundación Heinrich Böll, 2002.
- Jakowska, S. «A la memoria de Van Rensselaert Potter (1911-2001).» En J.R. Acosta (editor científico). *Bioética para la sustentabilidad*. La Habana, Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, 2002.
- Kauffman, S. «Antichaos and Adaptation.» *Scientific American*, agosto de 1991; 265 (2): 78-82.
- . *The Origins of Order*. Oxford, Oxford University Press, 1993.
- . *At Home in the Universe*. Oxford, Oxford University Press, 1995.
- McLaughlin, A. «El corazón de la ecología profunda.» En C. Delgado (editor). *Cuba verde. En busca de un modelo para la sustentabilidad en el siglo XXI*. Editorial José Martí, La Habana, 1999.
- . «El fin del desarrollo.» En C. Delgado (editor). *Cuba verde. En busca de un modelo para la sustentabilidad en el siglo XXI*. La Habana, Editorial José Martí, 1999.
- Pedrol, R., A. Casanova, A. Acosta. «El sí y el no de la terapia génica.» *Boletín de la Sociedad Cubana de Investigaciones Filosóficas*, 2003; (1) 23-32.
- Rosset, P. «El hambre en el Tercer Mundo y la ingeniería genética: ¿Una tecnología apropiada?» En C. Heineke (comp.). *La vida en venta: transgénicos, patentes y biodiversidad*. San Salvador, Ediciones Fundación Heinrich Böll, 2002.

Shiva, V. *Stolen Harvest*. Cambridge, South End Press, 2000.

Schumacher, D. «Siete principios del cuidado ecológico. Los imperativos del desarrollo comunitario.» En C. Delgado (editor). *Cuba verde. En busca de un modelo para la sustentabilidad en el siglo XXI*. La Habana, Editorial José Martí, 1999.

Worldwatch Institute. *State of the World 2001*. Nueva York/Londres, W.W.Norton, 2001.

Worldwatch, 1999; (9).

Manipulación genética en humanos

Ana Rosa Casanova Perdomo y Rina Pedrol Troiteiro



Durante la última década, la comunidad internacional se ha visto conmovida por los anuncios de espectaculares avances en el campo de la biología molecular, fundamentalmente en el ámbito de la genética. Muchas características humanas que hasta ahora eran inaccesibles para el hombre han comenzado a ser descubiertas, y lo que es más importante: se han creado las posibilidades para introducir en ellas modificaciones.

La manipulación de genes humanos y la aplicación de sus potencialidades tiene implicaciones sociales, políticas, económicas y culturales que van mucho más allá de lo que tradicionalmente ha preocupado a la ciencia, debido a las consecuencias, beneficiosas y también nefastas, que puede tener su uso, en especial para las futuras generaciones.

Los avances de la genética molecular, han creado, por supuesto, no solo un gran interés en todo el mundo, sino una amplia expectativa sobre la contribución que sus resultados pueden dar al mejoramiento de la salud humana, el alargamiento o «inmortalidad» de la vida, a tener hijos por encargo, etcétera. Sin embargo, estos avances tomaron desprevenidas a las disciplinas del deber ser y las enfrentaron, cruda e inesperadamente, a una serie de acuciantes preguntas en relación con qué debe ser permitido, dentro de qué límites y hasta cuáles consecuencias. Lo cierto es que las respuestas éticas resultantes no

han alcanzado, hasta el presente, la profundidad, la amplitud y la riqueza que el tema en estudio requiere.

Esta situación, trasladada al ámbito de la formación de la conciencia de la comunidad sobre tal problemática, resulta aún más alarmante. El ciudadano común, generalmente, accede a noticias elaboradas por los medios masivos de difusión que resultan, en dependencia del ámbito donde se producen, limitadas, sensacionalistas o dirigidas a objetivos definidos por los interesados de su comercialización.

No es ajena a la confusión reinante la falta de precisión, o incluso de conocimientos, sobre el real contenido de estas nuevas prácticas científicas, sus alcances, sus posibilidades reales y lo que quizás es lo más importante: sus consecuencias.

En el momento actual, a partir de la aplicación de la informática y otras nuevas tecnologías en la investigación biológica, se puede comenzar a hablar de una tercera revolución en la historia de la humanidad: «Después de la revolución industrial y en el apogeo de la revolución informática aparece en el escenario la revolución biotecnológica que seguramente tendrá un efecto mayor y de más largo alcance.»¹

Por todo esto, sobre estas expectativas, no todas posibles, algunas cuestionables y otras válidas, pero alcanzables en un futuro más mediato, es que hemos querido enfatizar sobre algunos de los aspectos que más se manejan en el ámbito de la manipulación de genes en humanos, tomando en consideración sus posibilidades reales, pero también sus implicaciones bioéticas. Con esto no creemos ni con mucho agotar el tema, sino solo realizar un acercamiento que induzca a la reflexión y a la búsqueda de más información sobre lo que aquí se trata.

La clonación en mamíferos, particularmente la de una oveja adulta a partir de una célula mamaria (Dolly), nos permitió valorar las perspectivas que abrían estos resultados, pero también las interrogantes que se planteaban sobre la posibilidad de extensión de esta tecnología al ser humano, pues en esos momentos se encontraba en plena efervescencia el desarrollo del proyecto sobre el genoma humano. El impacto de estos resultados dio origen a respuestas inmediatas, entre las que se encuentran lo planteado en la Declaración Universal sobre el Genoma Humanos y los Derechos Humanos, aprobada en la Conferencia General de la UNESCO en 1997, en relación con la cual su Directo General expresó: «Más allá de los conocimientos y las capacidades tecnológicas, corresponde a la ética tasar el límite entre lo posible y lo aceptable. Ni a ciencia ni la tecnología pueden hacerlo. Pero si se prosigue la reflexión ética y se establecen normas y principios rectores, la comunidad científica podrá salvaguardar y fortalecer la libertad de la investigación.»²

¹ A. Díaz. «La biología molecular y las industrias biotecnológicas.» *Encrucijadas* [Buenos Aires], 2001; 1 (5): 40.

² F. Mayor Zaragoza. «La clonación humana.» *Ética y Progreso Médico*, 1999; (especial): 50.

En ese mismo año, la Asamblea Mundial de la Salud establecía: «La utilización de la clonación para reproducir seres humano no es aceptable en el plano ético y contraria a la integridad de la persona humana y a la moral.»³

La búsqueda sobre la manipulación de genes humanos y su relación con la bioética nos ha permitido precisar las diferentes metodologías que, tanto en el plano teórico como sobre la base de los resultados experimentales, se valoran para la modificación genética en humanos. En la mayor parte de los casos, estas manipulaciones se presentan como una vía para la eliminación de enfermedades hereditarias y plantean amplios fines altruistas; pero, frecuentemente, se omiten las implicaciones éticas del uso de estas tecnologías.

La bibliografía consultada para este trabajo en buena medida se concentra entre los años 1997 y 2001, que es el período comprendido entre los dos trascendentes resultados en la manipulación en mamíferos: el clonaje de Dolly, la publicación de los resultados del Proyecto Genoma Humano, y la amplia repercusión de este último durante 2002.

Proyecto Genoma Humano: un antecedente necesario

Este proyecto comenzó a gestarse entre los años 1985-1986, fundamentalmente por científicos de los Estados Unidos. El antecedente más inmediato puede situarse fuera de este país, en la tristemente célebre ciudad de Hiroshima, donde 40 años antes 70 000 personas murieron en pocos instantes. Allí se celebró una conferencia científica sobre los efectos que la radiación puede causar sobre el genoma humano y se destacó la necesidad de emplear métodos moleculares de análisis de ADN para detectar directamente las mutaciones que los descendientes de la víctimas de la masacre pudiesen haber heredado.

Las cuestiones planteadas motivaron que en diciembre de 1984 en Alta, Utah, se realizara otra conferencia, apadrinada por el Departamento de Energía de los Estados Unidos (DOE, por sus siglas en inglés) y la Comisión Internacional para la Protección contra Mutágenos y Carcinógenos Ambientales, en la que los científicos allí reunidos definieron que se requería un esfuerzo masivo para mejorar en varios ordenes de magnitud la tecnología existente y así poder detectar mutaciones en el ADN.

Posteriormente se realizaron talleres, se dieron a conocer informes y publicaciones a partir de las interacciones generadas, que culminaron en Santa Fe, Nuevo México, en marzo de 1986, con una reunión científica organizada por el DOE donde los científicos respaldaron la idea de secuenciar el genoma humano y la forma en que esta debía hacerse.

³ G. Kutukdjian «La clonación humana con fines reproductivos: cuestiones éticas.» *Ética y Progreso Médico*, 1999; (especial): 52.

En mayo de 1986, se realizó un congreso en el Cold Spring Harbor, donde la mayoría de los científicos acordaron que los Institutos Nacionales de Salud (NIH, por sus siglas en inglés) debían tomar parte activa del proyecto con asignación de presupuestos especiales. Fue así como un proyecto propuesto mayoritariamente por científicos de instituciones universitarias se inició con un gran apoyo de los NIH y el DOE. Esto fue seguido por otros proyectos de secuenciación del genoma humano, fundamentalmente en países como Gran Bretaña, Francia y Japón.

En 1998, durante una reunión del Cold Spring Harbor, se creó la Organización del Genoma Humano (HUGO, por sus siglas en inglés), encargada de coordinar los trabajos internacionales para tratar de evitar repeticiones y superposiciones.

El Proyecto Genoma Humano (PGH) se inició, oficialmente, en 1990 y se ha denominado así a una multitud de subproyectos desarrollados en diversos centros de investigación de los diferentes países encaminados a obtener la secuencia completa de toda la información genética humana contenida en los 3 000 millones de pares de bases del núcleo de una célula. Como parte esencial del PGH, y con un financiamiento del 3% del presupuesto total, se estableció en los Estados Unidos el subprograma ELSI (Ethical, Legal and Social Issues), lo que fue considerado una iniciativa sin precedentes por parte de la comunidad científica, ya que por primera vez un gran proyecto tecnocientífico cuenta entre sus objetivos explícitos el analizar las cuestiones y dilemas sociales que una nueva tecnología puede ocasionar.

En 1996, se completó el mapa de marcadores genéticos que determinó la región cromosómica que contenía un gen mutado, y se pudo comenzar la secuenciación masiva de todo el genoma.

En junio de 2000, se divulgó por científicos de varios países el haber descifrado el 97% del genoma humano, y el 12 de febrero del 2001 se hizo pública la presentación de los borradores de los mapas por los dos equipos de investigaciones que trabajaban en el proyecto, el público y privado, en las prestigiosas revistas *Nature* y *Science*, lo que constituyó uno de los mayores descubrimientos de la historia de la ciencia.

En el descifrado del genoma se empleó el ADN de 3 mujeres y 2 hombres, entre los cuales había un asiático, un blanco europeo, un negro y un latinoamericano. El PGH ha tenido muchas connotaciones positivas; la mayoría de sus razones, justificaciones y consecuencias se englobarían dentro de la categoría de beneficiosas, al menos para la mayoría de las personas. Esta contribución al bienestar del hombre viene dada por la repercusión que está teniendo en el diagnóstico, pronóstico y prevención de enfermedades.

La detección temprana de una predisposición genética a determinadas enfermedades, el diseño racional de medicamentos, la terapia génica y la farmacogenómica se encuentran dentro de los beneficios anticipados del proyecto.

El empleo de la técnica de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR, por sus siglas en inglés) ha permitido el diagnóstico molecular, mediante pruebas seguras, de enfermedades hereditarias monogénicas como las talasemias y otras anemias, la fenilcetonuria, la hemofilia, la distrofia muscular de Duchenne, la fibrosis quística, la poliquitosis renal, el retardo mental asociado a la fragilidad del cromosoma X, la corea de Huntington, la enfermedad de Gaucher y la inmunodeficiencia severa combinada, entre otras.

Estas enfermedades genéticas por alteración de un gen principal se transmiten hereditariamente, ya sea de forma dominante, recesiva o ligada al sexo, y de ellas se conocen más de 5 000 diferentes que en conjunto afectan al 1,5% de los nacimientos.

No obstante los beneficios del PGH, los conocimientos derivados de él pueden causar perjuicios a las personas y a la sociedad en su conjunto.

Existen enfermedades que, aun cuando pueden ser diagnosticadas tempranamente, no se conoce exactamente la función específica del gen que las determina y, por tanto, no se pueden establecer métodos de terapia, e incluso muchas de ellas se manifiestan en edades tardías. Lo que plantea el problema ético de si se debe promover el aborto de un futuro ser humano que quizás pueda llevar una vida normal y completamente sana durante más de 50 años. Esto nos lleva a preguntarnos si es correcto anticipar el diagnóstico de enfermedades que hasta el momento no pueden prevenirse o tratarse y, por tanto, de mejorar su pronóstico.

Por otra parte, una situación dilemática también se plantea en el caso de enfermedades genéticas que tienen una fuerte influencia ambiental, como algunas cardiopatías, diabetes, cáncer de mama y otras neoplasias, y cuya frecuencia de presentación abarca entre el 10 y el 20% de la población. En el caso de estas enfermedades, aun cuando se logren identificar los genes predisponentes, esto no representará un beneficio preventivo o terapéutico; sin embargo, el conocimiento de esta afección puede generar profundos dilemas en lo afectivo y en la calidad de vida de las personas involucradas.

El desarrollo de los métodos diagnósticos, acelerados por los resultados del mapa del genoma humano, puede ser usado como instrumento de discriminación genética de individuos o familias, de modo que encarezcan su cobertura de salud o incluso impidan o limiten su acceso a determinados trabajos. Esto propiciaría la aparición de ciudadanos de segunda categoría, aquellos que por herencia, estuvieran predispuestos a cualquier enfermedad crónica como la diabetes, la hemofilia, enfermedades cardiovasculares, etcétera, lo que pudiera representar una nueva forma de minusvalía.

Ahora que el PGH ha demostrado que más del 99% del genoma es idéntico en todos los seres humanos, lo que deja sin valor los argumentos biológicos para explicar las diferencias raciales, se acude a la discriminación genética y se asume que ciertas constituciones son mejores que otras.

Esta situación también nos lleva al determinismo genético, que tiene el efecto negativo de reducir la libertad de las personas que no podrían hacer nada por cambiar una realidad definida por sus genes. Pero lo más peligroso es que en la concepción de algunos científicos y de una buena parte de la gente común está el criterio de que los genes son lo principal y que conociéndolos tendremos un conocimiento absoluto del hombre.

Esta concepción determinista es la principal justificación epistemológica del PGH y una de las causas fundamentales de los problemas éticos y legales que han comenzado a aparecer como consecuencia de este proyecto. Una manifestación de lo anterior es la manipulación genética con vistas a la reproducción de seres idénticos y perfectos. Esto, además de constituir una práctica contraria a la dignidad humana, es erróneo desde el punto de vista científico, «pues la identidad e individualidad están dadas no solo por el patrimonio genético particular, sino también, y fundamentalmente, por la influencia inevitable del medio ambiente físico, biológico y cultural, a través de una historia que comienza en el propio útero materno y continua dinámicamente durante toda la vida».⁴

El problema científico más grave derivado de estos avances, y que de alguna forma está contenido en todo los aspectos analizados, es el reduccionismo que lleva a postular los genes como los responsables principales de la variación existente que desconoce o no valora en su justa magnitud el papel fundamental de medio ambiente.

El reduccionismo ha sido el método experimental de la modernidad, sin el que no hubiese sido posible el desarrollo de las ciencias naturales. Pero el énfasis que se hace en considerar a los genes como los responsables principales de las variaciones en los rasgos humanos, que deja fuera el papel del ambiente, no solo es falso desde el punto de vista científico, sino que tiende a desviar la atención de los factores medioambientales y de la estructura socioeconómica que influyen en las características humanas.

Métodos de manipulación genética

Cuando hacemos referencia a la manipulación genética, es importante esclarecer algunos términos y procedimientos, así como los límites entre los cuales estos se mueven, pues en dependencia de ellos varían sus consecuencias experimentales y éticas. Por esto deseamos utilizar la clasificación de Messina de Estrella Gutiérrez sobre los distintos niveles de manipulación genética. Ella establece cuatro formas, según la finalidad que persigue cada una de ellas y a los sujetos que involucra.

Así, se plantea la manipulación genética con *fines terapéuticos*, que es la que se realiza mediante la intervención génica de células somáticas en un individuo

⁴ V. Penchaszadeh. «Genética humana, ética y sociedad. El secreto en debate.» *Encrucijada* [Buenos Aires], 2001; 1 (5): 79.

y se utiliza para curar alguna enfermedad o defecto ya manifiesto en una persona viva. También está la *terapia de la línea germinal*, que es la terapia génica destinada a la persona por nacer, ya sea antes de la concepción, es decir, a nivel del óvulo, o durante ella, a nivel del embrión, con finalidad terapéutica para modificar el genoma de un individuo y así evitar en el ser por nacer algún defecto de origen genético. Otro tipo es la manipulación *genética perfectiva*, mediante la cual se inserta un gen para mejorar, según determinados conceptos de perfección, un determinado carácter somático de la persona por nacer. Y, por último, tenemos la manipulación *eugenésica* destinada a modificar en el individuo por nacer rasgos humanos codificados por un gran número de genes, entre los que se valoran aquellos que tienen una gran influencia ambiental, como la personalidad, la inteligencia y el carácter.

Otro tipo de manipulación genética no incluida en esta clasificación es la clonación, que implica la posibilidad de obtener genéticamente un individuo idéntico a otro y en la cual no se manipula un gen o genes específicos, sino toda la dotación genética del individuo y, por supuesto, se realiza a nivel del óvulo sin fecundar, al convertir una célula haploide en diploide.

Estas técnicas han sido ampliamente empleadas en diferentes especies de animales. En ocasiones se «cortan y pegan» genes y se crean organismos distintos del original que pueden llegar a ser monstruosos.

Sin embargo, pensar en realizar esto con humanos no solo tendría implicaciones contra la especie sino que, por razones éticas y lógicas, la clonación ha generado tal animadversión que, en muchos países, importantes grupos sociales se han pronunciado por la completa prohibición de este tipo de metodología en humanos.

Veamos ahora con más detalles las características de estos métodos, terapéuticos y perfectivos, de manipulación y, lo más importante, las implicaciones de cada uno de ellos.

La manipulación genética con fines terapéuticos puede ser definida como el empleo de diferentes procedimientos para suplir o compensar, a nivel de los genes, un defecto o alteración que origina una enfermedad en el individuo, que puede ser utilizada para el tratamiento de enfermedades hereditarias o adquiridas durante la vida, así como corregir un defecto genético y también dotar a las células de una nueva función.

La que se realiza en el individuo ya nacido es poco cuestionada, pues si bien altera el patrimonio genético de un individuo, plantea cuestiones éticas muy limitadas, ya que el éxito o el fracaso en el intento solo afectarán al paciente enfermo. El asunto forma parte de las preocupaciones típicas de cualquier tipo de experimentación con humanos dentro del cálculo de beneficios y riesgos para el individuo.

Cuando se habla de manipulación de genes, el primer principio al que se puede aludir en el plano individual es el de beneficencia, porque estas investigaciones

y proyectos son concordantes con él, en la medida en que lo que se busca es que sea en beneficio de la humanidad, a través de la aplicación de técnicas que permitan actuar terapéuticamente sobre enfermedades que en la actualidad son incurables. Es importante insistir en que los conocimientos que se adquieran no deben desvirtuarse por intereses privados o colectivos contrarios a los derechos de las personas.

También debe ser considerado el principio de no maleficencia, que establece la exigencia de no causar daño o sufrimiento innecesario, al respetar la proporcionalidad entre la importancia de la investigación y el riesgo existente. Bajo este concepto se encuentra el respeto por los derechos humanos, la no discriminación, la protección de grupos vulnerables y el control minucioso de los protocolos de ensayos en seres humanos.

Al desarrollo de estas técnicas de manipulación de genes han contribuido grandemente los resultados obtenidos en el Proyecto Genoma Humano, que permite, entre otras cosas, conocer las características del gen o los genes determinantes de una enfermedad.

Actualmente se han descrito en la literatura más de 425 protocolos para realizar terapia génica en humanos y se han tratado más de 3 400 pacientes en el mundo. El 70% de las terapias realizadas han sido para intervenir procesos neoplásicos, el 12 % para enfermedades infecciosas y el 9% para enfermedades monogénicas. Los métodos más utilizados emplean como vectores retrovirus, liposomas y adenovirus. En el caso del empleo de vectores virales, existe unanimidad en exigir una evaluación cuidadosa del riesgo que implica su uso, incluida su capacidad para infectar las líneas celulares del progenitor y el potencial daño colateral de la inserción.

La mayoría de los esfuerzos se han dirigido, como expresamos anteriormente, hacia enfermedades como las neoplasias. Las neoplasias dependientes de tejido nervioso son unas de las más promisorias para su curación, ya que las células son infectadas con virus que generan muerte celular solo en las zonas donde el vector se incorpora y, por tanto, las células normales de tejido nervioso no se verán afectadas por el tratamiento.

El principal obstáculo que afronta la terapia génica es la imposibilidad técnica de introducir el material genético en el mismo sitio donde están los genes anómalos. La mayoría de los vectores dejan a los nuevos genes de manera extracromosómica, por lo que el efecto se pierde rápidamente por degradación del ADN, o porque en las mitosis sucesivas el nuevo material no se incorpora a los cromosomas. La farmacocinética de los vectores virales o no virales es un elemento importante para un adecuado tratamiento, y recientemente se han empezado a hacer las primeras consideraciones sobre la mejor manera de abordar este problema. En la mayoría de los trabajos realizados hasta ahora, la limitación principal es el corto tiempo de expresión de la proteína nueva. Por múltiples razones la célula termina evitando la transcripción y traducción del gen introducido y el efecto terapéutico desaparece.

La manipulación génica terapéutica, sin dudas, constituye una de las posibilidades más atractivas y prometedoras en relación con las técnicas de manipulación de genes, porque, aun cuando el objetivo no se haya alcanzado todavía, su importancia científica, clínica y el alto valor humano de todo esfuerzo por aliviar los sufrimientos de los enfermos y ofrecer una perspectiva realista de curación a un número cada vez mayor de ellos, han suscitado en la sociedad un interés creciente hacia esta área de la investigación biomédica.

Este tipo de terapia se divide, según la metodología utilizada en *in vivo* o en *ex vivo*. En la primera se realiza la transfección del material genético directamente a las células del tejido del paciente. En la segunda, muy utilizada para el tejido hematopoyético, se trata de extraer parte de las células afectadas del paciente para realizar la modificación en el laboratorio y, posteriormente, introducir de nuevo este tejido modificado, «curado», en el paciente.

Cuando con estos mismos objetivos se hace terapia génica en la línea germinal, surgen las implicaciones éticas de la creación, manipulación y eliminación de embriones. Además de que en la terapia sobre células germinales estaríamos influyendo sobre individuos aún no nacidos y sin los conocimientos suficientes para comprender las posibles implicaciones deletéreas que se podrían producir en un genoma pluripotencial.

La terapia génica en línea germinal plantea otros problemas éticos y jurídicos de índole mayor. Aunque esta en el futuro pueda contribuir a erradicar defectos genéticos en los individuos manipulados, también tendrá efectos de modificación definitiva del componente genético intervenido y de transmisión de este a las generaciones sucesivas, cuya trascendencia para la especie humana no se conoce todavía con precisión, ni es posible, por lo mismo, controlar sus potenciales efectos negativos, en su mayoría todavía desconocidos. Los recelos ante efectos imprevisibles han llevado a algunos especialistas a proponer una prohibición absoluta de esta modalidad terapéutica y a otros a solicitar un aplazamiento o moratoria hasta que se tenga más información al respecto. Otros, sin embargo, entienden que no deben cerrarse totalmente las puertas a esta terapia, en la medida en que no se pueden apreciar por el momento riesgos reales para el ser humano como especie, siempre y cuando se garantice su no transmisión, por la vía reproductiva, a otros seres humanos y pueda establecerse, en caso contrario, un seguimiento y control de sus consecuencias en varias generaciones posteriores.

Las otras dos formas de manipulación genética, la perfectiva y la eugenésica, son problemáticas, pues implican manipulaciones genéticas con fines eugenésicos. Estas pretenden mejorar determinada característica somática de una persona por nacer. Por ejemplo, el color de ojos, de la piel, e incluso otras que se asume están determinadas genéticamente, a partir de un enfoque biologicista, pero que realmente como hemos dicho anteriormente se deben a la interacción de los genes que participan con el ambiente.

En este sentido, Penchaszadeh ha planteado: «[B]uscar el “hijo perfecto” es una superficialidad porque esa “perfección” no existe en el ámbito individual. Lo que se acerca a la perfección en el ser humano es la variación genética que existe entre los individuos y que constituye el tesoro genético de la humanidad.⁵

Hemos planteado que son problemáticas desde el punto de vista bioético porque atentan directamente contra la dignidad humana, contra su autonomía, pues se establece *a priori*, por otras personas, qué características debe poseer y en estas determinaciones están presentes criterios elitistas y ahistóricos, pues son los que detentan el poder, casi siempre económico, los que determinan qué es lo perfecto. Pero, a su vez, lo que a una generación o momento histórico le parece adecuado o perfecto podría no serlo para otra en el futuro.

Por lo demás, hay que tener en cuenta que cuando se establece un patrimonio genético no solo se está marcando al receptor inmediato, sino también a su descendencia.

Otro principio bioético que se viola es el de justicia, pues aun cuando estas técnicas fueran buenas y necesarias, solo tendrían acceso a ellas, aquellos que estén en condiciones de pagar su alto costo, que a su vez son los mismos que establecen las condiciones de su ejecución.

¿Han pensado aquellos defensores de la libertad individual a ultranza cuánta libertad se le quita a un ser que ha sido manipulado genéticamente, para lo cual no ha sido consultado y al que se le han impuesto características que otros piensan que son adecuadas, incluso cuando esta acción esté preñada de las mejores intenciones? ¿Cuántas veces los hijos se quejan, con justeza, de las acciones, menos trascendentes, de sus padres que les restan o limitan su autonomía?

Otro método de manipulación génica, analizada en un sentido amplio, es la clonación, que es un modo de manipulación que se realiza en la fecundación y su finalidad es crear seres idénticos. Se dice que no es verdaderamente una manipulación genética pues no se introduce variaciones en un genoma dado, sino que se cambia o se sustituye el genoma de una célula por otro.

La clonación genera la creación de seres idénticos, al utilizar para ello la misma información genética. Es decir, consiste en hacer directamente lo que la naturaleza realiza solo excepcionalmente, pues los gemelos son clones naturales.

Existen distintos métodos de clonaje: la autorreproducción, la clonación por fisión embrionaria y la clonación partenogénica. El primer método es el que se empleó con la oveja Dolly, y consiste en extraer el núcleo del organismo que se quiere clonar e implantarlo en un óvulo fecundado sin núcleo. Por tanto, este núcleo ingresa al óvulo fecundado enucleado y su información permite que este comience a duplicarse. El segundo método consiste en crear en laboratorio gemelos univitelinos mediante la obtención de un embrión, la división de este, seccionándolo para producir dos, tres o cuatro seres iguales. La tercera

⁵ *Ibidem*: 79.

posibilidad, consiste en la activación del núcleo de un óvulo de una mujer para que se empiece a reproducir sin la presencia o motivación de un espermatozoide, lo que tiene como consecuencia la creación de otra mujer con todos los genes proporcionados por ese óvulo en estado homocigótico.

Como es sabido, en la investigación científica, cuando una técnica se pone a punto en un animal doméstico o de laboratorio, solo es cuestión de tiempo y dinero el que pueda ser aplicada a humanos. Esta perspectiva es la que, obviamente, ha despertado esa mezcla de fascinación, ansiedad y temor en la opinión pública. El ciudadano actual percibe los adelantos científicos con cierta ambivalencia: si bien reconoce como positivos el avance del conocimiento y del bienestar, es igualmente consciente de que pueden acarrear serios problemas ambientales y sociales, así como amenazar importantes valores.

Además de las implicaciones éticas que tiene el hecho de que pueda establecerse que un individuo venga al mundo como copia, aunque solo sea una copia biológica de otro ser, está toda una serie de problemas biológicos, sociales y psicológicos que no pueden ser despreciados.

Es importante tener en cuenta que en los antecedentes de mamíferos clonados, tales como ovejas, ratones, vacas y cerdos se han presentado diferentes problemas, entre los que se encuentran el crecimiento fetal excesivo, que los pulmones no llegan a desarrollarse totalmente y que la inmunidad contra ciertas enfermedades se reduce. Aunque algunos investigadores plantean que por las características biológicas del hombre estas dificultades pudieran no presentarse, debido a que los humanos, a diferencia de los animales, poseen dos copias activas de un gen llamado receptor del factor de crecimiento, otros expertos refutan esto, y dicen que dichos científicos han sido demasiado simplistas. Uno de ellos, Ian Wilmut (autor principal del clonaje de Dolly) ha expresado: «[E]s errónea la interpretación de que la clonación en humanos sería más fácil por esa particular ventaja genética.»⁶

Por otra parte, este tipo de experimento supone una involución hacia formas inferiores en la escala biológica que se reproducen de forma asexual. Precisamente, la reproducción sexual es la fuente más importante de variabilidad genética, la cual propicia la adaptación ante situaciones nuevas y facilita la evolución. La clonación humana, como un método sostenido de procreación de naturaleza asexual, condenaría a nuestra especie a una indefectible desaparición, pues colocaría al hombre en una posición de indefensión frente al ataque de agentes patógenos o frente a situaciones ambientales hostiles. En relación con esto Wilmut también plantea: «[Y]o no aceptaría la clonación de genes humanos bajo ninguna circunstancia, ni siquiera la más desesperada.»⁷

⁶ I. Wilmut. «Human Cells from Cloned Embryos in Research and Therapy.» *BMJ*, 2004; 328: 415-6.

⁷ I. Wilmut, A., E. Schnieke, J. Mcwhir *et al.* «Viable Offspring Derived from Fetal and Adult Mamalian Cells.» *Nature*, 1997; 385: 810-3.

Además, en estos procedimientos se adopta la lógica de la producción industrial, pues se analiza y favorece la búsqueda de mercados, perfeccionar la experimentación y producir siempre modelos nuevos no solo más efectivos técnicamente, sino también más rentables económicamente.

Se convierte a la mujer en instrumento, al reducirla a algunas de sus funciones puramente biológicas (prestadora de óvulos y de útero), a la vez que se experimenta en la creación de úteros artificiales, último paso para la producción, en el laboratorio, del ser humano.

En el proceso de clonación se pervierten las relaciones fundamentales de la persona humana. Una mujer puede ser hermana gemela de su madre, carecer de padre biológico y ser hija de su abuelo. Con la clonación se llega a la ruptura total de estos vínculos familiares que son un poderoso sustento de la sociedad.

Como en toda actividad artificial, se imita lo que acontece en la naturaleza, pero a costa de olvidar que el hombre no se reduce a su componente biológico, sobre todo cuando este se limita a las modalidades reproductivas que han caracterizado solo a los organismos más simples y menos evolucionados desde el punto de vista biológico.

Como otro elemento importante a tener en cuenta en la peligrosidad de estos métodos, se alimenta la idea de que algunos hombres pueden tener un dominio total sobre la existencia de los demás, hasta el punto de programar su identidad biológica. Esta concepción selectiva del hombre tendrá, entre otros efectos, un influjo negativo en la cultura, incluso fuera de la práctica, numéricamente reducida, de la clonación, puesto que favorecerá la convicción de que el valor del hombre y de la mujer no depende de su identidad personal, sino solo de las cualidades biológicas que pueden apreciarse y, por tanto, ser seleccionadas.

Por último, queremos hacer referencia al empleo de embriones humanos en todas las técnicas y las posibilidades e implicaciones que estas tienen. Desde este punto de vista, aparentemente la menos reprochable es la producción de embriones con la finalidad de manipularlos genéticamente para eliminar determinadas afecciones actuales o futuras. Mucho más censurable es crear embriones para manipularlos eugenésicamente. Cuando se analiza la posibilidad de manipular al cigoto con finalidad terapéutica muchos plantean que no merece objeción alguna y si bien esto puede ser cierto en alguna medida, no es del todo así, pues como plantea Noelia García Noguera: «[H]ay quien defiende la conveniencia de la clonación terapéutica, es decir, utilizar órganos humanos clonados en transplantes y en el tratamiento y curación de enfermedades como el SIDA o el cáncer, pero para otros es una forma más de clonación reproductiva, que conlleva incluso un agravante, ya que unos seres son creados únicamente para el provecho de otros.»⁸

⁸ N. García Noguera. «Biotecnología. Clonación y genoma humano.» www.portaley.com. 2001: 4.

En el empleo de embriones todo depende desde dónde uno lo analice. La manipulación genética en cuestión tiene un alto contenido positivo si se le considera como la salvación de una persona enferma. Pero si se le observa desde el ángulo de los «elementos» utilizados para lograr la salvación del enfermo y analizamos que uno de esos posibles elementos es un embrión humano, ya ahí es donde surgen problemas éticos que se deben tomar en consideración. La situación se presenta más atenuada cuando los embriones que se utilizan son los sobrantes de la técnica de fecundación *in vitro*, que después de seleccionar los que se implantan, el resto, por no decir que son desechados, se congelan o destruyen. Pero, ¿acaso no seguimos hablando de lo mismo? Claro que sí. De ahí la problemática del estatus jurídico del embrión, alrededor de la cual existe una amplia discusión, acerca de a partir de qué momento este puede ser considerado como ser humano y, por tanto, hasta dónde sería aceptable su manipulación.

Este problema se ve agravado porque no existe unidad de criterio, y en algunos casos ni legislaciones internacionales acatadas por todos los países, que condenen la experimentación no terapéutica en el embrión humano, así como la forma de emplear estos en el caso de las terapéuticas.

La mayoría de los informes sobre tecnología reproductiva no profundizan en lo relacionado con la genética humana. En el estado actual de las ciencias, en muchos países, solo está permitida la intervención terapéutica, y en muchos ámbitos existe el sentimiento de que solo se prohíba la manipulación sobre la línea germinal. Este sentimiento está alentado por el deseo de proteger el patrimonio de cualquier alteración que pudiera ser transmitida a las generaciones futuras y la necesidad de preservar la condición única de la identidad genética individual.

A modo de conclusiones

Los artículos más recientes que evalúan la eficacia de las primeras terapias génicas y sus efectos a largo plazo inducen a pensar que, hasta ahora, más que «terapia génica» se ha estado practicando «ingeniería genética humana» con intención supuestamente terapéutica, escasamente avalada por los resultados; lo que evidencia que los investigadores saltan inmediatamente, en algunos casos, del descubrimiento del gen de una enfermedad a intentar una terapia génica, sin utilizar previamente el hallazgo como base de trabajo para tratamientos más convencionales. No quedan dudas en cuanto a que estas investigaciones serán de enorme utilidad algún día, pero debe dedicarse aún más esfuerzo a tratar de esclarecer aspectos básicos, a nivel experimental, que den una mayor garantía de los tratamientos terapéuticos en los pacientes.

En la aplicación de estas técnicas, debe tenerse en cuenta también el motivo de por qué se emplean, de forma que no se desarrollen por meros intereses económicos o que se realicen por poner en práctica todos los conocimientos que se hayan obtenido.

Por ello, se debe imponer un límite para la utilización de estas técnicas, porque no todo lo que se sepa debe de ser llevado a cabo sin tener en cuenta sus implicaciones éticas.

Otra cuestión sería quién debe imponer ese límite, si la institución, el paciente o los científicos. La respuesta en todos los casos no puede ser la misma, pues debe tenerse en cuenta la enfermedad, el tipo de paciente y las circunstancias que le rodean.

Si bien en lo particular los límites pueden quedar en el marco de la institución donde se lleva a cabo, es necesario que cada país establezca su política en relación con estos temas, aunque esta no puede ser unilateral, sino debe desarrollarse en concordancia con los acuerdos multinacionales.

Se ha de tender hacia la uniformidad de criterios, incluso en el ámbito supranacional e internacional, y armonizar las legislaciones correspondientes. De este modo se previene que se pueda burlar una ley nacional acudiendo a otro país carente de regulaciones con normativas más permisivas.

En el abordaje de esta problemática podría plantearse la existencia de un conflicto insalvable entre las posibilidades de desarrollo de la ciencia y los principios éticos que la deben sustentar; pero lo que nos corresponde no es debatirnos entre esas dos posiciones, sino encontrar un enlace, un vínculo entre ellas y para ello podemos preguntarnos qué es lo que las une, si es el interés por el hombre y su bienestar, entonces hay que despojar a la ciencia de intereses mercantilistas y pensar ante todo en el hombre. Dado que las ciencias son producto del desarrollo y de las acciones de los hombres, no se trata de frenarlas ni de limitar la posibilidad de adquisición de nuevos conocimientos, sino de encausarlas de manera adecuada para garantizar que no atenten contra la dignidad humana, contra sus más elementales derechos de autonomía y respeto a la individualidad, ni contra las necesidades biológicas de la especie, que no incrementen las diferencias sociales que, desgraciadamente, existen en muchos países. Si la ciencia no respeta estos derechos del hombre, ¿para qué o quiénes son sus beneficios? ¿Qué valores humanos tendrían entonces sus resultados?

Como asumimos que la mayoría de los científicos que trabajan en estas investigaciones responden a estos sentimientos de respeto y justicia por el hombre, pensamos que es posible encontrar el camino apropiado por donde encausar estas investigaciones, de manera que sean ellos, con el apoyo y concurso de todos, los que tracen los verdaderos objetivos en beneficio de la humanidad.

Los resultados alcanzados por estos estudios son muy importantes y abren las puertas para investigaciones futuras; pero también para nuevas confrontaciones, análisis y debates, no sobre lo que se puede hacer, sino sobre lo que se debe hacer. Debemos, en este comienzo del nuevo siglo, comportarnos como una humanidad madura, capaz de regular y equilibrar sus acciones, de manera que los avances que se obtengan con el desarrollo de la ciencia redunden verdaderamente en beneficios de todos, en el mejoramiento de la vida, incluso en la satisfacción del

conocimiento de sí mismo, no para denigrarnos o marginarnos, sino para explorar todas nuestras potencialidades y reforzar nuestra propia naturaleza humana.

Bibliografía

- Acosta, J.R. (editor científico) *Bioética para la sustentabilidad*. La Habana, Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, 2002.
- Alterini, A.A. «Manipulación genética y clonación.» www.google.com: *Revista Jurídica*, 2001; (10): 6.
- Bergel, S. «Aspectos éticos y jurídicos del genoma humano. Los dilemas del megaproyecto.» *Encrucijadas* [Buenos Aires], 2001; 1 (5): 80-9.
- Botstein, D. «Of Genes and Genomes.» En E. Smith, W. Sapp (editores). *Plain Talk about the Human Project*. , 1996.
- Cibelli, J.B., R.P. Lanza, M.D. West, C. Ezzell. «The First Human Cloned Embryo.» *Scient Amer*, 2002; 286: 42-9.
- Colombo, R. «Human Cloning: parte 3.» Pontifical Academy for Life. www.ewtn.com/library/PROLIFE/clonept3.htm. 2003.
- Cronología de estudios del genoma. www.reforma.com. 2001.
- Cruz-Coke, R. «Posibles perversiones del genoma humano.» www.portaley.com: *La Tercera*, 2000:1-2.
- «Ethical, Legal and Social Issues.» *Genome Research*. www.ornl.gov/hgmis. 2002.
- «Extracto de la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos asumida por la ONU.» ice.d5.ub.es/argo/genoma.htm. 1998.
- Fost, N.C. «Conception for Donation.» *JAMA*, 2004; 291: 2125-6.
- International Human Genome Sequencing Consortium. «Initial Sequencing and Analysis of the Human Genome.» *Nature*, 2001; 409: 860-921.
- «Genetics Privacy and Legislation.» www.ornl.gov/hgmis. 2002.
- Goldstein, D. «Medicina y biología modernas. La era postgenómica.» *Encrucijadas* [Buenos Aires], 2001; 1 (5): 22-33.
- «Human Genome Project Information.» www.ornl.gov/hgmis. 2002.
- Iañez, E. «PGH: aspectos sociales y éticos.» Curso de doctorado: Biotecnología, ética y sociedad. Instituto de Biotecnología, Universidad de Granada, España. 1998.
- Jovell, A. «Biotecnología y bioética: implicaciones sociales del Proyecto Genoma Humano.» *Ética y Progreso Médico*, 1999; (especial): 31-43.
- Juncosa, A. «Ética, ciencia y técnica.» *Ética y Progreso Social*, 1999; (especial).
- Kim, J.H., J.A. Auerbach, J.A. Rodríguez-Gómez *et al.* «Dopamine Neurons Derived from Embryonic Stem Cell Function in an Animal Model of Parkinson's Disease.» *Nature*, 2002; 418: 50-6.
- Kornbliht, A. «El hombre y la biología molecular. La humanidad del genoma.» *Encrucijadas* [Buenos Aires], 2001; 1 (5): 8-21.
- Kyba, M., R.C.R. Perlingeiro, G.Q. Daley. «HoxB4 Confers Definitive Lymphoid-Myeloid Engraftment Potential on Embryonic Stem Cell and Yolk Sac Hematopoietic Progenitors.» *Cell*, 2002; 109: 29-37.
- Lacadena, J.R. «La selección de embriones con fines terapéuticos. Un nuevo debate en torno al diagnóstico genético preimplantacional.» *Vida Nueva*, 2004; 2: 8-10.

- Lacadena, J.R. «Ayer la oveja, hoy el pastor: clonación y partenogénesis en embriones humanos.» www.cnice.mecd.es/tematicas/genetica. 2002.
- Levin, M. «El Proyecto Genoma Humano: pasado, presente y futuro.» *Encrucijadas* [Buenos Aires], 2001; 1 (5): 8-21.
- Lewin, B. *Genes VIII*. Oxford, Oxford University Press, 2003.
- Loiacono, F. *Especial: el genoma humano*. www.monografias.com. 2000.
- Lumelsky, N., O. Blondel, P. Leang *et al.* «Differentiation of Embryonic Stem Cells to Insulin Secreting-Structures Similar to Pancreatic Islets.» *Science*, 2001; 292: 1389-94.
- Martínez, S.M. «Manipulación genética y clonación.» www.google.com: *Revista Jurídica*, 2001; (10): 2.
- Medvinsky, A., A. Smith. «Stem Cells: Fusion Brings Down Barriers.» *Nature*, 2003; 422: 823-4.
- Messaglia de Bacigalupo, M.V. «Nuevas formas de procreación y el derecho penal.» *AD HOC* [Buenos Aires], 2001; cita 18: 20.
- Messina de Estrella, G.N. «Responsabilidad derivada de la biotecnología. En *La responsabilidad. Homenaje al profesor doctor Isidoro H. Goldenberg*. Buenos Aires, Abeledo-Perrot, 1995: 191.
- «Niños de diseños: comienza la selección genética.» www.bioeticaweb.com. 2001.
- Orkin, S.H., S.J. Morrison. «Stem-cell Competition.» *Nature*, 2002 ; 418: 25-7.
- Patrinós, A. «The Human Genome Project: What it Is?» En E. Smith, W. Sapp (editores). *Plain Talk about the Human Project*. Tuskegee University, 1996.
- Pluchino, S., A. Quattrini, G. Dina *et al.* «Injection of Adult Neuropheres Induce Recovery in a Chronic Model of Multiple Sclerosis.» *Nature*, 2003; 422: 688-94.
- «Proyecto Genoma Humano.» www.elpais.es. 2001.
- Shin, T., D. Kraemer, J. Pryor *et al.* «A Cat Cloned by Nuclear Transplantation.» *Nature*, 2002; 415: 859.
- Tada, M., Y. Takahama, K. Abe, N. Nakatsuji, T. Tada. «Nuclear Reprogramming of Somatic Cells by in Vitro Hybridization with ES Cells.» *Current Biology*, 2001; 11 (19): 1553-8.
- Tamkins, T. «South Koreans Create Human Stem Cell Line Using Nuclear Transfer.» *Lancet*, 2004; 363: 623.
- Verlinsky, Y.S. Rechitsky, T. Sharapova *et al.* «Preimplantation HLA Testing.» *JAMA*, 2004; 291: 2079-85.
- Vogel, G. «Human Cloning. Scientists Take Step Toward Therapeutic Cloning.» *Science*, 2004; 303: 937-8.
- Wakitani, S. y cols. «Embryonic Stem Cells Injected into the Mouse Knee Joint from Teratomas and Subsequently Destroy of the Joint.» *Rheumatology*, 2003; 42: 162-5.
- Yarke, M.C. «Relaciones jurídicas que determina la manipulación genética.» *JA*, 1989; 11: 881.
- Zavos, P. «Human Reproductive Cloning: the Time is Near.» *Reproductive BioMedicine Online*, 2003, 6:397-8.

¿En busca del perfeccionamiento humano?

*Mayra Garí Calzada, Bárbara Barrios García,
Irene Barrios Ozuna y José R. Acosta Sariego*



La introducción de los avances científico-técnicos en el campo de las investigaciones biomédicas ha hecho posible que el hombre intervenga activamente sobre el resultado de su propio desarrollo.

El advenimiento de nuevas biotecnologías, desde mediados de la década de 1970, dio lugar al aislamiento y manipulación de los genes (segmentos de la molécula de ácido desoxirribonucleico, o ADN, donde está codificada la información reguladora del desarrollo de los seres vivos). Esto ha propiciado el surgimiento de una nueva rama de la biología, conocida como «ingeniería genética».¹

El rápido aumento del número de investigaciones en este campo en las tres décadas subsiguientes ha revolucionado el conocimiento acerca de los genes, y novedosas técnicas se incorporan constantemente al arsenal de la genética molecular.

El ADN, ¿un nuevo medicamento?

A inicios de 1990, fue presentado al Congreso de los Estados Unidos el Proyecto del Genoma Humano (PGH), la investigación más ambiciosa en el campo de las ciencias biológicas del pasado siglo. Sus orígenes datan de 1984, cuando el Departamento de Energía, en

¹ W.A. Ritschel, H. Forusz. «Introduction to Gene Technology.» *Methodological Findings on Experimental Clinical Pharmacology*, 1994; 16: 453-67.

Utah, investigó la utilidad del análisis directo del ADN para la detección de mutaciones (variaciones de los genes) entre los sobrevivientes de las bombas atómicas.²

El PGH, con colaboración multinacional, se propone diversos objetivos, y el primero de ellos es desarrollar mapas físicos y genéticos de los cromosomas humanos.³ Consta de dos etapas fundamentales, la primera, cumplida en lo esencial en 2001, consistió en el mapeo de los 23 pares de cromosomas que componen el genoma humano, lo que ha incorporado al conocimiento contemporáneo los sitios precisos donde se halla contenida la información del código genético. A través de la segunda y más complicada etapa, el hombre conocerá las localizaciones de los genes responsables no solo de enfermedades, sino también de las características fenotípicas normales y la predisposición a distintas enfermedades (hipertensión, diabetes, cáncer, u otras) cuyo desarrollo puede ser favorecido por los efectos ambientales.⁴

Las técnicas de la ingeniería genética, empleadas en el mejoramiento de especies vegetales y animales son aplicadas en diversos laboratorios del mundo, incluidos los cubanos. El principio sobre el que se basan es la transferencia de genes entre organismos de la misma o de diferentes especies, con el propósito de incorporar genes que adicionen o mejoren alguna cualidad en el organismo receptor.

En 1990, el primer protocolo de terapia génica somática (TGS) en humanos recibió la aprobación oficial. Una niña norteamericana de cuatro años, que padecía una inmunodeficiencia severa a causa de un déficit de la enzima adenosín deaminasa, fue transfundida con sus propios linfocitos (células que defienden al organismo frente a agentes extraños) a los cuales, previamente, se les había introducido una copia normal del gen codificador de la síntesis de esa enzima.⁵

Aunque los primeros protocolos de terapia génica se desarrollaron con personas que padecían de enfermedades monogénicas (un gen dañado es el responsable de la enfermedad), en la actualidad son numerosas las investigaciones y los protocolos en el tratamiento del cáncer. El tratamiento para estos pacientes consiste en un mejoramiento génico de las células, es decir, se adicionan genes cuyas funciones potencializan la respuesta antitumoral del organismo. Otras enfermedades, entre las cuales se encuentran las cardiovasculares y el SIDA, también se estudian como beneficiarias de la TGS.⁶

² L.W. Engels. «The Human Genoma Project.» *Archives of Pathological Laboratory Medicine*, 1993; 117: 459-65.

³ P.R. Rosteck. «The Human Genoma Project. Genetic and Physical Mapping.» *Trends on Endocrinology Metabolism*, 1994; 5: 359-64.

⁴ M.S. Guyer, F.S. Collins. «The Human Genoma Project and the Future of Medicine.» *American Journal on Diseases of Children*, 1993; 147: 1145-52; J. Weissenbach. «Le genome humain entre médecine et science.» *Médecine/Sciences*, 1995; 11: 317-23.

⁵ R.A. Morgan, W.F. Anderson. «Human Gene Therapy.» *Annual Review on Biochemistry*, 1993; 62: 191-217.

⁶ O. Cohen-Haguenuer, C. Bordignon. «Las esperanzas de la terapia génica.» *Mundo Científico*, 1995; 15: 17-21.

A pesar del insuficiente éxito y de los problemas tecnológicos por resolver, no son pocos los que aseguran que el ADN es un medicamento para el futuro.⁷

En 1975, la comunidad científica internacional, consciente de los riesgos que entraña la manipulación de los genes, acordó las condiciones para trabajar con el material genético *in vitro*, y se promulgaron estrictas reglamentaciones para ello.⁸

El PGH incluye un programa que ha sido llamado Ética Preventiva, el cual trabaja sobre los problemas morales, legales y sociales emanados de la ejecución de este proyecto. Dicho programa tiene un propósito educativo –tanto para los profesionales como para la población en general–, pero también propicia el diálogo para contribuir a la adopción de medidas preventivas de efectos no deseados.

Debate en el Primer Mundo

Los protocolos de TGS son sometidos a discusión en los comités de ética de los centros involucrados. Un requisito exigido es la autorización del paciente, previo conocimiento de los elementos a favor, pero también de los riesgos inherentes al tratamiento.⁹ Los mayores riesgos se atribuyen al vector, generalmente un virus, al cual se acoplan los genes nuevos introducidos en las células del paciente. Hay desacuerdo en la validez de este consentimiento informado, cuando se trata de niños pequeños, cuyos padres son los responsables de autorizar o rechazar el tratamiento. Y en el caso de los adultos, ¿en qué medida la esperanza de una terapia obnubila la ponderación de los riesgos?

La valoración de los riesgos de la terapia génica no es exclusiva de la salud humana, sino también de la salud ambiental (plantas y animales). ¿Podieran tener los organismos genéticamente mejorados algún efecto a largo plazo sobre el ecosistema?¹⁰

La posibilidad real de realizar estudios del ADN en los individuos y de localizar genes que predispongan a enfermedades es un resultado del PGH. ¿Cómo pudiera manipularse el empleo de esta tecnología? En un mundo donde la medicina se ha convertido en un bien de consumo, y donde los exámenes que requieren alta tecnología incrementan las sustanciosas ganancias de las

⁷ A. Kahn, M. Peschanski, «L'ADN, un médicament pour demain.» *Médecine/Sciences*, 1992; 8: 900-1.

⁸ Se refiere a la reunión conocida como Asilomar II, celebrada en esa localidad californiana en febrero de 1975, donde fueron acordadas las barreras de seguridad, biológicas y físicas, y también los niveles de riesgo de las investigaciones biotecnológicas. Todo ello fue publicado, en junio del propio año, en la revista *Science*. (Nota del editor científico.)

⁹ M. Evans, N. Affara, A.M.L. Lever. «Gene Therapy-Future Prospects and the Consequences.» *British Medical Bulletin*, 1995; 51: 226-34.

¹⁰ I.H. Carmen. «Human Gene Therapy: A Biological Overview and Analysis.» *Human Gene Therapy*, 1993; 4: 187-93.

transnacionales, podría ser incorporado como requisito para la aceptación laboral la detección de factores predisponentes de enfermedades comunes en la civilización actual, como la diabetes y la hipertensión arterial. ¿Qué uso pudieran hacer empleadores y compañías de seguro con esta información? ¿Debe esta ser conocida solo por el paciente? ¿En qué casos debe ser informada también la familia?

Son múltiples las preguntas y más disímiles aún las respuestas. Hay temores, y no precisamente infundados, acerca de que estos estudios del ADN puedan potenciar el determinismo biológico y la discriminación de grupos minoritarios, como ya lo son los negros, las mujeres y los ancianos, entre otros.

Hipertrofiar el papel de los genes en las decisiones del desarrollo conduce a un enfoque reduccionista de este, porque al obviar la importante regulación que ejerce el medio extragénico, desde la propia célula hasta la sociedad, conduciría a un fatalismo genético donde habría genes «buenos» y otros «no tan buenos», que estigmatizarían a los individuos desde su niñez.

Los estudios del ADN también podrían hacerse en individuos no nacidos, lo que ampliaría el espectro de enfermedades que van a ser diagnosticadas hasta la etapa prenatal, algunas de las cuales comprometen seriamente la vida del recién nacido. En los países donde el aborto es una opción legal de las parejas, habría un incremento en el número de gestaciones interrumpidas por causa genética. Esto alarma a quienes defienden el carácter sacrosanto de la vida y le atribuyen al feto los mismos derechos de una persona. Otros, sin entrar en contradicción con los abortos terapéuticos, manifiestan su temor por el riesgo que se corre si se flexibilizan las barreras de tolerancia para las enfermedades aceptadas como justificación de interrupción del embarazo y la búsqueda de individuos sanos y perfectos (eugenesia).

En los países hasta ahora activos participantes del PGH, encabezados por los Estados Unidos, se autoriza la ejecución de ensayos clínicos empleando la terapia génica, siempre que los protocolos cumplan los requerimientos establecidos. Ha sido informado este tipo de tratamiento, además, en Francia, Italia, China y Holanda.

La TGS no entraña la transmisión del gen o genes transplantados en el laboratorio a generaciones futuras, porque las células tratadas no son ni células sexuales ni germinales. Si las técnicas de transferencia de genes se aplicaran en las primeras células originadas del huevo o cigoto, a partir de las cuales se desarrollarán todas las poblaciones celulares del individuo, ese cambio génico también sería incorporado a las células sexuales del nuevo individuo (ya sean óvulos o espermatozoides), y sí sería transmitido a la descendencia de esa persona. En este caso, se trata de terapia génica en células germinales (TGG) porque los cambios en el ADN se heredarían.¹¹

¹¹ D.S. Katchman. «Germline Gene Therapy?» *Gene Therapy*, 1994; 1: 277-9.

La hiperestimulación de los ovarios y la extracción de óvulos para ser fecundados fuera del cuerpo de la mujer ya es una rutina –no tan exitosa como podría pensarse– en las instituciones donde se ocupan de alternativas tecnológicas para solucionar la infertilidad de las parejas. Estas técnicas de reproducción asistida, entre las que se encuentra la fertilización *in vitro* (FIV), han desarrollado métodos de conservación de las células sexuales fuera del cuerpo humano y, por un tiempo limitado también, del embrión.

La manipulación de embriones con fines reproductivos es legal en muchos países donde la FIV y la transferencia de embriones son parte del tratamiento de la infertilidad. El empleo de embriones con fines investigativos es ilegal en países como Alemania y España, mientras que en otros, como Francia, los Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Dinamarca y Australia se permite solo durante los primeros catorce días y siempre que no implique transformaciones del ADN. En este período, el embrión no posee características morfológicas que lo identifiquen como del género humano, solo se trata de grupos de células denominadas también preembrión.¹²

Con el objetivo de aumentar la probabilidad de éxito de la FIV, son implantados en el útero de la mujer al menos tres embriones. Como esto lleva a la necesidad de obtener varios embriones para poder seleccionar los que serán implantados, se ha promovido el desarrollo de técnicas de conservación de estos. El conocimiento de nuevos genes causantes de enfermedades amplía el número de pruebas requeridas para la selección de los embriones y los no seleccionados, los supernumerarios, son los que se utilizan para la investigación.

De una parte el PGH, y de la otra la manipulación de los embriones, crean las bases para que la terapia génica en células germinales no sea una utopía. El temor a su empleo con fines no terapéuticos ha provocado que ningún país la haya legalizado. La percepción del riesgo para la población inherente a esta terapia a largo plazo no está estrictamente relacionada con el riesgo individual contraído por las personas sometidas a este tratamiento, sino con el temor a la falta de control en su empleo. ¿Dejará de ser ciencia ficción la posibilidad de crear un Frankenstein?

Panorama latinoamericano

En la región de la América Latina, los defectos congénitos ocupan entre el segundo y el quinto lugar de las causas de muerte en menores de un año, y constituyen del 2 al 27% de la mortalidad infantil. El doctor Guerra de Macedo ha planteado:

[N]o menos del 5% de los recién nacidos vivos están afectados con enfermedades genéticas y defectos congénitos. Los niños que nacen con defectos congénitos en

¹² F. Breton, D. Thouvenin «Quel statut pour l'embryon?» *Recherche*, 1995; (280): 44-7.

los países en desarrollo son especialmente vulnerables a los efectos de un medio ambiente hostil y los más propensos a enfermar o morir de diarreas, enfermedades respiratorias agudas y desnutrición. La OPS apoya el uso de tecnología apropiada y la incorporación de servicios de salud genética en la atención primaria.¹³

Son muy escasos los países que han logrado socializar servicios de genética que garanticen a sus ciudadanos una adecuada atención a los enfermos y también a sus familias. Lamentablemente, la escasez de políticas sanitarias con amplia cobertura poblacional y los recortes presupuestarios impuestos a la salud pública mantienen los servicios de genética en una categoría exclusiva. Urge la justicia distributiva en los servicios de salud, y no solo en la esfera de la genética.

Cuba, una excepción latinoamericana en este sentido, ha socializado servicios de genética que garantizan una cobertura poblacional, tanto para el diagnóstico como para lo que es más importante: la prevención de enfermedades en las cuales el ambiente tiene efectos desencadenantes. En los programas de atención a la embarazada, está incluido el diagnóstico prenatal de algunos defectos congénitos que por su gravedad comprometen la salud y hasta la vida del recién nacido, y de otros cuyo temprano tratamiento disminuye las secuelas de la enfermedad.

Los genetistas latinoamericanos también contribuyen al desarrollo creciente del conocimiento sobre el genoma humano. Las enfermedades genéticas que forman parte de nuestro patrimonio genómico también son estudiadas y los genes responsables identificados.¹⁴

En 1993, el *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, en uno de sus trabajos publicó que había casi 100 autores latinoamericanos con más de 200 entradas en el Registro de Enfermedades Hereditarias con patrón de transmisión mendeliano, cuyo banco central radica en los Estados Unidos.¹⁵ Hay varios países latinoamericanos sumados al esfuerzo multinacional de descifrar el genoma humano. La carencia del soporte tecnológico necesario les impide realizar los estudios completos en sus laboratorios y, en la mayoría de las ocasiones, estos se realizan en países desarrollados. ¿Acaso debemos exportar nuestro ADN para conocerlo? En los peores casos, las muestras –sobre todo de comunidades indígenas– son extraídas sin el consentimiento de los verdaderos dueños.

La desigualdad económica determina dilemas diferentes para los bioeticistas del Primer y Tercer Mundos. Mientras que en el mundo desarrollado se debaten las consecuencias no deseadas de la terapia génica, en una cifra no despreciable de los ciudadanos del Tercer Mundo no se puede diagnosticar una enfermedad

¹³ C. Guerra de Macedo. «Servicios de salud en genética» [mensaje del Director], *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 1993; 115: 1.

¹⁴ L.E. Figuera, J.M. Contú. «El aporte de América Latina al conocimiento del genoma humano.» *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 1993; 115: 12-8.

¹⁵ V. Penchaszadeh. «Genética y salud pública.» *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 1993; 115: 1-11.

causada por un número anormal de cromosomas, a pesar de que esto es posible desde la década de los cincuenta del pasado siglo. ¿Se puede hablar de los riesgos eugenésicos que entraña la terapia génica en células germinales en las mujeres de nuestro continente, esterilizadas sin su consentimiento para impedir que tengan más hijos?

El desarrollo científico-técnico y la humanidad tienen experiencia del costo que la investigación puede tener en los propios seres humanos, pero también de los múltiples beneficios que esta les proporciona. No es a la investigación a la que debemos temer, sino al uso que el hombre pudiera hacer de ella. En la medida en que se amplíe el debate, y el lenguaje de la ciencia se despoje de erudición y sea asequible a todos, cada individuo con capacidad de decisión será partícipe de su propio destino. Pero esta participación solo comenzará a lograrse cuando todos los que habitan en el planeta puedan, en primer lugar, acceder a los servicios de salud más elementales, como la vacunación o el tratamiento con antibióticos que impida la muerte por infección.

El doctor Guerra de Macedo expresó: «Estamos frente al reto de examinar, analizar y darle una dimensión ética al proceso de decisiones que conduce a la determinación de políticas públicas: políticas de salud, políticas de desarrollo, en fin, políticas que determinan quiénes son los que reciben y quiénes son los excluidos.»¹⁶

¹⁶ C. Guerra de Macedo. «Apertura al Seminario-Taller de Bioética.» En *Bioética en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile, OPS/PAHO, 1995.

Algunas reflexiones acerca de la temática medioambiental

María Teresa Pérez Pino



¿Qué es medio ambiente?

Entendemos como medio ambiente el conjunto de elementos abióticos (energía solar, suelo, agua y aire) y bióticos (organismos vivos) que integran la delgada capa de la Tierra llamada biosfera, sustento y hogar de los seres vivos. La comprensión integral del medio ambiente no es posible si se parte solamente de la interpretación de los procesos naturales, al margen de los sistemas o modos de producción que han tenido lugar en el desarrollo de la sociedad humana.

La humanidad se encuentra en un momento definitorio de su historia. Nos enfrentamos con la perpetuación de disparidades entre y dentro de las naciones, a un empeoramiento de la pobreza, el hambre, las enfermedades y el analfabetismo, así como con el continuo deterioro de los ecosistemas de los que dependemos para nuestra prosperidad y felicidad.

Para poder enfrentar esta grave situación, se debe lograr la formación de hombres con la necesaria conciencia de la responsabilidad individual en el cuidado y preservación del entorno. Para esto es indispensable la aplicación de la educación ambiental en todos los niveles. El reto, en nuestros días, es lograr la concientización y participación de la comunidad en la resolución de los problemas ambientales que nos aquejan.

¿Cómo comenzó el deterioro del medio ambiente?

Durante su larga historia, la Tierra ha cambiado lentamente. La deriva continental (resultado de la tectónica de placas) separó las masas continentales, los océanos invadieron tierra firme y se retiraron de ella, y se alzaron y erosionaron montañas que depositaron sedimentos a lo largo de las costas. Los climas se caldearon y enfriaron, y aparecieron y desaparecieron formas de vida al cambiar el medio ambiente. El más reciente de los acontecimientos medioambientales importantes en la historia de la Tierra se produjo en el cuaternario, durante el pleistoceno (entre 2,5 millones y 10 000 años atrás), llamado también período glacial. El clima subtropical desapareció y cambió la faz del hemisferio norte. Grandes capas de hielo avanzaron y se retiraron cuatro veces en América del Norte y tres en Europa, lo que hizo oscilar el clima de frío a templado e influyó en la vida vegetal y animal, y, en última instancia, dio lugar al clima que hoy conocemos. Nuestra era recibe, indistintamente, los nombres de reciente, posglacial y holoceno. Durante este tiempo el medio ambiente del planeta ha permanecido más o menos estable.¹

La especie *homo sapiens* apareció recientemente en la historia de la Tierra, pero ha sido capaz de modificar el medio ambiente con sus actividades. Aunque, al parecer, los humanos hicieron su aparición en África, no tardaron en dispersarse por todo el mundo. Gracias a sus peculiares capacidades mentales y físicas, lograron escapar a las constricciones medioambientales que limitaban a otras especies y alterar el entorno para adaptarlo a sus necesidades.

Aunque los primeros humanos, como los demás animales, vivieron en armonía con el medio ambiente, su alejamiento de la vida salvaje comenzó ya en la prehistoria con la revolución agrícola. La capacidad de controlar y usar el fuego les permitió modificar o eliminar la vegetación natural, y la domesticación y pastoreo de animales herbívoros contribuyó a la erosión del suelo. El cultivo de plantas conllevó a la destrucción de la vegetación natural para hacer lugar a las cosechas, mientras la demanda de leña provocó la denudación de montañas y el agotamiento de bosques enteros.

Los animales salvajes se cazaban por su carne y eran destruidos en caso de ser considerados plagas o depredadores.

Mientras las poblaciones humanas siguieron siendo pequeñas y su tecnología modesta correspondiente a una civilización esencialmente agrícola, su impacto sobre el medio ambiente fue solamente local. No obstante, al ir creciendo la población y mejorando la tecnología aparecieron problemas más significativos y generalizados. El rápido avance tecnológico producido durante la modernidad trajo consigo el descubrimiento de los posibles usos y ulterior

¹ A. Facenda Carrasco. «El medio ambiente.» Ponencia presentada al XIV Forum de Ciencia y Técnica Provincia La Habana. CD-ROM. 2003.

explotación de los combustibles fósiles, así como de otros recursos minerales de la Tierra.

Fue con la revolución industrial cuando el hombre empezó realmente a cambiar la faz del planeta, la naturaleza de su atmósfera y la calidad de las aguas. Hoy, la demanda sin precedentes a la que el rápido crecimiento de la población humana ocurrida durante el pasado siglo xx y el desarrollo tecnológico someten al medio ambiente está produciendo un declive cada vez más acelerado en la calidad de este y en su capacidad para sustentar la vida. «El hombre es único ser capaz de degradar su entorno y, a la vez, conocer el daño que causa.»²

En la actualidad, no se puede hablar de los problemas medioambientales sin considerar los conflictos y afectaciones que han provocado los modelos de desarrollo seguidos hasta el presente, basados en el saqueo de los recursos naturales, la concentración del poder económico, la desigualdad social y la inequidad.

¿Cuáles son los cambios globales que el hombre ha provocado en el entorno y van más allá de las fronteras regionales?

Estos cambios –de cuyos efectos continuamente oímos hablar en los medios de comunicación– en lo fundamental son: lluvia ácida, deterioro de la capa de ozono, efecto invernadero, deforestación, desertificación e inundaciones.³

Los efectos provocados por estos cambios están interrelacionados y no se pueden analizar aisladamente. Es por eso que en la información consultada acerca de alguno de estos fenómenos a menudo aparecen relacionados con otros. Por ejemplo, la deforestación está relacionada con el efecto invernadero y con la pérdida de la biodiversidad, y a su vez la lluvia ácida provoca deforestación.

¿Cuál ha sido la causa del deterioro del medio ambiente?

Con independencia de la contaminación en los países de alta industrialización, el modo de producción capitalista también ha provocado una situación profundamente degradante en los países subdesarrollados. Aquellos intereses que poseen el poder para hacerlo, pueden apropiarse o destruir los elementos naturales que constituyen el sustento de poblaciones enteras. La producción industrial descontrolada realizada por un grupo con el propósito de producir y consumir una mayor cantidad de bienes más refinados, puede dejar a otro grupo debatiéndose con el suelo, el aire y el agua de su entorno contaminados.

La dinámica de la deforestación en la cuenca del río Amazonas es ejemplo de estos desplazamientos de efectos. Las investigaciones han demostrado que la energía liberada por la condensación del agua evapotranspirada por los bosques que cubren la cuenca del Amazonas representa una contribución importante

² T. Fung Riverón. «Medio ambiente y conciencias plurales.» En *Ecología y sociedad. Estudios*. La Habana, Editorial de Ciencias Sociales, 1999: 9.

³ M. del C. Espinosa Lloréns. «Crisis ambiental, sociedad y educación.» En *Ecología y sociedad. Estudios*. Ob. cit.: 20.

al equilibrio térmico de la Tierra. La deforestación de esta región, por tanto, provoca una reducción de la evapotranspiración que resulta, en última instancia, en una temperatura más alta en las latitudes más centrales del globo.⁴ Las investigaciones biológicas han catalogado más de 500 000 especies de plantas y animales en la Amazonia. Esto representa solo una fracción del número total realmente presente cuya extrapolación sugiere que existen más de 10 millones de especies, lo cual hace a esta región la de mayor biodiversidad de la Tierra.

En esta región, una sola corporación privada ha sido responsable en años recientes de la quema de aproximadamente 140 000 hectareas de bosque tropical virgen, la mayor destrucción que ha ocurrido hasta la fecha en una sola propiedad. Allí la tierra fue limpiada para crear zonas de pastos para 46 000 cabezas de ganado. Ahora se reconoce ampliamente que este tipo de acciones en la cuenca del Amazonas produce una disminución de la hierba debido a la pérdida de fósforo del suelo, su compactación, erosión, etcétera. Un beneficio económico temporal, no sostenible, que fue apropiado de modo individual por un grupo de intereses privados significó la destrucción permanente de partes de un elemento irremplazable del mecanismo de reproducción de la Tierra.

¿Cuáles han sido las consecuencias en la naturaleza del uso indiscriminado de los recursos naturales?

La atmósfera, que protege a la Tierra del exceso de radiaciones ultravioleta y permite la existencia de la vida, es una mezcla gaseosa de nitrógeno, oxígeno, hidrógeno, dióxido de carbono, vapor de agua, otros elementos y compuestos, y partículas de polvo. Calentada por el Sol y la energía radiante de la Tierra, la atmósfera circula en torno al planeta y modifica las diferencias térmicas. Por lo que se refiere al agua, el 97% se encuentra en los océanos, el 2% es hielo y el 1% restante es el agua dulce de los ríos, los lagos, las aguas subterráneas y la humedad atmosférica y del suelo. El suelo es el delgado manto de materia que sustenta la vida terrestre. Es producto del clima, de la roca madre, como las morrenas glaciales y las rocas sedimentarias, y de la vegetación. De todos ellos dependen los organismos vivos, incluido el hombre. Las plantas se sirven del agua, el dióxido de carbono y la luz solar para convertir materias primas en carbohidratos por medio de la fotosíntesis. La vida animal, a su vez, depende de las plantas en una secuencia de vínculos interconectados conocida como red trófica.⁵

Uno de los impactos que el uso de combustibles fósiles ha producido sobre el medio ambiente terrestre ha sido el aumento de la concentración de dióxido de carbono (CO₂) en la atmósfera. La cantidad de CO₂ atmosférico había

⁴ P. Leopoldo. «Deforestación en la región del Amazonas.» *Interciencia* [Washington], noviembre-diciembre, 1989: 283.

⁵ *Ibidem* 1.

permanecido estable, aparentemente durante siglos, en unas 260 ppm (partes por millón), pero en los últimos 100 años ha ascendido a 350 ppm. Lo significativo de este cambio es que puede provocar un aumento de la temperatura de la Tierra a través del proceso conocido como efecto invernadero. El dióxido de carbono atmosférico tiende a impedir que la radiación de onda larga escape al espacio exterior; dado que se produce más calor y puede escapar menos, la temperatura global de la Tierra aumenta.

Un calentamiento global significativo de la atmósfera tendría graves efectos sobre el medio ambiente. Aceleraría la fusión de los casquetes polares, haría subir el nivel de los mares, cambiaría el clima regional y globalmente alteraría la vegetación natural y afectaría a las cosechas. Estos cambios, a su vez, tendrían un enorme impacto sobre la civilización humana. Desde 1850 se ha producido un aumento medio en la temperatura global de cerca de 1°C. Algunos CO_2 y otros «gases invernadero» provocará que las temperaturas continúen subiendo. Las estimaciones van de 2 a 6°C para mediados del siglo XXI. No obstante, otros científicos que investigan los efectos y tendencias del clima rechazan las teorías del calentamiento global y atribuyen la última subida de la temperatura a fluctuaciones normales.

Asociada también al uso de combustibles fósiles, la deposición ácida se debe a la emisión de dióxido de azufre y óxidos de nitrógeno por las centrales térmicas y a los escapes de los vehículos de motor. Estos productos interactúan con la luz del sol, la humedad y los oxidantes, y producen ácidos sulfúrico y nítrico, los que son transportados por la circulación atmosférica y caen a tierra, arrastrados por la lluvia y la nieve en la llamada lluvia ácida, o en forma de depósitos secos, partículas y gases atmosféricos.

La lluvia ácida es un importante problema global. La acidez de algunas precipitaciones en el norte de los Estados Unidos y Europa es equivalente a la del vinagre. La lluvia ácida corroe los metales, desgasta los edificios y monumentos de piedra, daña y mata la vegetación y acidifica lagos, corrientes de agua y suelos, sobre todo en ciertas zonas del noreste de los Estados Unidos y el norte de Europa. En estas regiones, la acidificación lacustre ha hecho morir a poblaciones de peces. Hoy también es un problema en el sureste de los Estados Unidos y en la zona central del norte de África. La lluvia ácida puede retardar también el crecimiento de los bosques; se asocia al declive de estos a grandes altitudes, tanto en los Estados Unidos como en Europa.

En las décadas de 1970 y 1980, los científicos empezaron a descubrir que la actividad humana estaba teniendo un impacto negativo sobre la capa de ozono, una región de la atmósfera que protege al planeta de los dañinos rayos ultravioleta. Si no existiera esa capa gaseosa, que se encuentra a unos 40 kilómetros de altitud sobre el nivel del mar, la vida sería imposible sobre nuestro planeta. Los estudios mostraron que la capa de ozono estaba siendo afectada por el uso creciente de clorofluorocarbonos (CFC), compuestos de flúor que se emplean

en refrigeración, aire acondicionado, disolventes de limpieza, materiales de empaquetado y aerosoles. El cloro, un producto químico secundario de los CFC, ataca al ozono, que está formado por tres átomos de oxígeno y le arrebató uno de ellos para formar monóxido de cloro. Este reacciona a continuación con átomos de oxígeno para formar moléculas de oxígeno y libera moléculas de cloro que descomponen más moléculas de ozono.⁶

Al principio se creía que la capa de ozono se estaba reduciendo de forma homogénea en todo el planeta. Investigaciones posteriores a 1985 revelaron la existencia de un gran agujero centrado sobre la Antártida; el 50% o más del ozono situado sobre esta área desaparecía estacionalmente (a partir del mes de octubre). El adelgazamiento de la capa de ozono expone a la vida terrestre a un exceso de radiación ultravioleta que puede producir cáncer de piel y cataratas, reducir la respuesta del sistema inmunitario, interferir en el proceso de fotosíntesis de las plantas y afectar al crecimiento del fitoplancton oceánico.

Debido a la creciente amenaza que representan estos peligrosos efectos sobre el medio ambiente, muchos países trabajan en el proyecto de suprimir la fabricación y uso de los CFC. No obstante, los CFC pueden permanecer en la atmósfera durante más de 100 años, por lo que la destrucción del ozono continuará representando una amenaza durante décadas.

El uso extensivo de pesticidas sintéticos derivados de los hidrocarburos clorados en el control de plagas ha tenido efectos colaterales desastrosos para el medio ambiente. Estos pesticidas organoclorados son muy persistentes y resistentes a la degradación biológica. Estos compuestos son muy poco solubles en agua, se adhieren a los tejidos de las plantas y se acumulan en los suelos, el sustrato del fondo de las corrientes de agua y los estanques, y en la atmósfera. Una vez volatilizados, los pesticidas son capaces de contaminar áreas silvestres a gran distancia de los campos de cultivo, e incluso hasta las zonas ártica y antártica.

Aunque estos productos químicos sintéticos no existen en la naturaleza, se incluyen en la cadena alimentaria. Los pesticidas son ingeridos por los herbívoros o penetran directamente a través de la piel de organismos acuáticos como peces y diversos invertebrados, y se concentran aún más al pasar de los herbívoros a los carnívoros, así como alcanzan elevadas concentraciones en los tejidos de los animales que ocupan los eslabones más altos de la cadena alimentaria, como el halcón peregrino, el águila calva y la quebrantahuesos. Los hidrocarburos clorados interfieren en el metabolismo del calcio de las aves, al producir un adelgazamiento de la cáscara de los huevos y el consiguiente fracaso reproductivo. Como resultado de ello, algunas grandes aves depredadoras y piscívoras se encuentran al borde de la extinción.

Debido, por una parte, al peligro que los pesticidas representan para la fauna silvestre y el hombre, y, por otra, a que los insectos han desarrollado resistencia

⁶ *Ibidem* 1.

a ellos, el uso de hidrocarburos halogenados como el DDT está disminuyendo con rapidez en todo el mundo occidental, aunque aún siguen usándose en grandes cantidades en los países en vías de desarrollo. A comienzos de la década de 1980, el EDB o dibromoetano, un pesticida halogenado, despertó también gran alarma por su potencial naturaleza carcinógena y finalmente fue prohibido.

Existe otro grupo de compuestos íntimamente vinculado al DDT: los bifenilos policlorados (PCB). Se han utilizado durante años en la producción industrial y han acabado penetrando en el medio ambiente. Su impacto sobre el hombre y la vida silvestre ha sido similar al de los pesticidas. Debido a su extremada toxicidad, el uso de PCB ha quedado restringido a los aislantes de los transformadores y condensadores eléctricos.

El PCDD es el más tóxico de otro grupo relacionado de compuestos altamente tóxicos, las dioxinas o dibenzo-para-dioxinas. El grado de toxicidad para el hombre de estos compuestos carcinógenos no ha sido aún comprobado. El PCDD puede encontrarse en forma de impurezas en conservantes para la madera y el papel y en herbicidas. El agente naranja, un defoliante muy utilizado, contiene trazas de dioxina.

Las sustancias tóxicas son productos químicos cuya fabricación, procesado, distribución, uso y eliminación representan un riesgo inasumible para la salud humana y el medio ambiente. La mayoría de estas sustancias tóxicas son productos químicos sintéticos que penetran en el medio ambiente y persisten en él durante largos períodos. En los vertederos de productos químicos se producen concentraciones significativas de sustancias tóxicas. Si estas se filtran al suelo o al agua, pueden contaminar el suministro de agua, el aire, las cosechas y los animales domésticos, y han sido asociadas a defectos congénitos humanos, abortos y enfermedades orgánicas. A pesar de los riesgos conocidos, el problema no lleva camino de solucionarse. Recientemente, se fabricaron más de 4 millones de productos químicos sintéticos nuevos en un periodo de quince años, y se crean de 500 a 1 000 productos nuevos cada año.⁷

Un número cada vez mayor de seres humanos empieza a cercar las tierras vírgenes que quedan, incluso en áreas consideradas más o menos a salvo de la explotación. La insaciable demanda de energía ha impuesto la necesidad de explotar el gas y el petróleo de las regiones árticas, lo que pone en peligro el delicado equilibrio ecológico de los ecosistemas de tundra y su vida silvestre. Los bosques tropicales, sobre todo los del sureste de Asia y los de la cuenca del río Amazonas, están siendo destruidos a un ritmo alarmante para obtener madera, despejar suelo para pastos y cultivos, plantaciones de pinos y asentamientos humanos.

En la década de 1980, se llegó a estimar que las masas forestales estaban siendo destruidas a un ritmo de 20 hectáreas por minuto. Otra estimación daba

⁷ *Ibidem* 1.

una tasa de destrucción de más de 200 000 kilómetros cuadrados al año. En 1993, los datos obtenidos vía satélite permitieron determinar un ritmo de destrucción de casi 15 000 kilómetros cuadrados al año solo en la cuenca amazónica.

Esta deforestación tropical podría llevar a la extinción de hasta 750 000 especies, lo que representaría la pérdida de toda una multiplicidad de productos: alimentos, fibras, fármacos, tintes, gomas y resinas. Además, la expansión de las tierras de cultivo y de pastoreo para ganado doméstico en África, así como el comercio ilegal de especies amenazadas y productos animales podría representar el fin de los grandes mamíferos africanos.

La erosión del suelo se está acelerando en todos los continentes y está degradando entre la quinta y la tercera parte de las tierras de cultivo de todo el mundo, lo que representa una seria amenaza para el abastecimiento global de víveres. Por ejemplo, la erosión está minando la productividad del 34% del total de las tierras de cultivo de los Estados Unidos.

En el Tercer Mundo, la creciente necesidad de alimentos y leña han tenido como resultado la deforestación y cultivo de laderas con mucha pendiente, lo que ha producido una severa erosión de estas. Para complicar aún más el problema, hay que tener en cuenta la pérdida de tierras de cultivo de primera calidad debido a la industria, los pantanos, la expansión de las ciudades y las carreteras.

La erosión del suelo y la pérdida de las tierras de cultivo y los bosques reduce, además, la capacidad de conservación de la humedad de los suelos y añade sedimentos a las corrientes de agua, lagos y embalses.

Las consecuencias de la erosión están agravando el creciente problema mundial del abastecimiento de agua. La mayoría de estos efectos se constatan en las regiones semiáridas y costeras del mundo. Las poblaciones humanas en expansión requieren sistemas de irrigación y agua para la industria. Esto está agotando hasta tal punto los acuíferos subterráneos que empieza a penetrar en ellos agua salada a lo largo de las áreas costeras en los Estados Unidos, Israel, Siria y los estados árabes del Golfo. En áreas tierra adentro, las rocas porosas y los sedimentos se compactan al perder el agua, lo que ocasiona problemas por el progresivo hundimiento de la superficie. Este fenómeno es ya un grave problema en Texas, la Florida y California.

El mundo experimenta también un progresivo descenso en la calidad y disponibilidad del agua. Casi el 75% de la población rural del mundo y el 20% de su población urbana carece de acceso directo a agua no contaminada. En muchas regiones, las reservas de agua están contaminadas con productos químicos tóxicos y nitratos. Las enfermedades transmitidas por el agua afectan a un tercio de la humanidad y matan a 10 millones de personas al año. Existen zonas en las que el alto grado de contaminación atenta contra la salud del hombre e incluso llega hasta causarle la muerte.

«La exposición a los campos electromagnéticos, la presencia de superficies recubiertas de asbesto y la obligación de trabajar en zonas de alto grado de

contaminación ambiental son las causas de la elevada tasa de enfermos de cáncer que se registran entre los trabajadores de la represa binacional Salto Grande. Nuevas denuncias dan cuenta de que nueve empleados ya fallecieron por causa de la contaminación.»⁸ Esta noticia salió publicada en Internet en agosto de 2003 y es representativa de las consecuencias del alto grado de contaminación ambiental existente en ese lugar.

Otro problema es la contaminación acústica. El oído humano puede aceptar hasta 70 decibeles de ruido, mayor cantidad provoca daños en nuestro organismo. El tráfico, los escándalos callejeros, la música demasiado alta, las personas que hablan en voz alta son continuas agresiones que pueden afectar nuestro bienestar, nuestra salud física y psíquica e incluso llegar a dañar nuestro oído. Cuando el conjunto de ruidos excede los límites aceptables provoca altos índices de contaminación acústica ambiental. En la Unión Europea (UE) la contaminación acústica afecta a la salud de unos 100 millones de ciudadanos y genera pérdidas económicas por valor de más de 60 millones de euros.⁹

Durante los últimos años, el desarrollo industrial ha ocasionado que un gran número de sustancias se incorpore al ambiente, y es indudable que esta transformación del ambiente afecta la salud de la población.

Según Sierra Moges, la zona metropolitana de la Ciudad de México concentra aproximadamente a 18 millones de personas. Cada día circulan aproximadamente tres millones de automóviles y existen más de 30 000 fábricas, hoteles, baños públicos y hospitales. Consume aproximadamente 74 metros cúbicos de agua por segundo y genera 19 000 toneladas de desechos al día.¹⁰

Aunque las pruebas nucleares atmosféricas han sido prohibidas por la mayoría de los países, lo que ha supuesto la eliminación de una importante fuente de lluvia radiactiva, la radiación nuclear sigue siendo un problema medioambiental. Las centrales siempre liberan pequeñas cantidades de residuos nucleares en el agua y la atmósfera, pero el principal peligro es la posibilidad de que se produzcan accidentes, que liberan enormes cantidades de radiación al medio ambiente, como ocurrió en Chernobil, Ucrania, en 1986. De hecho, desde la desintegración de la Unión Soviética (URSS), el mundo ha tenido ocasión de comprobar que la contaminación de esa región es mucho mayor de lo que inicialmente se pensaba.

Un problema aún más grave al que se enfrenta la industria nuclear es el almacenamiento de los residuos nucleares, que conservan su carácter tóxico de 700 a 1 millón de años. La seguridad de almacenamiento durante períodos geológicos enteros es, al menos, problemática; entre tanto, los residuos radiactivos se acumulan y amenazan la integridad del medio ambiente.

⁸ www.adital.org.br/asp2/noticia.asp?idioma=Es¬icia=8509 2003.

⁹ <http://www.menosruido.com/prod031.htm>. 2004.

¹⁰ J.J. Sierra Moges. *Contaminación ambiental*. México, D.F., 2003. <http://www.mipedriatra.com.mx/infantil.contaminacion.htm>

¿Cuál ha sido la reacción del hombre ante estos problemas que afronta la humanidad?

La lucha ecológica surgió de una crisis. El primer grito de advertencia se hizo sentir en 1972. El llamado Club de Roma, un grupo de científicos, economistas, sociólogos y antropólogos produjeron un texto que tuvo gran repercusión: *Los límites del crecimiento*. Toda la ideología occidental, fuera capitalista o socialista, partía del presupuesto de la ausencia de límites. El crecimiento se movía entre dos infinitos: el infinito de los recursos naturales de la Tierra y el infinito del desarrollo del crecimiento. En este documento se llegó a la conclusión de que había límites para todo. Los recursos naturales disminuyen e incluso se puede prever cuándo se agotarán algunos de ellos. Por otra parte, el crecimiento demográfico de la humanidad no guarda proporción alguna con las posibilidades alimentarias.

También en 1972 se celebró en Estocolmo (Suecia) la Primera Conferencia de la Naciones Unidas sobre el Medio Humano. Se evidenció una clara confrontación entre los países industrializados y los países en vías de desarrollo. El fragor de este debate generó un exceso de entusiasmo entre los ambientalistas que adoptaron posiciones restrictivas en cuanto a las posibilidades de crecimiento material, según expresan algunos autores como J. Tata (1982). Mientras los ambientalistas convirtieron en un villano al crecimiento económico, los países en desarrollo veían en él su salvación. La primera ministra Indira Gandhi, devolvió un grado considerable de equilibrio a esa conferencia cuando resaltó en su discurso varios argumentos importantes:

- Una cosa es hablar de un «promedio de crecimiento cero» cuando el ingreso per cápita es de 5 000 dólares y otra descabellada, cuando el ingreso per cápita es de 100 dólares o menos.
- El genio humano no reside en designar al crecimiento económico como al enemigo, sino como instrumento de un sistema ambiental saludable. Los dos tienen que llegar a ser complementarios, no competidores.
- Esto es real, sin un crecimiento rápido, ¿de dónde van a salir los recursos para combatir la contaminación y crear las tecnologías ambientales necesarias?
- Aunque tenemos razón para protestar contra la contaminación de la riqueza, más riqueza significa más afluentes. No debemos olvidar que para mil millones de personas en el mundo las calamidades provienen de las contaminaciones de la pobreza, cuyos tristes símbolos se encuentran en las aldeas y en los barrios de tugurios urbanos de la mayoría de los países en desarrollo.¹¹

La reunión de Estocolmo fue un punto de viraje importante, pues ayudó a poner los asuntos ambientales en la agenda mundial por primera vez y llevó

¹¹ J. Tata. *Un concepto sobre la ecología y el crecimiento económico*. París, PNUMA, 1982: 61-5.

a la creación del Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA).

Durante la década de 1980 y a comienzos de la de 1990, algunos países industrializados mejoraron la calidad de su aire al reducir la cantidad de partículas en suspensión, así como la de productos químicos tóxicos como el plomo; pero las emisiones de dióxido de azufre y de óxidos nitrosos, precursores de la deposición ácida, aún son importantes. Existe una contaminación del aire elevada en buena parte de la Europa del Este y la antigua URSS.

Según aparece en la literatura, en los últimos años se ha incrementado con gran fuerza en las poblaciones la conciencia de seguridad en el término holístico. Esto se debe posiblemente:

- Al reconocimiento de que se puede destruir de modo gradual el medio ambiente por los hechos cotidianos de contaminación del aire, el agua y el suelo, bosques talados, enfermos, muertos, problema de la capa de ozono, efecto de invernadero, consumo de materiales naturales no renovables.
- Al nivel de concientización alcanzado por los grandes accidentes ocurridos: 1976, Seveso: contaminación de dioxina; 1984, México: fuego y explosión de tanques de almacenamiento de gas; 1984, Bophal: escape de gases tóxicos; 1986, Chernobil: contaminación radiactiva; 1986, Schweizerhalle: contaminación de agua, aire y suelo; 1989, Exxon Valdés: contaminación en aguas y en zonas de la costa de Alaska.¹²

En el informe *Nuestro futuro común*, de la Comisión Mundial para el Medio Ambiente y el Desarrollo de la ONU de 1987, se define al desarrollo sostenible como una forma de progreso que satisface las necesidades del presente sin comprometer la capacidad de las generaciones venideras de satisfacer sus propias necesidades.

Es, por tanto, un proceso de elevación sostenida y equitativa de la calidad de vida de las personas, mediante el cual se propicia el crecimiento económico y el mejoramiento social, en una combinación armónica con la protección del medio ambiente, sin poner en riesgo la satisfacción de las futuras generaciones.¹³

En esta reunión de 1987, se demostró la posibilidad del mundo para trabajar unido en relación con importantes problemas ambientales. Esto se había demostrado con el acuerdo de reducir el uso de productos químicos que contribuyeran a deprimir los niveles de ozono en la atmósfera. Además, había emergido un nuevo consenso acerca de que el medio ambiente y el desarrollo necesitaban ser integrados.

¹² M. del C. Espinosa Lloréns. Ob. cit.: 35.

¹³ P. Bayón Martínez. «El medio ambiente, el desarrollo sostenible y la educación.» *Educación*, enero-abril, 2002; (105): 5.

Foros de reunión importantes desarrollados entre Estocolmo 1972 y Río 1992:

1. La Comisión Brundtland y el informe *Nuestro futuro común* (1987). Como ejemplo del desarrollo de instrumentos legales antes de Río:
 - La convención relativa a los humedales de importancia internacional especialmente como hábitat de aves acuáticas (Ramsar, 1971).
 - Convención sobre el comercio internacional de especies amenazadas de la fauna y la flora silvestres, CITES (Washington, D.C., 1973).
 - Convención sobre la conservación de especies migratorias de animales silvestres (Bonn, 1979).
 - El Convenio de Viena para la Protección de la Capa de Ozono (1985).
 - El Protocolo de Montreal relativo a las Sustancias que Agotan la Capa de Ozono (1987).
 - El Convenio de Basilea sobre el Control del Movimiento Transfronterizo de Desechos Peligrosos y su Eliminación (1989).
2. La Declaración de Nairobi de 1982.
3. La Conferencia de Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo (CNUMAD, Río de Janeiro, 1992).¹⁴

El Protocolo de Montreal (1987) está dirigido a proteger la capa de ozono mediante la adopción de medidas preventivas para controlar y paulatinamente eliminar la producción y consumo a nivel mundial de las sustancias que la agotan. «En 1987, 46 países lo firmaron. Entró en vigor el 1º de enero de 1989, y para el 30 de marzo de 2004, 184 países eran partes de este instrumento internacional.»¹⁵

Este compromiso exige a los países industrializados eliminar el empleo total del bromuro en el año 2005; mientras que las naciones en vías de desarrollo deben prescindir del 20% de su consumo en este mismo año y erradicarlo completamente en 2015.

Eduardo Pérez Montesbravo, investigador titular del Instituto de Investigaciones de Sanidad Vegetal, asegura que Cuba puede eliminar el bromuro de metilo en el 2008, y adelantarse en siete años al compromiso con el Protocolo de Montreal. «Haber reducido en el 67% el consumo de pesticidas entre 1998 y 2002, es un valioso precedente y a la vez una garantía.»¹⁶

El proyecto cubano está coordinado por la Oficina de Ozono del Ministerio de Ciencia Tecnología y Medio Ambiente. En él están involucradas las 14 provincias y seis ministerios directamente consumidores del pernicioso gas.

¹⁴ J.M. García Fernández, O. Rey Santos. *Foros de negociación e instrumentos jurídicos internacionales en materia de medio ambiente y desarrollo sostenible*. La Habana, Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, 2005.

¹⁵ *Ibidem* 14: 44.

¹⁶ D. Pérez Sáez. «El enemigo oculto del gas azul.» *Suplemento Científico Técnico Juventud Rebelde en RED*, 11 de septiembre 2005.

En el año 2005, varios de los países desarrollados solicitaron alrededor de 13 000 toneladas de uso crítico. Los usos críticos solo se autorizan cuando el país no cuenta aún con alternativas económicas y ambientales para resolver el problema. Este hecho suscitó una gran reprobación por parte de las autoridades del Protocolo.

Las naciones pobres están planteando programas de eliminación acelerada, sobre todo en América Latina. Ellas aspiran a detener el consumo antes del año 2010. Hasta ahora la más avanzada es Cuba, seguida por Brasil y Argentina.

En Austria, a finales de 1991, se reunió un grupo de científicos para analizar y dar criterios homogéneos acerca de los problemas varios que interactúan en el ambiente y las barreras presentes al desarrollo sostenible. Se identificaron y clasificaron áreas priorizadas y se propusieron los siguientes tópicos para coordinar investigaciones: incremento de la población mundial y el consumo per cápita de recursos humanos, agotamiento de los recursos de la Tierra capaces de sostener la agricultura, injusticia y pobreza, cambios climáticos, pérdida de la biodiversidad, agotamiento de las fuentes de agua, consumo de energía.

En junio de 1992, la Conferencia sobre Medio Ambiente y Desarrollo de las Naciones Unidas, también conocida como la Cumbre de la Tierra, se reunió durante 12 días en las cercanías de Río de Janeiro, Brasil. En el mensaje de nuestro Comandante en Jefe a esta Cumbre este expresó: «Una importante especie biológica está en riesgo de desaparecer por la rápida y progresiva liquidación de sus condiciones naturales de vida: el hombre.»¹⁷

Esta cumbre desarrolló y legitimó una agenda de medidas relacionadas con el cambio medioambiental, económico y político. El propósito de la conferencia era determinar qué reformas medioambientales era necesario emprender a largo plazo e iniciar procesos para su implantación y supervisión internacionales. Se celebraron convenciones para discutir y aprobar documentos sobre medio ambiente. Los principales temas abordados en estas convenciones incluían el cambio climático, la biodiversidad, la protección forestal, la Agenda 21 (un proyecto de desarrollo medioambiental de 900 páginas) y la Declaración de Río (un documento de seis páginas que demandaba la integración de medio ambiente y desarrollo económico).

La Cumbre de la Tierra fue un acontecimiento histórico de gran significado. No solo hizo del medio ambiente una prioridad en el ámbito mundial, sino que a ella asistieron delegados de 178 países y dentro de ellos 102 líderes mundiales, lo que la convierte en la mayor conferencia jamás celebrada. Esta Cumbre marcó el comienzo de la transición de la fase de creación de la conciencia a la nueva fase de dar soluciones. La Conferencia cumplió dos objetivos principales:

1. Desarrolló y tuvo como acuerdo un programa de acción, la Agenda 21, para alcanzar el desarrollo sostenible.

¹⁷ F. Castro. *Mensaje de Fidel Castro Ruz. Conferencia de Naciones Unidas sobre Ambiente y desarrollo*. La Habana, 1992.

2. Creó una coalición de gobiernos nacionales, organizaciones no gubernamentales y negocios para mover el programa hacia delante de manera global.

La II Cumbre de la Tierra (Río + 5), celebrada en la última semana de junio de 1997 en Nueva York, tuvo como principal objetivo evaluar la Agenda 21 cinco años después de Río. A ella asistieron representantes de 179 países para discutir y adoptar compromisos en relación con el medio ambiente y el desarrollo económico sostenible de nuestro planeta en los finales del siglo xx y para el siglo xxi. Allí se pudo constatar que los objetivos acordados en la I Cumbre no se habían cumplido, sobre todo en lo referente a emisiones de dióxido de carbono a la atmósfera. No se pudo llegar a un acuerdo unánime en las reducciones de estos gases en el 15%, en relación con el nivel de 1990, para el año 2010, como se proponía. Entre las nuevas ideas aportadas en esta Cumbre se destacan la de crear una Organización Mundial del Medio Ambiente y la de establecer un tribunal internacional para conflictos sobre problemas ecológicos.

Los autores J.M. García Fernández y O. Rey Santos, valoran que el principal logro de este encuentro consistió en la reafirmación de los principios de Río y de los compromisos y acuerdos de la Agenda 21. En ello desempeñó un papel especial el Grupo de los 77 y China, que con su actuación y firme posición resistió la enconada obstinación de los países desarrollados por adoptar una Declaración Política en la que predominaban desequilibrios, «nuevos conceptos» desconocedores de la realidad en que vive la inmensa mayoría de la población mundial.

Los diez años posteriores a Río marcaron otra etapa cualitativa en la evolución internacional, regional y nacional de los problemas relacionados con la protección del medio ambiente y su desarrollo sostenible.

Algunos de estos momentos más importantes fueron:

1. La Comisión de Desarrollo Sostenible. (1993-1997).
2. La Conferencia Global de las Naciones Unidas sobre Desarrollo Sostenible de los pequeños Estados Insulares en Desarrollo (Bridgetown, Barbados, 1994)

Los instrumentos legales antes de Johannesburgo 2002:

- El Protocolo de Kyoto de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (1997).
- Convenio de Rotterdam sobre el procedimiento de Consentimiento Fundamentado Previo aplicable a ciertos plaguicidas y productos químicos peligrosos objeto de comercio internacional (1998).
- El Protocolo de Cartagena sobre Seguridad de la Biotecnología (2000).
- Convenio de Estocolmo sobre Contaminantes Orgánicos Persistentes (2001).¹⁸

¹⁸ *Ibidem* 14.

Un ejemplo de acuerdo importante que aún no ha entrado en vigor es el Protocolo de Kyoto sobre el cambio climático. Este hecho constata que no todos los países desarrollados tienen como prioridad evitar el deterioro del medio ambiente y cómo el proceso de globalización modelado y conducido bajo los esquemas neoliberales, alienta y promueve un patrón de desarrollo y modelos de producción y consumo que se contraponen a los principios básicos que fueron recogidos en la Declaración de Río y en la Agenda 21.

El Protocolo de Kioto de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático. (1997)

La Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (CMNUCC), en su artículo 4 establece que las partes en el Anexo 1 (países desarrollados) adoptarán políticas nacionales y tomarán las medidas correspondientes con el fin de limitar sus emisiones de gases de efecto invernadero (GEI) no controlados por el protocolo de Montreal y de mejorar los sumideros y depósitos de GEI. Estas medidas deberían conducir a que las emisiones antropogénicas de dichas partes, individual o conjuntamente, regresaran en el 2000 a los niveles de esas emisiones en 1990.¹⁹

J. M. García y O. Rey plantean en su libro que en Berlín, en 1995, la Primera Conferencia de Partes reconoció que esos compromisos eran insuficientes para estabilizar las concentraciones de GEI en la atmósfera. Al respecto se adoptó el Mandato de Berlín. Este puso en marcha un proceso para negociar un protocolo que estableciera compromisos cuantificados de limitación y reducción de emisiones antropogénicas de GEI para las partes en el Anexo 1 de la Convención a partir del año 2000, con el objetivo de mitigar, en alguna medida, la influencia de las actividades humanas que provocan el calentamiento global de la atmósfera y el consecuente cambio climático. Tras largas e intensas jornadas de debate, finalmente fue aprobado el 11 de diciembre de 1997, con el nombre de Protocolo de Kyoto. Quedó abierto a la firma de los Estados el 16 de marzo de 1998 y entrará en vigor noventa días después de que lo hayan ratificado no menos de cincuenta y cinco partes de la Convención.

El compromiso derivado de este Protocolo obliga a limitar las emisiones conjuntas de seis gases (CO_2 , CH_4 , N_2O , compuestos perfluorocarbonados (PFC), compuestos hidrofluorocarbonados (HFC) y hexafluoruro de azufre) con respecto al año base de 1990 para los tres primeros gases, y de 1995 para los otros tres, durante el período 2008-2012, identificado como primer período de compromisos, con una reducción global acordada del 5,2% para los países industrializados.²⁰ se incluye la reducción del 8% para el conjunto de la Unión Europea, 7% para los Estados Unidos, 6% para Japón. Ucrania, la Federación Rusa

¹⁹ *Ibidem* 14: 85-6.

²⁰ *Ibidem* 14: 86-7.

y Nueva Zelanda se comprometen a mantener sus emisiones a los niveles de 1990. Los países industrializados son responsables de más del 60% de las emisiones históricas. Se destacan los Estados Unidos con más del 25% de las emisiones de GEI mundiales.

El Protocolo no ha entrado en vigor hasta la fecha, al no cumplirse el requisito de que las partes del Anexo 1 que lo hayan ratificado representen, por lo menos, el 55% del total de sus emisiones de dióxido de carbono equivalente, correspondientes a 1990. Al no ser ratificado por los Estados Unidos, las esperanzas están centradas en que la Federación Rusa lo ratifique, con lo que se podría superar el 55% exigido para su entrada en vigor.

La Cumbre Mundial de Desarrollo Sostenible (Johannesburgo, Sudáfrica, 2002) (Río + 10)

Esta Cumbre se desarrolló del 26 de agosto al 4 de septiembre de 2002. Tuvo como objetivos identificar lo logrado en este lapso, en particular en las áreas que requiriesen de mayores esfuerzos para implementar la Agenda 21 y otros resultados de la Cumbre de la Tierra y resultar en un renovado compromiso político para alcanzar el desarrollo sostenible.

Los países en desarrollo, conducidos por el Grupo de los 77 y China mantuvieron una postura coherente y enérgica en aspectos medulares de la negociación, entre los que se destacan:

- No permitir la apertura a renegociación de la Agenda 21 y otros acuerdos de Río, y fijar los términos del debate para lograr su efectiva implementación.
- Poner el énfasis en aspectos clave para los países en desarrollo y cuya evolución ha sido frustrante desde Río hasta la fecha. Medios de implementación de la Agenda 21. Identificaron cuatro áreas prioritarias para los países en desarrollo: aspectos financieros, la transferencia de tecnología, creación de capacidades y acceso a los mercados.
- Defender las propuestas que implicasen pasos concretos y cronogramas de implementación, siempre que el principio sobre las responsabilidades comunes, pero diferenciadas constituyera la base de estos compromisos.²¹

Como resultado de la Cumbre de Johannesburgo, se puede afirmar que logró cumplir sus metas formales, al conseguir la aprobación del Plan de Implementación y la Declaración Política.

A juicio de J.M. García Fernández y O. Rey Santos, centrar la atención en el desarrollo sostenible es un aporte práctico de la Cumbre. Allí se sintetizó en este concepto una visión más integral y abarcadora del desarrollo, sustentado en lo económico, lo social y la protección ambiental.

²¹ *Ibidem* 14:110.

Como resultado de ello, los temas económicos y sociales estuvieron muy presentes, lo que permitió un balance mayor entre los llamados tres pilares del desarrollo sostenible: el económico, el social y el ambiental.

Otro aspecto que señalan es el referido al multilateralismo de las instituciones de las Naciones Unidas, e incluso de los gobiernos. La Declaración Política aprobada expresa enfáticamente que el multilateralismo es el futuro.

Por último, señalan que un mérito innegable de Johannesburgo es que los países en desarrollo pudieron preservar las conquistas de Río 1992.

Valoran que como resultado de la fuerte confrontación Norte-Sur, así como por las propias limitaciones que impone la situación del mundo, no se podía esperar de Johannesburgo una solución a los problemas actuales y menos aún compromisos concretos más allá de los alcanzados en Río 1992.²²

¿Cuáles son las perspectivas futuras sobre el medio ambiente?

Las perspectivas de futuro, en lo que al medio ambiente se refiere, son poco claras. A pesar de los cambios económicos y políticos, el interés y la preocupación por el medio ambiente aún son importantes. La calidad del aire ha mejorado, pero aún están pendientes de solución y requieren una acción coordinada los problemas de la deposición ácida, los clorofluorocarbonos, la pérdida de ozono y la enorme contaminación atmosférica del este de Europa.

Mientras no disminuya la deposición ácida, la pérdida de vida continuará en los lagos y corrientes del norte, y puede verse afectado el crecimiento de los bosques. La contaminación del agua seguirá siendo un problema mientras el crecimiento demográfico continúe incrementando la presión sobre el medio ambiente. La infiltración de residuos tóxicos en los acuíferos subterráneos y la intrusión de agua salada en los acuíferos costeros de agua dulce no se han interrumpido.

El agotamiento de los acuíferos en muchas partes del mundo y la creciente demanda de agua producirán conflictos entre el uso agrícola, industrial y doméstico de esta. La escasez impondrá restricciones en el uso del agua y aumentará el costo de su consumo. El agua podría convertirse en la mayor causa de conflictos a fines del siglo XXI como la crisis energética lo ha sido en sus comienzos.

La contaminación de las aguas costeras y dulces, junto con la sobreexplotación, ha mermado hasta tal punto los recursos de los caladeros piscícolas que sería necesario suprimir la pesca durante un período de cinco a diez años para que las especies se recuperen.

Si no se desarrollan esfuerzos coordinados para salvar hábitats y reducir el furtivismo y el tráfico internacional ilegal de especies salvajes, muchas de ellas se extinguirán. A pesar de nuestros conocimientos sobre cómo reducir la erosión del suelo, este continúa siendo un problema de alcance mundial. Esto se debe,

²² *Ibíd*em 14: 121.

en gran medida, a que muchos agrónomos y urbanistas muestran un escaso interés por controlarla. Por último, la destrucción de tierras vírgenes, tanto en las regiones templadas como en las tropicales, puede producir una extinción masiva de formas de vida vegetales y animales.

Para reducir la degradación medioambiental y salvar el hábitat de la humanidad, las sociedades deben reconocer que la capacidad de carga del medio ambiente es finita. Los especialistas creen que, al ir creciendo las poblaciones y sus demandas, la idea del crecimiento continuado debe abrir paso a un uso más racional del entorno, pero que esto solo puede lograrse con un espectacular cambio de actitud por parte de la especie humana.

El impacto de la especie humana sobre el medio ambiente ha sido comparado con las grandes catástrofes del pasado geológico de la Tierra; e independientemente de la actitud de la sociedad respecto al crecimiento continuo, la humanidad debe reconocer que atacar el medio ambiente pone en peligro la supervivencia de su propia especie.

Las naciones tienen que unirse igual que el aire y el agua sin tener en cuenta fronteras para combatir exitosamente los problemas ambientales por una causa común: la supervivencia de la vida en el planeta.

El concepto de desarrollo sostenible o sustentable emerge como la perspectiva más importante para lograr establecer una relación armónica entre actividad humana y medio ambiente, de modo que no se empeoren las condiciones ambientales, y a la vez se logre dar solución paulatina a los problemas ya existentes. Lo esencial de las tareas que se deben resolver es elaborar un plan general, científicamente fundamentado, de utilización y transformación de la naturaleza, cuyo principal objetivo sea la optimización de las condiciones de vida y la actividad económica de la sociedad.

¿Cómo surge la educación ambiental?

En Estocolmo, Suecia, en 1972, se definió por primera vez oficialmente, la necesidad de una educación dirigida a las nuevas generaciones, que estimulara el sentido de la responsabilidad en niños y jóvenes hacia la protección y el mejoramiento del medio que nos rodea. También se incursionó en el papel de los medios de comunicación, pero no se hizo mención a la necesidad de cambios en los estilos y modos de vida del hombre para la solución de la problemática ambiental.

Tres años después en Belgrado, Yugoslavia, se le otorgó a este aspecto la importancia que tiene, y se insistió en la enseñanza como medio para transmitir conocimientos y consolidar valores y actitudes éticas en los ciudadanos, clave del éxito en el desarrollo sostenible de la sociedad moderna.

En 1977, en Tbilisi, antigua Unión Soviética, se acordó incorporar la educación ambiental en las normas y estrategias educativas, y se formuló de la necesidad de una cooperación internacional en torno al tema. Se definió que la educación

ambiental debe desarrollarse con metodologías diferentes a la educación tradicional, es decir, con una pedagogía activa y participativa.

En Moscú, en 1987, se propuso una estrategia internacional para dirigir acciones en educación en formación ambiental. Se expusieron como causas principales del deterioro ambiental la pobreza y el aumento desmedido de la población, pero se marginó el complejo, injusto y desigual sistema de distribución de los recursos existentes en el campo internacional.

En la Agenda 21 de la Cumbre de la Tierra, se identificaron las tareas que deberían realizarse en este nuevo siglo: la reorientación de la educación hacia el desarrollo sostenible, el aumento de la conciencia pública y el fomento de la capacitación integral. Se asume que la educación ambiental tiene que formar ciudadanos con conciencia local y planetaria, aparejado con el compromiso real hacia el entorno local.

Si entendemos por medio ambiente al sistema de elementos abióticos, bióticos y sociales con los que interactúa el hombre a la vez que se adapta a este, lo transforma y lo utiliza para satisfacer sus necesidades, debe concebirse en su totalidad, formando parte de él lo natural y lo construido, lo personal y lo colectivo, lo económico y lo social, lo cultural y lo tecnológico, lo ecológico, lo estético y otros.²³

Coincidimos con Yolanda Soberats cuando plantea que la educación ambiental debe estar dirigida al reflejo y conocimiento del mundo en todas sus posibilidades, para que los seres vivos, y la humanidad en particular, puedan desarrollarse. Todo ello es posible porque permite conocer los problemas ambientales, los daños ecológicos y los graves peligros que acarrearán las sociedades de consumo con sus despilfarros de energía no renovable.

La educación ambiental es la actividad de enseñar, generalmente en forma masiva, las relaciones del hombre con su medio ambiente. Es una enseñanza normalmente intensiva y progresiva cuando se efectúa a través del sistema de educación formal. Se propone cambiar la actitud de los diferentes sectores de la población hacia el reconocimiento del valor que tienen los procesos que se dan en el medio ambiente, del significado de la calidad de vida humana, y de la necesidad de un desarrollo socioeconómico compatible con el no deterioro del medio ambiente.²⁴

La educación ambiental se desarrolla en tres direcciones: 1) la formal se adquiere en el sistema de educación; 2) la no formal abarca las actividades extradocentes y extraescolares que cuentan con una programación e intensidad definida dirigida a complementar la formación curricular, y 3) la vía informal está vinculada con toda la información que rodea al individuo en su contexto.

²³ Y. Soberats López *et al.* *Aborro de energía. La esperanza del futuro*. La Habana, Editora Política, 2001: 145.

²⁴ M. Quintana Orovio. *La educación ambiental: medio ambiente y desarrollo sostenible*. Proyecto UNICEF, 1995.

Las tres direcciones contribuyen a una toma de conciencia que conduce a la solución de los problemas ambientales.

¿Cómo se ha estructurado la educación ambiental en Cuba?

Es precisamente Cuba el país que tiene las mejores condiciones estructurales para llevar a cabo un programa ambientalista al nivel de comunidades, porque cuenta con una cobertura total para la Atención Primaria de Salud, la organización de la población mediante Consejos Populares y un proceso encaminado a la producción social de la salud por medio del movimiento de los Municipios y Comunidades Saludables.²⁵

En Cuba, la educación ambiental se adecua a nuestro contexto, y está basada en las potencialidades que ofrece nuestro modelo socioeconómico y el carácter avanzado de nuestro sistema educativo, para contribuir con ello a alcanzar, en el menor plazo posible, los niveles de desarrollo sostenible reflejados en la Estrategia Nacional.

Con una estrategia adecuada y acciones para la protección del medio ambiente el Ministerio de Educación (MINED) ha venido obteniendo resultados en el trabajo de educación ambiental desde hace varias décadas. Por ejemplo, en las enseñanzas preescolar, primaria, secundaria básica, preuniversitaria, y en otros niveles y tipos de educación, desde el primer perfeccionamiento de la educación, de los planes de estudio y su currículo, a partir del curso escolar 1975 y hasta 1981, se incorporaron los temas ambientales en los programas, orientaciones y libros de texto. Estos estaban relacionados con la flora, la fauna, la contaminación de las aguas, los suelos y la atmósfera, principalmente.

En esos años, los temas y contenidos estuvieron presentes en los libros de Ciencias Naturales, Geografía, Biología y Química entre otros. Pero la labor de educación ambiental quedó limitada al trabajo docente de determinadas asignaturas. Se impartían durante todo el curso, pero no se aprovechaban suficientemente todas las asignaturas ni las posibilidades para incorporar la temática ambiental en las actividades extradocentes y extraescolares, familiares y comunitarias.

El I Seminario Taller Nacional de Educación Ambiental, organizado por el MINED y la UNESCO, celebrado en 1979, permitió definir la estrategia y acciones generales, sin que esto significara cambios en el currículo del plan de estudio de alumnos y docentes. El referido seminario determinó y recomendó: una mayor incorporación de los temas ambientales a las asignaturas; la promoción y extensión de las actividades extradocentes y extraescolares; la máxima integración de la dimensión ambiental al currículo de la formación de los

²⁵ J.R. Acosta Sariego. «Una bioética sustentable para un desarrollo sostenible.» En *Ecología y sociedad. Estudios*. Ob. cit.: 67.

docentes, con la creación de cursos, así como actividades de superación para los educadores en ejercicio, y la vinculación y extensión del trabajo de la escuela con la comunidad.

Posteriormente, se desarrollaron otros seminarios-talleres nacionales sobre educación ambiental: dos en 1983, uno en 1985 y otro en 1989. Estos eventos aportaron documentos oficiales, estrategias de trabajo y acciones concretas para el trabajo educativo. Se avanzó a nivel extradocente y extraescolar. Se apreciaron avances en las escuelas primarias, secundarias y centros preuniversitarios, así como en la educación especial, la enseñanza técnica profesional, la educación de adultos y la formación y perfeccionamiento del personal pedagógico.

En 1985, se aprobó el Programa Nacional de Protección del Medio Ambiente. Sus indicaciones y recomendaciones planteaban la necesidad de promover y perfeccionar el trabajo por parte del MINED. Entre 1985 y 1987, se realizó un diagnóstico, y a partir de su resultado y un pronóstico (modelo teórico, ideas rectoras y otros) para la incorporación de lo que hoy se denomina dimensión ambiental al plan de estudios y al currículo de la educación.

A partir de 1986, por solicitud del Estado, el MINED inició la realización de trabajos de desarrollo, investigaciones y experiencias. En la etapa actual, estas se han generalizado en las escuelas y comunidades ubicadas en áreas protegidas. Se destaca la labor realizada en el Parque Nacional Sierra Maestra, el Parque Nacional Desembarco del Granma, el Parque Nacional Sierra del Escambray, y las reservas de la biosfera de la Sierra del Rosario, Baconao, península de Guahacabibes y Cuchillas del Toa, entre otras.

En 1990, se estableció la Estrategia Nacional de Educación ambiental para los centros de Educación Superior. Este documento consideró la incorporación de la dimensión ambiental al componente académico y curricular, al investigativo, laboral, extradocente y extraescolar, así como en otras actividades, lo que contribuyó a la obtención paulatina de resultados favorables en los Institutos Superiores Pedagógicos. La vinculación y extensión del trabajo de educación ambiental en las escuelas a las familias y la comunidad, inicia una etapa de ascenso y sistematización a partir de los años 1991 y 1992. Ejemplos son los programas *Para la Vida* y el Plan Turquino-Manatí.

El MINED elaboró e implementó, en 1993, su propia Estrategia Nacional de Educación Ambiental, con acciones y actividades concretas que dieran cumplimiento a las decisiones adoptadas en la Agenda 21, aprobada en la Cumbre de la Tierra.

A partir de 1995, el trabajo de educación ambiental se ha ido revitalizando a partir del reordenamiento de las estructuras y funciones del trabajo ambiental del Ministerio de Ciencia Tecnología y Medio Ambiente.

Desde 1996 hasta el 2000 se han materializado aportes importantes: elaboración de la Estrategia Nacional Ambiental (1996); promulgación de la Ley 81

del Medio Ambiente (1997); elaboración de la Estrategia Nacional de Educación Ambiental (1997).

Cuba ratifica la concepción del trabajo ambiental de pensar globalmente, pero actuar localmente. El trabajo ambiental se orienta hoy teniendo en cuenta los cinco problemas ambientales nacionales: degradación de los suelos, deterioro de las condiciones ambientales en los asentamientos humanos, contaminación de las aguas terrestres y marinas, deforestación y pérdida de la diversidad biológica.²⁶

¿Cómo lograr la formación de una conciencia ambiental?

La educación ambiental es ideológica; un acto político basado en valores para lograr la transformación social con el estímulo de la solidaridad, la igualdad y el respeto a los derechos humanos sustentados en estrategias democráticas y la interacción entre las culturas. Se debe incorporar la educación para el desarrollo y para la paz. Se impone la aplicación de los criterios de justicia, sustentabilidad y participación en los procesos educativos para buscar la formación transdisciplinaria, transnacional y transectorial.²⁷

Carlos Delgado considera que el problema ambiental no radica en la relación del hombre con la naturaleza, sino en la relación del hombre consigo mismo, pues él es parte inseparable de la naturaleza. Plantea, además, que la educación ambiental ha de incluir el cambio profundo en el mundo interior de los sujetos y la modificación de su modo material de relación con el resto de las formas de vida y los procesos naturales. Para este autor la tarea educativa es dual: exige el cambio en la mentalidad y la transformación de los modos de vivir. Concluye afirmando que el resultado final de esta transformación ha de ser el tránsito intelectual del hombre histórico al hombre ecológico. Entiende que el primer paso intelectual puede darse mediante el esfuerzo educativo que restablezca la integralidad valorativa que el hombre histórico ha perdido en el proceso de su homogenización social y económica. A este seguirá la recuperación activa y transformadora de la diversidad social y económica del hombre ecológico.²⁸

Consideramos que, para ser eficaz la educación ambiental debe incluirse en la dinámica del medio natural, social, económico y cultural del desarrollo humano, integrarse en todas las disciplinas, utilizar métodos participativos y medios efectivos de comunicación, y encaminar los esfuerzos a elevar la calidad de vida en correspondencia con la calidad del entorno.

²⁶ O. Valdés Valdés. «La educación ambiental y la protección del medio ambiente.» *Educación*, enero-abril, 2002; (105): 8-15.

²⁷ P. Bayón Martínez. «El medio ambiente, el desarrollo sostenible y la educación.» *Educación*, enero-abril, 2002; (105): 2-7.

²⁸ C. Delgado. «Una teorización necesaria.» *Educación*, enero-abril, 2002; (105): 21-4.

El docente debe tener en cuenta, entre otros elementos que se deben considerar, aspectos comunicativos importantes al desarrollar sus actividades, tales como:

- Significación del tema seleccionado.
- Originalidad en su presentación.
- Dominio del contenido.
- Coherencia, claridad y precisión en la exposición.
- Relación con vivencias y experiencias; considerar la personalidad del niño en su integridad.
- Relación con el contenido; tener en cuenta las potencialidades de las diferentes asignaturas.
- Flexibilidad en la presentación del contenido.
- Posibilidades de reflexión sobre el tema tratado.
- Creación del espacio para que los alumnos planteen sus criterios e ideas.
- Valoración crítica de la realidad por sí mismos; de los hechos y fenómenos y de las exigencias prácticas de la vida cotidiana en relación con la preservación del medio ambiente.²⁹
- Sistematización de acciones conjuntas, relaciones coherentes de influencias educativas entre las actividades que proyectan la escuela, la familia y la comunidad.

En el trabajo por el logro de una conciencia ambiental es importante, además, el empleo de las nuevas tecnologías: la computación y los *softwares* relacionados con la temática, la televisión educativa y el video. Estos contribuyen a elevar la motivación de los alumnos y a que los conocimientos adquiridos sean más sólidos y duraderos.

Consideramos que educación ambiental, no equivale a decir «pedagogía de las catástrofes», al mostrarles a los educandos escenarios que les puedan causar miedo o inseguridad. Esta educación debe transmitir grandes esperanzas y optimismo a las personas, pues el hombre, con su inteligencia y su trabajo, ya está haciendo uso de la energía renovable, de medidas y técnicas que armonizan con la naturaleza y que dan una efectiva y razonada respuesta a las exigencias de la sociedad sin provocar problemas ambientales.

Invitamos a la reflexión y a la acción de todos los educadores. Es el momento de actuar. No podemos limitar las posibilidades de enseñar a los escolares, a la familia y a la comunidad a ser solidarios y protectores de la naturaleza y del mundo en que viven. Hay que garantizar que se apropien de un sistema de ideas, sentimientos y estados de ánimo relacionados con el medio ambiente y sus problemas. De este modo, se podrán convertir en los más fieles colaboradores en cuanto al desarrollo de la conciencia ambiental.

²⁹ M.T. Pérez Pino. «Medio ambiente, educación, comunicación.» *III Congreso Internacional de Didáctica de la Ciencia*. La Habana, Editorial Cubasolar, 2004.

Bibliografía

- Acosta Sariego, J.R. «Una bioética sustentable para un desarrollo sostenible.» En *Ecología y sociedad. Estudios*. La Habana, Editorial de Ciencias Sociales, 1999.
- Bayón Martínez, P. «El medio ambiente, el desarrollo sostenible y la educación.» *Educación*, enero-abril, 2002; (105): 2-7.
- Cardoso Rodríguez, M.E. *et al.* «Sistema de formación académica en la educación ambiental.» En *Ecología y sociedad. Estudios*. La Habana, Editorial de Ciencias Sociales, 1999: 47-57.
- Castro F. «Discurso en el acto de masas en la Plaza de la Revolución, 29 de enero de 1974, con motivo de la visita a Cuba de L.I. Brezhnev, secretario general del PCUS.» En *Estrecha y eterna amistad*. La Habana, Editorial Ciencias Sociales, 1974.
- . «Mensaje de Fidel Castro Ruz.» *Conferencia de las Naciones Unidas sobre Ambiente y Desarrollo*. La Habana, 1992.
- Delgado Díaz, C. «El papel de la comunidad científica en la formación de la política pública de medio ambiente en Cuba.» En *Ecología y sociedad. Estudios*. La Habana, Editorial de Ciencias Sociales, 1999: 99-122.
- . «Una teorización necesaria.» *Educación*, enero-abril, 2002; (105): 21-4.
- Delgado Díaz, C., T. Fung Riverón (editores). *Ecología y sociedad. Estudios*. La Habana, Editorial de Ciencias Sociales, 1999.
- García Pers, D. *et al.* *Una alternativa pedagógica para la transformación de la estructura organizativa y didáctica de la escuela*. La Habana, ISPEJV, 1995. [Impresión ligera]
- García Fernández, J.M., O. Rey Santos. *Foros de negociación e instrumentos jurídicos internacionales en materia de medio ambiente y desarrollo sostenible*. La Habana, Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, 2005.
- Martí, J. *Obras completas*. La Habana, Editorial de Ciencias Sociales, 1995.
- Milán Fernández, Z. «Ecología frente a desarrollo sostenible.» En *Ecología y sociedad. Estudios*. La Habana, Editorial de Ciencias Sociales, 1999: 70-98.
- Montolio, M. «Educar enseñamos a amar.» *Educación*, enero-abril, 2002; (105): 16-20.
- Pérez Pino, M. T. «Barreras en la comunicación.» *Órbita Científica*, 2002; 8 (29).
- . «Reflexiones sobre el uso del vídeo en la escuela.» *Órbita Científica*, 2002; 8 (27).
- . «Medio ambiente, educación, comunicación.» En *III Congreso Internacional de Didáctica de la Ciencia*. La Habana, Editorial Cubasolar, 2004.
- Pérez Sáez, D. «El enemigo oculto del gas azul.» *Suplemento Científico Técnico Juventud Rebelde en RED*, 11 de septiembre de 2005.
- Quintana Orobio, M. *et al.* «Ecoturismo.» *Educación*, enero-abril, 2002; (105): 25-30.
- Sáenz, T., E. Capote. *Ciencia y tecnología en Cuba. Antecedentes y desarrollo*. La Habana, Editorial de Ciencias Sociales, 1989.
- Sienra Moges, J.J. *Contaminación ambiental*. México, D.F., 2003. <http://www.mipedriatra.com.mx/infantil.contaminacion.htm>
- Valdés Valdés, O. «La educación ambiental y la protección del medio ambiente.» *Educación*, enero-abril, 2002; (105): 8-15.
- www.cec.uchile.cl/prica *Contaminación ambiental*. Centro Nacional de Medio Ambiente. Universidad de Chile, 1999.
- <http://www.menosruido.com/prod031.htm>. 2004.

Bioética y protección del medio ambiente: reflexiones sobre el caso cubano

Jorge Mario García Fernández y Argelia Fernández Márquez



Muchos autores coinciden en afirmar que el medio ambiente global experimenta cada vez mayor deterioro, debido al uso indiscriminado de los recursos naturales y a la poca atención brindada a la solución de sus efectos negativos sobre los seres vivos, incluidas las poblaciones humanas. Hoy se reconoce que el hombre, a lo largo de su evolución, ha venido desarrollando estilos de vida incompatibles con la naturaleza. Al acelerado deterioro de la biosfera, ha contribuido el desarrollo tecnológico e industrial sin racionalidad.

Ahora se comprende que es un error considerar que solo con la introducción masiva de los adelantos tecnológicos y científico-técnicos –en un mundo cada vez más marcado por la revolución de las comunicaciones– las necesidades básicas de la población estén resueltas. Lo equilibrado sería conjugar, de forma integral y armónica, los adelantos de la ciencia y la técnica en función de la protección del medio ambiente y del desarrollo económico y social de las comunidades, cualquiera que sea su escala.

Para ello es también necesario que se produzcan profundos cambios en la mentalidad de los hombres y se creen patrones de conductas sostenibles, de manera que las personas y las sociedades sean más conscientes del efecto del medio ambiente sobre su bienestar general, y del impacto que sobre él ejercen sus estilos de vida.

Se hace urgente, entonces, el establecimiento de un amigable y equilibrado diálogo y vinculación entre las ciencias naturales y las humanísticas, así como la aplicación de políticas integrales y coherentes, de manera que se logre la necesaria armonía y el correspondiente nexo ético entre el hombre y la naturaleza.

El hoy llamado Primer Mundo impuso históricamente una concepción y práctica del desarrollo económico y social, de la relación hombre-naturaleza y del bienestar humano que solo en términos de cientos de años ha colocado a la humanidad a punto de su colapso total. Sus irracionales patrones de producción y consumo han causado la destrucción del medio ambiente físico mundial y, con ello, también en un proceso paulatino, la pérdida de valores éticos, estéticos, culturales y morales manifestados en la dinámica y sistemática relación del hombre con la naturaleza.

A la contaminación de los mares y océanos, pérdida de la biodiversidad, deforestación, incremento de las emisiones de gases de efecto invernadero, insuficiente cobertura de saneamiento y de agua potable, y otros males —que han venido determinados, en lo fundamental, por la falta de equidad del desarrollo económico y social y por el egoísmo en la distribución de las riquezas por parte del mundo desarrollado respecto a los países en desarrollo—, se une la dramática dimensión de la pobreza en que están sumidas las tres cuartas partes de la humanidad.

¿Qué relación ética puede existir entre los hombres y su entorno físico, cuando lo predominante en el planeta es la desesperación por la supervivencia diaria? No hay sostenibilidad social. Se prefiere comprometer los posibles alimentos de mañana para sobrevivir hoy; lo que también trae aparejado el uso irracional de los recursos naturales y sus efectos devastadores.

La humanidad ha alcanzado grandes progresos en sectores como el comercio, comunicaciones, tecnología, salud, educación y otros, a la par que existe un brutal contraste entre privilegiados y desposeídos, entre pobres y ricos. Se impone la necesidad de mejorar la calidad de vida de los hombres, la equidad en las relaciones mundiales y la justa distribución de las riquezas. Hoy no existen dudas sobre el «crecimiento sostenido» de la pobreza en el mundo. Muchas estadísticas publicadas por diferentes organizaciones, tanto del sistema de Naciones Unidas como de otro tipo así lo demuestran.

En los albores del nuevo siglo, el modelo de desarrollo económico y social de los países desarrollados resulta insostenible. Mientras que en determinadas partes del mundo el consumo es extremadamente alto, la mayoría de la humanidad no satisface sus necesidades básicas de consumo.

Es de lamentar que ha sido el ser humano, a través de su evolución y desarrollo, el causante principal de la destrucción del planeta. García afirma que «ya no podemos concebir como humana una conducta que destruya la naturaleza, porque a partir de esta destrucción, se está también destruyendo al hombre».

Más adelante este autor apunta: «[L]a exigencia bioética más original y sencilla procede del sentido común.»¹

Según Cely Galindo, la humanidad tiene la obligación de pagar a la naturaleza una deuda de «gratitud histórica» y la necesidad de tomar conciencia de los errores cometidos con ella, buscando la manera eficaz de preservarla y de restaurar los daños causados.²

En la conservación y protección de un ambiente propicio para la vida, cada persona tiene una importante responsabilidad que cumplir, una acción positiva que debe ejecutar y una misión social, en el sentido de lograr que las demás personas sean defensoras del ambiente. Por tanto, cada quien debe poseer un código de ética ambiental que le oriente en su relación con el medio para hacer menos intenso el impacto negativo producido por la relación ser humano-medio ambiente. En esencia, la bioética es eso, la autoconciencia y rectificación de las conductas humanas.

Al hacer algunas reflexiones acerca de la bioética y la protección del medio ambiente, el caso cubano resulta un modelo para estos tiempos, pues la idea de la sostenibilidad es intrínseca a los principios que sustentan nuestro proyecto revolucionario.

Desde el propio año 1959, ha existido la voluntad política del Gobierno de lograr la elevación del nivel y calidad de vida del pueblo, entendida esta en su concepto más amplio –acceso a la salud, educación, deporte, cultura–, y también le ha dado prioridad a la búsqueda de soluciones viables a los problemas ambientales existentes. Por otra parte, la organización estatal y el carácter participativo de la sociedad colocan a Cuba en un lugar ventajoso para alcanzar el desarrollo sostenible.

Esto ha sido también consecuencia de un importante proceso de maduración y conceptualización de la problemática ambiental, abarcador de los aspectos científico-técnicos, sociales, éticos, morales y culturales, donde el hombre está en el centro de las preocupaciones.

Situación internacional y su expresión en Cuba

Cuba no ha estado ajena a las preocupaciones y acciones de la comunidad internacional acerca del acelerado deterioro ambiental al que está siendo sometido nuestro planeta, por lo que ha participado de forma activa en los principales foros mundiales: Conferencia sobre el Medio Humano, Suecia, 1972; Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo, Río de Janeiro, 1992; Conferencia sobre Desarrollo Social, Copenhague, 1995; Conferencia de

¹ G. García. «Derechos humanos y derechos de la tierra; por un destino común desde el sentido común.» En C. Galindo *et al.* *Temas de bioética ambiental*. Santafé de Bogotá, CEJA, 1995: 109-43.

² *Ibidem*: 310.

las Naciones Unidas sobre Asentamientos Humanos (Hábitat II), Estambul, 1996, Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático, Kyoto, 1997, y la Cumbre Mundial de Desarrollo Sostenible, Johannesburgo, 2002, entre otros.

Se define el concepto de desarrollo sostenible como «el desarrollo que satisface las necesidades de las presentes generaciones, sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras de satisfacer sus propias necesidades».³

Así se inicia una nueva etapa en la comprensión de los problemas ambientales, pues el concepto abarca todas las facetas de la vida humana e implica concebir el ambiente como un potencial de recursos orientado a mejorar la calidad de vida de la población, para lo cual también se necesita la formación de valores éticos ambientales.

Subyace en la definición de desarrollo sostenible la «capacidad de carga de la Tierra», lo cual conlleva la dimensionalidad demográfica discutida en la Conferencia de El Cairo, 1994, la distribución espacial de la población con exageradas concentraciones urbanas, las formas de producción agropecuaria, los procesos tecnocientíficos de industrialización con impacto ambiental, el uso de energías contaminantes, el desarrollo armamentista con su dinámica propia de violencia y la cultura de lo superfluo. Todo lo anterior tiene connotaciones bioéticas muy específicas.⁴

La Declaración de Río sobre Medio Ambiente y Desarrollo –en particular sus principios 1, 5 y 8–, enfatiza tres cuestiones fundamentales que atañen directamente a los hombres y su relación con el medio ambiente, que se relacionan también con su perspectiva de alcanzar el desarrollo sostenible.

Cuando se argumentan los vínculos y relaciones del desarrollo económico y social cubano con la protección del medio ambiente en función del desarrollo sostenible, de una u otra manera resaltan en ello los postulados de los principios anteriormente señalados.

En la Declaración de Río, su principio 1 señala: «Los seres humanos constituyen el centro de las preocupaciones relacionadas con el desarrollo sostenible. Tienen derecho a una vida saludable y productiva, en armonía con la naturaleza.»

El principio 5 dice: «Todos los Estados y todas las personas deberán cooperar en la tarea esencial de erradicar la pobreza como requisito indispensable del desarrollo sostenible, a fin de reducir las disparidades en los niveles de vida y responder mejor a las necesidades de la mayoría de los pueblos del mundo.»

Y el principio 8 expresa: «Para alcanzar el desarrollo sostenible y una mejor calidad de vida para todas las personas, los Estados deberían reducir y eliminar

³ Asamblea Nacional del Poder Popular. «Ley 33/81, Protección del Medio Ambiente y del Uso Racional de los Recursos Naturales.» La Habana, Academia de Ciencias de Cuba, 1987.

⁴ *Ibidem* 2.

las modalidades de producción y consumo insostenibles, y fomentar políticas demográficas apropiadas.»⁵

Los indicadores educacionales, ambientales, de salud pública, económicos y sociales, entre otros alcanzados en Cuba, ilustran la relación cualitativa y cuantitativa del accionar cubano con estos postulados.

Desde su inicio, el reconocimiento de la crisis del medio ambiente global y de las causas que la originan ha influido de manera positiva en el paulatino cambio producido en el pensamiento ambientalista cubano, al ir incorporando elementos éticos, estéticos y culturales en la continua búsqueda de soluciones a los problemas que afectan al medio ambiente. Esto ha permitido su comprensión de manera más integral y objetiva.

De igual manera, esta retroalimentación se manifiesta en el interés del Estado cubano por cumplir los acuerdos internacionales en la esfera ambiental mediante la participación activa en ellos, al exponer los criterios y experiencias del país en torno a la protección del medio ambiente y los recursos naturales, donde el hombre y la satisfacción de sus necesidades materiales, educacionales, culturales y estéticas están en el centro de las preocupaciones.

Transitar hacia el desarrollo sostenible es un objetivo estratégico del accionar cubano, y en ello los factores relacionados con la potenciación y desarrollo de una nueva relación integral hombre-naturaleza desempeñan un papel fundamental.

Evolución histórica de los problemas medioambientales en Cuba

Durante la etapa colonial y la República mediatizada, el desarrollo económico alcanzado en Cuba se sustentaba, fundamentalmente, en la producción agrícola extensiva, con un uso y manejo inadecuado de los suelos y una intensa destrucción de las áreas boscosas, lo que ha sido catalogado como «desastre ecológico». También el impacto causado en los hombres fue mucho mayor, ya que fueron arrasadas nuestras culturas aborígenes como consecuencia del inhumano trato dado a nuestros primitivos pobladores, posteriormente aplicado a los negros africanos.

De esta forma, la Revolución cubana hereda una estructura económica deformada, sobre una base agropecuaria atrasada, con un desarrollo industrial escaso –concentrado principalmente en la industria azucarera– y un medio ambiente negativamente impactado. En el orden social, encontró un panorama crítico, vinculado a las condiciones de extrema pobreza –sobre todo en el medio rural–, desempleo, analfabetismo y bajos niveles de salud.

En 1959, mediante el perfeccionamiento y diversificación de la economía sobre una base de equidad, se alcanza el principal logro ambiental: erradicar la pobreza extrema y sus secuelas, en términos de salud y educación para toda la población.

⁵ Naciones Unidas. *Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo. Programa 21. Partes I y II*. Río de Janeiro, 3 al 14 de junio de 1992.

Cuba, con indicadores de desarrollo económico menores que los correspondientes a los siete países más industrializados del mundo, logra indicadores de salud y educación semejantes a los de esos países y, en algunos casos, superiores.⁶

El devenir histórico después del triunfo revolucionario de 1959 se ha caracterizado por todas estas objetivas conquistas en los diferentes campos apuntados, las cuales han sido realizadas bajo el bloqueo económico, comercial y financiero impuesto desde 1962 por Estados Unidos a Cuba, que ha ocasionado pérdidas materiales directas e indirectas e influido negativamente en el logro de mayores niveles de desarrollo económico, social y de protección ambiental para el país. En términos éticos y morales, este es un ejemplo evidente de una brutal agresión a una nación, sin precedentes en el campo internacional.

No obstante, la idea de la sostenibilidad, entendida como un desarrollo integral y armónico entre economía, sociedad y naturaleza, lejos de debilitarse se ha potenciado, al adquirirse mayor conciencia y nuevas habilidades para emplear de modo racional nuestros recursos; de la misma forma que se desarrollan y refuerzan nuestros conceptos éticos y bioéticos, y son aplicados como premisas para el logro del desarrollo sostenible.

Desde el propio año 1959 comienzan a desplegarse importantes acciones de corte ambiental, estrechamente relacionadas con la sociedad, entre las que se destacan: inicio del Programa de Repoblación Forestal; promulgación de la ley de Reforma Agraria; erradicación de barrios insalubres y mejoramiento de las condiciones higiénico-sanitarias en lugares críticos; erradicación del analfabetismo e inicio –y desarrollo posterior– de importantes programas de salud y de educación.

El proceso de estructuración y consolidación del sistema institucional nacional para la protección del medio ambiente comenzó en 1977 con la creación de la Comisión Nacional para la Protección del Medio Ambiente y el Uso Racional de los Recursos Naturales (COMARNA), la que funcionó como órgano rector del sistema hasta 1994, cuando fue creado el Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente (CITMA).

Su sustento principal lo constituyó, ya desde esa época, la Ley 33, Protección del Medio Ambiente y del Uso Racional de los Recursos Naturales, aprobada por el Parlamento en 1981, la cual establece los principios y preceptos básicos para la protección del medio ambiente.

En 1992, se modifica el artículo 27 de la Constitución y se le incorpora el concepto de desarrollo sostenible:

El Estado protege el medio ambiente y los recursos naturales del país. Reconoce su estrecha vinculación con el desarrollo económico y social sostenible para hacer

⁶ CITMA. «Principales legislaciones ambientales vigentes en Cuba.» Taller para la Implementación Jurídica del Programa Nacional de Medio Ambiente y Desarrollo. La Habana, 13-17 de noviembre de 1995.

más racional la vida humana y asegurar la supervivencia, el bienestar y la seguridad de las generaciones actuales y futuras. Corresponde a los órganos competentes aplicar esta política. Es deber de los ciudadanos contribuir a la protección del agua, la atmósfera, la conservación del suelo, la flora, la fauna y todo el uso potencial de la naturaleza.

La actual consolidación del trabajo ambiental del país está transitando por la ejecución de importantes programas y proyectos, orientados al cumplimiento de la Estrategia Ambiental Nacional,⁷ del Programa Nacional de Medio Ambiente y Desarrollo,⁸ adecuación cubana de la Agenda 21. Se trabaja en el completamiento de la legislación ambiental nacional, y también en darle mayor relevancia al desarrollo de la educación ambiental integral y sistemática a todos los ciudadanos para facilitar la participación comunitaria.

Los positivos cambios en el accionar ambiental cubano son también resultados del paulatino proceso de evolución del pensamiento ambientalista al que hacíamos referencia. La eficacia de la nueva legislación, y de las otras acciones orientadas principalmente hacia la protección y uso racional de los recursos naturales, dependerá también de la adecuada articulación con aquellas encaminadas a la profundización y desarrollo de concepciones éticas propiciatorias de una mejor relación del hombre con la naturaleza.⁹

Si bien el Estado tiene como prioridad fundamental el bienestar y la seguridad integral de todos los ciudadanos, también todos y cada uno de nosotros tenemos una gran responsabilidad en la conservación del medio ambiente y el manejo racional de los recursos.

Aunque el país tiene importantes logros que mostrar en el contexto ambiental –sobre todo los vinculados a la esfera social–, no está exento de problemas ambientales. La erosión de los suelos, el deterioro del saneamiento en asentamientos humanos, la contaminación de las aguas costeras y terrestres, y la pérdida de biodiversidad son algunos de ellos. Su solución requiere de una atención particular en términos de recursos humanos y financieros, de la coordinación y concertación institucionales y de medidas técnicas organizativas. Todo ello sin olvidarnos de que, en última instancia, es el hombre, de acuerdo

⁷ CITMA. *Estrategia Nacional Ambiental* [proyecto]. La Habana, Dirección de Política Ambiental, 1996.

⁸ CITMA. *Ley Marco de Protección al Medio Ambiente* [proyecto]. La Habana, Dirección de Política Ambiental, 1996.

⁹ Estando ya este libro en proceso avanzado de edición fue aprobada la Estrategia Ambiental Nacional para el período 2007/2010, que constituye el nuevo documento rector de la política ambiental cubana, establece los principios en los que se basa el quehacer ambiental nacional, caracteriza los principales problemas ambientales del país y propone las vías y elementos para su prevención, solución o minimización, con vistas a mejorar la protección del medio ambiente y el uso racional de los recursos naturales en aras de alcanzar las metas de un desarrollo económico social sostenible. Ver: Ministerio de Ciencia Tecnología y Medio Ambiente. *Estrategia Ambiental Nacional 2007/2010*. La Habana, 2007. (Nota del editor científico.)

con su nivel de conocimientos y sensibilización ambiental, el factor clave para la solución de estos problemas.

Aún más, la solución debe ser diseñada y aplicada con un enfoque sistémico e integrador y no como solución aislada de cada uno de estos problemas, pues ellos se concatenan en sus consecuencias y efectos sobre el principal componente del medio ambiente: el hombre. En esto la bioética desempeña un importante papel, en tanto nos ayuda a reflexionar acerca de cómo encontrar las soluciones más viables, a reconocer posibles errores en nuestras decisiones y cómo enmendarlas.

La educación ambiental, premisa clave para transitar hacia el desarrollo sostenible

La educación ambiental es un proceso continuo y permanente, al entenderse la continuidad en función del tiempo (comienza con la vida y termina con la muerte), y permanente en el sentido espacial, es decir, porque se ejercita por todas las instituciones, por todos los medios disponibles y en todos los instrumentos económicos, científicos, sociales, culturales y ambientales.

El concepto de educación ambiental ha sufrido cambios desde que el mundo, en general, comenzó a tomar conciencia del papel que desempeñaba el medio ambiente en la vida humana y viceversa.

La Conferencia sobre el Medio Humano, celebrada en 1972 en Suecia, la reconoce como una disciplina independiente y no solo como otra denominación de la ecología, e incorpora a su objeto de estudio el concepto actual de medio ambiente con sus dimensiones natural, cultural y socioeconómica. Con el reconocimiento de los vínculos del medio ambiente con los procesos de desarrollo económico, surge el concepto de «desarrollo humano sustentable», con lo cual se conforma un nuevo paradigma medio ambiente-desarrollo.

El párrafo 36.3 de la Agenda 21, consideró que la educación es «de importancia crítica para promover el desarrollo sostenible y aumentar la capacidad de las poblaciones para abordar cuestiones ambientales y de desarrollo».

La tendencia actual es reajustar, o reorientar la educación ambiental hacia una educación para el desarrollo sostenible. Para ello la educación ambiental, además de haber incorporado la noción de desarrollo sostenible como sustancia, y la interdisciplinariedad en su alcance, debe utilizar un enfoque integrado y ha de ser efectiva, porque debe reorientarse para incluir sistemáticamente otros temas globales como medio ambiente-población-desarrollo social y económico, y no tratarlos separadamente.

Para nuestro país, este objetivo es un nuevo reto. Por una parte, consolidar los logros alcanzados y eliminar las deficiencias e insuficiencias que aún subsisten y, por otra, adentrarnos en los procesos de reorientación de la educación ambiental hacia el desarrollo sostenible.

Precisamente por la importancia que tiene la educación ambiental para el desarrollo, en los individuos y grupos sociales, de un pensamiento analítico con una visión sistémica e integral del medio ambiente en Cuba, en la Ley de Medio Ambiente se incorporó un capítulo dedicado a este importante tema, lo cual representa una magnífica oportunidad para cubrir el espacio jurídico en materia de educación ambiental e introducir, en su alcance y contenido, los nuevos conceptos y responsabilidades de las instituciones en el proceso de reorientación de la educación ambiental hacia un desarrollo sostenible.¹⁰

Todo lo planteado nos hace pensar en la necesidad urgente de desarrollar una nueva ética, y así se reafirma en la Estrategia Mundial para la Conservación de la UICN, al plantear: «Es necesario que exista una nueva ética, que incluya las plantas y los animales también como la gente, se requiere para las sociedades humanas para vivir en armonía con el medio natural, del cual ellas dependen para su supervivencia. Una tarea a largo plazo de la educación ambiental es reforzar actitudes y conductas compatibles con esta nueva ética.»¹¹

La ética requerida, como elemento básico para lograr el desarrollo sostenible en nuestro contexto político, cultural, económico y social, conlleva la existencia de sentimientos de solidaridad, espíritu crítico, compromiso y responsabilidades, tanto personales como sociales, respecto a la naturaleza. También impone un amor infinito por la obra humana. Si esto sucede, estaremos contribuyendo desde la óptica cubana y con nuestras especificaciones, a saldar la «deuda de gratitud histórica» contraída con la naturaleza.

¹⁰ Ley N° 81/97. Ley sobre la Protección del Medio Ambiente y los Recursos Naturales. *Gaceta Oficial de la República de Cuba*, 11 de julio de 1997.

¹¹ O. Vargas. «Notas para una bioética ambiental.» En C. Galindo *et al.* *Temas de bioética ambiental*. Ob. cit.: 29-61.

El derecho a un medio ambiente sano como un derecho humano fundamental. Su protección jurídica

Rufina Hernández Rodríguez



El hombre tiene una gran deuda de gratitud histórica con la naturaleza: ella es nuestra madre nutricia y nuestro permanente hogar.

La humanidad debe hacer todo el esfuerzo científico posible para rescatar lo que históricamente hemos deteriorado con nuestra actuación indiscriminada, en aras de la felicidad y dignidad de los seres vivos.

Tardíamente, el hombre comienza a entender el suicidio al que se ha sometido mediante la destrucción de los recursos naturales. Los daños causados por el desarrollo científico-técnico son incalculables y de nuestra responsabilidad. Por eso, asumirlos es sabio, así como trabajar incesantemente por hacer más vivible nuestra propia vida, sin que ello constituya una voz más que se suma al clamor en defensa de la naturaleza por su progresiva destrucción, sino al contrario, una concientización hacia los valores de nuestra vida y de los derechos de las futuras generaciones.

Al hombre le es imprescindible la naturaleza: forma parte de ella y es su racionalidad la que lo distingue de los demás seres vivos y legitima su autonomía. Pero aun así, es incapaz de comprender en toda su magnitud lo ilegítimo y no ético de su actuación contra su medio natural.

Somos los responsables de los desequilibrios ambientales, ocasionados al talar los árboles, destruir los bosques, contaminar las aguas, los suelos y el aire, o modificar genéticamente las plantas y los animales. Con

estas irrespetuosas e impensadas acciones alteramos nuestra atmósfera, destruimos la capa de ozono, cambiamos desfavorablemente las condiciones climáticas, atentamos contra la biodiversidad, cambiamos nuestro patrimonio genético, agotamos de manera irreversible los recursos no renovables y provocamos escasez de alimentos, bienes y servicios para nuestra comunidad y para la de generaciones futuras.

El hombre, en el curso de su evolución, trató siempre de sobrevivir a todas las adversidades; pero según se ha ido perfeccionando su intelecto, hoy no solo le preocupa su vida, sino la calidad de esta y la de sus sucesores.

Es por ello que el derecho a la vida debe ser entendido como el derecho a una buena calidad de vida, como resultado de la armonía lograda en todos los aspectos que inciden en el bienestar y la felicidad de una persona. Sin embargo, los efectos de la contaminación ambiental deterioran considerablemente esa calidad de vida a la que todos aspiramos.

El ambiente es patrimonio común de la humanidad, y por eso debemos contribuir a vivir en uno que sea sano, propiciatorio de nuestra salud, pero no debemos pensar solo en la nuestra, ni en la de nuestros descendientes, sino en la de los de ellos; no solamente en nuestra especie, sino en toda la comunidad biótica y el ambiente abiótico, en el cual se desarrolla nuestra actividad vital.

El primer signo de vida del hombre al nacer, en su interacción con el ambiente, es respirar, lo cual constituye desde ese instante un derecho de todos los humanos en la Tierra. Por eso es necesario que se nos reconozca como titulares de derechos y obligaciones ambientales. El derecho a disfrutar y vivir en un ambiente sano debe ser considerado como un derecho humano básico, indispensable para el ejercicio y disfrute del resto de los derechos.

La relación ser humano-medio ambiente ha sido objeto de variadas regulaciones jurídicas nacionales e internacionales que proponen en sus artículos el disfrute de un medio ambiente sano, como requisito especial para el desarrollo de una adecuada calidad de vida para toda la humanidad, a la cual le corresponde la responsabilidad de cuidarlo y mantenerlo para las presentes y futuras generaciones.

Esta protección jurídico ambiental que proclaman los cuerpos legales fundamentan su existencia en principios básicos: justicia entre generaciones o equidad intergeneracional en el uso de la oferta ambiental planetaria; sanidad y unicidad de las formas vivientes; el derecho humano básico a vivir en un ambiente globalmente sano, y el derecho fundamental de pueblos e individuos a un estilo de vida sostenible.

El derecho humano básico a vivir en un ambiente globalmente sano

Este derecho constituye un requisito *sine qua non* de la propia vida, ya que ningún derecho podrá ser plenamente realizable en un ambiente no vivible. Es por ello que la comunidad internacional debe pronunciarse por su protección y respeto, que es proteger y defender la existencia de la vida misma.

La calidad ambiental tiene un valor esencial para la supervivencia, no solo de la humanidad sino de toda la biosfera.

Al proteger el derecho humano a vivir en un ambiente globalmente sano estamos protegiendo también los derechos que por tradición hemos tutelado desde un punto de vista jurídico: la vida humana como bien sagrado, la integridad física de la persona, es decir, la defensa de la vida y la salud.

En los instrumentos de derecho internacional se interpreta el derecho a un ambiente sano, por unos, como un derecho solidario de tercera generación, y por otros, como un derecho universal, dada la magnitud y repercusión que este tiene.

La Declaración de Estocolmo, emitida en el marco de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Humano en 1972, fue el primero de ellos y allí se proclama: «El hombre tiene el derecho fundamental a la libertad, a la igualdad y a condiciones de vida adecuadas, en un ambiente cuya calidad permita una vida en dignidad y bienestar y tiene la responsabilidad de protegerlo y mejorarlo para las presentes y futuras generaciones.»

Es así que la Carta Mundial de la Naturaleza, aprobada en la Asamblea General de las Naciones Unidas el 28 de octubre de 1982, reafirma los propósitos del máximo organismo internacional en materia de política ambiental. Por su parte, la Estrategia Mundial de la Conservación fue el documento elaborado por la Unión Internacional para la Conservación de la Naturaleza (UICN), el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA) y el Fondo Mundial para la Naturaleza (WHF). Se dirigía a los funcionarios respecto a la conservación de los recursos vivos.

En el Informe de la Comisión Mundial sobre el Medio Ambiente «Nuestro Futuro Común», presentado en la 42a Asamblea General de las Naciones Unidas, en 1987, se postulaba el desarrollo sustentable como posibilidad de satisfacer las necesidades presentes, sin comprometer la capacidad de futuras generaciones de satisfacer las suyas.

La Declaración de La Haya sobre Medio Ambiente, en 1989, suscrita por veinticuatro países, donde se advierte la amenaza constante que tiene la vida en nuestro planeta por el calentamiento de la atmósfera y el deterioro del ozono estratosférico, en su 5to. párrafo plantea:

Por cuanto el problema es planetario en alcance, las soluciones solo pueden ser formuladas a nivel global. Debido a la naturaleza de los peligros involucrados, las soluciones a buscar comprometen no solo la obligación fundamental de preservar el ecosistema, sino también el derecho a vivir con dignidad en un ambiente vivible global y la consciente obligación de la comunidad de naciones y de futuras generaciones de hacer todo aquello que pueda ser hecho para preservar la calidad de la atmósfera.¹

¹ J.M. Bonezo. *Los derechos ambientales: la visión desde el Sur*. Cali, Colombia, Fundamentación para la Investigación y Protección del Medio Ambiente (FIPMA) y Centro de Asistencia Legal Ambiental (CELA), 1994: 16 [referido a The Hague Declaration on the Environment, 11 de marzo de 1989, 28 I.L.M 1308. La Declaración fue suscrita por Australia, Brasil, Canadá,

Esta declaración a favor del derecho fundamental a un ambiente sano logra una expresión precisa, tanto de su objeto como de su jurisdicción; es decir, se hace un planteamiento del problema desde una perspectiva planetaria, ecológica y jurídica.

Otro documento importante en el desarrollo histórico de la conciencia mundial sobre estos temas fue el informe elaborado por la Comisión de Desarrollo y Medio Ambiente de América Latina y el Caribe, del Banco Interamericano de Desarrollo, de fecha 27 de agosto de 1990. En el documento «Cuida la Tierra», elaborado por UICN, el PNUMA y el WHF en la década de los años ochenta, se da la estrategia mundial para el futuro de la vida en la década siguiente.

En 1990, la Recomendación a la Asamblea Parlamentaria del Consejo Europeo sobre la formulación de una Carta Europea sobre Protección Ambiental, adoptada por la Asamblea del Consejo Europeo, sobre el tema plantea: «Cada persona tiene el derecho fundamental a un ambiente y a unas condiciones conducentes a garantizarle buena salud, bienestar y pleno desarrollo de la personalidad humana.»²

La Carta de la Comunidad Europea sobre Derechos y Obligaciones Ambientales, emitida en diciembre de 1990, dispone en su artículo 1: «El derecho individual a un ambiente adecuado en relación directa con la salud y el bienestar de la persona.»

En 1992, la Conferencia Cumbre sobre Medio Ambiente y Desarrollo, celebrada en Río de Janeiro, culminó con la Declaración de Río sobre Medio Ambiente y Desarrollo, donde se adopta, como uno de sus principios fundamentales del derecho internacional en materia del medio ambiente, la necesidad de promulgar leyes eficaces sobre esta problemática, con la condición de que tales normas, objetivos y prioridades debieran reflejar el contexto ambiental y de desarrollo a que se aplicaren.

Todos los instrumentos jurídicos e instituciones internacionales reconocen la contaminación ambiental como un problema universal y, además, que para su solución se necesita voluntad política y solidaridad humana, como únicas vías de tocar el corazón de los hombres en aras de su propia salvación.

Equidad intergeneracional

El criterio de crédito planetario fundamenta este principio. Debe entenderse que cada generación recibe de las generaciones anteriores un legado natural y cultural, a título de fideicomiso, que debe mantener y entregar a las futuras generaciones.

Egipto, Francia, Alemania, Hungría, India, Indonesia, Italia, Costa de Marfil, Japón, Jordania, Kenya, Malta, Nueva Zelandia, los Países Bajos, Noruega, Senegal, España, Suecia, Túnez, Venezuela y Zimbabwe].

² *Ibidem* [referente a Europa, Parte. Ass, 42 Sess, Recomendación 1130, 1990]: 17.

Nuestra época tiene características especiales, sin precedentes en la historia de la humanidad, pues por vez primera tiene en sus manos el futuro de la vida en el planeta. Es decir, que haya vida, y qué tipo de vida puede haber en el futuro, dependerán de la actuación humana en el presente.

El problema de los derechos entre generaciones siempre se ha planteado de un modo muy diferente al que se nos plantea hoy, pues a lo largo de los siglos ha existido la conciencia de que las generaciones han hecho por las presentes más de lo éticamente necesario. Es probable que esto haya sido cierto hasta hoy, pero puede dejar de serlo en un futuro muy próximo, pues muchos son del criterio de que las generaciones actuales están consumiendo más de lo que la naturaleza produce; razón por la que, al parecer, nuestros herederos recibirán más deudas que riquezas. Estas deudas se llaman: aumento de la temperatura ambiental, destrucción de la capa de ozono, deforestación, incremento de los niveles de radiactividad, salinización de los suelos y otros males.

Para dar cumplimiento al principio de «equidad intergeneracional» es necesario dar cumplimiento cabal a los principios de: «calidad ambiental» –límite óptimo sostenible en el uso de los recursos vivientes y ecosistemas–, «conservación al acceso» y «conservación de las opciones». Solo dando cumplimiento a estos tres aspectos, las generaciones presentes podrán garantizar que las futuras puedan disfrutar de nuestro planeta de forma equitativa y satisfacer sus necesidades y conflictos.

Varios han sido los instrumentos del derecho internacional que han reconocido el principio de equidad intergeneracional, entre otros: la Declaración de Estocolmo sobre el Medio Ambiente Humano, en 1972, y la Comisión Mundial de Medio Ambiente y Desarrollo de las Naciones Unidas, en 1987. De esta forma, ha quedado refrendado tal principio desde el punto de vista jurídico internacional.

Principio de sanidad y unicidad de las formas vivientes

En el orden internacional, la «Carta Mundial de la Naturaleza», adoptada por Naciones Unidas en 1982, es el instrumento más relevante al ratificar que la humanidad es parte de la naturaleza, y que la cultura y la civilización humanas están arraigadas en ella.

Dicho documento recoge en su preámbulo: «[...] cada forma de vida es única, a la cual se debe garantizar respeto sin consideración a su valor para la humanidad y para conceder a otros organismos tal reconocimiento, la humanidad debe ser guiada por códigos morales de acción».³

Este principio comprende también los de preservación de la diversidad biológica del planeta, límite óptimo sostenible en el uso de los recursos vivientes,

³ *Ibidem* [referente a la African Charter on Human and Peoples' Rights, junio 26 de 1981, 21, I.L.M, entró en vigor el 21 de octubre de 1986]: 18.

lo cual constituye una de las prioridades de la comunidad internacional, y en consecuencia se adoptó para ello un convenio internacional, en ocasión de la Cumbre de la Tierra celebrada en Río de Janeiro en junio de 1992.

La biodiversidad planetaria debe ser protegida y preservada por diversas razones: científicas –posibilita el estudio y conocimiento de los ecosistemas–, económicas –para la producción de alimentos, fibras, medicinas, productos industriales o combustibles– y éticas –evitar el ecocidio o masacre biológica.

La erosión de la diversidad se puede deber a ignorancia o conspiración. Todo depende del conocimiento científico-técnico que se tenga de cómo intervenir en los procesos naturales. En los países del Sur poco se conoce de ello, y por eso sus pobladores se convierten en actores dramáticos de decisiones adoptadas por los sectores hegemónicos de sus sociedades, lo que trae como consecuencia la estimulación sistemática al homogenismo de los paisajes naturales y la erosión a la diversidad.

La diversidad solo es preservable si el estilo de producción vivido está inspirado en el conocimiento y el respeto de la diferencia.

Derecho fundamental de los pueblos e individuos a estilos de vida sostenibles

La colectividad deviene como sujeto de derecho, a condición de ser jurídicamente considerada como una entidad individual. No se trata de un derecho colectivo conferido de manera difusa, sino de un derecho fundamental del cual son titulares no solo individuos, sino pueblos, en la medida en que estos sean entendidos como unidades etnológicas con identidad de lengua, cultura e historia. Este principio surge en las críticas al modelo de desarrollo promovido en la posguerra, desde los centros industrializados del Norte hacia los del Sur.

La concentración de poder, al desconocer la diversidad cultural humana y la negación a la participación del pueblo y los ciudadanos en las decisiones que pudieron adoptarse, se tradujo para la mayoría en la pérdida del control sobre sus propios recursos y su propia vida. Pero como consecuencia no padecieron solo los seres humanos, sino también otros seres vivientes en la biosfera, con su destrucción y hasta aniquilamiento completo, legado que ha dejado el llamado desarrollo. «Constituyendo además el precio a pagar por la inmoralidad de las políticas económicas auspiciadas por la cultura occidental hegemónica.»⁴

Para aliviar tales males, la Comisión Mundial del Medio Ambiente, en 1987, conceptualizó el término de «desarrollo sostenible», el cual debe ser cuestionado en el escenario político económico de los países del Sur, cuyo desarrollo ha sido condicionado por los organismos financieros internacionales como el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional mediante sus políticas de ajustes,

⁴ *Ibidem*: 28.

como son: la liberación del comercio o apertura, drástica disminución del gasto público, control de la emisión monetaria, eliminación de los subsidios, reducción del gasto social, privatización de las empresas públicas y apertura indiscriminada al capital extranjero.

El derecho a la subsistencia confiere a los pueblos e individuos la herramienta necesaria para oponerse a toda fórmula económica o política que impida su bienestar, lo que en la actualidad solo significa una aspiración y no una realidad, por eso en el mundo moderno se habla de «globalización ambiental».

Todos estos principios tienen un escenario común para su ejercicio, que es la Tierra, pero no todos los pueblos obtienen los mismos beneficios de ella, pues esto depende de su estatus, lo que permite a los más ricos tener mayores riquezas y darse el lujo de afectar con mayor incidencia la biosfera, mientras que en los más pobres aumentan el hambre, las enfermedades y las epidemias de sus hijos.

En sentido general, podemos plantear que el término de globalización ambiental surge en la década de 1980, por la preocupación suscitada ante los efectos que a escala planetaria podrían provocar tanto el cambio climático como la reducción del ozono atmosférico. Definir la globalización en un sentido amplio sería necesario para: a) que no se conceptualice la «aldea global» sino «globo de aldea», es decir un proyecto de planeta poblado con diversas y ricas expresiones de diversidad cultural, armónicamente estructuradas. Y b) que se tengan en cuenta las grandes diferencias existentes en el mundo actual, donde en el Norte se ubican la opulencia y el bienestar, y en el Sur pobreza, enfermedad y atraso, por lo que ambos no se aprovechan de la misma forma del fideicomiso biosférico.

Los ciudadanos del Primer Mundo –menos de una quinta parte de la población mundial–, consumen cerca del 80 % de las reservas disponibles; la restante mayoría de la familia humana –el Tercer Mundo– es excluida de los beneficios planetarios.

En estas condiciones de aberrante inequidad, y sin instrumentos posibles ni voluntad internacional, es imposible e insólito ver en este principio justicia social, pues con él se persigue solidarizar la deuda ecológica y la responsabilidad en la conservación de la biosfera, sin definir la medida de los beneficios recibidos y por quiénes lo fueron.

La política ambiental global no podría confundirse con el proyecto, igualmente global, de convertir al mundo en una sociedad homogénea, interdependiente y en expansión económica. Por el contrario, una política ambiental estaría orientada a dotar a la comunidad planetaria de individuos, familias, grupos, tribus y naciones con los instrumentos adecuados para prevenir daños ambientales.

El proyecto de un mundo gobernado por decisiones de una cúpula ecocrática, con un poder semejante al del actual Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, significaría entregarle el manejo y administración de la oferta ambiental a una ecocracia internacional que en nada contribuiría a la solución del problema. El alcance político y sentido ecológico de la globalización se definiría como el

ideario de un proyecto de reinención política y cultural del mundo conducido por individuos, grupos, comunidades y nacionalidades.

De lo afirmado se desprende un análisis de los conceptos de «soberanía nacional» y «ciudadanía planetaria» en relación con la globalización.

En la última década del siglo xx, se identificó a las organizaciones no gubernamentales y las corporaciones multinacionales como ciudadanos planetarios. También quedaron establecidos sus derechos y obligaciones, y se redefinió el ejercicio de la soberanía nacional como un principio del derecho internacional que implica la responsabilidad de los Estados nacionales en la protección del ambiente dentro de sus respectivas jurisdicciones, la prevención de daños transfronterizos y la preservación de los bienes comunes de la biosfera y la humanidad para el beneficio de las presentes y futuras generaciones.

Los derechos ambientales han sido reconocidos en el ámbito internacional como un propósito común de todos los Estados, naciones, comunidades e individuos teniendo en cuenta la cultura legal de cada nación.

Derecho ambiental en América Latina

La Conferencia de Estocolmo fue el punto de partida para que algunos países latinoamericanos comenzaran a legislar sobre la protección ambiental. Pero esos esfuerzos legislativos tienen como limitante específica la situación económico-social de estos países, enfrentados a problemas de desertificación, deforestación y contaminación, sumados al empobrecimiento de amplios sectores de la población —asociado directamente al deterioro ecológico.

La supervivencia en los países del Tercer Mundo se ha garantizado en detrimento de la ecología, ya que atrapados en las exigencias de una impagable deuda externa y en los desiguales términos del intercambio comercial internacional, así como los ajustes exigidos por el Fondo Monetario Internacional, están lejos de alcanzar los medios para asegurar estilos sostenibles de producción y vida.

La deuda ecológica del Norte con el Sur es una crónica de la expoliación de sus recursos naturales. La pobreza latinoamericana malogra la calidad de vida de sus habitantes.

El derecho ambiental en América Latina, en la mayoría de sus países, se ha utilizado como un filtro burocrático y ha permanecido, en la práctica, como un instrumento auxiliar de la política.

Se tienen además como limitantes las concesiones realizadas por el derecho tradicional, el cual tiende a conservar fórmulas del derecho civil, mientras que el derecho ambiental, por el contrario, consagra principios del derecho público y de la propiedad común en relación con el ambiente, oferta ambiental, aguas, flora, fauna y recursos energéticos. La tendencia dominante durante varias décadas en algunas legislaciones agrarias fue favorecer las colonizaciones espontáneas, en detrimento de los bosques.

Además, al operar como ventaja comparativa, una legislación ambiental blanda ha servido para atraer la inversión extranjera y propiciar el *dumping* farmacéutico y de agrotóxicos. Aunque en la última década se han registrado avances legislativos a la protección ambiental, con rango constitucional, bajo esta forma de máxima jerarquía normativa.

No obstante, la consagración constitucional de normas ambientales no es suficiente por sí misma, ya que el principio constitucional debe ser acompañado de la voluntad política necesaria para hacerlo cumplir y de adecuados canales administrativos y económicos para garantizar su respeto.

América Latina es un escenario ejemplarizante de violación de todo tipo de derechos humanos, y sus gobiernos han buscado su solución en una inflación legislativa, pues la diversidad legal es hoy un fenómeno jurídico que se debe enfrentar. A pesar de ello, no se ha podido dar solución a los problemas más acuciantes del fenómeno latinoamericano, porque la justicia constitucional ha sido solo un remedio.

Los principios constitucionales sobre el derecho constitucional se clasifican en tres categorías: derechos y obligaciones del Estado; derechos y deberes de los ciudadanos y derechos de la naturaleza, lo que fue acogido indistintamente por cada país en sus respectivas constituciones. Es así que Bolivia lo acogió en su artículo 136; Colombia, artículos 63, 332 y 360; Cuba, artículo 27; México, artículo 27. En todas ellas se reconocen los derechos ambientales como un «dominio público» en el ejercicio de la soberanía nacional.

Lo recogen como un precepto de política ambiental y manejo de los recursos naturales las constituciones de Bolivia, artículos 133 y 170; Brasil, artículos 170 y 225; Colombia, artículos 49, 80, 226, 317, 334, 361 y 366; Cuba, artículo 27; El Salvador, artículo 17; Guatemala, artículos 118–119 y 125–126; Haití, artículos 253 al 258; Nicaragua, artículos 60 y 102; Panamá, artículos 114 al 116; Paraguay, artículo 7; Perú, artículos 119–121 y 123, y Venezuela, en su Constitución bolivariana, artículos 11, 12 y 15.

Lo tienen recogido como un derecho y obligación de los ciudadanos: Chile, artículo 19; Ecuador, artículo 19; Paraguay, artículo 7; Brasil, artículo 225; Colombia, artículos 18 y 58; Cuba, artículo 27; Panamá, artículo 115; Perú, artículo 123; Colombia, artículo 67; Nicaragua, artículos 60 y 180, y Brasil, artículo 225.⁵

Si importante ha sido el referendo constitucional de estos principios, más importante es aún lo que ha ocurrido al ejecutarse: la práctica política de los Estados no ha permitido su efectivo cumplimiento, salvo escasas excepciones. Sucede que el idealismo formal al concebir el ejercicio del poder político, distribuido en tres poderes independientes, no garantiza el verdadero equilibrio en el cumplimiento estricto de sus normas legales.

⁵ *Ibidem*: 99-107.

En América Latina también existe un abismo entre el Estado y la sociedad civil. El Estado cada día está más lejano de las contingencias cotidianas, lo que lo hace más ineficiente con respecto a la leyes, y en relación con los derechos recogidos en ellas.

De todo lo expuesto podemos concluir que de nada vale una constitución eminentemente ecologista y dedicar gran número de su articulado a la protección ambiental, si después todo ello significa letra muerta, pues no existe voluntad política para hacerla cumplir, al primar los intereses económicos y de hegemonismo monoarmamentistas de los Estados.

La carrera armamentista es la mayor fuente de contaminación ambiental que existe. Sin embargo, los Estados occidentales, autotitulados «defensores de los derechos humanos», son los que la desarrollan y expanden por el mundo hambriento y desesperado.

La vida en dignidad inherente al ser humano sería éticamente impensable sin el ejercicio pleno de sus derechos fundamentales; por eso constituye la aspiración más altruista de cada ser humano.

La denuncia mundial más abarcadora de la situación que afrontan los países de América Latina y del Tercer Mundo, respecto al deterioro del medio ambiente fue formulada por el presidente de los Consejos de Estado y de Ministros de Cuba, Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz, en su intervención el día 12 de junio de 1992 en la Conferencia de Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo de Río de Janeiro, Brasil, al plantear:

Una importante especie biológica está en riesgo de desaparecer por la rápida y progresiva liquidación de sus condiciones naturales: [...] el hombre [...] Ahora tomamos conciencia de este problema cuando casi es tarde para impedirlo [...] Es necesario señalar que las sociedades de consumo son las responsables fundamentales de la atroz destrucción del medio ambiente. Ellas nacieron de las antiguas metrópolis coloniales y de políticas imperiales que a su vez engendraron el atraso y la pobreza que hoy azotan a la inmensa mayoría de la humanidad. Con solo el 20% de la población mundial, ellos consumen las 2 terceras partes de los metales y las $\frac{3}{4}$ partes de la energía que se produce en el mundo. Han envenenado los mares y ríos, han contaminado el aire, han perforado y debilitado la capa de ozono, han saturado la atmósfera de gases que alteran las condiciones climáticas con efectos catastróficos que ya empezamos a padecer [...] Los bosques desaparecen, los desiertos se extienden, miles de millones de toneladas de tierra fértil van a parar cada año al mar. Numerosas especies se extinguen. La presión poblacional y la pobreza conducen a esfuerzos desesperados para sobrevivir aun a costa de la naturaleza. No es posible culpar de esto a los países del Tercer Mundo, colonias ayer, naciones explotadas y saqueadas hoy por un orden económico mundial injusto [...] La solución no puede ser impedir el desarrollo a los que más lo necesitan. Lo real es que todo lo que contribuya hoy al subdesarrollo y la pobreza constituye una violación flagrante de la ecología. Decenas de millones de hombres, mujeres y niños mueren cada año en el Tercer Mundo a consecuencia de esto más que en cada una de las

guerras mundiales [...] El intercambio desigual, el proteccionismo y la deuda externa agreden la ecología y propician la destrucción del medio ambiente [...] Si se quiere salvar la humanidad de esa autodestrucción, hay que distribuir mejor las riquezas y las tecnologías disponibles en el planeta. Menos lujo y menos despilfarro en unos pocos países para que haya menos pobreza y menos hambre en gran parte de la Tierra. No más transferencias al Tercer Mundo de estilos de vida y hábitos de consumo que arruinan el medio ambiente. Hágase más racional la vida humana. Aplíquese un orden económico internacional justo. Utilícese toda la ciencia necesaria para el desarrollo sostenible sin contaminación. Páguese la deuda ecológica y no la deuda externa. Desaparezca el hambre y no el hombre [...] Cuando las supuestas amenazas del comunismo han desaparecido y no quedan ya pretextos para las guerras frías, carreras armamentistas y gastos militares, ¿qué es lo que impide dedicar de inmediato esos recursos a promover el desarrollo del Tercer Mundo y combatir la amenaza de destrucción ecológica del planeta? [...] Cesen los egoísmos, cesen los hegemonismos, cesen la insensibilidad, la irresponsabilidad y el engaño [...] Mañana será demasiado tarde para hacer lo que debíamos haber hecho hace mucho tiempo.⁶

La protección penal al derecho ambiental como un derecho humano

El hombre, en su desarrollo histórico, ha penalizado las conductas que atentan contra sus principales derechos como ser social, y es por ello que el derecho a vivir en un ambiente sano, como un derecho humano básico, requisito y fundamento para el ejercicio de los restantes derechos humanos, económicos y políticos, requiere la protección penal.

El derecho ambiental fue reconocido tardíamente por el derecho, y esto ha tenido sus limitantes al condenar conductas que lesionan la biosfera.

El desarrollo de las ciencias naturales precede al desarrollo de las ciencias sociales. Es por eso que la relación existente entre derecho penal, criminología y ecología se ignoró durante mucho tiempo.

En la doctrina penal siempre ha sido muy discutida la eficacia social de las medidas o sanciones penales en los delitos tradicionales, por lo que se debe entender que aún más discutibles son la penalización y castigo a las violaciones ecológicas.

La criminalización de conductas lesivas al medio ambiente necesita no solo del derecho penal, sino también de una política criminal adecuada a la problemática, para lo cual el Estado debe estar correctamente informado y limitado por los principios de exclusiva protección de bienes jurídicos, de última ratio y de seguridad jurídica. «¿Cómo asegurar que las intervenciones humanas en la biosfera serán ecológicamente compatibles?»⁷

⁶ F. Castro. «Discurso en la Cumbre de Río». *Granma*, 13 de junio de 1992: 3.

⁷ J.M. Barrero. *Los derechos ambientales una visión desde el Sur*. S/f: 251.

Intervenciones ecológicamente compatibles serían aquellas que, respetuosas de los procesos vivientes de la biosfera en general, y de la estructura de cada ecoorganización, en particular, no alteren gravemente los mecanismos reguladores, en tal grado que la resiliencia del sistema sea anulada y provocada su regresión. Sin embargo, definir intervenciones ecológicamente compatibles y establecer sus fronteras de sostenibilidad es un proceso altamente complejo que depende, en cada caso, de las características de cada ecoorganización. Lo que es aceptable y compatible para algunas zonas no lo es así para otras.

Ejemplo de ello lo constituye la agricultura moderna, la cual ha remplazado exitosamente ecosistemas diversos por sistemas agrícolas de baja diversidad en zonas templadas del planeta, por lo general monocultivos.

Los esfuerzos legislativos deben ser mucho más efectivos para mitigar los impactos ambientales, especialmente de la industrialización.

En 1964, se promulgó en los Estados Unidos el National Environmental Protection Act (NEPA). Con él se le dio fuerza de ley al empleo de un enfoque sistémico e interdisciplinario para asegurar el uso integrado de las ciencias naturales y sociales en el arte del diseño ambiental y en la programación y toma de decisiones. El ejercicio de esta racionalidad ecológica, la «evaluación del impacto ambiental», fue establecida como requisito previo a la aprobación o ejecución de proyectos o acciones potencialmente lesivos al ambiente.

Es una realidad que en América Latina y otros países del Sur los ecocidios han sido legitimados por el modelo de desarrollo dominante.

Los ecocidios corresponden a expresiones de agresión institucionales, a aquella clase de violencia no episódica o eventual, sino encarnada en la propia naturaleza de las prácticas económicas, políticas y sociales. Según J.M. Barrero, su explicación podemos encontrarla en:

- Las expresiones de violencia institucionales son las conductas ecocidas estimuladas directa o indirectamente, en el marco de instituciones económicas o políticas. Económicas cuando corresponden costos sombra del *modus operandi* industrial, o como consecuencia de otros, y proyectos con pronunciados impactos ambientales, políticos, por cuanto su ejercicio responde a un cierto nivel de legitimidad en ausencia de mecanismos políticos y o legales para mitigarlos o reprimirlos.
- Los ecocidios representan una inminente y grave amenaza para todo el cuerpo social. Amenazan contra la biosfera y la humanidad como titular del fideicomiso planetario de los derechos ambientales correspondientes.
- Las conductas ecocidas son pluriofensivas. Los derechos ambientales constituyen un complejo objeto jurídico. En consecuencia, casi todos los bienes jurídicos clásicos (la salud, integridad personal, seguridad colectiva, integridad territorial) son lesionados o puestos en peligro con agresiones ecocidas al ambiente.

- Los ecocidas representan la contrapartida de inexistentes o inadecuadas políticas de protección ambiental. Situación agravada por el modelo de crecimiento agenciado en América Latina y otros países del sur, el cual privilegió una modalidad de progreso económico a expensas de, y contra la naturaleza.
- Las conductas ecocidas pueden ser económicamente rentables, en el corto plazo, para ciertos grupos o sectores en términos de los costos ambientales no asumidos, las evaluaciones de impacto ecológicas no realizadas, o las indemnizaciones no pagadas a los afectados por contaminación o daño ambiental.⁸

¿Qué estrategia política ambiental e instrumentos legales deberían formularse para defender y/o mitigar los efectos pluriofensivos de los ecocidios? Los controles administrativos han sido insuficientes, especialmente aquellos relativos a la «evaluación del impacto ambiental». ¿Podría la criminalización de conductas ecocidas contribuir a la seguridad jurídica de los derechos ambientales?

Para consolidar prácticas económicas, sociales y políticas en sostenibles formas y grados tales que sean asegurados, tanto la conservación de ecosistemas y recursos vivos y no vivos, como los estilos de vida autónomos y sostenibles, es necesario adoptar un modelo normativo de gestión ambiental.

La criminalización de conductas y, por ende, el uso de sanciones penales, desde el punto de vista teórico solo se justifica cuando:

- Exista una compulsiva necesidad en la sociedad de requerir el acatamiento de una norma particular.
- Cuando tanto la Ley como la justicia puedan ser impartidas igualitariamente, de manera que todas las acciones sean juzgadas con la misma medida, y que los costos humanos por la aplicación de la ley sean difundidos entre el mayor número de transgresores.
- No exista un sistema que imponga menos costo social para lograr el consenso.
- Pueda preverse, sobre la base de ciertos indicadores empíricos, que la imposición del castigo se producirá en beneficio a la sociedad por su no imposición.⁹

Al sistema de justicia penal se le asignan funciones para influenciar la conducta humana, en dirección a la conformidad con la ley y, en consecuencia, reducir los conflictos en el seno de la sociedad. De igual manera, el aparato punitivo debe promover una identidad del cuerpo social en torno a un sistema normativo común. Se espera que cumpla esas funciones con un mínimo de recursos y costos sociales.

⁸ *Ibíd*em: 252.

⁹ *Ibíd*em: 255.

El derecho penal, por sí solo, no puede resolver el problema de dar protección jurídica al medio ambiente, sino que deberá recurrir necesariamente al derecho constitucional, al administrativo y también al privado. La magnitud del problema para el derecho penal está en resolver los vicios del derecho penal tradicional, y rediseñar los contactos de este con otras ramas del derecho.

Cada Estado, en primer lugar, debe tener definida su política ambiental, la cual debe estar dirigida a la racional explotación, utilización y preservación de los recursos naturales, de modo que no signifique impedir el desarrollo ni desaprovechar los recursos naturales.

El derecho tradicional, por lo general reguló las relaciones hombre-hombre, pero no así las relaciones hombre-naturaleza. Esencialmente se regulaban las relaciones patrimoniales, y por eso es difícil reconocer los derechos colectivos o difusos que suponen una interrelación entre el hombre con la comunidad y el entorno que habita.

El bien jurídico protegido por el derecho ambiental es el «medio natural», y el hecho social objeto de este derecho es el «daño ecológico», como consecuencia mediata o inmediata de la intervención del hombre en la administración de los recursos naturales, ya que afectan intereses difusos o colectivos que están por encima de toda relación individuo-Estado y porque su reparación pertenece, como último ratio, a la sociedad.

La calidad del daño ambiental es muy diferente a la que puede provocar un delito de hurto, robo o cualquier delito convencional. Es una dañosidad incommensurable, difícil de medir. En los delitos ecológicos hay tres características muy importantes que se deben definir: la naturaleza de los sujetos de la acción, la dañosidad social y el abuso de poder.

Los sujetos de la acción penalizable serían siempre el Estado, las transnacionales, grandes empresas, corporaciones, o dependientes del poder administrativo.

La dañosidad social está dada por la magnitud y consecuencias del impacto sobre el medio natural.

El abuso de poder se da porque muchas de estas actividades se producen por los sujetos antes mencionados.

Por solo relacionar algunos de los grandes acontecimientos que han conmovido a la humanidad, por su repercusión y efectos negativos, podemos referirnos al lanzamiento por parte de los Estados Unidos de las bombas atómicas en las ciudades japonesas de Hiroshima y Nagasaki, las que dejaron más de medio millón de víctimas; las guerras del Golfo Árabe-Pérsico, donde se destruyeron más de mil pozos de petróleo entre Kuwait e Iraq, y la explosión de la central nuclear de Chernobil, que produjo miles de víctimas. De estos hechos, la humanidad y el medio ambiente aún no se han recuperado por los graves perjuicios provocados.

De lo anterior podemos definir que el derecho penal ambiental no es un derecho penal convencional, porque no trata conductas comunes, ordinarias, sino de conductas con otros componentes.

En materia penal hay dos principios vitales: prevención general y prevención especial. Se entiende como prevención general el poder disuasivo que tiene la pena en la sociedad para evitar que se acometan hechos similares; y como prevención especial, la dirigida a la persona que ha delinquido para que no vuelva a insistir en su ilegítimo actuar, pretendiendo mediante la pena resocializar al individuo. Ambos principios tienen sus características para el derecho penal ambiental, pues no se dirigen a una persona física, sino colectiva, con un grupo de intereses.

Es necesario, además, analizar el tipo penal, la antijuricidad, la culpabilidad y los problemas de autoría y participación en los delitos contra el medio ambiente.

El tipo penal sería la conceptualización de las diferentes conductas que agreden o dañan el medio ambiente en un determinado nivel y que no admiten la persecución administrativa. En la actualidad, es muy discutida la peligrosidad en estos tipos de delitos. Unos los definen como peligros abstractos, que no son más que resultados riesgosos, potencialmente aptos para provocar daño. Es decir, el resultado se satisface, se realiza con solo consumir el riesgo que, a su vez, tiene que ser potencialmente apto para provocar después un daño, ya que el riesgo es un resultado típico. Otros opinan también que son delitos de peligro concreto y que el peligro abstracto no existe.

Otras teorías, en mayoría, reconocen que en las acciones ecocidas, o simplemente perturbadoras del ambiente no participa directamente el dolo o culpa individual del autor o autores. Más allá de la voluntad directa de los inculpados se encuentra una ideología encarnada en los procedimientos tecnológicos de intervención en la biosfera y en los modelos sociales de producción y consumo cuya formulación y/o puesta en marcha han sido parcial o completamente ajenas a evoluciones ambientales.

Un «dolo social» auspicia las acciones contra el ambiente. Es una nueva modalidad de dolo que se expresaría en la elección filosófica de una sociedad conducida, como sistema y unidad histórica, hacia conductas y prácticas ecológicas incompatibles. Una voluntad histórica que elige usos, instrumentos y prácticas lesivas al planeta y a los derechos que en él deben tener los hombres y demás seres vivos.

Al criminalizar, generalmente, el poder de castigar es dirigido contra las acciones lesivas al ambiente, en tanto ellas constituyen consecuencias directas o directamente producidas por el uso de un mecanismo tecnológico, la aplicación de un procedimiento productivo o la puesta en marcha de un proyecto de desarrollo. El aparato punitivo instala sus instancias represivas y sancionadoras en el tramo final de un proceso iniciado en las operaciones de diseño tecnológico o formulación de proyecto. En este sentido, tipos penales consagrados a reprimir la contaminación ambiental parecen dirigirse en mayor grado contra los usuarios finales de productos o tecnologías potencialmente contaminantes, y se deja sin

represión o sanción alguna a los diseñadores o productores comprometidos en su gestión.¹⁰

Aquí podríamos analizar los fenómenos de la producción de armas, el transporte supersónico, nuevos plaguicidas, nuevos plásticos, proyectos de energía nuclear, proyectos de ingeniería, represamiento de grandes ríos, recuperación de tierras, proyectos de minería submarina, entre otros.

Al concentrar todo el poder de castigar en el tramo final del proceso y abandonar casi completamente las instancias iniciales, el sistema de justicia penal reedita su persistencia en un círculo vicioso de fracasos.

Otro de los temas más discutidos es si las personas jurídicas pueden o no ser sujetos activos del delito y, por ende, susceptibles de imputación y responsabilidad penal.

En la sociedad industrial moderna, un volumen considerable de actividades económicas se diluyen en la voluntad única de personas jurídicas. En consecuencia, una variada gama de acciones contra el ambiente y los recursos naturales es agenciada a través de esas voluntades empresariales o corporativas.

[...] Sobre este aspecto es posible encontrar en el panorama jurídico internacional dos posiciones antagónicas, por una parte, los países de tradición anglosajona en cuya legislación penal se reconoce a las personas jurídicas como eventuales sujetos activos del delito y susceptibles de imputación y responsabilidad penal; y de otro lado, los países de tradición latino-francesa especialmente, en cuya legislación penal las personas jurídicas no pueden ser sujetos activos del delito. Sin embargo, al interior de su evolución doctrinal se recomienda extender la responsabilidad penal de las personas jurídicas.¹¹

El concepto de responsabilidad criminal de las personas jurídicas se desarrolló en los países del Common Law y no en los países del Civil Law. Es un fenómeno en la evolución doctrinaria de ambos cuerpos normativos.

Ante este problema, lo que se propone es hacer una división en el código penal; mantener, por supuesto, el esquema del derecho penal convencional, con todos los requisitos y garantías –lo que se llama el derecho penal mismo– para las personas físicas, y crear un sector especial dentro del código penal para las personas jurídicas, con sanciones específicas donde obviamente no puede figurar la de prisión.

Si incorporamos al código penal a las personas jurídicas con este esquema, con esta división, lo que puede lograrse es el procesamiento, y hasta la condena, a una persona jurídica, y contemporáneamente determinar la responsabilidad penal de los miembros que hubieran intervenido.

Este es el llamado sistema de doble imputación, que actúa en una doble vía; es decir, si la persona física resulta responsable, responde de acuerdo con el sistema

¹⁰ *Ibidem* [referente a la Declaración de Denton de 1971]: 257.

¹¹ *Ibidem* [referido a la exclusión de responsabilidad penal de personas morales, 1979]: 262-3.

de derecho penal convencional: puede ir a prisión o cumplir otra sanción. Pero, al mismo tiempo, de forma paralela, el ente jurídico, o la sociedad, es responsable y puede ser condenada.

En este sistema, cuyas penas específicas permiten diferenciarlo, lo que se plantea es la representación de la persona jurídica. La ley puede crear un representante especial que concurre por la persona jurídica ante el tribunal. No es que esa persona física sea responsable ante el tribunal, es solo un representante legal de la sociedad que la visibiliza, pero la responsable es la sociedad.

El sistema especial de la doble imputación requiere, sin duda, una reformulación de los principios clásicos del derecho penal convencional. Es evidente que la imputación a la persona jurídica no es sinónimo de imputación a la acción humana que se exige tradicionalmente, aunque sean humanos los que realizan la actividad delictiva; el dolo de tipo subjetivo exige una voluntad y un conocimiento cualitativamente diferentes y, en consecuencia, el error del tipo requeriría de una estructura propia, si reconocemos que la decisión de la persona jurídica no es similar al proceso de la psiquis. Por último, el elemento más significativo es la culpabilidad, tal cual lo entiende la doctrina moderna, la que deberá ser marginada de la estructura, o al menos reconstruida totalmente, pues no cabe reconocer a la persona jurídica la posibilidad de invocar el error de prohibición, cuando partimos de la circunstancia que *ex ante* de la decisión se exige el conocimiento y la verificación técnica de los presupuestos de hecho, y de las normas jurídicas que anteceden a la actividad.

Para la instalación de este sistema, que escinde la imputación a las personas físicas, con todas las garantías del derecho penal mínimo y la imputación a las personas jurídicas, se requieren ciertas condiciones:

- La existencia de un Estado que funcione normalmente, es decir, con instituciones que controlen las actividades de tipo ambiental y económico.
- La verdadera independencia de la función jurisdiccional, porque si los sujetos de la acción son corporaciones o el propio Estado, es premisa básica contar con jueces que puedan ejercer sus funciones sin la presión de intereses económicos o políticos.
- El control de los propios destinatarios de las conductas lesivas; la población debe tener intervención a través de sus organizaciones.

En cuanto a cómo penalizar estas conductas, además de las multas, también pueden imponerse la suspensión temporal o definitiva, de operaciones y/o trabajos, la cancelación de licencias y la clausura del establecimiento comercial o industrial, entre otros.

A grandes rasgos, el uso del sistema penal en la protección ambiental está orientado internacionalmente en dos direcciones básicas: la primera, corresponde a aquellos modelos de tipos penales que funcionan como protección lateral o de flanco a las disposiciones administrativas. El cumplimiento de estas

disposiciones administrativas constituye la causa fundamental de tipicidad y/o castigo penal. En consecuencia, los destinatarios de tales disposiciones, nominalmente los sectores comercial e industrial, pueden ser considerados transgresores potenciales. En esta dirección, los delitos ecológicos son considerados un caso especial de delito de cuello blanco.

La segunda es conducida por criterios basados en una tipificación penológica del daño o peligro causados contra los derechos y bienes ambientales. En estos casos, el tipo penal por sí mismo define la culpabilidad fundada en el grado de peligro individual o ecológico. Desde esta perspectiva, cualquier persona puede ser considerada transgresora potencial, aunque las posibilidades actuales de enmarcarse dentro de la conducta típica varían en alto grado, en dependencia de la actividad individual y estatus social.

Los anteriores criterios penales han sido expresados a través de diferentes medios legislativos: en tipos criminales incorporados a los códigos penales nacionales, que constituyen o no un acápite especializado; en estatus penales especiales, o insertos en la Ley Orgánica Ambiental o Ley Marco Ambiental, y esparcidos en diferentes disposiciones o reglamentos ambientales.

De acuerdo con la estructura anterior, tenemos que se acogen a la fórmula de código penal nacional países como El Salvador, artículo 295 de su Código Penal y Decreto 270 de febrero de 1973; Australia, en los artículos 180 y 181 del Código Penal de 1975; Panamá, capítulo V del Código Penal, artículos 246-248 de la Ley 18 de septiembre 1982, y Colombia, Código Penal, Decreto 100 de 1980, en sus artículos 242-244 y 247. Este último país lo recoge como tipos penales ontológicamente dependientes de disposiciones administrativas.¹²

Mediante la ley orgánica ambiental o estatutos penales especiales se recoge en países como Venezuela (Ley Orgánica del Ambiente de junio 15 de 1976, artículos 25-26 y 36), así como la promulgación de su Ley Penal del Ambiente, de enero de 1992; Bolivia, en su Reglamento sobre delitos, infracciones y sanciones para quienes atenten contra los recursos naturales y renovables, Decreto Supremo 9328, de julio 23 de 1970, y Japón, en su Ley para el Castigo de Delitos por Contaminación Ambiental no. 142 de 1970. Se acogen a la fórmula de disposiciones o reglamentos ambientales Francia, Canadá y los Estados Unidos.

De todo lo analizado con anterioridad, podemos afirmar que el derecho penal ambiental necesita un reacomodo legislativo, adecuado a la prioridad y efectividad que de él reclama la humanidad, como mecanismo de compulsión estatal. Esta es una de las tareas que tienen ante sí los juristas del siglo XXI, como uno de sus principales desafíos, en aras de salvar a la madre común.

¹² *Ibidem* [referido a la estructura de los códigos penales de los países mencionados]: 267-9.

La protección jurídica en Cuba de los derechos ambientales

La legislación ambiental en Cuba, como en el resto del mundo, es relativamente reciente. Las leyes más remotas están referidas a recursos específicos o a la protección de la salud humana, sin una visión integral del medio ambiente, en tanto este concepto no era siquiera manejado al tiempo de dictarse esta legislación. Se promueven o controlan actividades económicas, como la caza o la pesca, o se tutelan cuestiones relativas a la salud, con un enfoque primordialmente sectorial.

Con la promulgación, el 24 de febrero de 1976, de la Constitución de la República, su artículo 27 plantea: «Para asegurar el bienestar de los ciudadanos, el Estado y la sociedad protegen la naturaleza. Incumbe a los organismos competentes y además a cada ciudadano velar porque sean mantenidas limpias las aguas y la atmósfera, que se proteja el suelo, la flora y la fauna.»¹³

El 10 de enero de 1981 se dicta la Ley no. 33, De Protección del Medio Ambiente y del Uso Racional de los Recursos Naturales. Esta ley de carácter general establece principios y preceptos básicos para la protección del medio ambiente. Se trata de un cuerpo jurídico elaborado con rigor y buena técnica, pero demanda inexorablemente de disposiciones complementarias para su implementación eficaz, lo cual fue previsto en la propia ley, en su artículo 24.

En respuesta a tal reclamo, fueron dictadas las siguientes normas jurídicas: Decreto Ley no. 136, de 4 de marzo de 1993, Del Patrimonio Forestal y la Fauna Silvestre; Decreto 180, de 5 de marzo de 1993, Contravenciones de las Regulaciones sobre Protección del Patrimonio Forestal y la Fauna Silvestre; Decreto 103, de 2 de abril de 1992, Reglamento para la Pesca no Comercial (ya derogado); Decreto-Ley 137, de 16 de abril de 1993, De la Medicina Veterinaria; Decreto 110, de 30 de septiembre de 1982, Reglamento para la Protección Sanitaria del Ganado Porcino; Decreto 169, de 17 de abril de 1992, Contravenciones de las Regulaciones sobre Sanidad Vegetal; Decreto 174, de 22 de octubre de 1992, Contravenciones de las Regulaciones sobre Control y el Registro del Ganado Mayor y de Razas Puras; Decreto 175, de 22 de octubre de 1992, Regulaciones sobre Calidad de las Semillas y sus Contravenciones; Decreto 176, de 22 de octubre de 1992, Protección a la Apicultura y los Recursos Melíferos y sus Contravenciones; Decreto 181, de 21 de abril de 1993, Contravenciones de las Regulaciones sobre Medicina Veterinaria; Decreto Ley 138, de 1ro de julio de 1993, De las Aguas Terrestres; Decreto 199, de 10 de abril de 1995, Contravenciones de las Regulaciones para la Protección y Uso Sostenible de los Recursos Hidráulicos; y Decreto 179, de 2 de febrero de 1993, Protección, Uso y Conservación de los Suelos y sus Contravenciones.

¹³ *Constitución de la República de Cuba*. Artículo 27, 24 de febrero de 1976.

Existen, además, otras esferas que no han promulgado las disposiciones demandadas por dicha ley, y las ya existentes no son lo suficientemente abarcadoras de su materia.

En tanto se van dictando estas legislaciones, tienen lugar importantes eventos a nivel internacional, con influencia en el pensamiento jurídico cubano, sobre la protección a los derechos ambientales, como la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo, conocida como Cumbre de Río, en 1992, donde las acciones relativas a la protección del medio ambiente alcanzaron su máxima expresión. Cuba participó activamente en la Conferencia, en su proceso preparatorio, y demostró su adhesión y apoyo a los principales documentos que en ella fueron suscritos.

Ya en ese propio año se introdujeron modificaciones al texto constitucional cubano, cuyo artículo 27 alcanza un superior nivel conceptual al integrar la idea del desarrollo sostenible:

El Estado protege el medio ambiente y los recursos naturales del país, reconoce su estrecha vinculación con el desarrollo económico y social sostenible para hacer más racional la vida humana y asegura la supervivencia, el bienestar y la seguridad de las generaciones actual y futuras. Es deber de los ciudadanos contribuir a la protección del agua, la atmósfera, la conservación del suelo, la flora, la fauna y todo el rico potencial de la naturaleza.¹⁴

Si a esta valoración sobre el marco normativo del medio ambiente y los cambios que tuvieron lugar a nivel internacional, unimos las consideraciones relativas a los cambios económicos, sociales e institucionales acaecidos en el país, podemos afirmar que la Ley no. 33, por diversas razones, ya no reflejaba de manera adecuada nuestra realidad económica, social e internacional, ni los más recientes avances en esta esfera:

- Se creó el Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente.
- Se reestructuró la administración central del Estado, con la consiguiente disminución del número de organismos y una tendencia hacia la descentralización de las funciones.
- El desarrollo de nuevas estructuras de gobierno, con incidencia en la gestión ambiental (creación del Consejo de la Administración y consejos populares).
- El incremento de la inversión extranjera, con incidencia en áreas ambientales sensibles (minería y turismo).
- Otros cambios significativos en el entorno nacional, como el desarrollo de nuevas formas de producción en la agricultura y el incremento del trabajo por cuenta propia.
- El desarrollo científico y tecnológico y la introducción de diversos principios y conceptos en el ámbito internacional: principio de prevención, enfoque

¹⁴ *Constitución de la República de Cuba*. Artículo 27, 1992.

precautorio, el que contamina paga, entre otros que hoy no se instrumentan plenamente en nuestro ordenamiento legal.

- La identificación de los problemas ambientales globales y la conformación de convenios vinculantes al respecto: capa de ozono, desechos peligrosos, diversidad biológica, cambio climático, de los cuales Cuba es parte.
- La legislación complementaria a la Ley 33 no se ajustaba a esta, por ser en general de fecha mucho más reciente, además de que comparte muchos de los problemas apuntados.
- Eran débiles los mecanismos de represión y control de las conductas infractoras de la legislación ambiental; la normativa existente solo resuelve el problema de manera parcial.

El Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente (CITMA), a partir de su creación tomó conciencia de todos los problemas existentes y se trazó una estrategia legislativa, sobre la base de elaborar resoluciones ministeriales en temas clave de su quehacer, y para, al propio tiempo, ir madurando las ideas con el objetivo de elaborar una ley. A ese fin, se preparan y aprueban proyectos sobre evaluación del impacto ambiental, inspección ambiental estatal, productos químicos tóxicos y desechos peligrosos.

En noviembre de 1995, el CITMA realizó un taller para la instrumentación legal del Programa Nacional de Medio Ambiente y Desarrollo, el cual contó con el valioso apoyo de la Oficina Regional para América Latina y el Caribe del Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente, y donde participaron abogados de un numeroso grupo de organizaciones de la administración central del Estado y otras instituciones. En esta ocasión, se efectuó un diagnóstico de la situación de la legislación ambiental en Cuba y se formularon recomendaciones a tener en cuenta para la nueva ley sobre el medio ambiente.

En el mes de diciembre de 1995, el CITMA, además, realizó la circulación interna de una primera versión del proyecto, y en mayo lo circuló entre un grupo de organismos, a fin de acercar posiciones sobre una versión definitiva. Este documento se continuó discutiendo y la versión definitiva fue aprobada por el máximo órgano legislativo del país, la Asamblea Nacional del Poder Popular, en julio de 1997.¹⁵ Consta de catorce títulos, con un total de 174 artículos, además de un conjunto de disposiciones transitorias, especiales y finales, que se sintetizan de la forma siguiente:

Título I: Principios, conceptos básicos y objetivos. Se conceptualiza que los recursos naturales son patrimonio de la nación, y se establecen los principios sobre los cuales está basada su gestión. Se sustenta la soberanía del Estado sobre el medio ambiente, al definir los conceptos clave empleados por la ley y las obligaciones en

¹⁵ Ley N° 81/97 (Ley sobre la Protección del Medio Ambiente y los Recursos Naturales). *Gaceta Oficial de la República de Cuba*, 11 de julio de 1997.

la protección del medio ambiente, como responsabilidad de todos los organismos de la administración central, así como de las autoridades locales, dentro de las esferas de su competencia.

Queda definido también el papel del Estado en la promoción y participación en acuerdos y acciones internacionales, en cuanto a las asignaciones presupuestarias y al empleo de diversos instrumentos y mecanismos en esta esfera. Se refrenda el deber colectivo en la prevención, mitigación y atención de accidentes y desastres naturales y tecnológicos.

La ley establece como objetivos, entre otros: orientar la actividad socioeconómica hacia formas compatibles con la protección del medio ambiente; establecer los mecanismos para el mantenimiento del equilibrio ecológico; promover la participación ciudadana; integrar e instrumentar la evolución del impacto ambiental, el desarrollo de actividades de control y vigencia y el mejoramiento del entorno de los asentamientos humanos.

Título II: Marco institucional. Se disponen las atribuciones que, de conformidad con la ley y con las leyes especiales, corresponden al Estado en materia de gestión ambiental y serán ejercidas por los organismos de la administración central del Estado, otros órganos de gobierno y los órganos locales del Poder Popular. Le corresponde al CITMA la dirección y control de la elaboración y ejecución de la política y gestión ambiental del Estado y gobierno, y deberá propiciar su integración coherente para contribuir al desarrollo sostenible del país. Además, se establecen las funciones del CITMA y se enuncian los deberes, atribuciones y funciones comunes de otros organismos, al describir las acciones que se deben ejecutar por los órganos de la administración central del Estado y los locales del Poder Popular.

Título III: Instrumentos de la política ambiental. Son definidos como instrumentos de la política ambiental: la estrategia ambiental nacional, el Programa Nacional de Medio Ambiente y Desarrollo, y los demás programas, planes y proyectos de desarrollo económico-social; la ley y demás regulaciones legales destinadas a proteger el medio ambiente y a promover el desarrollo sostenible; el ordenamiento territorial; la evolución del impacto ambiental; las licencias ambientales; el sistema de información ambiental; la inspección ambiental; la educación y divulgación; la investigación y el desarrollo científico y tecnológico; los instrumentos económicos; el Fondo Nacional del Medio Ambiente; el régimen de sanciones administrativas; el sistema de responsabilidad civil por daños ambientales; el régimen de responsabilidad penal y las formas de participación comunitaria y ciudadana en las decisiones relacionadas con el medio ambiente.

En los diferentes capítulos de este título se conceptualizan y se establecen las acciones que se deben desarrollar para la implementación de estos instrumentos. Asimismo, se establecen las responsabilidades que deberán asumir el CITMA y diferentes organismos de la administración del Estado.

Título IV: Comercio y medio ambiente. Establece que los acuerdos sobre libre comercio que se adopten no podrán soslayar las normativas y regulaciones destinadas a la protección del medio ambiente y al uso sostenible de los recursos naturales.

Título V: Disposiciones comunes. Resalta el papel rector de un conjunto de documentos destinados a la protección del medio ambiente y de las acciones del CITMA.

Título VI: Esferas específicas de protección del medio ambiente. Regula esferas específicas de protección del medio ambiente y los recursos naturales, tanto renovables como no renovables, en particular de la diversidad biológica; el Sistema Nacional de Áreas Protegidas; las aguas y ecosistemas acuáticos; los suelos y ecosistemas terrestres; la flora y fauna silvestres; la atmósfera y recursos minerales.

Título VII: Recursos energéticos. Se resalta la preponderancia que debe tener la utilización de las fuentes renovables de energía en el aprovechamiento de los recursos energéticos. Su explotación deberá ser ejecutada con el empleo de tecnologías adecuadas y sin ocasionar daños al suelo, el agua o la atmósfera.

Título VIII: Desastre ambiental. Se define lo que se reconoce como desastre ambiental, la actuación del Consejo de Defensa Nacional y las personas naturales o jurídicas en la prevención y solución de estos fenómenos, el papel del Estado Mayor de la Defensa Civil en la coordinación para la formulación, ejecución y actualización de los planes para afrontar desastres naturales o inducidos y las funciones y atribuciones del CITMA en esta esfera.

Título IX: Normas relativas a la agricultura sostenible. Se dice qué es agricultura sostenible, establece un conjunto de acciones para alcanzar sus propósitos y se indican los organismos responsables en su ejecución.

Título X: Uso sostenible de los recursos paisajísticos. Se definen las acciones preventivas y correctivas para la protección y uso sostenible de los recursos paisajísticos, e indica las autoridades competentes para su ejecución.

Título XI: Desarrollo sostenible del turismo. Se reflejan disposiciones básicas para el desarrollo sostenible e indica las atribuciones y funciones en esta esfera del Ministerio del Turismo y del CITMA.

Título XII: Preservación del patrimonio cultural asociado al entorno natural. Expresa qué se entiende por patrimonio cultural asociado al entorno natural e indica cómo sus componentes serán objeto de medidas preventivas y correctivas, a fin de evitar su deterioro y destrucción.

Título XIII: Otras disposiciones relativas a la protección de la salud y la calidad de vida respecto a factores ambientales adversos. Se establece la responsabilidad que tienen las personas naturales o jurídicas que emitan, viertan o descarguen sustancias y desechos susceptibles de dañar la salud humana y la calidad de vida. Dispone el desarrollo de las acciones para garantizar los servicios públicos esenciales, para mantener la higiene y la limpieza pública, tanto en las obras y asentamientos ya establecidos, así como las que se construyan en el futuro.

Determina las normas relativas a los niveles permisibles de ruidos y el control de los desechos peligrosos. En la Ley también se tratan los efectos económicos de estas normas, al contemplar la existencia de previsiones presupuestarias que tiendan a la protección del medio ambiente.

Las personas naturales o jurídicas que utilizan recursos naturales, o realizan actividades susceptibles de afectar el medio ambiente, deben prever también las inversiones necesarias para enfrentar las acciones de protección que esta ley indica.

Título XIV: Protección del medio ambiente en el desarrollo de las actividades laborales. Las disposiciones de la ley y sus normas complementarias son aplicables a todos los establecimientos donde se desarrollen actividades laborales, independientemente de sus características; clasifica la acepción de establecimiento y empleador y las obligaciones de este último en la creación de las condiciones ambientales necesarias para el normal desempeño de las actividades laborales y la reparación del daño o perjuicio que estas puedan causar, consciente o inconscientemente, al medio ambiente; las especificaciones generales que debe adoptar el empleador a fin de salvaguardar la salud y la vida de los trabajadores. De igual forma, señala el derecho y deber del trabajador y las organizaciones sindicales de exigir y garantizar el cumplimiento de las normas tendientes a la protección del medio ambiente. Hay que advertir que no se trata de obligaciones nuevas, sino de la sistematización del cumplimiento de exigencias que vienen dispuestas en la legislación ambiental existente, diversas normas técnicas y otros cuerpos normativos.

Disposiciones transitorias. Establecen que la solución de los conflictos originados por la aplicación de la ley corresponden a las salas de lo económico de los tribunales populares, sin perjuicio de que sean resueltos en las propias jurisdicciones los asuntos penales, civiles y administrativos-contravencionales que en ellos se tratan.

Disposiciones finales. Se derogan otros proyectos y modificaciones a la legislación vigente. Se encarga al CITMA de la revisión de las normativas que mantienen su vigencia, con el fin de proponer a los Consejos de Estado o de Ministros, según proceda, las modificaciones necesarias.

Principales modificaciones a realizarse. Deroga la Ley no. 33, del 10 de enero de 1981, así como el Decreto Ley 118, de 18 de enero de 1990, que creó el órgano rector del Sistema Nacional de Protección del Medio Ambiente. Esta última norma estaba parcialmente derogada a partir de la promulgación del Decreto Ley 147, de 21 de abril de 1994, De la Organización de los Organismos de la Administración Central del Estado. Otras modificaciones son:

- Ley 7 de Procedimiento Civil Administrativo y Laboral, al ampliarse el concepto de la legitimación activa.
- Ley 73 de 1994 sobre el Sistema Tributario.
- Ley 76 de 1994 sobre Minas.

- Ley 62 del Código Penal, al plantearse la inclusión de un tipo penal encaminado a la tutela del medio ambiente.
- El régimen de contravenciones administrativas, en el Decreto Ley 99, De las Contravenciones Personales, al incluir multas institucionales, señalarse máximas y mínimas para estas multas e incluirse otras sanciones accesorias.

Este proyecto fue definitivamente aprobado por la Asamblea Nacional del Poder Popular el 11 de julio de 1997 como Ley 81 sobre la protección del medio ambiente y los recursos naturales. El rango de esta Ley estuvo justificado por la entidad de las materias que se regulan, el reconocimiento de principios y derechos, y el establecimiento de instrumentos de gran trascendencia, unido al modo en que el texto repercute sobre las funciones, atribuciones y deberes de los órganos y organismos estatales y demás personas naturales y jurídicas.

Después de analizar la *Ley 81 sobre la protección del medio ambiente y los recursos naturales*, quisiéramos hacer referencia especial a la protección jurídico-penal que existe en la actualidad, y cuál debe ser su proyección futura.

La Ley 21, de 15 de febrero de 1979, fue el primer Código Penal promulgado por la Revolución y en él se tipificaban dentro del Título V, Delitos contra la Economía Nacional: el Capítulo XVII, Infracciones de las Normas para Prevenir y Combatir Enfermedades y Plagas de Animales y Plantas; Capítulo XIX Contaminación de las Aguas; Capítulo XX Devastación de Bosques; y el Capítulo XXII Actividades Ilícitas con Respecto a los Recursos Naturales de las Aguas Territoriales y la Zona Económica de la República. Dentro de este Capítulo, una Sección Primera se dedicaba a la Explotación Ilegal de la Zona Económica de la República, una Sección Segunda a la Pesca Ilícita y, en el Capítulo XXIII, la Caza Ilícita.¹⁶

En 1987, se deroga la Ley No. 21 y entra en vigor la Ley no. 62, el Código Penal actual, modificado parcialmente por el Decreto Ley no. 150, de 10 de junio de 1994. En el Código Penal vigente se regulan como conductas típicamente antijurídicas las siguientes:¹⁷

Capítulo IV. Infracciones de Normas Referentes al Uso y Conservación de Sustancias Radiactivas u otras fuentes de Radiaciones Ionizantes. En el artículo 185 se sanciona con privación de libertad de cinco a doce años:

- a) el que realice actos que pongan en peligro u ocasionen daño de cualquier naturaleza a medios de transporte de materiales nucleares, con el fin de obstaculizar su funcionamiento.
- b) Libere intencionalmente energía nuclear, sustancias radiactivas u otros fuentes de radiaciones ionizantes que pongan en peligro la vida o la salud de las personas o sus bienes, aunque no se produzcan daños.

¹⁶ *Código Penal Cubano. Ley 21 de 1979.* Capítulos XVII, XIX, XX, XXII y XXIII. S/r.

¹⁷ *Código Penal Cubano Vigente. Ley no. 62 de 1987.* Capítulos IV-V, XIV-XV y XVII. S/r.

Se castiga también, en el artículo 186, el que ponga en explotación o mantenga en su poder cualquier tipo de estas sustancias.

En el Capítulo V, Delitos contra la Salud Pública, su Sección V tipifica en su artículo 194-1, incisos a, b, c, ch y d, el delito de contaminación de las aguas y de la atmósfera, y establece sanciones de privación de libertad de tres meses a un año o multa de cien a trescientas cuotas o ambas, al que:

- a) arroje en las aguas potables objetos o sustancias nocivas para la salud.
- b) contamine cuencas de abasto de aguas superficiales o subterráneas que se utilizan o puedan ser utilizadas como fuente de abastecimiento a la población.
- c) omita cumplir las disposiciones legales tendentes a evitar la contaminación de la atmósfera con gases, sustancias o cualquier otra materia dañina para la salud proveniente de industrias u otras instalaciones o fuentes.
- ch) teniendo a su cargo la operación de una instalación de abastecimiento de agua potable a la población, por negligencia o incumplimiento de las normas establecidas, dañe la calidad del agua, poniendo en peligro la salud de la población.
- d) teniendo a su cargo la operación de una instalación por el tratamiento de aguas residuales domésticas, industriales o agropecuarias, por negligencia o incumplimiento de las normas establecidas, cause la contaminación de corrientes de aguas superficiales o subterráneas o del mar.

En el Apartado 2 se establece que la sanción prevista en el Apartado 1 se impone, siempre que el delito no constituya uno de mayor entidad.

En la Sección VI se tipifican otras conductas que implican peligro para la salud pública, donde se recoge de forma general el comportamiento de médicos, veterinarios, directores, técnicos o auxiliares que por su actuar negligente perjudiquen la salud humana.

En el Título V, Delitos contra la Economía Nacional, Capítulo XIV, se penalizan las infracciones de las normas para prevenir y combatir enfermedades y plagas de animales y plantas, que se mantiene igual que se recogió en la Ley no. 21, solo que variaron los marcos sancionadores al alcanzar las multas hasta trescientas cuotas, y la privación de libertad hasta cinco años.

En el Capítulo XV se plasma la contaminación de las aguas. Y queda también de la misma forma que en la Ley no. 21, solo que varían sus marcos sancionadores, al ser más severas las multas que se deben imponer.

En el Capítulo XVII, Actividades Ilícitas con Respecto a los Recursos Naturales de las Aguas Territoriales y la Zona Económica de la República, en la Sección 1ra. se recoge la explotación ilegal de la zona económica; en la Sección 2da., la pesca ilícita, y respecto a este delito el Tribunal Supremo Popular emitió su dictamen no. 220/85, donde se señala, tanto que la pesca no comercial con fines deportivos o científicos constituye una infracción administrativa, como la

facultad de la autoridad para denunciar los hechos conforme al Decreto Ley no. 80 de 1994. Aclara, asimismo, que cuando esté presente el ánimo de lucro se procede únicamente a aplicar el artículo 293, actual 242, donde se clasifica esta conducta como un delito.

Estos son los delitos básicos, que de forma general protegen los derechos ambientales, los cuales por su ubicación y conceptualización en el Código Penal y la tutela penológica, logran alcanzar algunos de los elementos que componen el medio ambiente. Pero lo cierto es que su protección está encaminada a otros derechos fundamentales del hombre, como la vida, la salud, los derechos económicos; y otros, con independencia del derecho, vistos hacia el disfrute de un medio ambiente sano, como un derecho humano básico, prerequisite y fundamento para el ejercicio de los restantes derechos humanos, económicos y políticos. Un ambiente sano es condición *sine qua non* de la propia vida, y ningún derecho de la vida podría ser realizado en un ambiente no vivible o profundamente alterado.

Lo anterior constituye el fundamento principal para proponer que la legislación penal cubana debe modificar su conceptualización sobre la protección jurídico penal del medio ambiente y atemperarse a los cambios estructurales, económicos y sociales ocurridos en los últimos años, así como a los criterios internacionales que apoyamos con nuestra participación en cónclaves sobre esta materia.

Nuestro Código Penal, en las modificaciones sufridas mediante el Decreto Ley 175 de 1999, incorporó en el Apartado 2 del Artículo 16 la persona jurídica como sujeto activo de delito, pero estableció qué figuras delictivas podían ser cometidas por la misma. Por tanto, en cuanto a la protección penal del medio ambiente esta modificación ha resultado esencialmente formal.

Este aspecto no es significativo solamente en materia de protección ambiental, sino en un grupo de conductas, fundamentalmente económicas, donde se necesita penalizar la actuación ilícita de personas jurídicas.

Al no reconocerse la persona jurídica como sujeto activo del delito en el derecho penal cubano, es lógico que las sanciones principales y accesorias reguladas en su articulado tampoco se adecuen a este tipo de persona, por lo que su reconocimiento también llevaría al reconocimiento de otros tipos de sanciones que brinden la posibilidad de un mayor número de alternativas punitivas. Es decir, la admisión por nuestra legislación penal de la persona jurídica como sujeto activo de delitos conllevaría a una reconceptualización de toda la parte del derecho penal general, al adecuarlo a estas circunstancias, o de lo contrario, mantenerlo como hasta el momento, pero con la creación de un libro, dentro del propio Código, que recogiera la parte general y especial de los delitos cometidos por personas jurídicas.

Respecto a la protección penal de los derechos ambientales, a nuestro juicio se debe tener un título específico dentro del Código que conceptualice su protección

como derecho humano fundamental, y dividido en capítulos y secciones que recojan la amplia gama de derechos que se debe proteger por rama, los cuales bien pudieran tener la misma estructura de la legislación complementaria a la Ley 81.

En este novedoso capítulo es necesario proteger los impactos al medio ambiente, vistos estos en un sentido amplio. Las inventivas, innovaciones, proyectos u otros tienen que tener en cuenta su influencia en el medio ambiente y no solo penalizarse el resultado de la producción cuando esta se pone en marcha.

La conceptualización de la protección ambiental en el Código Penal tiene que atemperarse a las definiciones que sobre el bien jurídico protegido «medio natural» acoge la Ley 81 sobre la protección del medio ambiente y los recursos naturales.

Conclusiones

Hemos intentado ilustrar cómo el derecho ambiental no ha sido reconocido ni protegido jurídicamente con la jerarquía que en el plano internacional necesita, como un derecho humano fundamental, prerequisite para el ejercicio de los restantes derechos humanos.

La situación político económica del mundo actual es la causa fundamental –y en última instancia determinante– de la destrucción del medio natural como bien jurídico que reclama inmediata protección.

El derecho ambiental abarca un grupo indeterminado de relaciones jurídicas en el intercambio que a diario establecen el hombre y la naturaleza. Es por ello que su protección debe realizarse desde diferentes esferas jurídicas, como el derecho privado, constitucional, administrativo, civil, agrario, marítimo y penal, entre otros. La protección jurídica del medio ambiente en América Latina es una protección de derecho, pero no de hecho, ya que las políticas estatales y de gobierno no posibilitan ni garantizan su eficacia.

El orden económico internacional, la política de globalización, hegemonismo y proteccionismo de los países desarrollados son la causa fundamental del deterioro incesante del medio ambiente. Se necesita un reacomodo y reconceptualización del derecho penal tradicional para brindar protección penal al medio ambiente como un último mecanismo de compulsión estatal.

Cuba, en los momentos actuales, cuenta con una Ley de protección ambiental, adecuada a los cambios internos ocurridos en el país y a los principios más modernos y progresistas en el ámbito internacional. Pero se hace necesaria una revisión de los principales cuerpos jurídicos que deben tutelar estos derechos, como el Código Civil, Código Penal, Ley de Procedimiento Civil, Administrativo y Laboral, entre otros.

El Derecho a disfrutar y a vivir en un ambiente globalmente sano debe ser considerado un derecho humano básico, prerequisite fundamental para el ejercicio de los restantes derechos humanos, económicos y políticos por las distintas

organizaciones internacionales, y en correspondencia se le brinde la protección política, económica y jurídica que ello necesita.

Mediante una mayor protección jurídica-administrativa y educacional se deberá lograr inculcar en las presentes y futuras generaciones el principio de equidad intergeneracional como fundamento del crédito planetario.

Debe protegerse de igual forma la preservación de todas las especies biológicas en el planeta.

El derecho ambiental es un derecho fundamental de los pueblos e individuos y requiere para su concreción un estilo de vida sostenible.

El derecho ambiental debe ser refrendado constitucionalmente como un derecho humano fundamental.

La protección jurídico penal de las violaciones al medio ambiente debe utilizarse como última ratio, previendo un gran número de sanciones alternativas, entendidas tanto las personas físicas como jurídicas, sujetos activos de estos delitos.

Se hacen necesarias modificaciones de los Códigos Civil y Penal, así como de otras legislaciones, para atemperarlas a las conceptualizaciones jurídicas más modernas en cuanto a derecho ambiental. Entre estas modificaciones del Código Penal, se encuentra la necesidad de tipificar las figuras delictivas que pudiera cometer la persona jurídica como sujeto activo de los delitos ambientales; el aumento del número de sanciones que se pueden imponer utilizando otras alternativas, como sanciones principales y accesorias; la consideración de un nuevo número de agravantes y atenuantes, y, en sentido general, que se reacomoden los principios del derecho penal tradicional a las nuevas figuras de delitos cometidos por personas jurídicas, para lo cual proponemos la creación de un nuevo título dentro del propio Código Penal.

La calidad de vida como problema de la bioética. Particularidades en la salud humana

Ubaldo González Pérez, María A. Amarillo Mendoza y Jorge Grau Ábalo



La novedad del término «bioética», no omite la antigüedad de la idea de situar al hombre como centro o como objetivo del desarrollo social. Estos intentos han sido disímiles y han reflejado cada uno el lugar, la época, el grado de desarrollo de los conocimientos e ideologías predominantes.

El antropocentrismo de la mayoría de las religiones, así como el antropologismo (naturalista) del materialismo filosófico, con independencia de sus concepciones del mundo, encierran la intención de resaltar la importancia del hombre como actor y coordinador de la actividad colectiva, que evita la entropía y se orienta hacia la sobrevivencia.¹

En esencia, ello se debe al reconocimiento de la capacidad única del hombre para elaborar una concepción del mundo y ser protagonista del desarrollo social y de las soluciones a los problemas que afectan sus condiciones de vida. Pero el peso de las ideologías que priorizan el atesoramiento de riqueza o de poder y el grado de desarrollo del conocimiento a su servicio, le han impuesto limitaciones y distorsiones a la intención de ambas concepciones en relación con las conquistas de las ideas morales.

Lo antes expuesto se ha repetido muchas veces a lo largo de la historia, y al analizar los fracasos o los

¹ M.H. Kottow. *Introducción a la bioética*. Santiago de Chile, Editorial Universitaria, 1995.

graves problemas generados, con frecuencia se culpa a fuerzas sobrehumanas o a la ciencia, como si esta última fuera un ente humano con intereses y capacidad de tomar decisiones. Esto resulta una forma simplista de evadir o librar de responsabilidad a los grupos de poder que usan a la ciencia para argumentar o actuar contra la integridad de las personas, contra la equidad, contra la participación social de las mayorías y contra la conservación o desarrollo de instituciones (ejemplos: partidos de izquierda, la familia, sindicatos, la universidad, etcétera) o pensamientos que puedan lograr la cohesión de las personas para el desarrollo del humanismo o la reflexión científica, moral y estética que puedan contribuir a descubrir la verdadera esencia de la dirección de la sociedad, como se puede constatar en el documento de la Convención Europea de Bioética que enuncia: «El interés, el bienestar del ser humano deberán prevalecer sobre *el interés exclusivo de la sociedad o de la ciencia.*»² Otro ejemplo sería pretender culpar a la ciencia por el ensañamiento terapéutico o por la utilización de la bomba atómica.

Con posterioridad aparecieron otras ideas. Para algunos científicos sociales y economistas, representantes de la ideología del consumismo, la calidad de vida está centrada en la capacidad de la sociedad o de las personas para adquirir todo tipo de productos, equipos o servicios que la tecnología y la sociedad moderna les ofertan como novedosos o como indicadores de un estatus social.³

La expresión de Potter de lograr un «acercamiento entre las ciencias y las humanidades», como esencia de una ética global, es su interpretación de la solución a los problemas del mundo globalizado, cuando en realidad lo que se debe proponer va más allá de un planteamiento tan sencillo y fenoménico. Sin restar méritos a Potter, pues siempre le sobrarían, hay que preguntarse, qué poder económico, jurídico o voluntad política podrían lograr ese acercamiento. Resultaría más acertado y casuístico plantear transformar las relaciones económicas y la justicia distributiva para armonizar las formas de la conciencia social y las ciencias naturales y sociales que la estudian, en función de la protección del hombre y su hábitat natural.

Plantear que los reconocidos disparates de la globalización de la sociedad de mercado, debido a un desarrollismo individualista sin límites y la comercialización a ultranza, son problemas generados por la falta de una nueva ética y un nuevo tipo de saber. es desconocer la determinación económico-jurídica sobre la actividad y la conciencia social, así como desconocer que antes que la ética se ha violado la dialéctica del desarrollo y la lógica dialéctica para la aplicación de la ciencia y la tecnología a los problemas y necesidades de la sociedad en función del progreso social.

² Convención Europea de Bioética. Artículo 2. Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina. 1997.

³ A. Maestro, R. Huertas. *La salud y el Estado: los servicios sanitarios públicos entre el bienestar y la crisis*. Madrid, Fundación de Investigaciones Marxistas, 1992.

Es ese mercantilismo egoísta como medio de adquisición de poder ilimitado el que ha conducido a la irracional utilización de la ciencia y la tecnología, que han puesto en crisis el equilibrio de la regulación de la atmósfera, la supervivencia de especies, la legalidad y el control social, el comercio de drogas y su máxima expresión de enajenación y violencia, el terrorismo.

Antes que todas estas reflexiones económicas y cognitivo-valorativas, hay otros conceptos más simples pero imprescindibles para tomar decisiones, como es el caso del concepto de equilibrio. Mientras mayor sea el desarrollo desigual de las sociedades, mayor será la emigración del Sur al Norte, y para equilibrar la inmigración dentro de la concepción mercantilista vigente, el Norte tendrá que explotar más al Sur y el Sur contará con menos recursos materiales y humanos para desarrollarse.

La introducción de nuevas tecnologías y actividades de modos de vida desarrollados lleva implícitos no solo la apropiación del nuevo conocimiento y su actividad práctica, sino la maduración afectiva y moral de esa nueva adquisición para que pueda integrarse al equilibrio social y psíquico sin alterar el orden y el control social y moral. La creatividad humana, el arte, la ciencia y los productos tecnológicos comercializables, tendrán que pasar por un criterio ético de aprobación si aspiramos a que repercutan en la mejoría de la calidad de vida y no la socaven o favorezcan la enajenación. Esto sería un problema o conquista trascendental de la ética.

Si en cualquier sociedad del mundo subdesarrollado se introducen tecnologías y modos de vida de países desarrollados, y a ello se unen la legalización del aborto, facilidades para el control de natalidad, libertad sexual desde la pubertad, legalización y aumento del divorcio, el crecimiento de la población puede tender a cero y esto rompe el equilibrio demográfico e hipoteca el futuro de la sociedad. Estas secuencias de la evolución de ambos fenómenos ejemplificados suelen comportarse como ley. Todo esto está repercutiendo en la calidad de vida de la población; por eso insistimos en que la concepción sobre este concepto debe ser integral y sistémica, por lo que no puede reducirse a la introducción de actividades de modos de vida de países desarrollados y alta tecnología cibernética o médica asistencial en una sociedad.

Para enfrentar este problema hay que acudir a conceptos que permitan superar las distorsiones y limitaciones que se han elaborado a partir del concepto de desarrollo social o desarrollo humano. Se entenderá por *progreso social* la situación que presenta una sociedad en un período de su historia, en el cual el modo de producción evoluciona hacia formas de propiedad nuevas y la justicia es tomada como el valor central para modificar la estructura jurídica caduca, que ya no representa a las nuevas relaciones de propiedad ni a la nueva ideología. En este periodo se crean condiciones para la incorporación de soñadas conquistas humanistas y de un nuevo pensamiento humanista y ético con mayor fuerza socializadora verdadera, que rompe prejuicios, mejora

la comunicación y acerca a los hombres. Se incorporan nuevos sentidos al desarrollo de la moralidad y la moral. Las contradicciones salen del círculo de esterilidad y tienen la posibilidad de parir nuevas soluciones y de estas nacer nuevas contradicciones, que serán las encargadas de poner a prueba la capacidad de solución del nuevo sistema o poner al descubierto que ha caducado.

El fenómeno del temor a las nuevas contradicciones ha desencadenado, a lo largo de la historia de la humanidad, que muchos revolucionarios se hayan refugiado en el afán de prohibir y hayan perdido su esencia revolucionadora, o la han reducido a cambiar lo simple y evadir lo complejo. El terror de cualquier dirección social, no verdaderamente revolucionaria, es que la gente participe, piense o tome decisiones. Así la calidad de vida podrá ser remendada pero no transformada en función del progreso humano. Por eso acogemos esta frase con agrado, hay que revolucionar todo lo que sea necesario cambiar.

Los autores de este artículo prefieren esta otra forma de expresarlo: *el sentido de la vida y la condición humana no es objetivo de la ciencia, lo es de otras formas de la conciencia social que lo comparten, como la moral, religión, conciencia jurídica, arte, ideología, etcétera. Hay que buscar ese acercamiento o integración entre las formas de la conciencia social para proteger al hombre y su entorno; no solo con exhortaciones vagas a la moral, sino trabajando para el desarrollo de la estructura económico-jurídica de donde ellas nacen y la modelación que les dé la dirección social para lograr el progreso humano o social que coadyuve a esos propósitos.* Estos enfoques de la moral y de la ética como disciplina, deben aplicarse al concepto «calidad de vida» como problema de la ética.

Estas consideraciones humanísticas conducen a estudiar la calidad de vida a distintos niveles, *mejorando las condiciones de vida y de existencia*: la calidad de vida en general, para que todas las especies vivas puedan continuar su desarrollo protegidas, la protección del medio natural y cultural, hogar *y forma de existencia* del hombre, la garantía de los derechos a la vida y a su disfrute, a una calidad de vida digna, saludable y feliz para los hombres de todas las sociedades, así como los estudios necesarios sobre la calidad de vida que eviten el riesgo y la vulnerabilidad de la salud colectiva e individual.

Se garantiza el derecho a la vida y a la salud, no para lograr homínidos saludables, sino para complementar esos derechos con el derecho a la educación, para poder convertir a esos homínidos en seres sociales, en personas, en personalidad equilibrada, en sujeto moral. Personas capaces de apropiarse e individualizar el concepto de calidad de vida extraído de los conceptos de progreso social y moral que le ofrezca la sociedad y con el cuidar de su vida y salud responsablemente y disfrutarlo. Lo anterior evidencia que la actividad social y su esencia humanizadora y de bienestar se protegen con la supervisión de la ética y de la justicia.

Estas necesidades de estudiar la calidad de vida transitan por dificultades con la conceptualización del término⁴ y con la construcción y validación de instrumentos para su estudio y supervisión de su evolución. En la medida en que estas se solucionen, los resultados serán de valiosa ayuda para los pronósticos y la confección de políticas encaminadas a preparar las instituciones sociales para la educación de la población en el cuidado responsable de su vida, su salud y su entorno, a través de una relación de solidaridad y dignidad entre hombres y naciones.

Tanto la calidad de la vida como su componente moral y su estimación ética, solo pueden concebirse en función del hombre como centro de todas las cosas. Valorar el cuidado de los animales o del medio por sí mismo, en función de los animales o de la naturaleza, conduce a un paneticismo, que lejos de enaltecer o proteger al hombre lo iguala al animal o al medio.

La interpretación errónea de la biología humana, al no poder ser entendida como excepción de las manifestaciones de la evolución, por comportarse como una estructura y funcionamiento socialmente condicionados, limitó las posibilidades de progreso del conocimiento sobre ese nuevo ser vivo, resultante de la integración biosocial que es el ser humano.⁵

Dentro de este contexto, debe priorizarse la educación del hombre, generadora de un sistema de valores y una moral *que garanticen un sentido y conducta* de su deber con el medio, los animales, los demás hombres y con él mismo. Insistimos en la frase «y con él mismo» porque en virtud de la justicia y la distribución de recursos ya se hace obligatorio educar al individuo para poder exigirle que cumpla con el cuidado de su salud, o deberá enfrentar algún tipo de sanción moral o restricción de sus derechos. Piénsese en el caso del diabético que incumple sistemáticamente con tratamientos y dietas, y, además, es fumador o bebedor, con lo que aumenta la destrucción de su organismo y hace sufrir a su familia con su comportamiento aberrante; sin embargo, todavía hoy en Cuba disfruta de los mismos derechos para ser elegido para un trasplante renal, para recibir el mejor tratamiento y la seguridad social para su discapacidad, que en este caso ha sido favorecida por su mala conducta, y que de continuarla hará fracasar el trasplante y el esfuerzo social y profesional, a la vez que priva a otro de esos beneficios, desafiando todo tipo de educación, ayuda y hasta súplica familiar. Ya hay países donde este problema es sometido a otras consideraciones. La conquista de una mejor calidad de vida no puede ser solo deber del Estado y de los profesionales de la salud. La defensa de la autonomía desmedida conduce al anarquismo, pues la sociedad es una relación de interdependencia.

⁴ U. González. «Dilucidación de concepto calidad de vida. Propositiones» [ponencia]. Sesión Científica del Laboratorio de Investigaciones Psicológicas y Sociales en Medicina, La Habana, ICBP-VG, 1994.

⁵ F. Rojas. «Algunos conceptos y prácticas en salud pública.» En *Promoción de salud y educación para la salud*, La Habana, Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, 1993.

Una vida con calidad para los hombres del planeta. ¿Estará implícita esta idea en el concepto calidad de vida?

«Calidad de vida» es un concepto eminentemente valorativo.⁶ En primer lugar, debemos plantearnos qué definiremos como «vida», «vida humana» y «calidad» con referencia a la vida humana. Después estableceremos criterios técnicos, éticos y subjetivos para analizar y llegar a un consenso sobre qué aceptar por calidad de vida; sin perder de vista que para otros grupos humanos, culturas, lugares o épocas, este concepto puede tener variaciones. Estas consideraciones elementales hacen pensar en un arduo trabajo para definir y utilizar el concepto calidad de vida. No se debe suponer que las definiciones que se elaboran para el trabajo en comunidades o campos específicos, deben ser entendidas y aceptadas por los demás, fenómeno frecuente en la literatura sobre este tema. Hurgar en la historia del concepto y en sus consideraciones teóricas pudiera mejorar *su precisión semántica* y la comunicación.

El concepto calidad de vida parte de la necesidad de proteger al hombre y de la toma de conciencia de este de la posibilidad de lograrlo. A partir de ahí, se ha tratado de establecer cuáles son las mejores condiciones para su vida y su actividad, *para educarlo a que se apropie de ellas y las sienta como necesidad y las vivencie con sentido positivo, de satisfacción y placer*. Este intento evidencia que se trata de proteger al hombre de lo malo y orientarlo hacia lo bueno, lo cual es el resultado de una valoración de la moral y la ética imperantes. Es importante tener presente que lo antes señalado es expresión contextualizada de una estructura económica y de las superestructuras sociales que los hombres han creado.

Esto ayuda a entender que la calidad de vida es un concepto que no es privativo de la actividad de una sociedad, un grupo, una profesión o la búsqueda individual. Es el resultado de la confrontación de criterios técnicos, el sentido social y el sentido personal, que debe ser educado para poder ser entendido y sentido. Por lo que ni la sociedad, ni las instituciones, ni los profesionales están capacitados para decir a otros cómo debe ser su vida para que tenga calidad. Siempre habrá una opción para ser disfrutada y respetada, si ella respeta el orden social y el derecho ajeno, si lo individual y las minorías se subordinan a las necesidades o derechos de las mayorías.

Si se aspira a lograr una calidad de vida digna y universal, no pueden faltar las modificaciones necesarias a las relaciones económico-jurídicas entre naciones y dentro de cada nación. El aumento de la divulgación y la creación de medidas para mejorar los estilos de vida saludables en familias o comunidades específicas, no son suficientes para alcanzar la calidad de vida que necesita la humanidad para lograr una sobrevivencia feliz, ya que ellos no pueden eliminar el efecto

⁶ U. González. «El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud.» *Revista Cubana de Salud Pública*, 2002; 28 (2).

de las causas económicas y sociales de los problemas globales que afectan al hombre.⁷ Los que se benefician de la fabricación de aerosoles, las explosiones nucleares, los bajos salarios de los trabajadores, *la producción creciente de maquinaria que combustiona derivados del petróleo contaminantes*, el consumo de alcohol y drogas, siempre van a aplaudir o a promocionar cualquier enfoque que omita las relaciones económico-jurídicas existentes, *porque de ellas emana su poder económico y político y su capacidad de decisión social*.

En la compleja lucha por mejorar la calidad de vida, la salud de las personas y su felicidad, hay necesidades básicas *de sus condiciones de vida* que deben ser garantizadas a toda la población: a) oportunidad de empleo; b) escolarización; c) protección de la salud; d) eliminación de todas las formas de discriminación; e) participación social y acceso a bienes materiales y culturales con equidad, y f) protección del ecosistema. La responsabilidad moral del Estado, de las instituciones y los grupos que integran la sociedad con la educación de las necesidades del hombre y su satisfacción convierten la calidad de vida en objeto de la ética. Y ocurre cuando se valora si se han violado las necesidades, derechos o aspiraciones legitimadas de las mayorías.

Estas consideraciones permiten reflexionar que la aspiración por mejorar la calidad de vida de las personas con la velocidad del desarrollo y las comunicaciones actuales, rebasa las fronteras de una enfermedad, un grupo humano o una nación, y acelera cualquier acción, ya buena o mala, sobre grupos humanos de cualquier rincón del planeta, lo que obliga a buscar esfuerzos coordinados y una práctica solidaria internacional.

Enfoque histórico

El término «calidad de vida» es de reciente aparición y ha sido divulgado principalmente dentro de las ciencias médicas.⁸ Pero el concepto al que hace referencia refleja una antigua preocupación del hombre en su afán por alcanzar el bienestar y la salud.

En las civilizaciones egipcia, griega, hebrea y romana se crearon las tradiciones occidentales de la preocupación por la salud humana, pero no avanzaron más allá de los primeros intentos de enfrentar las enfermedades, aumentar la capacidad física del guerrero, incidir en el perfeccionamiento espiritual y de la voluntad, actividades en relación con la estética personal (baños, aceites), criterios dietéticos, algunos de ellos de inspiración mítico-mágica o religiosa.

En el Renacimiento ya el hombre comienza a diversificar y perfeccionar en gran escala sus instrumentos de trabajo, a sentirse creador de una cultura, un

⁷ U. González. «Consideraciones éticas sobre el concepto calidad de vida.» Conferencia en la Cátedra de Bioética del ICBP Victoria de Girón. La Habana, enero de 1997.

⁸ J. Grau. «Calidad de vida. Problemas de su investigación.» Conferencia Iberoamericana de Psicología de la Salud. UNAM, México, D.F., junio de 1996.

arte y de una forma de organización social que puede cuestionar y modificar.⁹ Como expresión de esa sensación de dominio sobre su entorno natural o social, aparecen de forma sistematizada las obras que proponen modelos idealizados o utópicos de organizar la sociedad y la vida del hombre, con una calidad que le asegure la evitación del sufrimiento, salud, supervivencia y bienestar. Las obras más conocidas son las de los utopistas que exhortaban a las reformas, y entre ellas sobresalen *La ciudad del sol*, de Campanella, y *Utopía*, de Tomás Moro. Estos hombres llegaron hasta considerar las ideas de muerte digna y de eutanasia, de tal forma que al leerlas hoy parecen contemporáneas. Véanse estas notas tomadas de Tomás Moro, *Utopía*, año 1516, «[...] en caso de enfermedad sin remedio y de continuo dolor [...] inútil para la vida, molesto para los demás y una carga para sí mismo [...] no vacile en morir [...] o consentir que otro le dé muerte.»

En los inicios del siglo XVIII comienza un movimiento de las ideas sociales que reconocen el papel de la miseria, las malas condiciones de trabajo, la vivienda insalubre de los trabajadores y desclasados como generadoras de enfermedades.¹⁰ Fueron los higienistas sociales, Virchow, Neumann y Donders, los más avanzados en reconocer que la vida necesitaba una determinada calidad de sus condiciones de existencia y actividad para garantizar la salud de la población, y específicamente de los obreros, cuya precaria existencia fue objeto de desgarradoras narraciones en el siglo XIX.¹¹

También en estos siglos comienzan a aparecer legislaciones acerca de la regulación del trabajo y el descanso, las enfermedades y los accidentes relacionados con la actividad laboral y el trabajo de los niños y las mujeres. Además, se atendió el estado de las viviendas y el reconocimiento de los derechos de los ciudadanos. Así, en los Estados europeos más avanzados del siglo XIX, el concepto de una vida con calidad adquirió una dimensión social y política, cuya expansión ya no se detuvo y llega hasta nuestros días.¹²

La Revolución francesa marca la reafirmación de la necesidad de dotar a la vida humana de condiciones que garanticen su calidad, que van más allá de horarios de trabajo, vivienda o higiene; aparece un grado más alto del concepto calidad de vida, específicamente en sus determinantes, y es en sus reclamos de igualdad, libertad y fraternidad, que incrementan sus aspectos cualitativos. Obsérvese cómo «calidad de vida, *como concepto* se ha ido construyendo a través de los siglos. Las manifestaciones de «calidad de vida» como término y como

⁹ U. González. «El modo de vida de la comunidad y la conducta cotidiana de las personas en la modelación de la salud y la calidad de la vida. Análisis conceptual y semántico.» Conferencia Inaugural del Taller de Calidad de Vida. Comisión Nacional y Organizaciones de la Administración Central del Estado. INHEM, La Habana, 4 de junio del 2004.

¹⁰ E. Palermo. *Salud, enfermedad y estructura social*. Buenos Aires, Editorial Cartago, 1986.

¹¹ F. Engels. *La situación de la clase obrera en Inglaterra*. Buenos Aires, Editorial Futuro, 1965.

¹² J. Grau. «La psicología de la salud en los albores del siglo XXI» [conferencia magistral]. I Reunión de Psicología de la Salud en el Occidente de México. Guadalajara, enero de 1995.

definición son expresiones concretas en distintas épocas de la historia que no siempre recogen la esencia ni la complejidad que ha alcanzado el concepto.¹³

En el siglo xx, principalmente a partir de la Segunda Guerra Mundial, con el desarrollo de los Estados parlamentarios y la instauración de la economía de mercado, los problemas de la calidad de vida comienzan a asociarse con la capacidad de consumo y la adquisición de bienes materiales.¹⁴ De manera errónea, se vinculó la calidad de vida fundamentalmente al nivel de vida y fueron relegados los aspectos subjetivos y cualitativos.

Recientemente, se ha llegado a reconocer que la riqueza económica y la abundancia material no siempre coinciden con el bienestar subjetivo, la satisfacción por la vida y el sentimiento de realización y de felicidad.¹⁵ En nuestros días, no siempre la felicidad está determinada por condiciones materiales. Puede encontrarse la infelicidad, la enfermedad psíquica, la drogadicción y la criminalidad coexistiendo con una relativa abundancia de bienes materiales. La opulencia económica y el consumismo no significan calidad de vida.

Bech informa que la primera persona pública que utilizó el término calidad de vida fue el presidente norteamericano Lyndon B. Johnson en 1964.¹⁶ Reimel y Muñoz plantean que el vocablo fue popularizado en la década de 1950 por el economista norteamericano Galbraith en estudios de opinión pública impuestos por la crisis económica derivada de la Segunda Guerra Mundial, y que encontraba sus antecedentes en la sociología y la psicología social de la década de 1930 en análisis sobre los consumidores.¹⁷ Otros autores consideran que su desarrollo inicial tuvo lugar en las ciencias médicas y se extendió rápidamente a la economía, sociología y psicología, al intentar desplazar otros términos más difíciles de utilizar para ser registrados, cuantificados o valorados, como es el caso de «bienestar» y «felicidad».¹⁸

El enfoque de los estudios sociales centrado en el «crecimiento» en la década de 1950 y en la «distribución» en la de 1960, puso énfasis en los aspectos económicos y comerciales. Tuvo también su expresión política en la Alianza para el Progreso, que fue una propuesta inteligente del poder político-económico para aliviar la precaria calidad de vida de los pueblos latinoamericanos, dentro de los parámetros del modelo económico oficial, y evitar los intentos de

¹³ *Ibíd*em 6.

¹⁴ E.F. Fürntratt-Kloep. *Calidad de vida. Desde el punto de vista de la gente común*. CREAT, 1995.

¹⁵ A.C. Michalos. «Global Report on Students Well-Being.» En *Religion, Education, Recreation and Health*. Vol 4. Nueva York, Springer-Verlag, 1992.

¹⁶ P. Bech Bech. «Quality of Life Measurement in Chronic Disorders.» *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1993; 59 (1): 1-10.

¹⁷ S.H. Reimel, E. Muñoz, «Un modelo conceptual para la medición de la dimensión psicosocial en la evaluación de la calidad de vida.» *Comportamiento*, 1990; 1 (2): 51-9.

¹⁸ C.R. Victoria García-Viniegras, I. González Benítez. «La categoría bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Rev Cubana MGI*, 2000; 16 (6): 586-92.

mejorarla mediante revoluciones sociales que pudieran poner en peligro las relaciones de propiedad vigentes. Como se aprecia, la mayor divulgación al término calidad de vida, entre los años de las décadas de 1950 y 1970, viene de la propaganda política y comercial para promover modelos económicos basados en el consumismo.

La aparición de la publicación *Social Indicators Research* en 1974 marcó un hito en el estudio científico de la calidad de vida. Desde 1977, este término se convirtió en categoría de búsqueda en el *Index Medicus*, y en palabra clave en el sistema Medline, aunque realmente su uso llegó a ser popular entre los investigadores de la salud durante la década de 1980.¹⁹ En ese sentido, se ha señalado que la mayoría de los trabajos sobre calidad de vida a principios de la década de 1980, provenían de las ciencias médicas en una proporción 10:1 en relación con trabajos psicosociales. Hacia finales de esta década esta proporción se había invertido.²⁰

A partir de entonces, ha aparecido un promedio de cien nuevas publicaciones anuales, centradas en la calidad de vida y el bienestar, con tendencia al crecimiento, especialmente en marcos referenciales a la salud. En el sistema Medline y otros más recientes pueden verificarse las tendencias más frecuentes de la investigación sobre calidad de vida en los distintos temas de estudio de las especialidades médicas, como lo muestran M.A. Amarillo y U. González,²¹ donde se observan los diez temas que más publicaciones abarcan acerca de la calidad de vida, ampliamente liderados por las investigaciones sobre el cáncer.

Puede deducirse que el término calidad de vida es la expresión de un concepto mucho más amplio que el de su acepción puramente médica, pues dicho concepto recoge las inquietudes del hombre acerca de cómo alcanzar una vida con mayor calidad y cómo esta, cuando no es considerada buena ni racional porque viola los principios técnicos o los preceptos éticos, puede dañar tanto la salud como el ecosistema.

También debemos reiterar que la falta de elaboración conceptual está propiciando ambigüedades en el uso y en la comunicación del término, como consecuencia de la escasez de publicaciones que se refieran a aspectos teórico-conceptuales y sobre enfoques cualitativos aplicados a la construcción y validación de los instrumentos en los trabajos empíricos. Generalmente abundan instrumentos e investigaciones en el campo de la clínica, pero con lamentable frecuencia solo apoyados en la aplicación de cuestionarios, construcción de instrumentos y el acarreo de datos, desprovistos de una orientación extraída de la investigación teórica o tecnológica, y en muchas de ellas limitadas a la utilización de herramientas

¹⁹ J.G. Hollandsworth. «Evaluating the Impact of Medical Treatment on the Quality of Life. A 5-Years Update.» *Social Sciences Medical*, 1988; 26 (5): 425-34.

²⁰ M.A. Amarillo, U. González, F. Fernández. «Principales tendencias infométricas de las publicaciones sobre calidad de vida en 1995 en Medline.» La Habana, Laboratorio de Investigaciones Psicológicas y Sociales en Medicina, ICBP-VG, 1996.

²¹ *Ibidem* 21.

del enfoque cuantitativo, nada menos que con la pretensión de medir algo cualitativo, subjetivo, con la carga del relativismo cultural y la individualidad humana, que necesita del criterio contextualizado y consensuado. Al analizar mucha de la información obtenida por los derroteros señalados, se puede deducir que el componente cognoscitivo está maltrecho y el valorativo, raíz de la ética, casi ausente.

Moral y calidad de vida. La necesidad de la valoración de la calidad de vida para todas las manifestaciones de la vida

La bioética nace en el periodo en que comienza a aparecer y a expandirse el término «calidad de vida» en países desarrollados, y, al igual que otras disciplinas, incorpora este término para con él tratar de dilucidar algunos de los problemas de esa ética *particular* del enfrentamiento de los problemas del desarrollismo y la globalización, su repercusión sobre el ser humano, la vida no humana y la naturaleza inorgánica del planeta, que por su magnitud y velocidad ya abarcan a la sociedad universal.²² Pero inmediatamente comenzó a ser víctima de la tergiversación ideológica desde las estructuras de poder, que la redujeron al tratamiento de problemas sin peligro para el orden mundial vigente; una ética con un uso bastante limitado y orientado a las necesidades del mundo desarrollado, o básicamente a los sectores de la medicina clínica en la zona Sur. Una ética medicalizada. Se pueden señalar algunas condiciones que lo favorecieron.

La bioética y la calidad de muerte son temas analizados por los intelectuales de países desarrollados, donde la cultura y las condiciones de vida han llegado a tal punto de desarrollo que les permiten a los humanos convertir en problema intelectual aspectos del final de la vida que en otros estadios inferiores del desarrollo económico y social pasan inadvertidos y no adquieren la misma significación, lo cual ejemplifica una vez más que el hombre piensa como vive. Por tanto, es en Norteamérica y Europa donde se inician y desarrollan tales problemas.

La problemática del Tercer Mundo es tratar de mantener una vida, que no se sabe por qué azares se llegó a poseer;²³ por el pobre desarrollo económico que la sostiene, la escasa seguridad social que la protege y porque las aspiraciones y planes para desarrollar su vida se deciden en pequeños grupos de poder o en los países desarrollados.

En el siguiente párrafo de Diego Gracia, donde se exponen las condiciones de vida y las posibilidades para su desarrollo, en uno de los siete países más desarrollados, permite comprender mejor lo expresado:

A la vez que iban madurando todos estos métodos de abordaje del tema de la calidad de vida, los políticos empezaban a incorporarlos a sus programas. Esto sucedió

²² U. González. «Ubicación de la ética, la bioética y la ética médica en el campo del conocimiento.» *Rev Cubana de Salud Pública*, 2002; 28 (3). Versión electrónica.

²³ J.R. Acosta. *¿Es la vida un valor absoluto?* La Habana, ISCM-H, 1996.

en los Estados Unidos en los debates en torno a la «Sociedad Opulenta» (*Affluent Society*), la «Nueva Frontera» (*New Frontier*) y la «Gran Sociedad» (*Great Society*). Un portavoz de la Gran Sociedad, Lyndon Johnson, lo expresó de la siguiente manera: «La tarea de la Gran Sociedad está en asegurar a nuestro pueblo el clima, las capacidades y las estructuras sociales que le darán oportunidad de perseguir su felicidad individual.»²⁴

El discurso evidencia que el resto del mundo es la materia prima para el proyecto.

No se trata de criticar a los más desarrollados, sino recordarles que los países del Tercer Mundo, suministradores de recursos por excelencia, también necesitan mejorar su calidad de vida, que cada día está más maltrecha.²⁵ Para que la bioética tenga un desarrollo coherente con la universalidad de sus principios fundamentales, debe actualizarse con los problemas a los cuales debe aplicarse, con la variedad de lugares y las condiciones socioeconómicas donde se producen. Esto deja claro que la bioética que se ha estado haciendo para el Norte no es la que necesita el Sur. Lamentablemente, autores que se consideran de izquierda han caído en la trampa con un discurso sobre consecuencias, fenómenos y hermosos deseos, todos en el nivel supraestructural de la sociedad, la conciencia social y el diálogo ético con evasión de causas. En fin, una nueva envoltura sensibilizadora y atractiva para presentar lo mismo.

Sin embargo, en la literatura más frecuente, y hasta en las publicaciones de algunos de los más prestigiosos autores, se observa cómo el discurso, después de consideraciones generales acerca del término calidad de vida, retorna a centrarse en la calidad de la muerte, y a ejemplificarla con estudios de casos que se han hecho famosos de cita en cita, y que no rebasan la ética médica. A esto podría llamarse la etapa clínica de la bioética al estudiar la calidad de vida. Eso pone de manifiesto que esos trabajos no pasan de lo clínico y de lo fenoménico, y se alejan bastante del concepto de ética global de Potter.

Véase de dónde se deduce el parecido. La medicina en sus inicios centraba el estudio de la enfermedad en el individuo (clínica), después en la comunidad (epidemiología), y, como escalón más alto, llegó a estudiar las causas económico-sociales a nivel de toda la sociedad, las cuales favorecerían la comprensión de los factores de riesgo epidemiológico en las comunidades y permitían sugerir las modificaciones necesarias en las políticas de salud (higiene social y salud pública).

Hay infinitas formas de enfocar los objetos de estudio de la calidad de vida en la bioética, de agruparlos o de priorizarlos; deben ensayarse con el único propósito de ser útiles a las necesidades humanas, no a las de grupos minoritarios en detrimento de las mayorías.

²⁴ D. Gracia. «La ética de la calidad de vida.» En *Introducción a la bioética. Siete ensayos*. Bogotá, Editorial El Búho, 1991.

²⁵ J.R. Acosta. *Tendencias del debate bioético*. La Habana, ISCM-H, 1995.

La calidad de vida en la bioética podría enfocarse hacia cuatro puntos cardinales o aspectos más generales. Calidad de vida para o en relación con:

- *El planeta como asiento material de la vida.* El planeta y las posibles interacciones y consecuencias que el hombre pueda provocar en su equilibrio y con el sistema solar al que está integrado. La necesidad del cuestionamiento y acuerdos internacionales, con su correspondiente legislación obligatoria para la protección del equilibrio energético interno del planeta y las capas de la atmósfera, así como la educación de los científicos y la población en ese sentido, como garantía de la calidad de vida de la humanidad a través del cuidado de su macrohogar.
- *La biosfera como representación de todas las formas de vida.* Los seres vivos que componen la naturaleza en cada región del planeta o sociedad particular. La protección de las especies vegetales y animales, tanto en estado libre como en cautiverio, así como de los animales de experimentación con su correspondiente legislación internacional y los programas de educación para este fin.
- *El género humano* (parte especial de la biosfera por haberse convertido en ser vivo y social). Los problemas que afectan la calidad de vida de los hombres en cualquier lugar, el estudio y búsqueda de solución a las diferencias Norte-Sur, a la cultura de la violencia y la práctica del terror, el sometimiento cultural de naciones y grupos, la enajenación y el individualismo, la discriminación de cualquier tipo especialmente de género, desde la brutal circuncisión femenina hasta otras formas más sutiles, pero que son también atropellos contra la mujer, el hambre, el desempleo, las enfermedades, el comercio sexual de niños y seres humanos en general, la venta y tráfico de órganos y otros, así como la legislación y educación necesarias para enfrentar estos problemas.
- *Individuos humanos y circunstancias específicas.* La protección de la calidad de vida de individuos o grupos especialmente afectados, en desventaja o discriminados, y tomar extrema cautela y proceder éticos cuando ellos no puedan tomar decisiones. La protección de sus vidas dadas las circunstancias que rodean o determinan el problema, siempre que se tenga en cuenta que las decisiones que afecten la vida deben ser valoradas como excepción y nunca como norma. Pueden citarse ejemplos: a) si se retiran o no los cuidados intensivos en un caso de muerte encefálica o los cuidados especiales en un caso de cuadriplejía; si la petición de auxilio para morir es consecuente con los principios del individuo antes de enfermar o accidentarse de forma irreversible, con anuencia familiar y legal, o es una manifestación de la depresión causada por el daño; b) si se autoriza el aborto gratuito y técnicamente controlado, contemplando la responsabilidad social en la educación y prevención del problema y no permitir el aborto como método de control de natalidad, al priorizar la protección de la calidad de vida del futuro niño y de la madre.

En cualquiera de estos problemas se debe ser muy cauteloso con los acuerdos y decisiones; ellos no deben agredir el sentido de la vida de determinados individuos, grupos o pueblos. Lo mismo sucede con el peligro de promover una cultura de la muerte adornada de buenas intenciones que han alentado desde la promoción de sectas o esnobismos de una promoción de eutanasia apoyada en un individualismo y un liberalismo que ponen en peligro la defensa de la vida y la solidaridad humana.

La lucha por mejorar la calidad de vida conlleva trabajar en busca de una legislación y educación que proporcionen actitudes y soluciones aceptables ante los problemas que afectan la vida de comunidades e individuos, de modo que coincidan, de la manera más inteligente y humana posibles, los criterios técnicos, las tradiciones locales, las decisiones individuales y los principios éticos universales. Debe tenerse presente que la ampliación de opciones a las que se enfrenta el hombre facilitadas por el desarrollo tecnológico y del pensamiento, hay que introducirlas en la conciencia de la comunidad y de los individuos a través de una educación éticamente consensuada que las lleve a su sentido de la vida y la moral, y no enfrentárselas a personas que no pueden valorar consecuencias inmediatas y mediatas, directas o indirectas. Esto aclara que no siempre es válido un consentimiento informado, por muy explícita que sea su redacción; el consentimiento hay que educarlo, como dijo Núñez de Villavicencio.²⁶ Que exista consentimiento no excluye que se acepte algo que pueda dañar o ser no aceptable por otros criterios o condiciones.

Si se trata de establecer el momento de la vida que debe priorizarse para la investigación y la polémica ética de cómo proteger la calidad de vida, antes sería recomendable revisar los informes de la OMS y la UNICEF para conocer los problemas más apremiantes de la salud, la vida y la muerte, que no se están teniendo en cuenta según su magnitud ni gravedad, y sí con elevada frecuencia según la demanda de las transnacionales de los medicamentos y la medicina comercializada. Después podría proponerse una división en cuatro etapas: a) concepción de la vida, b) inicio de la vida y preparación de la persona, c) mantenimiento y desarrollo de la vida, y d) final de la vida. Lo que no parece muy sensato es que predominen los trabajos acerca del final de la vida, sobre aquellos que se refieran a la protección de: a) concepción de la vida, y b) inicio de la vida y preparación de la persona.

La selección de la pareja y su estabilidad, el embarazo y el parto saludables constituyen las bases del desarrollo biológico y psicosocial posterior (concepción de la vida). En ello inciden la educación integral de la personalidad, su equilibrio psíquico y el de la pareja, la educación moral, capacitación intelectual y laboral, su educación sexual, la seguridad social a la madre, la nutrición de la embarazada, la asistencia médica prenatal y al parto.

²⁶ F. Núñez de Villavicencio. «Bioética: el médico, un educador.» En J.R. Acosta Sariego (editor). *Bioética. Desde una perspectiva cubana*. La Habana, Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, 1997.

Estos objetivos y actividades de protección y bienestar humano para alcanzar la calidad de vida no andan bien en el mundo actual, y se encargan de demostrarlo el desenfreno sexual, la mala selección de las parejas, el embarazo en la adolescencia, la madre soltera, el alto índice de divorcio y la expansión de las adicciones en la juventud. Se sigue cultivando la imagen de la mujer como objeto decorativo y sexual (la fiebre de tratamientos y cirugías estéticas así lo atestiguan) y esto actúa como evasión y lastre para la conquista de un pensamiento renovador sobre los problemas de la juventud. La cantidad y diversidad de investigaciones éticas sobre estos problemas y los compromisos de los gobiernos para enfrentarlos constituyen una pobre preocupación ética por el hombre, su bienestar y armonía social. Como estos fenómenos son mayormente de índole psicosocial, existencial y moral, los grupos económicamente más favorecidos no están exentos de ellos.

La segunda etapa se inicia con el nacimiento, los cuidados en el puerperio y la puericultura, y las vacunas básicas para empezar la vida sin riesgo de morir por enfermedades prevenibles. Sin embargo, la mortalidad materna, la infantil, la desnutrición y muerte por enfermedades evitables con vacunas en los niños, siguen siendo un azote para muchos países, donde en su mayoría existen riquezas para resolver estos problemas, pero las violaciones flagrantes de la justicia y la distribución de los recursos lo impiden. Esta contradicción entre poseer los recursos y no usarlos para priorizar las necesidades de protección de la vida y la salud humana es lo que crea la contradicción ética.

Por encima de muchos requisitos para lograr una buena calidad de vida, puede situarse la «crianza del niño técnicamente orientada», ya que los hábitos de vida, la personalidad y la conducta moralmente deseables son forjados por la crianza durante la infancia, sin llegar a creer que son resultado de deseos y voluntarismos de los padres. Es en esa etapa de la vida de los niños en la que se crean condiciones para decisiones futuras que nos podrán llenar de satisfacción o de espanto. Esto asegura la calidad de vida desde su inicio y es poca la literatura al respecto.

Se acepta con indiferencia que los padres hagan de sus hijos desde un neurótico enfermizo hasta un psicópata antisocial, y no se cuestiona el deber moral con el niño ni con la sociedad que le dará acogida. El niño, en la mayoría de las sociedades, es concebido como un juguete propiedad de los padres. La lucha por el fortalecimiento, cohesión y autoridad de la familia languidece.^{27,28} Sin embargo, estos problemas trascendentales no han sido llevados a la polémica bioética. Se trata de algo tan trascendental como construir al ser humano socializado,

²⁷ A. Ortega Alvavelay, A.T. Fernández Vidal, M. Osorio Pagola. «Funcionamiento familiar. Su percepción por diferentes grupos, generaciones y signos de alarma.» *Rev Cubana MGI*, 2003; 19 (4).

²⁸ P. Hernela Santi. «Rol de género y funcionamiento familiar.» *Rev Cubana MGI*, 2000; 16 (6): 568-73.

porque, lastimosamente, en esta sociedad universal llamada irónicamente de la información, se quedan millones de seres humanos más cerca del ser biológico que del ser social por la carencia de una educación integral para la que tienen capacidad y un derecho que no le conceden.

El grueso de la literatura sobre calidad de vida está dedicada a la etapa del final de la vida; más en detalle, en relación con el momento y las decisiones en relación con la muerte; ni siquiera se presta la debida atención a los problemas de la tercera edad, que son tan importantes para tener, por lo menos, un final feliz, con jubilación, seguro médico, reconocimiento, respeto y trato preferencial.

Una polémica priorizada sobre el derecho a morir encierra el riesgo de estar promocionando, involuntariamente, una cultura de la muerte cuando todavía no está asegurada, para la mayor parte de la humanidad, una calidad de vida elemental y digna, una cultura de la vida.

Consideraciones sobre valores e indicadores para valorar la calidad de vida

Las ciencias sociales están atravesando por una etapa donde el uso de términos aparentemente inequívocos, pero en realidad de múltiple interpretación, es lo cotidiano, y hasta nos acostumbramos a usarlos sin muchas exigencias. Así sucede con términos como desarrollo, bienestar, calidad de vida, libertad, felicidad y otros. Es la expresión de una crisis del pensamiento filosófico y el lenguaje de las ciencias sociales, cada vez más manipulados por la dirección social y de carácter global.

En el mundo moderno, a la vez que se produjo un desarrollo no armónico entre las naciones, se desarrollaron valores en la cultura universal y fueron cultivados en instituciones de cooperación y ayuda, como la UNESCO, OMS, UNICEF, las cuales promueven proyectos que requieren registros de datos y estados comparativos del grado de desarrollo y las condiciones de vida y de salud de las naciones. Se hizo necesario ir acercándose a una valoración de la calidad de vida en los diferentes países para poder jerarquizar y ejecutar las políticas de desarrollo y los planes de ayuda, y poder exigir el cumplimiento de acuerdos internacionales en relación con los derechos humanos. Para conocer en qué medida cada nación constituye un hogar adecuado para su población y con qué grado de equidad.

Comenzaron a utilizarse conceptos e indicadores para estas necesidades, tales como el producto nacional bruto (PNB), producto interno bruto (PIB), índice de desarrollo humano (IDH), y a ensayarse grandes listas de datos (natalidad, esperanza de vida, longevidad, educación) que recogieran la información necesaria para nutrir dichos indicadores.²⁹

²⁹ Ídem 14.

Este proceso no solo beneficiaba el trabajo de los especialistas de la economía, la sociología o la política, la salud o la medicina, sino también permitía hacer consideraciones morales acerca del grado de justicia y de equidad existentes en diferentes países. Esta información evidenciaba que el bienestar, la salud y la enfermedad aparecían como una resultante de la calidad de vida de la población y del individuo. Un problema descubierto por los higienistas del siglo XIX, y tergiversado por los círculos de poder, reemergía como novedoso.

Una forma para valorar la calidad de vida, para comparar su estado en diferentes países, es inferirla del PNB o del PIB. Estos índices de ingreso social promedio para la inmensa mayoría de los países del mundo: ingreso al capital privado y estatal promediado entre los habitantes de la sociedad, lo que en realidad permite conocer es el ingreso per cápita aritmético, pero no su distribución real, ni su redistribución en función de las necesidades de la población. Por tanto, evaluar la calidad de vida de un país por el PNB o por el PIB es simplemente ficción, porque el cálculo matemático estimado no concuerda, en la mayoría de las naciones, con la realidad ni con las condiciones de vida de las personas.

Otro intento para evaluar la calidad de vida fue inferirla de los Índices de Desarrollo Humano (IDH), que contemplan tres indicadores: ingreso promedio, nivel educacional y esperanza de vida al nacer. Es indudable que reflejan un grado de desarrollo económico y social del país, pero no dan información acerca del grado de libertad, seguridad y satisfacción de sus ciudadanos, actividades del modo de vida, estado de salud de la población, relación entre aspiraciones y posibilidades, formas de discriminación, violencia e indisciplina social, estado del sistema de valores y muchos más que podrían suministrar una valiosa información para evaluar la calidad de vida, así como orientar la educación y la prevención. Hay otros índices más complejos que alcanzan reflejar mejor la situación económico-social de un país, como el IDH y equidad (IDHE) y la equidad relativa. No obstante el esfuerzo realizado en la construcción de índices, el reflejo de esa realidad siempre será muy difícil de obtener, porque la fidelidad de la información es difícil de lograr aun cuando existieran los registros, ya que en la mayoría de los casos hay que solicitarla a las autoridades sanitarias o gubernamentales, que también deben proteger su imagen económica, política y técnica.

Informaciones tan importantes sobre determinantes de la situación social y la calidad de vida como el grado de control social paralelo, corrupción en las relaciones de la vida cotidiana, legalidad, códigos morales paralelos, mercados subterráneos, motivaciones sociales ocultas, adicciones, promiscuidad sexual, formas de prostitución y discriminación, y otras pueden existir y no ser registradas en ningún índice.

Es un fenómeno conocido que en un proceso de industrialización acelerado en países subdesarrollados, facilitado por modelos neoliberales de atracción de

capitales, puede aumentar a corto plazo el PIB y a la par el deterioro y la contaminación del ecosistema a grados sumamente nocivos para todas las formas de vida,³⁰ ya que en estos países no se cuenta con la experiencia ni la legislación apropiadas para enfrentar este fenómeno, y menos aún si está influenciado por empresarios foráneos, ajenos a las necesidades de esa sociedad. No se trata de dividir al mundo o a las personas en malos y buenos, sino de tener presentes la realidad y las reglas del juego del capital y del comercio internacionales dentro del marco del derecho.

Por tanto, para un estudio de la calidad de vida que permita comparar el estado de las diferentes comunidades o países, debe acometerse la selección y validación de indicadores que se acerquen más a las condiciones de vida y satisfacción valoradas con un consenso técnico y moral, con instrumentos validados e interpretaciones contextualizadas y armonizadas con criterios universales, como expresión de las conquistas de la cultura universal donde estén reconocidas las necesidades de las mayorías.

Medicalización de los estudios de calidad de vida en la bioética

El estudio de la calidad de vida en grupos específicos de enfermos e individuos, para conocer su influencia en la salud física y mental, el daño que la enfermedad ha provocado y las condiciones para enfrentarlo, es otro nivel más particular dentro de los objetivos de la bioética; sin embargo, es el más estudiado.

Estas investigaciones se pueden dividir en calidad de vida como causa y como consecuencia. Las pesquisas sobre factores de riesgo de enfermar o vulnerabilidad de la salud caen en el grupo de la calidad de vida como causa.

Los estudios orientados hacia el impacto de la enfermedad sobre la vida del paciente serían clasificados como de consecuencia. En este último grupo se encuentran los más conocidos en la bioética, que valoran si la enfermedad ha deteriorado la calidad de la vida de tal manera que pudiera ser moral y legal llegar a solicitar, e incluso ayudar, a la supresión de la vida. Aquí se pueden mezclar dos temas, calidad de vida y bioética, los estudios para valorar satisfacción, felicidad y alcanzar calidad de vida y la valoración ética de cómo alcanzarla o mantenerla, considerando riesgo-beneficio, criterios individuales-criterios técnicos y sociales.

En numerosos artículos sobre calidad de vida en determinadas enfermedades, se enfatiza en el validismo del paciente,³¹ ya sea para intentar medir el daño de la enfermedad o la eficacia de los tratamientos, pero se subestima el componente psíquico, religioso o social de la calidad de la vida.

En ocasiones, la visión de la calidad de vida se reduce a valorar el impacto de la enfermedad o el tratamiento, en función de la promoción y venta de servicios

³⁰ I. Clark. S/t [conferencia]. Seminario-Taller sobre Bioética e Investigación para Centroamérica y el Caribe, OPS-OMS. La Habana, 1995.

³¹ Ídem 19.

y de fármacos, y quedan fuera la promoción de salud y los problemas que afectan la salud pero no constituyen enfermedades. Solo una concepción más amplia podría enfrentar estos problemas.

La calidad de vida debe ser valorada desde la presencia de condiciones materiales y espirituales de vida –imprescindibles para facilitar el desarrollo psicobiológico y social– que los criterios técnicos, jurídicos y éticos determinan para cada lugar y época, hasta el grado de satisfacción personal de cada individuo con las condiciones de vida que ha alcanzado.

Tales planteamientos permiten que se argumente que la calidad de vida tiene un aspecto objetivo y otro subjetivo. El aspecto objetivo se compone de dos vertientes: a) el substrato material de las condiciones de vida y la actividad humana, y b) la conversión del potencial cognitivo, afectivo y creador del hombre en actividad humana, cultura material y espiritual. El aspecto subjetivo viene dado por el grado de satisfacción de los individuos y de la percepción que tengan de sus condiciones específicas y generales de vida, su proyecto de vida, los cuales se traducen en sentimientos y estados de ánimo positivos o negativos. Los componentes subjetivos de la calidad de vida constituyen la estructuración y vivencia existencial del hombre.

La combinación de ambos factores en la determinación de la calidad de vida posibilita el desarrollo integral de la personalidad, dado por las capacidades del individuo y las circunstancias externas que los facilitan o entorpecen, a través del elemento subjetivo, o sea, de la valoración que hace el individuo de su propia existencia.

La personalidad se moverá en dependencia del sentido personal y la jerarquización de intereses y actividades que determinarán la toma de decisiones. La dirección de su actividad hacia propósitos y objetivos conforma su motivación. La identidad de esta estructuración y estilo de actividad psíquica están representadas por el Yo. El funcionamiento sistémico de esta estructura virtual, con su soporte biológico, y el grado de satisfacción o angustia resultante, es lo que se estima como calidad de vida desde tres ángulos, el personal, el profesional y el social, que incluye la valoración moral.

El estudio de la calidad de vida requiere, por tanto, la combinación objetivo-subjetiva de sus múltiples dimensiones, en cuyo abordaje multidisciplinario se precisarán las variables que se deberán tener en cuenta por cada disciplina en particular.

Este enfoque exige que el criterio de *calidad* se complemente con un soporte técnico por un lado y la vivencia subjetiva individual y social por otro. Esto evita distorsiones, pues no basta que las personas refieran por separado satisfacción, que posean un alto nivel de vida y aceptación cultural, o que los exámenes clínicos las declaren aparentemente sanas. Debe buscarse una integración entre los indicadores para estimar la calidad de vida. El factor integrador debe ser eminentemente valorativo, por tanto ético, ya que se estima individualidad,

aptitud, sensibilidad, disposición y forma. Aunque el inicio del proceso sea de registro y comparación, la medición no es fin ni objetivo.

Dentro de las acciones y criterios que son peor tratados en los estudios de calidad de vida en el marco estrecho del enfoque clínico de enfermedades específicas, está el pobre o ausente trabajo con la personalidad del paciente, donde se da por supuesto el funcionamiento de los procesos reguladores de la psiquis sin la más mínima elaboración técnica de la investigación e interpretación de la personalidad. Procesos reguladores básicos como la imagen del mundo en relación con la enfermedad, su tratamiento, formas de evolución de esta y secuelas se dan por sabidos. Se soslaya el proceso del sentido personal que constituye la esencia de la individualidad, la subjetividad y la jerarquización de las ideas del paciente en relación con la enfermedad y su comportamiento ante ella. No se estudia el fenómeno de la autoconciencia de la personalidad, sus fortalezas y debilidades, lo que permite valorar el grado de conciencia del paciente sobre sus limitaciones, autoengaños, mecanismos de defensa que lo alejan de la realidad en sus valoraciones y acciones, así como las verdaderas causas de sus fracasos, decisiones erróneas y las conductas que aumentaron su vulnerabilidad ante la enfermedad.

Pobre es también la concepción y tratamiento que se hace de los estilos de vida de los pacientes y de las técnicas para modificarlos en función del éxito del tratamiento, que en ocasiones se convierten en consejos de abuelas, desideratas del médico y voluntarismos del paciente. Las técnicas participativas de investigación en la acción y las verdaderas técnicas grupales están centradas en el grupo o en la actividad del paciente en el rol de terapeuta.

Lo abundante en la bibliografía es el informe de la aplicación de instrumentos de calidad de vida, la clasificación del paciente según sea extraída de los ítems, variables o dimensiones del cuestionario y su inclusión en algún régimen de tratamiento para mejorar su calidad de vida donde no están reflejadas las verdaderas motivaciones.

No suelen estudiarse la catatimia, su relación con la comunicación y las habilidades para la obtención de apoyo. Se registra el apoyo recibido en cantidad y no el valor del apoyo para el paciente, ni el apoyo al que aspira y no tiene. Mucho menos aparecen estudios acerca de la connotación semántica que el paciente tiene del apoyo y de gran parte de los términos y fraseología integrante del trabajo para mejorar la calidad de vida.

Muchos estudios de calidad de vida se limitan a considerar que esta mejora cuando se regula o atenúa la disregulación de parámetros biológicos, y pierden de vista que la calidad de vida es fundamentalmente una valoración subjetiva del paciente que debe ser educada e incorporada como algo con sentido personal para que pueda ser vivenciada como buena por el paciente. Esto favorece la siguiente respuesta del profesional : «Tu calidad de vida es mejor porque yo te lo puedo asegurar con lo ultimo de las tecnologías biomédicas.»

También al valorar la calidad de vida se dan problemas específicos que llevan implícitos problemas generacionales y de motivación. La familia y la escuela, entre otras instituciones, en ocasiones no consideran el aspecto del sentido que cada generación tiene de su vida.³² Problemas tales como el apego a la vivienda, a la ciudad, al centro de trabajo, al círculo de amigos, necesidad de reconocimiento, necesidad de opinar o de tomar decisiones, pueden darle a cada generación la calidad de vida a la que aspira. Esta sensibilidad para cuidar la vida y, dentro de ella, los intereses de cada generación, tiene que ser cultivada por el Estado, las instituciones sociales, la religión y la familia.

Consideraciones finales

Todo lo anterior evidencia que el concepto calidad de vida se manifiesta, en su aspecto más general, como una categoría biológica, psíquica, socioeconómica, política y moral, pues se sustenta en un determinado desarrollo económico, cultural, jurídico, ético y en un sistema de valores sociales y personales que conforman un sentido, que son los que permiten que la vida tenga o no la calidad que concuerda con el consenso técnico y moral de cada lugar y época.

Después de las consideraciones y proposiciones acerca de la valoración de la calidad de vida en relación con los problemas de las diferentes sociedades, del ecosistema y del individuo, solo podría enfatizarse que si en bioética se reconoce y se trabaja encomiásticamente en relación con la calidad de vida en el momento de la muerte, debe ampliarse el estudio sobre la calidad de vida, y sus determinantes económicas y jurídicas, a lo largo de todos los momentos de la vida, los cuales merecen una valoración moral, y no dirimir la solución de los problemas éticos alrededor de decisiones y conductas individuales relacionadas con la enfermedad y la muerte como la problemática priorizada.

No se debe diluir al conjunto de seres humanos en la individualidad (sociedad liberal) ni al individuo en el conjunto (igualitarismo inquisitorial), porque ambos constituyen el individualismo disfrazado.

Se debe priorizar la polémica a todos los problemas globales, sociales, grupales que afectan la vida, el ecosistema y la calidad de vida del género humano, y también focalizar sobre qué condiciones socioeconómicas de vida, qué garantías jurídicas y qué educación moral necesita el hombre para que sus decisiones no constituyan una violación de los principios morales de la cultura universal y lo que disfrute como calidad de vida sea expresión de solidaridad, de salud, de refinamiento y de progreso social.

³² Ídem 27.

Bioética y sanología tras la búsqueda de «la ciencia única del hombre»

Jorge Aldereguía Henriques y Ruth Daisy Henriques Rodríguez



La cultura universal, y en primer lugar la occidental, incorporó en la segunda mitad del siglo xx dos nuevos saberes: la bioética (1970) desde los Estados Unidos y la sanología (1992) desde Cuba. A examinar los nudos fundamentales de estos y sus amplios puntos de contacto se dedica el presente artículo científico.

Todo saber científico tiene un problema fundamental, un sistema de categorías propias y una vinculación con la práctica social. Sin praxis activa no hay teoría sustentable, además de que no hay nada mejor para la práctica que una buena teoría. Son principios teórico-metodológicos que en su vínculo profundo orientan la actividad científica desde la Grecia Antigua hasta nuestros días. La subestimación del trabajo teórico es una constante del pragmatismo norteamericano, del positivismo europeo y de la actividad científica en el Tercer Mundo, por lo general.

La ciencia, en su desarrollo, puede evolucionar siempre que los nuevos resultados se ajusten al marco teórico vigente o revolucionario cuando estos exigen nuevos paradigmas. El marco teórico o conceptual de una ciencia no es un término acuñado y se conforma de premisas ontológicas, gnoseológicas, metodológicas y ético-estéticas que en su euritmia dan una idea totalizadora de los diferentes saberes científicos. Si importante es su identificación sistémica, también

lo es el conocimiento exhaustivo de sus marcos institucionales que la vinculen a la praxis social.¹

La bioética y la lucha por la supervivencia y el futuro de la humanidad

En 1971, Van Rensselaer Potter (1911-2001), oncólogo norteamericano de elevado prestigio, fundamenta el término de bioética y produce una visión posmoderna de la ética con su *Bioethics: Bridge to the Future*, una confluencia del saber científico y el filosófico con el fin de darle concreción a esta nueva cultura de la supervivencia.

Desde los inicios de la década de 1970, el neologismo potteriano, en el medio anglosajón, es reducido y medicalizado a una ética biomédica por parte de la fundación The Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of the Human Reproduction and Bioethics de la Universidad de Georgetown, en Washington, D.C. Ello sirvió de alternativa a la crisis de fundamentación por la que atravesaba la ética médica tradicional, ante el inusitado desarrollo científico y tecnológico de la medicina moderna en medio de relaciones sanitarias asimétricas y en un entorno de iniquidades en el acceso a los servicios de salud. V. R. Potter fue influenciado por la antropóloga Margaret Mead, que consideraba imprescindible crear en las universidades «cátedras sobre el futuro».²

Con sorpresa puede examinarse el hecho de que Potter desconociera, cuando entregó a la imprenta su primer libro, la obra monumental de Aldo Leopold, también profesor de Wisconsin, sobre la ética de la Tierra publicada en 1949, donde este autor expresa la idea fuerza de que el respeto por la naturaleza es esencial para la supervivencia, como categoría de una metaética como proceso acumulativo que comenzó por la regulación de las relaciones entre los individuos, después de estos con la sociedad y, por último, la que regula la relación del hombre con la naturaleza. El profesor Leopold, y su imaginario, es considerado por Potter como el principal antecedente de la bioética. «La teoría original de la bioética –bioética puente– era la institución que señalaba que la supervivencia de gran alcance de la especie humana [...] requería del desarrollo y mantenimiento de un sistema ético. Tal sistema es la bioética global, en la que la función de puente ha exigido la fusión de la ética médica y la ética medioambiental en una escala de nivel mundial para preservar la supervivencia humana.»³

¹ J. Aldereguía, J. Núñez. «Conceptos de sanología.» *Interciencias* [Caracas], 1992.

² J.R. Acosta Sariego (editor científico) *Bioética para la sustentabilidad*. La Habana, Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, 2002.

³ V.R. Potter. «Bioética puente, global y profunda.» *Cuadernos del Programa Regional de Bioética* [Santiago de Chile], diciembre de 1998; (7).

Potter se convence del carácter avárico del capitalismo neoliberal y radicaliza su pensamiento. No es posible, en tales condiciones, una bioética global, y se pronuncia contra la ética del utilitarismo economicista. Los tiempos del capitalismo han cambiado y del libre mercado se ha pasado al dominio global de las transnacionales, se profundiza el intercambio desigual y la crisis de la deuda externa, los ricos son cada vez más ricos y los pobres cada vez más pobres. Digámoslo con la ayuda de las estadísticas globales del planeta: el número de hambrientos supera los 800 millones; hay 854 millones de analfabetos; 1 200 millones de personas viven en la extrema pobreza; 2 400 millones carecen de condiciones sanitarias elementales; 40 millones son seropositivos o están enfermos de SIDA; 11 millones de niños morirán por causas fácilmente evitables; 2 millones y 1 millón de personas mueren de tuberculosis y malaria, respectivamente. La brecha entre los países ricos y pobres pasó de 37 veces en 1960 a 74 veces en 2002; el 20% de la población mundial consume el 80% de la producción industrial. Sigue el despilfarro y la contaminación del ambiente: de Río a Johannesburgo, las emisiones de CO₂ a la atmósfera se incrementaron más del 0,9% (en los Estados Unidos, que se retiró del Protocolo de Kyoto, aumentaron el 18%).⁴

Los grandes avances científicos, de la física en la primera mitad del siglo xx y de la biología en la segunda mitad, han cambiado las relaciones ciencia-sociedad: junto a innegables avances y ventajas han traído peligros que amenazan a la única especie racional: la humana.

«Solo tenemos un patrimonio intacto: el futuro», proclamó Federico Mayor en obra conocida, y añadió: «Allí está nuestra esperanza.» Pero si examinamos el campo más estrecho de la práctica médica, una información muy reciente del *Journal of the American Medical Association (JAMA)* afirma que las prácticas medicas iatrogénicas (inducidas en los pacientes por la actividad, manera o terapia utilizada por un médico, a saber por complicaciones relacionadas con el diagnóstico y el tratamiento) son hoy la tercera causa de muerte en los Estados Unidos cada año. Su autora, Bárbara Starfield, de la Universidad John Hopkins, nos dice que anualmente estas muertes se producen:

- 12 000 por cirugías innecesarias,
- 7 000 por errores de medicación en hospitales,
- 20 000 por otros errores en hospitales,
- 80 000 por infecciones en hospitales,
- 106 000 por efectos adversos de medicamentos que no son errores: 250 000 muertes anuales por causas iatrogénicas.⁵

Otro análisis indica que entre el 4 y 18% de los pacientes ambulatorios experimentan efectos negativos de todo tipo, incluidos: 116 millones de visitas

⁴ R. Roa Kourí. «Liminar». En J.R. Acosta Sariego (editor científico). *Bioética para la sustentabilidad*. Ob. cit.

⁵ «Los médicos son la tercera causa de muerte en E.U.» Tomado del JAMA, 23/06/04.

extras al médico, 77 millones de recetas extra, 17 millones de visitas a las salas de emergencia, 8 millones de hospitalizaciones, 3 millones de admisiones por tiempo prolongado, 199 000 muertes adicionales y 77 000 millones de gasto extra. Persiste y se amplía la creencia de que el mayor gasto proporciona más y más salud. Entre 29 países, los Estados Unidos se ubican segundos, después de Japón, en disponibilidad de unidades de resonancia magnética y tomógrafos computarizados; sin embargo, Japón va primero en salud, mientras que los Estados Unidos se ubican entre los últimos.

Volvamos al marco conceptual de la bioética de Potter, cuyo pensamiento se radicaliza y se va completando hasta el surgimiento de su tercera fase: la bioética profunda.

Según Potter, sus aspectos fundamentales están en las ideas de Peter Withhouse sobre ecología profunda, aunque los complementa con argumentos del teólogo alemán Hans Kung (*Una ética global para una política global y económica*, 1988) y de H. Sakamoto (*Una nueva base para la bioética*).⁶

«Así necesitamos combinar la bioética profunda, que explora los nexos entre los genes y la conducta ética, con la bioética global, que va mucho más allá del legado de Aldo Leopold para aceptar un amplio diálogo con Hans Kung y Haykudai Sakamoto.»⁷ Este es el último círculo de la espiral potteriana: la bioética sustentable, donde resalta la idea tremenda de la humildad y el compromiso con el futuro. Se impone en nuestro medio la publicación de la obra de V.R. Potter, su máxima divulgación en las universidades universalizadas y el diálogo abierto con sus ideas humanistas, aunque este pensador no haya vertebrado una teoría ética consistente. Sus atisbos de una ética de la responsabilidad nos obligan a ello.

¿Y el marco institucional de la bioética, esta bioética de Potter como ciencia de la supervivencia?

En Cuba, con el apoyo del Centro Félix Varela, se ha realizado todo un proceso de siembra de ideas que fructifica a través de publicaciones, cursos y talleres con la participación de la cátedra de bioética del ICBP Victoria de Girón, el Comité de Bioética de la Universidad de la Habana, la Sociedad Cubana de Estudios Filosóficos y la Comisión Nacional Cubana de la UNESCO.

Existen y trabajan la Unidad de la Bioética de la Organización Panamericana de la Salud, sucesora del Programa Regional de Bioética para América Latina y el Caribe OPS/OMS, la Red Internacional de Bioética Global, la Asociación Internacional de Bioética, la Sociedad Internacional de Bioética y muchos más.

Sin embargo, aún no es mucho y sí es grande lo que queda por hacer, ya que la bioética es ingrediente fundamental de ese nuevo mundo posible y necesario.

⁶ Ibídem 2.

⁷ Ibídem 3.

La sanología, paradigma alternativo de la salud del hombre y nueva concepción de la vitalidad del ser humano

La sanología es un proyecto de investigación y servicios del Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humanos de la Universidad de la Habana, fruto del trabajo colectivo e interdisciplinario de esta más que bicentenaria institución, orientado al aspecto olvidado del proceso salud-enfermedad (PSE), la salud, en su dialéctica compleja con el bienestar.⁸

La sanología es un nuevo saber de síntesis socio, psico, biológico, medioambiental, médico-sanitario, cultural y espiritual que proclama la salud como futuro estado natural del hombre y la enfermedad como excepción. Su marco de acción es universal porque, aunque tiene su orientación rectora en la promoción y fortalecimiento de la salud de los sanos, en primer lugar las nuevas generaciones, también incluye la acción con la vitalidad positiva de los enfermos o «salubridad oculta».

Es una metaconcepción humanista con un componente médico y no a la inversa, cuyo problema fundamental es el PSE humano y su categoría central es la salud como vitalidad libre que promueve el desarrollo máximo posible de las condiciones físicas y espirituales que se dan en el ser humano y aspira a su felicidad plena.⁹

Sus categorías científicas básicas son la homeostasis y las derivadas de esa nueva ciencia en expansión: la psiconeuroendocrino-inmunología.

Es martiana y marxista, con fuertes ramas castristas y guevaristas, y ve al ser humano como médico de sí mismo y los suyos. Es un marco conceptual del pensamiento complejo con visión de la totalidad desde la totalidad integrante de la epistemología de la complejidad, movimiento científico contemporáneo para pensar el mundo de manera diferente, no unilateral, y para actuar sobre él con toda la colectividad social.

Va más allá del paradigma médico tradicional y hasta del epidemiológico moderno. Incorpora, junto a los factores de riesgo, los factores sanógenos de la conducta humana y su entorno íntegro.¹⁰

La sanología tiene cuatro funciones fundamentales como saber en expansión: teórico-crítica, de redimensionamiento del ser humano; epistemológica, tras la búsqueda y concreción de la ciencia única del hombre; antihegemónica, porque es un nuevo conocimiento desde el Sur para el Norte y el Sur de la humanidad; y práctico liberadora, porque lucha contra la medicalización enajenante y busca «[n]o crear un cuerpo robusto con el trabajo de un médico

⁸ J. Aldereguía. *La sanología como proyecto*. La Habana, Universidad de la Habana, 1992.

⁹ J. Aldereguía, J. Núñez. *Salud, mujer y desarrollo: Marco conceptual*. La Habana, Universidad de la Habana, 1996.

¹⁰ J. Aldereguía. «¿Por qué la sanología es un paradigma alternativo?» Infomed, BVS. Sanología: paradigma alternativo. La Habana, 2004.

eminente sino con el trabajo de toda la colectividad sobre toda esa colectividad social». ¹¹

La sanología, como metaconcepción humanista, vertebra su sanoeconomía, sanopolítica, sanojurisdicción, sanoideología, sanocultura, sanoespiritualidad, junto a su sanoclínica y sanoepidemiología. Busca el propósito de hacer más cuantitativa esa importante estrategia de la salud pública moderna: la promoción de salud. ¹²

La sanología propone un nuevo modelo social, una nueva cultura humanista y una ideología saludable para las fuerzas progresistas, en primer lugar las izquierdas en su lucha por un mundo mejor. Aspira a la emancipación social, como también a la libertad individual; con economía de palabras, a una civilización posmoderna en la que el libre desarrollo de cada uno sea la condición del libre desarrollo de todos y viceversa.

Su marco institucional ha sido la creación, mediante conferencias, cursos de posgrado, talleres, ejecución de doctorados y divulgación entre la población, de un espacio académico y popular de reflexión y acción. Concreta su praxis política con los centros y servicios de bienestar humanos, instituciones y dependencias cuyo *know-how* posee.

Aspira a una salud pública nueva, como sistema funcional de protección de la salud, y exige que la sociedad, como un todo, proteja y fomente la salud y calidad de vida de sus ciudadanos sobre la base del compromiso y la responsabilidad estatal, la intersectorialidad, la descentralización, la profilaxis social y la participación ciudadana. ¹³

La sanología promueve la socialización de la producción, el poder y la espiritualidad. Lucha a brazo partido contra la enajenación burocrática, la estatización paternalista, el totalitarismo y la autarquía. Hace su contribución, más que al tránsito de la modernidad a la postmodernidad, al paso de la humanidad de su prehistoria a su verdadera historia. ¹⁴ Dicho más modernamente: el tránsito de la globalización neoliberal a la globalización de la solidaridad.

Puntos de contacto e interrelaciones horizontales entre la bioética y la sanología

Estos dos nuevos saberes complejos e interdisciplinarios están obligados, y a los académicos que los impulsan corresponde la mayor responsabilidad, a establecer puentes entre ellos.

¹¹ E. Guevara. *Obras*. T. 2. La Habana, Casa de las Américas, 1970.

¹² *Ibidem* 10.

¹³ J. Aldereguía. «La estrategia sanológica, más allá del enfoque epidemiológico de riesgo: el caso de las enfermedades cardiovasculares.» *Rev Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*. (en prensa)

¹⁴ F. Engels. *Anti-Dubring*. La Habana, Instituto Cubano del Libro, Editorial de Ciencias Sociales, 1973.

Sin ánimo de agotar el tema y realizando una primera aproximación al mismo, digamos lo siguiente:

- Bioética y sanología son neologismos en todos los idiomas que ponen de manifiesto las limitaciones del lenguaje tradicional para el pensamiento científico complejo, lo que requiere una intensa colaboración con los lingüistas académicos, no solo para buscar los términos más apropiados, sino también para lograr la mejor comunicación con la opinión pública.
- Ejemplo claro de lo anterior es la interpretación equivocada de *Bioethics* como ética biológica, lo que a nuestro juicio tuvo la importante influencia del paradigma biologicista de la medicina, tras el camino infructuoso que a la bioética impuso el derrotero de la ética médica ya descrito, que la desvió de los fundamentos potterianos iniciales y más recientes. *Bioethics* es ética de la vida en todas sus formas y manifestaciones, un concepto mucho más abarcador y reflejo de la totalidad.
- De manera similar ocurre con la traducción al inglés, en primer lugar, de sanología. Hay que acuñar un término adecuado que no restrinja el alcance del marco conceptual en que se fundamenta y proyecta este nuevo saber científico que exige la colaboración con los académicos lingüistas para dilucidar entre *sanology*, *healthlogy*, *healthylogy*, *wellbeinglogy* u otro mejor.
- Una nueva cultura humanista y un modelo social de integración humanista necesitan de la bioética y la sanología.
- Es creciente el desprestigio y la incapacidad del modelo neoliberal, cuya globalización domina al mundo como expresión del poder de las transnacionales y el capital financiero. La bioética y la sanología apuestan por un modelo de integración humanista que resuma e integre lo mejor del pensamiento y la práctica universales sobre los pilares de la justicia social y el desarrollo sustentable.
- Ambos saberes son puntos de confluencia y encuentro para desarrollar la cooperación Norte-Sur y Sur-Norte sin intentos de dominación y respeto mutuo.
- La bioética y la sanología son nuevos espacios de reflexión y lucha en el siglo XXI para las fuerzas progresistas porque un mundo mejor sea posible. Incluso la sanología y las perspectivas desde el Sur de la bioética abren camino a la aún fetal cooperación Sur-Norte, que junto a las conocidas Norte-Sur y Sur-Sur darán paso a la necesaria globalización de la solidaridad defendida por muchos, entre ellos el papa Juan Pablo II. Estos nuevos espacios se caracterizan ya por la pluralidad de temas en discusión; la multi, inter y transdisciplinariedad de sus contenidos y el enriquecimiento de la epistemología de la complejidad.
- El humanismo, tan vilipendiado y manipulado, encuentra en la bioética y la sanología dos asideros fundamentales. De ninguna manera es volver al

humanismo antropológico feuerbachiano criticado por Marx, sino introducirnos en un humanismo de la totalidad, donde la emancipación social no pueda prescindir de la libertad individual, donde el libre desarrollo de cada uno sea condición del libre desarrollo de todos y viceversa, como proclama el Manifiesto humanista de la sanología.

- La ciencia única del hombre, avizorada por Marx en sus escritos tempranos, se vislumbra hoy como un sistema abierto de ciencias de la complejidad, que junto a la bioética y la sanología, puede integrar ya la mediología de Régis Debray y la psiconeuro-endocrino-inmunología, todas bajo la conducción transdisciplinaria de una dialéctica genuinamente marxista. Claro está que este sistema abierto de ciencias lo caracterizarán la diversidad y el pluralismo, la mutación de sus bases epistémicas y métodos y sus múltiples fuentes con la ideología y el sentido común, que de hecho lo convertirán en un sistema científico de nueva estructura donde confluyan los juicios de realidad y de valor. Su problema fundamental lo será la felicidad de los seres humanos, imposible de lograr sin justicia social y desarrollo sustentable, sin humildad y preservación del futuro de la humanidad.

Conclusiones

La bioética y la sanología son dos nuevos saberes científicos. El primero de ellos orientado a la sustentabilidad del desarrollo y al valor ético de la humildad de los científicos ante el futuro, y el segundo, hacia la preservación y fomento de la vitalidad positiva y la economía de fuerza de los sanos en primer lugar y los enfermos. En la comunidad de sus fines se sustenta la idea de que, como sistema abierto, la ciencia única del hombre, prevista por Marx, será una totalidad de saberes que en su vínculo buscan el logro del bienestar y la felicidad del ser humano.

Casualidades históricas hacen de Cuba un laboratorio natural para que fructifique la ciencia única del hombre como sistema, al decir de Mariátegui, «no como calco ni copia, sino como creación heroica». La universalidad del pensamiento martiano junto al marxismo auténtico, unido al pensamiento y la obra de la Revolución cubana, son el fermento para hacer una contribución manifiesta al parto de la ciencia única del hombre. Lo lograremos *nosotros mismos*.

Impacto social de las nuevas tecnologías de la información

Nerys González García, Eneida Garriga Sarría, Esperanza O’Farrill Mons y Rafael Pozo Lauzán



El escenario mundial de las nuevas tecnologías de la información presenta, al comienzo del tercer milenio, una vorágine de promesas, inquietudes y asuntos pendientes.

La revolución tecnológica que soporta la era de la información no ha cesado de asombrarnos, cuando al seductor mundo de las aplicaciones multimedia y de la autopista mundial de la información se superpone el avance impetuoso de las transmisiones inalámbricas, prestándoles, sin duda alguna, amplio sostén y cobertura a las primeras al ampliar su alcance y potencialidad.¹

La industria de las infocomunicaciones incorpora los sectores de la informática, las telecomunicaciones y los medios audiovisuales.

El rasgo distintivo fundamental de la actual etapa en esta industria, viene de la mano de una nueva expresión incorporada recientemente al vocabulario de las comunicaciones: infraestructura mundial de la información (IMI).

La definición de esta expresión es, a su vez, una muestra elocuente de lo que constituye el elemento vital por excelencia que se debe tener en cuenta en la caracterización de los tiempos actuales: integración de medios.

¹ Telepress Latinoamericana. «La explosión de la tecnología inalámbrica.» Enero-febrero de 1996.

¿Qué es la IMI?

Mientras para algunos es una red de redes informática global que facilitará el acceso a los datos y su recuperación a alta velocidad, para otros es considerada una red multimedios, cuya principal utilidad será la transmisión de video y datos, a la vez que imágenes, texto y voz. Pero hay quienes consideran que la IMI será el medio para la televisión interactiva, en la cual el principal canal de comunicación es el aparato de televisión inteligente y no el computador personal ni el videoteléfono.²

Con independencia de cuán conveniente es adoptar una u otra definición, y echando a un lado su posible origen sectorial, quedan claros dos aspectos que, por su interés, vale la pena resaltar: una misma red de redes servirá de soporte a cualquiera de estas ideas; y, para que tal cosa suceda, se deben dar los pasos que viabilicen la integración de medios.

Pudiera considerarse erróneamente que Internet constituye la IMI, pero en realidad esta no es más que un mero ensayo de la futura superautopista. Igual que Internet, la IMI será digital y los servicios serán personales, pero en ella la capacidad será abundante.

Lo cierto es que el proceso de digitalización ya desarrollado en los medios hace que converjan la informática, las telecomunicaciones y la televisión; y hoy se hace evidente que, en definitiva, los tres servicios compartirán una sola red.

La nueva infraestructura digital, las redes electrónicas de «tubos» de transmisión distribuidos, que son el fundamento de la superautopista de la información, para permitir la convergencia de voz, datos y video, está en construcción. La convergencia es una realidad a partir de los elementos que lo permiten: redes globales de comunicación, transmisiones a alta velocidad, modulación digital, computadoras poderosas, compresión de datos, dispositivos de alta densidad de almacenamiento de información, tecnologías de semiconductores y *software* avanzados.³

La tendencia hacia el uso flexible de los medios ya no solo se hace patente en la incorporación y asimilación de múltiples medios a la actividad computacional, o en el hecho de que las comunicaciones telefónicas sirvan de soporte a las redes de computadoras. La televisión se incorpora a la tendencia con el proyecto en el cual, mediante una interfase, un usuario que no posee computadora puede navegar por Internet a través de su equipo de televisión. De hecho, esto puede potenciar el número de individuos con acceso a la gran cantidad de información disponible en la mayor red de redes del planeta.⁴

² Telepress Latinoamericana. «Las superautopistas están cambiando el mundo.» S/f.

³ Telepress Latinoamericana. «Equipos para la convergencia.» S/f.

⁴ J. Simmons. «One-Stop Shopping in the Telecom Market.» *US News and World Report*, 9 de septiembre de 1996.

Por supuesto, que todo este revolucionario embrollo tecnológico está en pañales, y a la par que la convergencia prospera como filosofía, tácticamente cada medio se desarrolla en sí, pero también preparándose para lo que aún no se sabe a ciencia cierta qué será. De este modo, a la televisión digital se une la aparición de nuevas arquitecturas de red híbridas, que permiten hacer llamadas telefónicas a través de las redes de televisión por cable o la red Internet, o transmitir programas de video y juegos por cables telefónicos.⁵

El desarrollo vertiginoso de la industria de la computación, por otra parte, nos tiene ya acostumbrados a que lo inaudito se torne real, lo cual se ha venido logrando con una interacción inagotable entre el *software* y el *hardware*, donde cada uno hala al otro en una carrera desenfrenada por lograr lo que parecía inalcanzable. Tal parece como si la ciencia ficción nos estuviera tocando con su mano.

Este es el caso de las aplicaciones multimedia, las cuales tienen como rasgo distintivo el carácter interactivo en la relación con el hombre respecto a la información que manipula, ya sea para controlar un proceso de múltiples dispositivos o medios, como pudieran ser teclados musicales, video caseteras, sintetizadores, cámaras de video, lectores de discos compactos y ópticos, o para utilizar la computadora para la reproducción, asimilación y modificación de información compuesta por texto, imágenes, video y sonido.⁶

La esencia de la multimedia, como se puede inferir, es la capacidad del usuario para modificar a su gusto la información que recibe a través de la aplicación, la posibilidad de manipularla y cambiarla, con independencia del o de los medios con que esté interactuando.

La realidad virtual hace que la persona se introduzca en un mundo informático, cuya existencia real tiene un sustrato digital y simulado de eventos, generadores incluso de sensaciones en el hombre.

A todo esto puede adicionarse el desarrollo formal de las técnicas de inteligencia artificial y de las redes neurales, las cuales, empleadas en los programas que realizan estas aplicaciones, los convierten en productos cada vez más valiosos, ya que son capaces de realizar procesos que requieren de la inteligencia humana para ser llevados a cabo. Tales son los «sistemas expertos» y las técnicas sustentadas en el «razonamiento basado en casos» (*case based reasoning*).⁷

Sin duda alguna, el estado actual de la tecnología es suficiente como para enfermar de vértigo al que trate de abarcar su increíble potencialidad. Pero, por mucho que nos esforcemos, va a ser poco probable que seamos capaces de marchar al ritmo de lo que se avecina.

⁵ *Ibidem*.

⁶ R. Hernández «Multimedia, una tecnología sin límites. Computación y electrónica.» *Temas de Actualidad* [La Habana Editorial Academia], 1994.

⁷ N.J. Nilson. *Principles of Artificial Intelligence*. Nueva York, Springer-Verlag, 1982; J. Negrete, E. González, *De la filosofía a la inteligencia artificial*. México, D.F., Grupo Noriega Editores, 1992.

El mundo digital

Al margen de otras consideraciones de carácter realista, permítannos ahora soñar con lo que podrá ser –y lo que es– la era de la información, donde la humanidad se va adentrando, bajo el supuesto de acceso a capital y tecnología. Esta constituye las dos caras de una moneda.

Los innegables avances tecnológicos hacen hoy accesible el inagotable caudal de conocimientos científicos y humanísticos acumulados en las bibliotecas a usuarios remotos que actúan en línea; permiten que la comunidad científica trabaje y experimente en un mundo virtual, donde las fronteras de laboratorios, instituciones y países son transparentes; promueven que se facilite la accesibilidad de un individuo, en cualquier lugar del planeta, a consultar en tiempo real la fuente más autorizada sobre un tema específico. Estimulan, además, la interrelación entre personas con intereses comunes, ya sean científicos, técnicos, sociales, humanos, artísticos o de cualesquiera otra índole.

Ya en la actualidad, el intercambio de mensajes, la participación en paneles de discusión y la transmisión de información de naturaleza variada (bases de datos, programas de computación, imágenes, sonido u otros) es una realidad que trasciende las fronteras de un país y convierte al planeta en un garbanzo.

La variedad y potencialidad de los medios de cómputo y los innegables avances –aún insuficientes– en la velocidad de transmisión de información, hacen posible la educación a distancia, que es otro aspecto con amplias perspectivas de desarrollo. La telemedicina es una modalidad mediante la cual, desde lugares remotos, puede lograrse acceso a consultas con especialistas del más alto nivel, a bases de datos actualizadas, o incluso a sistemas expertos, capaces de ayudar al médico distante a resolver el problema de un paciente, en tiempo real.⁸

De hecho, ya en la actualidad proliferan en países desarrollados estas modalidades de consultas a distancia con un profesor, un médico o un psicólogo. En Cuba es una realidad la Universidad Virtual de la Salud, que capacita a distancia a través del portal Infomed a miles de profesionales interesados en los diversos cursos que se ofertan, y numerosas instituciones ofrecen consultas en línea acerca de diferentes temas de interés científico o académico.⁹

En este contexto de comunicaciones sin fronteras y sin tiempos, los multimedios vendrán a ser como el libro de hoy, y la realidad virtual le permitirá a cualquiera caminar por una calle de París, alunizar o recorrer la vía láctea. Puesto que las imágenes son informáticas, no reales, no habrá que limitarse a la representación de lugares reales. La imaginación, como nunca antes, podrá volar y la creación artística se verá enriquecida.

⁸ K. Hafner. «The Doctor is on.» *Newsweek*, mayo de 1996: 77.

⁹ Infomed, Portal de salud cubano. Accesible en www.infomed.sld.cu.

No hay dudas de que la preparación cultural y técnica de los niños formados con acceso a estas tecnologías es superior, y que son ellos los que estarán mejor preparados para desenvolverse en un mundo virtual, al cual nuestra presente generación aún no se ha asimilado. De hecho, será posible también –y será así cada vez más–, hacer que el hombre utilice su vida de forma más racional y óptima, al desaparecer la barrera espacio-tiempo. Nicholas Negroponte lo expresa en estos términos: «La distancia es cada vez menos importante en el mundo digital, de hecho un usuario de Internet es hoy inconsciente de ella.»¹⁰

Una persona puede realizar su trabajo en casa, sin necesidad de trasladarse a la oficina. Se comunica al instante con su jefe cuando este lo llame, independientemente de dónde estén ambos, y tiene acceso a las bases de datos de su empresa desde la computadora de su casa, o aun cuando descansa en un parque o realice ejercicios en un gimnasio. La oficina virtual transforma el concepto de tiempo de trabajo y esta modalidad es indudablemente aplicable a una gran parte del trabajo intelectual y administrativo.¹¹

Como es fácil inferir, se posibilita una gran reducción en los costos por concepto de viajes, gastos de papel y otros insumos que resultan innecesarios. Las reuniones virtuales, a las cuales asistirán grupos de personas desde lugares diversos sin necesidad de moverse de su casa o de su centro de trabajo, es otro elemento que puede revolucionar la actividad empresarial, académica y científica.

Ya en la actualidad, una gran cantidad de bienes de consumo pueden ser adquiridos a través de Internet, y se especializan las formas ideales de manejar sumas de dinero a través de las redes existentes.¹² En la medida en que la imaginación de hoy se haga realidad en el futuro, la creatividad del hombre vislumbrará nuevas posibilidades, que todavía pueden parecernos inaccesibles, y harán de lo virtual la realidad de lo cotidiano.

Pero al inicio dijimos que esta realidad constituye las dos caras una moneda y ahora vamos a fijarnos en el reverso.

La amplia utilización de las microcomputadoras en los campos de la ciencia, la técnica, la administración y las artes, dispuestas en laboratorios, oficinas, escuelas y hogares, utilizadas por cientos de miles de especialistas o aficionados que comparten información digital por diversas vías, fue una circunstancia aprovechada por personas con tanto talento como falta de escrúpulos. Desde 1988 estos individuos vienen creando diversos «virus informáticos», en ocasiones tan temibles como los más letales homólogos biológicos. Los virus son programas parásitos que se autopropagan a través de diferentes medios, en la actualidad sobre todo mediante el correo electrónico a través de Internet.

El 2 de mayo de 1988, miles de usuarios de los equipos MacIntosh, de la Apple, recibieron a través de sus monitores un mensaje de paz universal que luego

¹⁰ N. Negroponte. *El mundo digital*. Barcelona, Ediciones BSA, 1995.

¹¹ B. Gates. *Camino al futuro*. Nueva York, Mc. Graw Hill, 1995.

¹² A. Sloan. «Tales from Cyberspace.» *Newsweek*, 19 de agosto de 1996.

se autoborró sin dejar huellas ni destruir información. Su autor fue un joven programador de Tucson, Arizona, que cargó el virus en un juego distribuido en un encuentro de usuarios en Montreal.

Los tres primeros días de noviembre del propio año varias instituciones norteamericanas fueron contaminadas por un virus. El contagio comenzó por las bases de datos de la NASA, conectados a la red Arpanet del Pentágono (progenitora de Internet). Esta red vinculaba a más de 6 000 computadoras de centros de investigación del país. El Pentágono estableció un operativo especial para dirigir la desinfección y proteger los ficheros de la red DARPA, vinculada a bases de proyectiles estratégicos y bombarderos. Este fue un virus «benigno» que no destruyó información, pues su efecto era retardar la operación de las máquinas al inundar la memoria. El culpable fue el hijo de un funcionario de la NASA que hurtó a su padre las claves para entrar a las bases de datos de la agencia espacial.

Pero las grietas en la seguridad informática son muy anteriores a los virus y se han manifestado en robos de secretos industriales, transferencias de fondos bancarios y toda una suerte de figuras delictivas, en general no previstas por los códigos penales existentes. La universalización del uso de las computadoras ha hecho posible que el vandalismo generalizara creando verdaderas «epidemias». De suerte que grupos de especialistas e instituciones en todo el mundo se han tenido que dedicar a contrarrestar los efectos devastadores de estos delincuentes informáticos. No existe una vacuna infalible, las modalidades de virus han proliferado desde aquel 2 de mayo de 1988 y aún hoy continúan surgiendo de la mente calenturienta de hábiles programadores con un retorcido sistema de valores morales.

Por otra parte, la generalización del uso de las microcomputadoras ha hecho posible que los delitos cometidos anteriormente por expertos en computación —que, por lo general, eran trabajadores con acceso a los equipos de empresas, universidades o bancos, entre otras posibles entidades—, puedan ser hoy llevados a cabo incluso por aficionados, en ocasiones hasta por prófugos de la justicia que acceden desde los lugares más insospechados a las computadoras de casi cualquier parte, a través de Internet. Los piratas informáticos han sido en los últimos años individuos que han mantenido en jaque a comunidades policiales, empresariales e informáticas. Pero hay más aún: toda una suerte de materiales indeseables son asequibles a cualquiera que tenga interés por el asunto. De este modo, proliferan los sitios donde la pornografía o el terrorismo constituyen el plato fuerte del menú principal y, por supuesto, abundan los consejos acerca de cómo burlar a la policía y las instrucciones sobre las más increíbles aberraciones. El lavado de dinero, la pornografía infantil y la venta de infantes y órganos constituyen ejemplos de delitos informáticos globalizados a través de la Red, que han puesto en jaque a las agencias encargadas del orden en los diferentes estados y a la Interpol.¹³ A todo esto se

¹³ QuickLink 248- 27 october 2002, disponible en <http://www.qlinks.net/quicklinks/ql021027.htm>, acceso 5/05/2005

une la posibilidad real que tiene cualquier usuario de Internet en la actualidad de utilizar la tecnología de encriptación, la cual anteriormente era de estricto dominio de los Estados, lo que genera nuevos peligros, como el que se desprende de su uso por parte de organizaciones terroristas o del crimen organizado.

Lamentablemente, la creatividad no es privativa de los individuos de buena voluntad, y resulta evidente la necesidad de regulaciones para paliar el desfreno.

Pero todo este sueño anterior, sus increíbles beneficios y sus terribles retos resultan más bien una burla para una parte de la humanidad —la mayor parte, por cierto—, que se encuentra aislada de este proceso y desconoce de sus intrínquilis e implicaciones.

El fenómeno de Internet constituye el hecho real que refuerza el argumento de que la humanidad ha entrado en una nueva era, donde el capital por excelencia será el dominio de la información. Ahora bien, ¿le será posible a un país entrar en la era de la información sin financiamiento?;¹⁴ ¿sucumbirán aún más las economías pobres ante el aplastante poderío informático que es ya una realidad?; ¿hay congruencia entre el portentoso desarrollo alcanzado y previsible en la industria que integra a la informática, las telecomunicaciones y los medios audiovisuales y la realidad del Tercer Mundo en desarrollo —no se sabe hacia dónde—, en el cual no ya la computadora, sino el televisor y el teléfono, son artículos de lujo?; ¿puede entrar en la era de la información la parte del mundo que no sabe leer?

En la medida en que profundizamos en los elementos de referencia, se hace más evidente e inaplazable la necesidad de sensibilizar a la conciencia colectiva de la humanidad sobre la gravedad de la situación en la que nos encontramos y los especialistas concuerdan en que se precisa de un nuevo orden mundial de la información y las comunicaciones que vaya aparejado de una revolución educativa internacional, lo cual refrendó, en su plan de acción, la Cumbre mundial sobre la Sociedad de la Información, desarrollada en Ginebra en el año 2003.¹⁵

Si no se toman medidas urgentes, en pocos años las actuales diferencias entre países pobres y ricos se profundizarán a niveles insospechados, y, a pesar de que la realidad de hoy en cuanto a esas diferencias ya pudiera parecernos suficientemente desastrosa, el futuro abismo la hará palidecer.

La asimilación de las nuevas tecnologías constituye un hecho vital para la participación en el nuevo mundo de la información, si tenemos en cuenta que cada vez más el conocimiento se encuentra disponible en línea, abriendo caminos para todos los que tengan las posibilidades de accederlo.

De hecho, uno de los elementos básicos para que tenga sentido la incorporación a la actual revolución tecnológica es la inversión comprometida con la

¹⁴ E. Diz. «La red de redes más universal.» *Trabajadores* [La Habana], 12 de agosto de 1996: 5.

¹⁵ Cumbre Mundial sobre Sociedad de la Información. Plan de Acción. 10-12/12/2003 Ginebra. Sitio consultado el 12/12/03. Disponible en URL: <http://europa.eu.int/scadplus/leg/es/s211013.htm>.

educación de la población. Sin duda, son los jóvenes y niños de la actualidad los más preparados para incorporarse a una carrera para la cual las generaciones más viejas no pueden dar la talla.¹⁶

En este punto, pudiera pensarse que los países con más población joven están en ventaja.¹⁷ Resulta conveniente recordar que cuando la población joven predomina, es sin duda porque no tiene la oportunidad de hacerse vieja, y en el mundo los pobres son los que tienen ese terrible privilegio. De modo que difícilmente podrán acceder a la educación y a la tecnología quienes apenas tienen derecho a la vida, lo cual se presenta como un contrasentido difícil de salvar.

Por otra parte, los países más necesitados del ahorro que pudiera significar la incorporación plena a la virtualización en el trabajo, la educación o la medicina, están realmente en difíciles circunstancias para aprovecharla.

En vista de que los países subdesarrollados no disponen de capacidad tecnológica, competencia ni capacidad administrativa, está de moda la recomendación de privatizar la industria de las telecomunicaciones.¹⁸

Coyuntura de la información

El conocimiento, hoy más que nunca, es poder. El país que pueda dirigir mejor la revolución de la información será más poderoso que los demás. En el futuro previsible ese país es los Estados Unidos.¹⁹

Estas palabras expresan claramente la voluntad hegemónica norteamericana y su interés de hacer cada vez más profunda la recolonización, esta vez utilizando la coyuntura proporcionada por la red global de la información. Sin duda alguna, el poderoso vecino del Norte conoce bien las implicaciones de la era de la información y, como es su costumbre, está decidido a sacar provecho de su posición.

Los Estados Unidos dominan importantes tecnologías de telecomunicaciones y procesamiento de información, y, en la actualidad, son poseedores de las habilidades proporcionadas por la integración de complejos sistemas informativos. Todo esto les facilita la multiplicación de sus fuerzas en el empeño por atraer hacia sus valores y su ética, y de vender su «modo de vida». Profundizan en el análisis sobre el uso futuro de la IMI como recurso de poder y categorizan las implicaciones de su impacto en las esferas militar, económica, comercial, social y política.²⁰ Preven que la razón de los incrementos en los avances relacionados

¹⁶ A. Ubbermorgen. «Opiniones sobre el futuro digital de América Latina» [entrevista a Nicholas Negroponte]. *Communicationsweek Internacional Latinoam*, junio-julio de 1996: 10.

¹⁷ *Ibidem*.

¹⁸ *Ibidem*.

¹⁹ M. Sensidoni. «El verdadero reto para el mundo en desarrollo.» Citado en E. González-Manet, «Impacto social de las tecnologías audiovisuales.» *Communicationsweek Internacional Latinoam*, junio-julio de 1996: 11.

²⁰ J. Nye, W.A. Owens. «American Information Edge.» *Foreign Affairs*, marzo-abril de 1996.

con la aplicación de las nuevas tecnologías a la industria de armamentos será dramática en los próximos diez años.

No tenemos derecho a ser ingenuos. Hemos de asumir los riesgos que se enfrentan al integrarnos a la era de la información, pero debemos hacerlo con responsabilidad. La mejor manera de ayudarnos es convirtiéndonos en actores y no en simples espectadores o consumidores.

Algunos analistas occidentales tratan de minimizar este aspecto y limitan el asunto al predominio casi exclusivo del idioma inglés.²¹ Pero este es un problema mucho más complejo; porque, al margen de que la mayor cantidad de información disponible hoy en Internet esté en inglés, es además liberada por ciudadanos de los Estados Unidos y otros países desarrollados que, como es lógico, incorporan su cultura y forma de vida a dicha información. Esto, a su vez, se ve agravado por la realidad de que el Tercer Mundo es, en la práctica, consumidor de información y no emisor. Por tanto, su realidad no está reflejada en el ciberespacio. Si a esto agregamos el interés de los sectores más reaccionarios por hacer uso de este medio como instrumento de «poder blando»,²² se hace evidente la necesidad de tomar conciencia en este sentido y de actuar de manera decidida para tratar de balancear, si no de revertir, esta situación.

Conocer el peligro es el paso previo necesario para lograr salvarlo; desconocerlo o pasarlo por alto sería un suicidio.

Cuba ante los retos de la era del conocimiento

La situación cubana actual, en el contexto del explosivo desarrollo mundial del campo de las infocomunicaciones, puede ser caracterizada por una serie de factores que influyen de modo directo en la capacidad del país para integrarse como actor, más que como simple espectador.²³

En Cuba existe un alto nivel de escolarización, como consecuencia del sostenido empeño con que se ha trabajado, desde el año 1959, en la educación de la población. Se cuenta con cantidades considerables de graduados universitarios

²¹ «¿Tantos millones hablaremos inglés?» *Communicationsweek International Latinoam*, junio-julio de 1996: 4.

²² Joseph Nye define el término *soft power* (poder blando) como la habilidad para obtener los resultados esperados en asuntos internacionales utilizando la atracción, en lugar de la creación. Trabaja convenciendo a otros para que sigan o se alineen con normas o instituciones que producen el comportamiento deseado. El «poder blando» puede descansar en el llamado a los principios o concepciones, o en la habilidad para preparar los hechos, de manera tal que conformen las preferencias de otros. Si un Estado puede legitimar su poder en la percepción de otros, y establecer instituciones internacionales que los induzcan a limitar sus actividades, este no tiene que realizar los cuantiosos gastos que han sido tradicionales en aspectos económicos o militares. (*Nota de los autores.*)

²³ C. Lage. «Discurso de clausura en el Seminario Nacional sobre Internet», 17 de junio 1996, s/r.

y técnicos especializados en el campo de las ciencias de la computación y de las telecomunicaciones, y cada año este número aumenta. De igual forma, se realiza un esfuerzo continuo por la recalificación y actualización en estas especialidades. Además, se introdujo la enseñanza de la informática en todos los niveles del sistema educativo, desde la primaria hasta la universidad. La creación de la Universidad de las Ciencias Informáticas ha sido el colofón de este esfuerzo mantenido en la formación de recursos humanos en y para ese campo.

Ha existido la voluntad política, avalada por el programa aprobado en el Congreso del Partido, en 1986,²⁴ de trabajar por el desarrollo de las esferas de las telecomunicaciones y la computación. El 13 de enero de 2000, como una materialización de esta invariable voluntad política, fue creado el Ministerio de la Informática y las Comunicaciones que lidera el proceso de informatización de la sociedad.

En los últimos años, ha habido una notable mejoría en la telefonía, así como un incremento en la cantidad de redes que enlazan múltiples instituciones del país, las que brindan diversos servicios en línea. Además, se culminó la instalación de una red troncal de fibra óptica nacional. Crece el número de instituciones conectadas con fibra óptica a la red troncal, y se estudian diferentes tecnologías para el acceso a la última milla, o sea, la conexión de la central al abonado.

Todo esto ha generado una cada vez mayor cultura en la utilización de estos servicios, al tiempo que se incorporan nuevas redes y usuarios, sobre todo en las comunidades universitaria, científico-técnica y cultural, pero también en las empresas e industrias, así como los organismos del gobierno, la economía, y las organizaciones no gubernamentales.

Existe una clara conciencia del ahorro y beneficio que significa la extensión del uso de estas técnicas ante la situación económica actual, bajo el criterio de la rapidez, el bajo costo y la gran cantidad de información disponible a través de Internet.^{25,26} Es así como se ha extendido el uso de los medios de cómputo en una amplia gama del espectro económico, industrial, científico, técnico y social a todo lo largo y ancho del país.

La certeza de la situación estable de la sociedad cubana, cuyos diferentes sectores se empeñan en lograr el desarrollo económico –garante de una mejor calidad de vida a la población, acorde con los niveles de educación y salud alcanzados–, unido a lo anteriormente expuesto, son algunos de los elementos que a nuestro juicio hicieron factible y beneficiosa la integración plena de Cuba a

²⁴ PCC. «Lineamientos económicos y sociales para el quinquenio 1981-1985.» En *Selección de documentos del I y II Congreso del PCC*. La Habana, Editora Política, 1982. Capítulo VI, párrafo 151: 61.

²⁵ J. Rivery Tur. «5 preguntas sobre la Sociedad de la Información. *Granma* [La Habana]. 5/12/03. Año 7. Número 339. Consultado: 7/5/05. Disponible en URL: <http://www.granma.cubaweb.cu/2003/12/05/interna/articulo01.html>

²⁶ Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros. «Lineamientos estratégicos para la informatización de la Sociedad Cubana.» Resumen Ejecutivo. La Habana, junio de 1997.

Internet, lo cual se materializó en octubre de 1996. Esto nos está permitiendo aprovechar a plena capacidad los avances que se suceden.

Como consecuencia de todo lo anterior, puede afirmarse que estamos en condiciones favorables para aprovechar los beneficios de la utilización de la información disponible por esta vía. Pero también cada vez nos incorporarnos más activamente como emisores de información veraz y actualizada sobre nuestra realidad social y nuestros avances científico-técnicos y culturales, aprovechando también la arista comercial que con ritmo creciente se impone en Internet. La presencia cubana se ha visto multiplicada en la red global a partir de la decisión del Estado de emprender la informatización de la sociedad mediante una estrategia que aborda con un enfoque sistémico el proceso de asimilación y desarrollo de todos los elementos que inciden en la sociedad de la información. Un ejemplo de esta presencia es el portal CubaSí,²⁷ a través del cual se puede acceder a todos los periódicos nacionales y provinciales, así como a una serie de importantes estaciones de radio y canales de televisión. Asimismo es necesario salvar con inteligencia los riesgos que sin duda vienen aparejados a esta decisión de integrarnos a la globalización informática, puesto que tenemos la capacidad política y técnica para ambas cosas.²⁸

En los últimos años, una gran cantidad de individuos e instituciones en los Estados Unidos han realizado estudios sobre la ventaja que podrán sacar de la conexión cubana a Internet. Una gran parte de ellos se devana los sesos para elucubrar las mejores formas de socavar nuestra soberanía mediante la utilización de las nuevas tecnologías como instrumentos al servicio de sus intereses.²⁹

Se presenta ante nosotros un problema adicional al del resto de los países. Ya no solo es la pornografía, el terrorismo o la venta sutil de valores morales o sociales, ajenos a los intereses de los países del Tercer Mundo; para nosotros habrá sin dudas un programa especial diseñado con el objetivo expreso de la desestabilización y la subversión.

Estamos inmersos en una revolución tecnológica que amenaza con cambiar muchos de nuestros hábitos de vida, con alterar nuestras concepciones y una parte de los esquemas con los cuales la sociedad se ha familiarizado por siglos. Hemos apuntado los beneficios a los cuales ya está accediendo una parte de la comunidad internacional y hemos señalado la imposibilidad de ese acceso para otra parte mayoritaria de esa comunidad, por lo menos en el futuro previsible. También hemos expuesto las razones por las cuales consideramos que Cuba está en condiciones excepcionales, dentro de los países en desarrollo, para sacar

²⁷ Portal CubaSí. Disponible en www.cubasi.cu

²⁸ Comité Ejecutivo del Consejo de Ministros. Lineamientos estratégicos para la informatización de la Sociedad Cubana. La Habana, junio de 1997.

²⁹ N. Valdés. «Cuba, the Internet and American Policy.» Cuba Program Internet Seminar. Georgetown University, 2 de octubre de 1996.

provecho tangible de su incorporación a la era de la información³⁰ –y, por cierto, no somos los cubanos los únicos que tenemos ese criterio.³¹

Ahora nos referiremos, en un marco conceptual, a la necesidad de tomar conciencia sobre lo impostergable que se torna establecer regulaciones o normativas sobre aspectos éticos y jurídicos, entre otros.

En la medida en que el tiempo transcurre, nos acercamos más al momento en que la humanidad disponga de lleno de una infraestructura mundial de información. Es preciso prepararnos para ello.

La desregulación característica de Internet es cada vez más criticada, si se tiene en cuenta toda la serie de hechos vandálicos a los que hemos hecho referencia, y la proliferación de sitios indeseables en el ciberespacio. Hay una gran cantidad de personas, instituciones y países en el mundo tratando de poner coto a esta situación.³² Las regulaciones están referidas, aparte de lo ya planteado, a la seguridad y privacidad de los secretos de los datos y las comunicaciones por parte de los usuarios. Existen diversas formas de acometer estas regulaciones: Francia, la República Popular China, Alemania y Cuba tienen un organismo regulador; al mismo tiempo, Vietnam, Singapur y Cuba enrutan todo el tráfico a través de una entrada única.³³ Existen en el mundo organizaciones dedicadas a bloquear información pornográfica, terrorista, y otras; el Congreso de los Estados Unidos aprobó una legislación para regular el contenido de Internet.³⁴

De igual forma, numerosas redes definen sus códigos de ética y estos establecen las pautas sobre las cuales se debe realizar el tráfico de información.³⁵ Por ejemplo, Infomed –la red del Sistema Nacional de Salud en Cuba– ha puesto en vigor un código de ética, el cual establece las obligaciones de los usuarios finales y de los administradores de las redes que se enlazan a ella. También las instituciones han elaborado sus códigos de ética internos, como es el caso de nuestro Centro de Cibernética Aplicada a la Medicina.

Emergencias

Los actuales caminos de la revolución tecnológica llevan al mundo hacia horizontes nunca antes avizorados. El desarrollo actual nos sitúa en una posición extraordinaria. El hombre de hoy está en condiciones de hacer cosas que siempre habían sido consideradas tareas de dioses: la creación y modificación de la vida y la omnipresencia virtual son algunas de las actividades consideradas inalcanzables para las precedentes generaciones. Hay que realizar un esfuerzo para

³⁰ *Ibidem* 27.

³¹ *Ibidem* 25.

³² A. Gore. «Las telecomunicaciones y la creación de empleos.» *El País*, 7 de mayo 1995: 21.

³³ *Ibidem* 20.

³⁴ *Ibidem* 28.

³⁵ M. Moore. *The Internet Today and Tomorrow. The Internet Unleashed*. SAMS, 1994: 28.

asimilar y adaptarse a este desarrollo, sobrecogedor por su singular movilidad y velocidad.

El hombre puede resultar enajenado de su entorno natural y social por las variaciones experimentadas en las formas tradicionales de comunicación, lo que sin duda se reflejaría en el resto de las actividades humanas. Algunos plantean que las nuevas tecnologías tienden a fomentar los núcleos de poder y a desencadenar la uniformidad en los comportamientos. En este sentido, es preciso apuntar que, del mismo modo que pudieran analizarse los acontecimientos bajo esa óptica pesimista, es conveniente identificar el carácter ambivalente de las nuevas tecnologías y su potencialidad para beneficiar a la humanidad, si se contemplan como premisas los elementos que permitan encauzarlas para beneficio del hombre como individuo y en su carácter social.³⁶

La era de la información en la que se adentra la humanidad es una consecuencia de la revolución científico-técnica; sus consecuencias son inevitables e irreversibles, y una de sus características fundamentales estriba en el efecto multiplicador que tiene cada uno de sus logros y resultados, los cuales desencadenan cascadas de implicaciones. Entre estas debemos resaltar las implicaciones éticas y sociales.

No se puede pretender sustraer al hombre de este tiempo de revolución tecnológica que tiene lugar en su planeta. Es muy probable que tras las visiones apocalípticas de la era de la información se oculten la pereza intelectual y el miedo a no dar la talla en una carrera que requiere en verdad de mucho esfuerzo.

Se hace imprescindible el concierto ordenado de los hombres en la tarea de dirigir el desarrollo de las nuevas tecnologías hacia un camino que contribuya a hacerlos a sí mismos más libres, humanos y responsables en las nuevas condiciones que se imponen.

Todavía estamos a tiempo, y constituye una tremenda responsabilidad que tenemos el deber de asumir. La responsabilidad de la comunidad humana por lograr encaminar el progreso tecnológico hacia la paz, la justicia, el progreso y la igualdad.

El hombre, con su capacidad de pensamiento y acción, tiene el deber de dirigir la orientación tecnológica futura. Hay que reconocer el peligro de que esta orientación fuera obstaculizada o guiada por principios ajenos a los intereses legítimos de los pueblos, que simplemente nos dejáramos llevar por la mentalidad tecnócrata, o que se permitiera a la creciente comercialización constituirse en el motor único que guíe el desarrollo.

El deber de la comunidad científica está precisamente ahí, en el debate profundo y comprometido de todos y cada uno de los progresos tecnológicos,³⁷ en el enjuiciamiento responsable y oportuno de los avances científico-técnicos que no pueden enajenarse del uso a que son destinados.

³⁶ A.E. Pérez Luño. *Nuevas tecnologías, sociedad y derecho*. Fundesco, 1987.

³⁷ *Ibíd*em 10.

Información, tecnologías y ética en la salud

María Vidal Ledo



En el sector de la salud, uno de los aspectos más importantes y necesarios para brindar un adecuado servicio y atención médica con calidad es la disponibilidad de la información, ya sea para la toma de decisión clínica, sanitaria o de dirección, así como en la docencia y la investigación. El procesamiento de estos sistemas de información con la utilización de las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones permite la optimización de todos los procesos con la finalidad de proporcionar mejores servicios de salud y contribuir de esta forma a lograr mejoras en la salud individual y colectiva y una mejor calidad de vida a la población.

La seguridad y confidencialidad en la salud son dos temas que van de la mano, unidos intrínsecamente a la atención de salud que se brinda a la población. De ahí la importancia y el crédito que otorgan los profesionales de la salud a los registros de que disponen, de manera que «la seguridad se relaciona con la protección física de la información, incluida la protección contra la pérdida accidental, así como contra la alteración no autorizada; en tanto que la confidencialidad, se relaciona con la garantía de que solo las personas con responsabilidad por las tareas clínicas tengan acceso a la información de los pacientes».¹

¹ R.J. Rodríguez, C. Gattini, G. Almeida y cols. *El establecimiento de sistemas de información en servicios de atención de salud. Guía para el análisis de requisitos, especificación de las aplicaciones y*

Los conflictos que se presentan entre la difusión de datos y la seguridad y confidencialidad que estos requieren, deben ser abordados en todo momento desde el punto de vista ético, independientemente del tipo de tecnología que se utilice en su procesamiento. Ahora bien, es ineludible su abordaje cuando se utilizan las actuales tecnologías para el tratamiento y gestión de la información, y aunque estos temas no son exclusivos para el sector de la salud, sí se justifica una consideración particular cuando se trata de los sistemas de información en salud, de manera que actúe bajo los principios fundamentales de la ética general, de la ética médica y de la ética informática.

Cada institución de salud, al integrar las tecnologías de la información a los procesos que desarrolla con vistas a conformar el sistema de información que requiere, precisa tener en cuenta el nivel de seguridad y confidencialidad para las diferentes categorías de información, ya que la mayoría de los conflictos se producen por «falta de procedimientos o procedimientos mal ejecutados o supervisados y el uso con mala intención o el daño a los sistemas por personal descontento, actividad fraudulenta o criminal».²

Convencer e incrementar la conciencia en los médicos, directivos y personal de la salud en general, en el marco de una adecuada ética profesional, para el manejo de la información que se requiere en la dirección y desempeño de los procesos de salud, y establecer políticas que permitan la evaluación, análisis y gestión de riesgos, requiere de un trabajo sistemático, en lo cual nuestro sector debe unir voluntades y esfuerzos.

Principios y normas éticas en la introducción de la tecnología en el campo de la salud

El pasado siglo xx se manifestó por profundos cambios sociales y tecnológicos caracterizados por la integración al desarrollo humano de nuevas tecnologías para el tratamiento de la información que han influido con nuevos paradigmas en las comunicaciones, el conocimiento y las relaciones sociales.

Esta llamada por muchos «revolución de la información» tiene su mayor expresión en el uso de redes informáticas como soporte necesario para el intercambio de información, que modifican los criterios de espacio y tiempo, y con ello globalizan y agilizan los procesos en las diferentes esferas de la sociedad, por lo que convierten la información en el producto más utilizado. Esto nos lleva en el presente siglo a plantearnos una «sociedad de la información» para el intercambio del conocimiento humano, donde no todo el mundo tiene acceso a las tecnologías que lo propician, lo que ocasiona una brecha tecnológico-digital que diferencia comunidades, pueblos y sociedades, y origina conflictos culturales,

adquisición. Parte A. Marco general e institucional para el desarrollo de sistemas de información en servicios de salud. Washington, D.C., Pan American Health Organization, 1999: 9.

² *Ibídem*: 34-7.

tecnológicos y de todo tipo que han preocupado a gran número de países y constituyó punto de motivación para que en el 2001 la Organización de Naciones Unidas convocara una Cumbre Mundial sobre la Sociedad de la Información, con vistas a facilitar el desarrollo de la informatización social en los diferentes países y ayudar a colmar la brecha tecnológico-digital entre las naciones.³

Por otro lado, la evolución de la sociedad humana se ha caracterizado por la aplicación de un conjunto de reglas morales que regulan la conducta y relaciones interpersonales que fundamenta los actos humanos y permite calificarlos como buenos o malos. Esta irrupción de las tecnologías en la vida de las personas hace que los aspectos sociales de la informática adquieran una importancia cada vez mayor, y se aprecia un incremento de la preocupación en los aspectos más relevantes del uso de la informática, como pueden ser la confidencialidad en el registro en soporte digital de datos personales, la toma de decisiones basada en sistemas informáticos para la gestión de la información y el conocimiento, la diseminación de la información y otros,⁴ que conlleva a un tratamiento ético de estos aspectos.

Pero ¿qué es la ética?; ¿que importancia tiene en la informática?; ¿cuál es la repercusión que tiene en los datos relacionados con los pacientes y las acciones de salud que genera en su atención el uso creciente del procesamiento de la información de salud en red, y la cultura, conducta, relaciones y deberes de las personas e instituciones que participan en la toma de decisiones y los procesos de salud, e intervienen en la recolección, procesamiento, almacenamiento, comunicación, uso, manipulación y acceso electrónico de la información de salud?

Según la Real Academia de la Lengua Española,⁵ la «ética es la parte de la filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre» y el «conjunto de normas morales que rigen la conducta humana». Luego puede aceptarse que la ética es la ciencia que trata sobre la moral, investiga aquello que es específico al comportamiento humano y enuncia principios generales y universales inspiradores de toda conducta,⁶ regulado mediante normas o códigos que prescriben el buen comportamiento, las mejores prácticas y prohibiciones que definen su actuación.

³ J. Rivery Tur. «5 preguntas sobre la sociedad de la información.» *Granma* [La Habana], 5 de diciembre de 2003. También se encuentra en el sitio consultado: 14/12/03 URL: <http://www.granma.cubaweb.cu/2003/12/05/interna/articulo01.html>

⁴ J.J. Dolado. «Una experiencia docente sobre la ética informática.» Facultad de Informática Universidad del País Vasco, España. Sitio consultado: 15/04/05 URL: <http://www.sc.edu.es/jiwdocoj/etica/experiencia.htm>

⁵ *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española*. Sitio consultado: 15/04/05 URL: <http://www.rae.es>

⁶ M. Rojas, H.G. Cabrales, O.G. Chaviano, J.M. Santos, G.A. Molina. «La ética: un nuevo reto para el profesional de la información en el siglo XXI.» *ACIMED*, marzo-abril 2004; 12 (2). Versión electrónica, última actualización 24/02/2005. Sitio consultado: 15/04/05. URL: http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol12_2_04/aci10204.htm

Principios y normas éticas

Los principios básicos, generales o fundamentales de la ética más citados son:

- *Principio de autonomía.* Todas las personas tienen el derecho fundamental de la autodeterminación.
- *Principio de igualdad y justicia.* Todas las personas son iguales como personas, y, en consecuencia, tienen el derecho a ser tratadas de acuerdo a ello.
- *Principio de beneficencia.* Todas las personas tienen el deber de obrar por el bien de los demás, en tanto la naturaleza de este bien guarde concordancia con los valores fundamentales de las partes afectadas.
- *Principio de no-perjuicio.* Todas las personas tienen el deber de evitar el perjuicio (o daño) a otras personas siempre que se encuentre dentro de sus posibilidades hacerlo así, cuando ello no implique daño para sí mismas.
- *Principio de imposibilidad.* Todos los derechos y deberes están sujetos a la condición de que sea posible cumplir con ellos bajo las circunstancias en los que se ejecutan y usufructúan.
- *Principio de integridad.* Quienquiera que tenga una obligación, tiene el deber de cumplir con dicha obligación de la mejor forma que pueda hacerlo.

Basado en ellos, se han definido en diferentes sectores sociales un conjunto de normas que identifican el código de ética profesional que corresponda. Puede señalarse como ejemplo, el código de ética de los cuadros del Estado cubano, bajo cuyos cánones se rigen los dirigentes de nuestro país.

El sector de la salud cubano se rige por un grupo de Principios de la Ética Médica,⁷ que enfatiza en la observancia de preceptos:

- en relación con el paciente y sus familiares,
- en las relaciones con el resto de los trabajadores de la salud,
- en las relaciones entre el docente y los educandos,
- como parte de la sociedad,

así como orienta la creación de comisiones de ética médica a nivel de las instituciones del Sistema Nacional de Salud como órgano encargado de conocer, analizar y concluir sobre quejas, denuncias u otros comportamientos que indiquen violación de los principios de la ética médica y su carácter para que se actúe de acuerdo con la legislación laboral vigente.

A partir de los principios fundamentales de la ética, cuando se aplican en el entorno del mundo digital se generan los principios de la *ética informática*. Desde el punto de vista informático son variados los ejemplos internacionales que pueden utilizarse y contamos en nuestro campo con el Código de Ética para Profesionales de la Salud, propugnado por la Asociación Internacional de

⁷ *Principios de la ética médica.* La Habana, Editora Política, 1983.

Informática Médica (IMIA).⁸ Los principios en que se basa el código de ética para la informática médica de esta Asociación son los siguientes:

- *Principio de privacidad y disposición de la información.* Todas las personas poseen el derecho fundamental a la privacidad y, en consecuencia, a ser informadas y ejercer el derecho de autorizar la recolección, almacenamiento, acceso, uso, comunicación, manipulación y disposición de la información sobre sí mismas.
- *Principio de transparencia.* La recolección, almacenamiento, acceso, uso, comunicación, manipulación y disposición de información personal debe ser revelado en tiempo y forma apropiados al sujeto de esos datos.
- *Principio de seguridad.* Todas las personas tienen el derecho a que la información que ha sido legítimamente recolectada sobre sí, sea debidamente protegida, mediante todas las medidas disponibles, razonables y apropiadas tendientes a evitar pérdidas, degradación, así como la destrucción, el acceso, uso, manipulación, modificación o difusión no autorizada.
- *Principio de acceso.* El sujeto de un registro electrónico tiene el derecho de acceder al registro y a exigir la exactitud del mismo en relación a su precisión, integridad y relevancia.
- *Principio de resguardo legítimo (Legitimate Infringement, en inglés).* El derecho fundamental sobre el control de la recolección, almacenamiento, acceso, uso, manipulación, comunicación y disposición de la información personal está condicionado solo por las necesidades legítimas, apropiadas y relevantes de información en una sociedad libre, responsable y democrática, así como por los correspondientes derechos iguales y competentes de otras personas.
- *Principio de la alternativa menos invasora.* Cualquier acción legítima que deba interferir con los derechos del individuo a su privacidad o al control sobre la información relativa a esta, según lo establecido en el Principio N° 1, solo deberá ser efectuada de la forma menos invasora posible que garantice el mínimo de interferencia a los derechos de las personas afectadas.
- *Principio de responsabilidad.* Cualquier interferencia con los derechos de privacidad de un individuo o del derecho de tener control sobre la información relativa a su persona, debe ser justificada a tiempo y de manera apropiada ante la persona afectada.

Asimismo, basadas en ellos, las Reglas de conducta ética para profesionales de la información en salud definen los:

- Deberes centrados en los sujetos.
- Deberes hacia los profesionales de la salud.

⁸ Asociación Internacional de Informática Médica. *Código de ética de IMLA para profesionales de la información en salud.* Disponible en http://www.imia.org/pubdocs/Spanish_Translation.pdf
Acceso: 5 de mayo de 2006.

- Deberes hacia las instituciones y empleadores.
- Deberes hacia la sociedad.
- Deberes sobre ellos mismos (profesionales de la información en salud).
- Deberes hacia la profesión.

Por nuestra parte, a partir de la segunda mitad de la década de los noventa del pasado siglo xx, a punto de partida del proyecto de informatización del sector,^{9,10} se definen sus principios de desarrollo, que contemplan la incorporación de las tecnologías de la información y las comunicaciones en los procesos de la salud. Comienza a promoverse entonces, para todas las instituciones, la incorporación en sus proyectos particulares del código de ética y el plan de seguridad y contingencia informática, dado el uso de estas tecnologías, el desarrollo en red y el diseño de sistemas abiertos en vez de los sistemas propietarios, con vistas a garantizar el tratamiento adecuado de la información, sobre todo aquella que tiene que ver con los procesos de atención directa a los pacientes. Infomed, nuestra red telemática de la salud, y otras instituciones que han sido objeto de proyectos informáticos de alta tecnología, cuentan en su proyecto de desarrollo con su reglamento organizacional, plan de seguridad informática y código de ética,¹¹ que comprometen a todos los trabajadores y usuarios de los servicios que brinda.

El marco conceptual para la gestión de la información que se trabaja a partir de ese momento pone énfasis en tres aspectos fundamentales:

1. *Sistema de información.* En el que se define lo que se demanda o qué tipo de información se requiere para la dirección de los procesos, la atención clínica y epidemiológica de los pacientes y las acciones de salud comunitarias.
2. *Sistema informático.* Donde se define cómo se va a procesar la información necesaria, con qué tecnología y bajo qué requisitos de seguridad, de manera que se garantice la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información, con adecuadas condiciones de conservación y almacenamiento, que permita de manera segura el acceso adecuado en el momento oportuno.
3. *Gestión de la información.* Con la participación estratégica en toda la organización de cuatro componentes básicos: datos, sistemas de información, tecnología de la información y personal entrenado,¹² con adecuado comportamiento ético.

⁹ M. Vidal Ledo, Y. de Armas. «Estrategias de informatización del sector de la salud» (I). *Informatic@Médica*, diciembre 2002; 3 (11): 24-7.

¹⁰ M. Vidal Ledo, Y. de Armas. «Estrategias de informatización del sector de la salud» (II). *Informatic@Médica*, marzo 2003; 4 (12): 10-3.

¹¹ Infomed. «Código de ética interno.» Sitio consultado: 19/4/05 URL: <ftp://webftp.sld.cu/pub/documentos/pol%EDticas%20y%20procedimientos/codigo.txt>

¹² *Ibidem* 1: 2.

Sensibilidad de los datos relacionados con los pacientes y las acciones de salud

Los documentos en la actualidad son considerados como cualquier objeto material (manuscritos, ediciones impresas y digitales, registros en papel, video, cinta, disquete u otro medio electrónico, monedas, obras de arte, etcétera) que registra o fija algún conocimiento y pueda ser incluido en una recopilación. Aquellos en los que se consigna la información de los pacientes y las acciones que se realizan en función de su salud, son llamados *registros médicos*. De ellos el más importante es la historia clínica del paciente, donde se recoge directamente por el médico toda la información requerida para la atención del mismo.

Estos registros, soportados tradicionalmente en papel, y en algunos lugares, a partir de las últimas décadas del pasado siglo, en soporte electrónico, están sometidos a normas y procedimientos para su tratamiento, y constituyen las fuentes primarias y secundarias fundamentales para la toma de decisiones en la salud a nivel clínico, operativo y estratégico.

Aunque no existe una legislación que regule la forma en que el médico debe guardar sus informaciones, muchos países definen la historia clínica como un documento médico, legal y administrativo, que también es utilizado en funciones docentes y de investigación.^{13, 14} Su tratamiento ha sido, y es, objeto de atención de la ética médica en particular, donde se han de aplicar con prudencia al menos cuatro principios básicos de la ética clínica: no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia,¹⁵ y todos los principios definidos por la ética informática. Los más importantes son la privacidad y disponibilidad de la información, dada las amenazas que la introducción de las tecnologías representa en cuanto al número de instituciones involucradas en los servicios de salud que se prestan y el procesamiento y flujo de información sensible que sobre el paciente se genera.

Desde la década de 1980 pueden encontrarse legislaciones, declaraciones, guías, y otros pronunciamientos de ética médica que alertan sobre el uso de bancos de datos médicos y enfatizan en la vulnerabilidad de la confidencialidad y el respeto del secreto médico. De manera que se recomienda que los bancos de datos médicos no deben estar conectados a otros bancos o redes informáticas no médicas, así como, que deben encontrarse bajo la responsabilidad directa de

¹³ H. Mandirola. «Aspectos legales de los registros médicos informatizados.» *Informatic@ Médica*, 1 (3). Sitio consultado: 15/4/05. URL: http://www.informaticamedica.org.ar/antecedentes_2.asp?id_nota=26

¹⁴ A. Sánchez, O. Martín, J. Iglesias, J. Hernández. «Registro electrónico de pacientes.» *Educación Médica Superior*, 1999; 13 (1): 46-55. Sitio consultado: 15/04/05, URL: http://www.infomed.sld.cu/revistas/ems/vol13_1_99/ems07199.pdf

¹⁵ J.M. Carrera. «Regla ética de veracidad.» Sitio consultado: 15/04/05, URL: <http://www.monografias.com/trabajos16/regla-veracidad/regla-veracidad.shtml> .

un médico especialmente designado para ello,^{16,17,18} e incluso algunos autores hacen referencia explícita «a que los datos no salgan nunca del ámbito sanitario sin el consentimiento expreso del paciente, dado después de una información clara y comprensible, salvo en el caso de que no se pueda identificar a la persona a la que se refieren».¹⁹

La solución de este problema está en la concientización y educación bajo normas éticas del personal involucrado, así como con la aplicación de una política consecuente con medidas de autorregulación institucional, legislación y auditoria, unido al uso de tecnologías que faciliten y protejan la privacidad y confidencialidad.

Computación en red para el procesamiento de información en la atención de salud

El carácter «abierto y público de las redes de transmisión de datos y las vulnerabilidades existentes en los servicios y protocolos utilizados, así como la factibilidad de su empleo con fines ilícitos, tanto por intrusos como por usuarios legítimos de estas, facilita la realización de ataques y la ocurrencia de incidentes que afectan la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información».²⁰

El mayor problema de la computación en red es el relacionado con el acceso no autorizado a la información. Sobre este aspecto han sido muchas las experiencias que van desde ataques a sitios Web, a servidores, usurpación de cuentas de acceso, los virus y gusanos informáticos y otros que ocasionan denegación de servicios; sin contar otros ejemplos de violencia en la Red, como son la pornografía, racismo y otras violaciones éticas,²¹ que por suerte no han proliferado en nuestro país.

El uso creciente de la computación en red, cuya máxima expresión es Internet, para el tratamiento e intercambio de información en salud, constituye un reto en el proceso de informatización del sector.

¹⁶ Conferencia Internacional de Órdenes Médicas. «Guía de ética médica europea.» Sitio consultado: 15/04/05. URL: <http://www.aeds.org/documentos/getmed.htm>

¹⁷ Asociación Médica Mundial. «Postulado sobre el uso del ordenador en medicina.» Sitio consultado: 15/04/05. URL: <http://www.comc.es/etica/5.htm>

¹⁸ Colegio Oficial de Médicos de Teruel. *Código de ética médica y de odontología*. Capítulo IV. Secreto profesional del médico. 1999. Sitio consultado: 15/04/05 URL: <http://www.comteruel.org/web/info/codigo/iv.html>

¹⁹ M.P. Núñez. «La confidencialidad médica.» *Vitral*, marzo-abril 2002; 7 (48). Sitio consultado: 19/04/05. URL: <http://www2.glauco.it/vitral/vitral48/bioet.htm>

²⁰ G. García Pierrat. «Ética y prevención ante las nuevas modalidades delictivas.» I Taller Nacional de Ética y Prevención del MIC, enero de 2005. [No publicado]

²¹ P. Monteagudo Valdivia, H. Sánchez O'Reilly. «Una mirada ética a la red de los multimedia.» En J.R. Acosta Sariego (editor científico). *Bioética para la sustentabilidad*. La Habana, Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, 2002: 455-72.

Los riesgos y amenazas presentes en cualquier sistema informático adquieren presencia bajo cualquier circunstancia, ya sea por un incidente fortuito o intencional. Es por ello que debe tenerse en cuenta un buen plan de seguridad informática que contemple la prevención, la detección, el enfrentamiento y la rápida recuperación ante el problema. Debemos tener en cuenta que no existe ningún sistema totalmente seguro. Si queremos que el sistema sea 100% seguro, apaguemos los equipos de cómputo y guardémoslos en una caja fuerte tras un muro de concreto.

En consecuencia, deben establecerse, entre otras, las medidas que permitan el control de acceso a las instituciones, del soporte de la información, de la introducción, registro, utilización, transferencia, acceso y disponibilidad de los datos.

Los temas de la seguridad y legislación son los principales obstáculos para incrementar el uso de la telemática y la telemedicina, y aunque existen tecnologías que pueden ser aplicadas, como la firma digital, la encriptación y otras, no podemos esperar que se desarrollen ampliamente sin las estructuras de protección adecuadas, que también contemplen códigos de buenas prácticas y de ética que faciliten el desarrollo de los sistemas de salud pública nacionales e internacionales.²²

Mientras tanto, es necesario garantizar en nuestros sistemas informáticos los principios de:

- *Confidencialidad*: al brindar un servicio de seguridad o condición que asegure que la información no pueda estar disponible o ser descubierta por o para personas, entidades o procesos no autorizados; lograr la capacidad requerida por el sistema que evite que esto ocurra mediante el uso de técnicas de control de acceso y cifrado de la información confidencial o de las comunicaciones que protejan el secreto y privacidad de nuestros pacientes y usuarios.
- *Integridad*: a través del servicio de seguridad que garantiza la precisión y autenticidad de la información cuando es modificada, incluidos su creación y borrado, y que se realice solo por el personal autorizado; mediante la capacidad del sistema de evitar la corrupción de la información almacenada e impedir que personal no autorizado lo haga, lo cual en las redes y las comunicaciones cobra gran importancia, ya que existen medios para verificar que el origen de los datos es correcto y conocer quién y cuándo los envió, cuando se recibió y su integridad.
- *Disponibilidad*: al garantizar el grado en que un dato está en el lugar, momento y forma en que es requerido por el usuario autorizado, dentro de un tiempo considerado aceptable; mediante la capacidad del sistema de contrarrestar las amenazas por denegación de servicio, incompatibilidad entre módulos del

²² O. Rienhoff, C. Laske, P. Eecke, P. Wenslaff, U. Piccolo. «A Legal Framework for Security in European Health Telematics.» Users Providers Telematics Applications, 2000. Sitio consultado: 18/4/05. URL: <http://www.informetica.org.ar/pdf/seguridadnetesp.PDF>

sistema o ser blanco de ataques por virus o gusanos, y seguir trabajando en un plazo mínimo después de que se haya producido un problema, así como la posibilidad de volver a la situación anterior a este, tras haber reemplazado o recuperado el máximo de los recursos y de la información. La clave de una recuperación adecuada es la preparación para estas contingencias.

Otro aspecto que se debe considerar en los ataques a las redes informáticas es el papel de los *hackers* y *crackers*, que aunque parecidos por su modo de actuar, tienen algunas diferencias, ya que el *hacker* generalmente es algún programador muy hábil que se impone el reto de abrir programas, desproteger sistemas o entrar a una red restringida como un desafío para ver quién es más listo, si el que programó la protección o él. Generalmente siguen un código de ética: llegan a la información pero no se dedican a corromperla, comercializarla o utilizarla; mientras que el *cracker*, aunque se impone un reto semejante, también se dedica al diseño de virus que pueden dañar un sistema alterándolo, o penetrarlo con la finalidad de hacer cambios en él con fines propios que pueden ser fraudulentos, burlescos o violentos, todo ello de manera intencionada. Estos últimos siempre están involucrados en el diseño de virus destructivos, sabotajes a sistemas públicos y privados, descryptación de información y delitos informáticos de todo tipo.²³

Aspectos esenciales que deben estar presentes en la introducción de las tecnologías

Todo proyecto informático de envergadura debe contemplar un adecuado estudio de factibilidad que incluya el costo/beneficio, así como la cultura, conducta, relaciones y deberes de las personas e instituciones que participan en los procesos de salud e intervienen en la recolección, procesamiento, almacenamiento, comunicación, uso, manipulación y acceso electrónico de la información de salud. Es por ello importante que en su diseño se consideren tres aspectos esenciales:

- *Capitalización de los recursos humanos*, con los directivos del proceso al frente, no solo en la capacitación tecnológica y de gestión de la información y el conocimiento, sino también en la incorporación de los valores que las nuevas actividades les imponen, de manera que apliquen conscientemente las normas para cada especificación y tarea, que les permitan desarrollar actitudes éticas adecuadas que conlleven finalmente a una conducta estable y sistemática en todos los procesos en que están involucrados. Al lograr una adecuada conducta colectiva, podremos decir que hemos alcanzado la cultura que se requiere de acuerdo con la envergadura de los proyectos de este tipo.

²³ C. Valdiosera. «Crackers y hackers al ataque.» *Rev Electrónica Devenir Digital*, noviembre 2001. Consultado: 19/04/05. URL: <http://www.etcetera.com.mx/pag40ne13.asp>

- *Desarrollos tecnológicos eficientes y eficaces*, que cuenten con especificaciones funcionales de aplicaciones adecuadas al servicio de salud de que se trate y estándares para las definiciones, terminologías y procesamiento de los datos, compatibilidad técnica y electrónica para la conectividad de los equipos y requisitos de análisis e integración de los procesos que garanticen la profesionalidad en estos desarrollos y que cumplan las reglas de conducta ética que deben caracterizar a estos profesionales.
- *Seguridad informática*, mediante la implantación de una adecuada política institucional de acuerdo con la realidad del entorno en que se desarrolla, con la aplicación de reglamentos y normas éticas bajo los principios de confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información y que garantice la protección física y lógica de todo el sistema informático, que considere:
 - El análisis de riesgos, en cuanto al valor y recursos que se debe proteger, incluidos los recursos humanos, sus normas y conducta ética; las amenazas a las que se expone el sistema informático y las vulnerabilidades relacionadas con el costo y su probabilidad de ocurrencia.
 - La gestión de riesgos, a fin de definir las medidas físicas, lógicas, administrativas y legales que deben ser tomadas para proteger el sistema, incluidas la monitorización del cumplimiento de la política y planes y códigos establecidos; su permanente actualización para una efectiva seguridad informática, así como su capacidad de restablecimiento en caso de contingencia intencional o no.

Conclusiones

Como puede apreciarse, en esta sociedad de la información que construimos en el siglo XXI, la información y las tecnologías son recursos fundamentales. Sin embargo, si queremos una sociedad de excelencia, donde estos recursos tecnológicos desempeñen un verdadero papel integrador en el desarrollo humano, es preciso tener en cuenta los principios éticos generales y específicos para la salud y la informática en su actitud y actividad diaria que garanticen la calidad de la atención, la eficiencia y eficacia de los servicios que se prestan y la toma de decisión científica y oportuna; donde los valores humanos y ética profesional se manifiesten de manera proactiva y conduzcan el proceso de cambios que la sociedad requiere.

Es por ello que ha de tenerse en cuenta en la introducción de las tecnologías el papel que desempeñan los recursos humanos, a los cuales debemos capacitar y preparar no solo en las tecnologías que han de incorporar en el desarrollo de sus competencias, sino en los nuevos valores, actitudes y conductas que permitan adquirir una cultura profesional que impulse el cambio y el desarrollo sostenible de todos los procesos en los que participa. Para ello es preciso también considerar la incorporación en los procesos y procedimientos de las comisiones

de ética institucionales aquellos aspectos relacionados con la ética informática en la salud.

Considerar también, en todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud, la aplicación de una política institucional uniforme para la seguridad informática que incluya el tratamiento ético en cuanto a la sensibilidad de los datos que procesan nuestros sistemas de información, tanto a nivel clínico, operativo como estratégico que genere una adecuada cultura informática en el personal de la salud. Así como explotar sistemas informáticos en salud bajo condiciones óptimas de seguridad que garanticen la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información en salud.

Bibliografía

- Álvarez, N., G. Hernández. «Ética informática.» Sitio consultado: 17/03/05 URL: https://portal.itesm.mx/ex_integratec_docs/edi50_revista_5.htm
- Ávila, V. «Medicina y computación. Una integración necesaria.» Neurocirugía '99. 1er. Encuentro virtual. Sitio consultado: 10/04/05. URL: <http://neuroc99.sld.cu/text/medicinacomputacion.htm>
- Crespo, E. «La ética en los sistemas de información.» Sitio consultado: 17/3/05 URL: <http://www.multiteca.com/Apuntes/Documentos/D12-1.htm>
- Guibert, J.M. «¿Que es la ética de la informática?» Bilbao, España, Universidad de Deusto, junio de 1997. Sitio consultado: 17/03/05. URL: <http://paginaspersonales.deusto.es/guibert/1etic-info.html>
- Ferradas, C. «La ética en la informática.» *Centrum Católica*. Sitio consultado: 17/03/05. URL: <http://centrum.pucp.edu.pe/publicaciones/articulos/ferradas/einfo.htm>
- Roura, M. «La ética de las ciencias.» Sitio consultado: 12/04/05. URL: <http://www.imim.es/quark/13/013085.htm>

El SIDA traspone la puerta del tercer milenio

Francisco Alberto Durán García



Un fantasma recorre el mundo: el fantasma del SIDA. Ante su amenaza creciente, comunidades, instituciones y gobiernos han respondido de manera firme.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), se diagnosticó por vez primera en la primavera de 1981 en la ciudad de Los Angeles, Estados Unidos, cuando el doctor M. Gottlieb describió los cinco primeros casos en jóvenes homosexuales masculinos que presentaban neumonía *pneumocystis carinni*.

Los miles de casos que se reportan cada año son el resultado de una epidemia silenciosa provocada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que había comenzado en la década de 1970, antes de que la enfermedad fuera reconocida; aunque se tienen algunas evidencias de que este virus circulaba en el continente africano desde finales de la década de 1950. De ahí que esta enfermedad presente un comportamiento pandémico que alcanza a todos los países del mundo.

Pocos problemas en toda la historia de la medicina han obligado a tan rápidos esfuerzos a nivel mundial para organizar la respuesta adecuada contra una enfermedad y lograr, con el concurso de científicos, sanitaristas, personal médico, dirigentes políticos y la comunidad internacional, el conocimiento casi completo de la enfermedad. Y, aunque no se dispone de un medicamento eficaz para su tratamiento ni de una

vacuna efectiva para su profilaxis y/o tratamiento, sí es posible evitar la infección mediante un trabajo educativo que modifique conductas peligrosas.

Es indudable que el SIDA mercedamente fue denominado como la «peste del siglo xx», ya por su elevada morbilidad y mortalidad, por lo incierto del pronóstico para los próximos años, ya por su espectro clínico, donde predominan los casos asintomáticos.

La causa de esta enfermedad es la infección por un virus filtrable, el VIH, un retrovirus. Este fue identificado por primera vez en 1983 por el grupo del Instituto Pasteur, de París, dirigido por el profesor Luc Montagnier. En 1984, también fue identificado por el profesor Robert Gallo y su grupo, del National Center Institute de Bethesda, Maryland, Estados Unidos.

La enfermedad posee una amplia gama o espectro clínico, donde «abundan las formas leves o inaparentes, portadores asintomáticos y el complejo relacionado con el SIDA (CRS)», y en la que las «formas graves o completas» (SIDA) presentan una «inusual letalidad que alcanza hasta el 80% a los dos años de realizado el diagnóstico». Sus agentes causales (los virus de la inmunodeficiencia humana) se transmiten fundamentalmente por medio de las relaciones sexuales, a través de la sangre y los hemoderivados contaminados y de las madres con VIH a sus hijos.

Desde el punto de vista clínico, se distinguen dos momentos en el proceso evolutivo de esta enfermedad: la infección por el VIH y el SIDA. La diferencia entre ambos es que una persona con VIH puede vivir muchos años sin problemas manifiestos de salud.

El SIDA es la etapa más grave, la cual, por lo general, se presenta varios años después de la adquisición del VIH y, hasta el momento, conduce inexorablemente a la muerte en un plazo más o menos largo.

Al cierre de 2006, según estimados del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA), 39,5 millones de personas vivían con VIH en todo el mundo. Sin embargo, los sistemas de vigilancia de casos de SIDA presentan importantes problemas de subregistro, y se considera que el número real de casos a nivel mundial puede ser tres veces mayor que el notificado. Solo durante 2006 se registraron 4,3 millones de nuevas infecciones casos de personas con VIH y fallecieron 2,9 millones de pacientes, en su mayoría adultos jóvenes.¹ América Latina, particularmente la región del Caribe, comparte con el Africa Subsahariana y el Sudeste Asiático alarmantes indicadores en cuanto al incremento de nuevos casos. La notable diferencia entre el número estimado de personas con VIH y el de casos de SIDA se debe a su largo período de incubación.

En Cuba, desde los inicios de la pesquisa, en 1986, y hasta el 31 de diciembre de 2006, se han diagnosticado 8 087 personas con VIH, de ellos, 3 135 (38,7%) han pasado a ser casos SIDA y 1 444 (17,9 %) han fallecido. El sexo masculino

¹ ONUSIDA/OMS. *Informe sobre la epidemia del VIH/SIDA*. Ginebra, diciembre, 2006.

representa el 80,6% de este total y las mujeres el 19,4%. Del total de los hombres, más del 80% han sostenido contactos homosexuales. Durante 2006 disminuyó el número de fallecidos (98) en relación con 2005 (116) y todos los casos que han requerido de terapia retroviral la han recibido.²

SIDA: repercusión social y responsabilidad estatal

El SIDA, presente en todos los países del mundo en la actualidad, es una enfermedad que aterra con razón, ya que invariablemente resulta mortal. Todos tememos al SIDA del mismo modo que tememos al cáncer, pero a diferencia de este, podemos contraer el SIDA por transmisión de otras personas. Y todo ello durante el curso de una generación que, por lo menos en el mundo desarrollado, se había acostumbrado a vivir sin el miedo a la muerte a causa de enfermedades transmisibles.

Este miedo conduce a lo que el doctor Jonathan Mann, jefe del Programa Global de la OMS sobre el SIDA, en 1988 denominó «la tercera epidemia».

La tercera epidemia sigue muy de cerca a las otras dos, al VIH y al SIDA. Es la epidemia de la reacción económica, social, política y cultural, como dijo Javier Pérez de Cuéllar, ex secretario general de las Naciones Unidas: «El SIDA plantea cuestiones sociales, humanitarias y jurídicas cruciales, y amenaza socavar la estructura de tolerancia y entendimiento que sostiene la vida de nuestras sociedades.»³

Podemos identificar tres aspectos fundamentales en el origen de este temor y, consecuentemente, de la extraordinaria gama de problemas ético-legales y sociales relacionados con el SIDA:

- Constituye una enfermedad mortal, aún no prevenible por vacuna.
- Representa la primera enfermedad epidémica que azota las naciones industriales avanzadas, desde hace más de una generación, que afecta indistintamente a todas las clases sociales, ya que su transmisión se vincula más al comportamiento sexual y/o social de las personas que a las posibilidades económicas de estas.
- Afecta, fundamentalmente, a los grupos humanos vulnerables por razones sociales: prostitutas, homosexuales, drogadictos y heterosexuales con más de un compañero sexual, quienes han sido criticados, censurados, y en ocasiones discriminados durante mucho tiempo por gran parte de la sociedad. A lo cual se añade ahora el cúmulo de reacciones irracionales emanadas por el temor a adquirir el VIH.

² Programa Nacional de Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA de la Dirección Nacional de Epidemiología del MINSAP. *Actualización de la situación nacional del VIH/SIDA hasta el 31 de diciembre de 2006*. La Habana, 2007.

³ OMS. «Declaración del Dr. J Mann, director del Programa Global de la OMS sobre el SIDA» [reunión informativa]. 42a. Asamblea General de las Naciones Unidas, Ginebra, 20 de octubre de 1987.

Todos estos factores han hecho surgir diversas interrogantes sobre la función apropiada del Estado en materia de salud pública, y han llevado a diversas sociedades a afrontar asuntos relacionados con la necesidad de emplear el poder del Estado para proteger a los «débiles» en momentos de tensión social. En los primeros años de epidemia del SIDA, se le exigió al Estado cumplir una dualidad de funciones: el fomento de la salud pública y la defensa de los «débiles», las cuales en ocasiones entran en conflicto.

Con cierta frecuencia surge la idea de que la protección enérgica de la salud pública exige el ejercicio de los poderes coercitivos del Estado con máxima restricción; y que la creación de un clima social de confianza es esencial para los esfuerzos desplegados con vista a fomentar un cambio de conducta general; con lo cual se soslaya, de cierta manera, la responsabilidad individual de cada miembro de la sociedad en la preservación de su estado de salud, que en el caso de esta infección de transmisión sexual solo se logra mediante la modificación de hábitos y costumbres como consecuencia de un fuerte trabajo educativo. La experiencia en todo el mundo ha demostrado que la forma más eficiente de tratar la creciente expansión de las personas con VIH depende de la cooperación pública. Debe cambiar la conducta riesgosa y no hay medio por el cual la sociedad pueda imponer prácticas sexuales «sin riesgo» sin aplicar medidas absurdas.

El grado de tolerancia o desaprobación de la sociedad respecto a la importancia dada a estos asuntos, el grado en que se consideran problemáticas e improcedentes las intervenciones propuestas y los compromisos contraídos, hacen que surjan diferencias entre las denominadas «sociedades liberales de occidente» y «las autoritarias».

Problemas éticos, legales y sociales relacionados con el SIDA

La ética, el derecho y la política confluyen en tres aspectos que, a su vez, constituyen los principales problemas relacionados con esta enfermedad en diferentes latitudes: la discriminación de las personas con VIH, la confidencialidad del diagnóstico y el ejercicio de los poderes coercitivos del Estado para limitar la propagación del VIH.⁴

Discriminación

La mejor forma de proteger la salud de todas las personas es permitir que aquellas que padecen el SIDA y son socialmente responsables desarrollen vidas normales en la medida que su salud se lo permita, ya que la discriminación y el estigma hieren y no ayudan ni al público general ni a las personas con VIH. No obstante, la discriminación de estas personas se ha convertido en un fenómeno mundial.

⁴ R. Bayer, L. Gostin. «Aspectos legales y éticos relativos al SIDA, *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 1990; 108 (5-6).

En el plano internacional algunos norteamericanos culpan de la epidemia a Haití y a África. Algunos africanos la achacan a los europeos, los japoneses a los extranjeros, y la «derecha» francesa a los inmigrantes árabes.⁵ Un corolario natural –eco de las épocas de cuarentena internacional que se remontan al siglo xv– ha sido la creación de restricciones de viajes. Por ejemplo, en gran parte del Lejano y del Medio Oriente existen impedimentos para el regreso de los ciudadanos nacionales a sus respectivos países y para la entrada de estudiantes y empresarios extranjeros con VIH.⁶ Un número creciente de naciones exige un comprobante de estar exentos del VIH a los visitantes que pretenden quedarse mucho tiempo.

La tercera epidemia ha llevado a cometer algunos abusos inauditos. Se ha negado la vivienda, enseñanza, empleo, y hasta la sepultura, a los adultos y niños de los cuales solamente se sospechaba que tuvieran el VIH. Asimismo, ha habido casos de algunos trabajadores de la salud negados a atenderlos. Aun en las sociedades teóricamente más ilustradas, el miedo ha conducido a la histeria. La casa de dos niños hemofílicos con VIH fue incendiada cuando trataron de inscribirse en la escuela local; en varias empresas se ha despedido de inmediato a trabajadores con SIDA; algunas compañías de seguros han rehusado emitir pólizas a hombres residentes en zonas conocidas de ambiente homosexual. También varios propietarios de viviendas han desalojado a inquilinos cuyos exámenes serológicos resultaron positivos.⁷ Como era de esperarse, centenares de personas con VIH han entablado demandas legales ante las comisiones de derechos humanos y los tribunales de diversos países.

La discriminación por esta enfermedad transmisible adquiere mayor injusticia, ya que los riesgos para la salud son solo teóricos, o muy escasos, pues las posibilidades de transmisión, excepto por las vías comprobadas, son remotas. A esto debemos añadir que las personas con VIH pueden desempeñar sus funciones y actividades sociales y laborales de manera normal durante muchos años, debido al largo período de incubación de la enfermedad; la mayoría de las personas con VIH tiene entre 18 y 45 años, es decir, se hallan en la edad económicamente productiva, y en casi todas las comunidades la pérdida de la aptitud para tener un empleo es devastadora, parecida a la pérdida misma de la vida. Por otra parte, en algunos países la prevalencia del SIDA es desproporcionadamente elevada entre la población joven más educada, de cuyos servicios es muy difícil que el país pueda prescindir.

Existen principios absolutos aceptados en todo el mundo –recogidos en los acuerdos y declaraciones concernientes a los derechos humanos– y es considerado

⁵ R. Sabatier. *Blaming Others: Prejudice, Race and Worldwide AIDS*. Londres, Panos, 1988.

⁶ W.J. Curran, L. Gostin. *International Survey of Legislation to Relating the AIDS Epidemic*. Ginebra, OMS, 1988.

⁷ S. Scholle. «SIDA: Aspectos sociales, jurídicos y éticos de la “Tercera Epidemia”.» *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 1990; 105, (5-6).

como un derecho fundamental no ser objeto de discriminación basada en la discapacidad. Además, la noción fundamental de los derechos humanos supone que ninguna persona puede ser tratada en forma injusta o desigual debido a su raza, religión, nacionalidad u otra condición que no guarde relación con sus acciones o calificaciones. Sin embargo, estos principios y teorías dejan un amplio margen de interpretación cuando se trata del SIDA. No obstante, la conclusión universal ha sido que el respeto por los derechos humanos es más que un criterio: es el único criterio capaz de enfrentar con eficacia el SIDA.⁸

Confidencialidad

Aunque resulta objetivo que la persona con VIH tiene derecho a conocerlo —al igual que el personal de salud que trata al paciente y las autoridades de salud pública encargadas de efectuar el control epidemiológico—, la amenaza de discriminación ha tenido gran efecto sobre la forma en que los portadores de grupos de alto riesgo de adquirir el VIH han exigido una estricta protección de la confidencialidad, precisamente para amparar a las personas con VIH de la amenaza de reacciones sociales irracionales.

Un número creciente de países ha promulgado estatutos específicos para proteger la confidencialidad y la vida privada de las personas real o presuntamente han adquirido el VIH.⁹

La OMS ha instado firmemente a sus Estados miembros a considerar el SIDA como enfermedad que requiere notificación. La mayoría así lo ha hecho, es decir, han adoptado la definición clínica del SIDA formulada por la OMS o la de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos. Sin embargo, pocos países han dispuesto que los resultados positivos de las pruebas para detectar el VIH sean notificados a los efectos de la vigilancia epidemiológica. Esta información puede ser anónima —se menciona el nombre de la persona con VIH, pero se restringe el acceso a esta identificación. La OMS no ha adoptado ninguna posición respecto a cuál de estas prácticas es preferible, y la mayoría de los países han seguido las utilizadas para el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual. No obstante, resulta evidente que debe mantenerse la confidencialidad bajo cualquier circunstancia.¹⁰

En una encuesta mundial sobre legislación relativa al SIDA, hecha en 1989 por encargo de la OMS, se comprobó que de 77 naciones estudiadas, 51 habían promulgado leyes para la notificación obligatoria de los casos de SIDA. El grupo asesor del Reino Unido ha adoptado una actitud contraria y ha recomendado que el SIDA no se notifique por ley.¹¹

⁸ *Ibidem*.

⁹ *Ibidem* 4.

¹⁰ *Ibidem* 7.

¹¹ *Ibidem* 4.

Los temores de violación de la confidencialidad, después de realizado el diagnóstico, y la discriminación ulterior, además de injustificable, son contrarios al tratamiento social del SIDA, ya que desaniman a las personas a cooperar con los programas preventivos de control o de tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y la fármaco. También fomentan la oposición a los exámenes voluntarios y a la asistencia a las sesiones de orientación entre las personas cuyas conductas las exponen a alto riesgo.

Un aspecto de la confidencialidad, que en no pocos casos ha generado problemas ético-legales, es el relativo a la notificación a terceros, entendiéndose como tal al compañero sexual conocido, o que comparte los hábitos de drogas de la persona con VIH. En estos casos, si hay cooperación de la persona con VIH en la localización y estudio de su contacto, y todo se realiza con la mayor confidencialidad, se resuelve el problema sin grandes dificultades. Una tarea no siempre fácil de resolver es la notificación a las compañeras sexuales de varones bisexuales.

En ocasiones no se logra que la persona con VIH informe sus contactos, y es en esos casos cuando se hace necesario preguntarse en qué momento el derecho individual a la confidencialidad —así como la clara necesidad práctica de alentar a las personas a que se sometan a la prueba— debe ceder ante la necesidad de proteger a otras personas.

Aunque la forma de abordar todo lo concerniente a la confidencialidad varía entre diversos países, y dentro de estos entre las autoridades sanitarias, así como las pautas establecidas por diversas organizaciones internacionales (OMS, OPS, u otras), sí hay consenso en gran del parte del mundo sobre el cumplimiento de los siguientes aspectos:

- Se debe alertar a los individuos con VIH a que refieran a sus parejas sexuales, o a las personas con quienes comparten drogas de administración por vía inyectable, para que sean examinadas.
- Debe mantenerse la confidencialidad en todos los casos por razones morales, el respeto a la dignidad y a la autonomía del paciente, desde un punto de vista pragmático, ya que es esencial para que el paciente pueda ser sincero.
- Existen circunstancias en que se puede violar la confidencialidad de la relación médico-paciente —como es el caso de la alerta oportuna a posibles víctimas de un daño grave e intencionado—, cuando la persona con VIH se niega a advertir del peligro de transmisión a las parejas identificables que ha tenido, o tiene, y no sospechan esa posibilidad.¹²
- No siempre es necesaria, y por lo tanto debe estar precedida de un análisis casuístico, la necesidad de alertar al personal del servicio de urgencia (ambulancia, cuerpos de guardia y policías, trabajadores sanitarios, o personal de funeraria).

¹² US Government Office. *Report of the Presidential Commission of the Human Immunodeficiency Virus Epidemic*. Washington, D.C., 1988.

- Es preciso pensar con lógica y establecer una norma equitativa y prudente. El punto de partida debe ser la protección firme y explícita de la confidencialidad en la ley; a partir de ahí será posible considerar excepciones determinadas por las necesidades de protección.

Coerción estatal

Las ideas de coerción que han estado siempre relacionadas con el SIDA, se han visto favorecidas por el pánico tradicional generado por esta enfermedad y por los distintos patrones de conducta vinculados a la propagación del VIH: homosexualismo entre hombres, prostitución, drogadicción y conducta heterosexual desordenada. De aquí se desprende la opinión de algunos sobre la necesidad de someter a sanciones legales las conductas intencionadas que representan una amenaza para la salud pública.

En Occidente no ha sido frecuente recurrir a la amenaza de coerción para imponer controles legales como forma de afrontar el peligro del SIDA. Diecisiete naciones han promulgado leyes que imponen restricciones a los pacientes con SIDA, o ciertas condiciones conducentes a evitar la propagación de la enfermedad. Doce de ellas se han reservado el derecho de exigir aislamiento, cuarentena o restricción del desplazamiento de las personas con VIH. En nueve, la exposición a la transmisión del VIH constituye un delito. En la antigua República de Checoslovaquia se castigaba la transmisión intencional del SIDA con tres años de cárcel o una multa. En la desaparecida Unión Soviética se castigaba la exposición consciente de otra persona al VIH con privación de libertad de cinco años y la transmisión intencionada del VIH con ocho años. Varios estados o territorios de Australia castigan la falsificación de las patentes de sanidad para donación de sangre u otro material biológico con multas y penas de hasta tres años de cárcel.¹³

En la actualidad, la mayor parte de los países, incluyendo a Cuba, han eliminado la práctica de aislar a las personas por su enfermedad, y llevan a cabo el aislamiento de acuerdo con los patrones de conducta de los afectados; lo limitan a la suposición de que después de un tiempo de control, se puede esperar un cambio del comportamiento, aun con el riesgo de que la amenaza de aislamiento podría impedir que los miembros de los grupos de alto riesgo se sometieran a pruebas o hablaran francamente con el personal de salud sobre sus patrones de conducta previos, o sus intenciones de comportamiento.

Hay coincidencia en que la transmisión premeditada o imprudente de una enfermedad probablemente mortal está dentro del campo de los patrones de conducta proscrito por el derecho penal, y en muchos países –Estados Unidos, Alemania, Cuba y otros países– se han realizado procesos penales por demandas de personas que han adquirido la enfermedad después de mantener relaciones

¹³ *Ibidem* 4.

sexuales con personas con VIH que conocían su estado serológico y no lo informaron a su pareja antes de tener el contacto.

En los Estados Unidos un tribunal federal condenó a un detenido con VIH por morder a dos oficiales federales.¹⁴ En otro caso, fue sentenciado a seis años de prisión otra persona con VIH por tres acusaciones de intento de asesinato de un oficial de policía y varios socorristas por salpicarlos con sangre.¹⁵ Se han realizado procesos por donar o vender, a sabiendas, sangre contaminada con VIH. El más conocido fue el de una persona acusada de intento de asesinato por vender su sangre infectada por VIH a un banco comercial de sangre de Los Angeles, en los Estados Unidos.

Política estatal. El programa de prevención y control del SIDA en Cuba. Características o particularidades

El programa cubano de prevención y control del SIDA, como tal, fue puesto en ejecución a principios del año 1986. Con anterioridad, desde 1983, se había creado una comisión multidisciplinaria integrada por diferentes especialistas, la cual había dictado un conjunto de medidas tendientes a disminuir el riesgo de importación de la enfermedad y a conocer precozmente la frecuencia de casos de SIDA en el país. De ahí que las dos actividades básicas fueran: prohibir la importación de hemoderivados procedentes de plasmas procesados en países capitalistas con SIDA, e implantar un sistema de vigilancia epidemiológica en las unidades hospitalarias mediante el establecimiento de reportes y estudios epidemiológicos de los casos de sarcoma de Kaposi e infecciones oportunistas que hicieran pensar en un SIDA.

La estrategia cubana de prevención y control del SIDA está basada en cuatro aspectos básicos que la diferencian de los programas convencionales llevados a cabo en otros países:

- El estudio serológico de grandes grupos de poblaciones.
- El estudio epidemiológico de las personas con VIH para la detección rápida de otros afectados entre sus contactos.
- El ingreso bajo sistema sanatorial de un porcentaje elevado de la prevalencia identificada para lograr una correcta educación de cada persona con VIH, disminuir al mínimo posible la difusión de la circulación del VIH entre la población cubana y garantizar las mejores condiciones de diagnóstico, tratamiento y evolución de las personas con VIH y enfermos.
- La incorporación a su medio social, laboral y familiar de las personas con VIH cuyo comportamiento extrasanatorial no entrañe riesgo para su salud ni para la de la sociedad.
- Desarrollo de una política agresiva en educación para la salud.

¹⁴ *Ibídem* 1.

¹⁵ *Ibídem* 4.

Como parte del proceso continuo de perfeccionamiento de nuestro programa, en enero de 1994 se puso en vigor el sistema de atención ambulatoria (SAA) para portadores del VIH y enfermos de SIDA. Mediante este sistema los pacientes, después de ser detectados, confirmados, caracterizados integralmente y verificado que su convivencia fuera del sanatorio no entraña riesgos para su salud ni para las personas con ellos relacionadas, se acogen de una manera voluntaria y colectiva a recibir una atención especializada ambulatoria, sin afectación para su convivencia familiar ni para el mantenimiento de sus vínculos laborales, escolares y sociales, en general.¹⁶

Con estos elementos, y teniendo como objetivo fundamental impedir que el proceso de la transmisión y la enfermedad por el VIH se convierta en un importante problema de salud para la población cubana, se ha venido desarrollando nuestro programa con resultados positivos, pues a diferencia de lo que ocurre en la mayor parte del mundo, la progresión de la transmisión del virus y de la enfermedad en Cuba no muestra una tendencia al crecimiento geométrico.

No pocos problemas éticos –y en algunas ocasiones legales– ha generado en Cuba, y fundamentalmente en el exterior, esta estrategia del programa cubano, el cual ha sido catalogado como el más coercitivo por tres aspectos básicos:

- a) tratamiento sanatorial, inicialmente del 100% de las personas con VIH y casos SIDA;
- b) notificación de los casos de personas con VIH a las autoridades sanitarias; y
- c) estudio y, en ocasiones, notificación a las personas que han estado en contacto sexual con los casos diagnosticados (notificación a terceros).

En realidad, el control de la epidemia alcanzado en Cuba, las condiciones de vida y atención médico-social que gratuitamente reciben nuestros pacientes en los sanatorios, la prolongación de su promedio de vida después de diagnosticados –gracias a la atención sanatorial y la estrategia adoptada hace ya más de diez años de establecer el sistema de atención ambulatoria, para aquellos pacientes que no entrañen riesgo para la sociedad–, han hecho modificar estos criterios. Al colocar en una balanza nuestro programa y el pronóstico sombrío de muchos países, sobre todo de aquellos pertenecientes al Tercer Mundo –léase África–, donde el comportamiento de la epidemia hace pronosticar la desaparición de poblaciones enteras, esta se inclina en favor del mantenimiento del programa cubano y de su extensión al resto del mundo, anhelo imposible de materializar por la magnitud de la pandemia y la falta de voluntad política de sus gobiernos para emprender un programa similar que, además, sería en extremo costoso.

¹⁶ MINSAP. *Programa de control y prevención del VIH/SIDA*. La Habana, 1997; MINSAP. Resolución Ministerial N° 101 del 17 de junio de 1997. Reglamento sobre el sistema de atención ambulatoria a portadores del VIH y enfermos de SIDA; MINSAP-MINTRAB. Resolución Conjunta N° 13/1997. Tratamiento laboral para los portadores del VIH/SIDA acogidos al sistema de atención ambulatoria.

Conclusiones

La aparición del SIDA, enfermedad mortal que afecta a todas las capas sociales, con mayor incidencia sobre grupos de riesgo por su comportamiento sexual y/o social, representa una alerta sobre la vulnerabilidad a los agentes transmisores como característica inherente a la existencia humana.

Los serios problemas éticos, legales y sociales generados por la aparición de esta enfermedad en todos los países, señalan que aún no está totalmente trazada la ruta que le permita al Estado proteger la salud pública y, al mismo tiempo, los derechos de las personas vulnerables.

La mejor respuesta a propósito de los derechos y el tratamiento de los enfermos con el VIH o el SIDA es que debe permitírseles llevar una vida normal, en la medida que su salud lo posibilite, y su comportamiento no entrañe riesgo a su salud ni a los otros miembros de la sociedad.

La aplicación de sanciones legales es una medida necesaria en aquellos casos en que se trasmite intencionadamente a otros el VIH o se manifieste claramente su propósito de hacerlo.

Bioética y drogas en América Latina

Armando García Martínez y María Elena Fernández Roque



El uso irresponsable de drogas se instituye como una de las peores epidemias que sufre la humanidad. Es capaz desmoronar los cimientos y principios que nos sustentan como sociedad. Desde hace varios años, dicha problemática ha constituido un fuerte bastión contra el cual se han estrellado a un elevado costo: planes, normas, leyes y vidas de consumidores, familias, narcotraficantes y cultivadores. Sin embargo, la expectativa mundial de padecer abuso o dependencia de estas sustancias es cada vez mayor y llega al 15% de la población actual. Se estima que alcanzará a la sexta parte de la población mundial, algo más de mil millones de personas, lo que se traduce en una mayor carga para la sociedad en gastos de salud y pérdida de vidas humanas. Hecho que se agrava al coexistir una relación directa entre el consumo de drogas y el aumento de los delitos, mayores niveles de inseguridad ciudadana, y se establece una relación directamente proporcional entre drogadicto-delincuente y droga-factor de criminalidad.¹

América Latina no escapa a este fenómeno. Dentro de sus particularidades se encuentra el hecho de que es en estos países donde mayormente se producen las

¹ R González. *¿Cómo enfrentar el peligro de las drogas?* Santiago de Cuba, Editorial Oriente, 2000; R. González. *S.O.S. Alcohol y otras drogas*. Santiago de Cuba, Editorial Oriente. 1997; Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Office of Applied Studies. *Preliminary Estimates from the 1995 National Household Survey on Drug Abuse*. U.S. Washington, Government Printing Office, 1995.

drogas más consumidas de forma ilegal en el mundo actual, pues concentra la totalidad de producción global de hoja de coca, pasta base de cocaína y clorhidrato de cocaína, posee y aumenta la producción de marihuana, y más recientemente de amapola. Además, se elabora opio y heroína. En la subregión coexiste el binomio productor consumidor, de tal forma que en determinados países el cultivo de estas ha llegado a constituir una de las principales fuentes de trabajo y subsistencia. Por otra parte, en algunas regiones andinas el masticar la hoja de la coca es una costumbre ancestral, hecho que justifica en parte su siembra. Sin embargo, hoy en día se dedican a su cultivo tal cantidad de hectáreas de tierra que los cultivos tradicionales han pasado a un segundo plano. Paralelamente, ha aumentado la demanda de dicha sustancia en casi todos los países centro y suramericanos.²

En relación con el comercio, el Caribe constituye la ruta idónea para el tráfico hacia los Estados Unidos. Se estima que más de la mitad de la producción de coca de América del Sur destinada a los mercados mundiales pasa por esta zona: 35% a los Estados Unidos y el 65% a Europa. Va ganando en importancia la ruta del Pacífico, donde está incluida América Central. Recientemente las rutas fluviales de Brasil comenzaron a ser utilizadas.³

Sin embargo, a pesar de que la conflictividad social está perjudicando más a los sectores que representan la demanda, los que cultivan el producto han sido fuertemente reprimidos. Las políticas actuales han intentado romper este equilibrio, pero los resultados hacen dudar de las buenas intenciones. Solo han conseguido regular los precios en el mercado ilegal y permitir el enriquecimiento de aquellos que la comercian mediante maniobras para mantener la demanda por encima de la oferta. Atacar los cultivos e intentar desestructurar las cadenas de narcotráfico han sido medidas insuficientes, que más que erradicar el problema solo han logrado establecer y regir los precios en el mercado negro. La política de sustitución de cultivos ha degenerado en represión, violencia y muerte, además de provocar una mayor pobreza. Aquellos que han sido obligados a abandonar los cultivos se han visto sumidos en niveles de vida casi infrahumanos.⁴

En la actualidad, se mezcla la droga y su comercio con la política. Más de un cargo gubernamental se asocia al narcotráfico, y se acusa incluso a algunos movimientos guerrilleros de subsistir gracias a su comercio. La generalización de su uso ha determinado su comercio, y este se vincula al dominio político, lo que provoca el fracaso de todo esfuerzo por controlar la situación. El poder económico impone el poder político, y este se encarga, en alguna medida, de facilitar el comercio. En este círculo vicioso se superponen los roles enemigo interno o productor/enemigo externo o narcotraficante.

² I. Arriagada, M. Hopenhayn. *Producción, tráfico y consumo de drogas en América Latina*. Santiago de Chile, CEPAL/ECLAC/Naciones Unidas, 2000. [Series: Políticas Sociales. División de Desarrollo Social]

³ *Ibidem*.

⁴ *Ibidem*.

Por otra parte, la asociación político-económica narcoterrorismo/lavado de dinero, se encarga de importar y reciclar los capitales sucios para blanquearlos en una economía ya precaria de por sí. Panamá, República Dominicana, Bahamas, San Vicente y las Granadinas, entre una lista de quince países, constituyen los principales paraísos fiscales para blanquear dinero de dudosa procedencia.

El asunto de la droga ha llegado a constituir una forma más de ingerencia en los asuntos internos de otros países; una nueva manera de colonizar o sancionar que forma parte de lo conocido actualmente como globalización. Facilitado, además, por ser las leyes hechas por legisladores que hoy, tal como señaló Max Weber, «son políticos profesionales», es decir, gente que vive no solo *para* la política, sino también *de* la política. Para nadie es un secreto que el abordaje del problema de la droga constituye tema de ganancia para muchas campañas políticas, ya sea financiándolas o utilizándolas como instrumento electoral.⁵

La cuestión ética de las adicciones

En el análisis ético se ha confundido el principio de justicia con jurisprudencia. La ley se independiza de su sentido moral, y el principio ha llegado a ser en la actualidad objeto de negociación como fuente de ganancia para los poderosos, políticos y traficantes o poderosos políticos traficantes.

Se ha violado la ética como reflexión crítica sobre valores y principios que guían nuestras decisiones y comportamientos, para quedar reducida a una norma rígida y obsoleta en función de las ganancias de algunos, donde no cabe discutir los usos de la libertad y la diferencia entre opciones responsables e irresponsables desde una perspectiva moral.

La moral comienza a ser elaborada en las cortes de justicia en función de decisiones legales que sirvan a quienes son dueños de la política, el poder y el tráfico, los cuales han priorizado tanto el individualismo que han apartado a varias clases de los temas sociales, especialmente a los más desfavorecidos, al levantar una barrera entre lo social y lo ético.

La antropología, la sociología, el derecho, la medicina, la biología, la epistemología y la deontología, en general, han sido supeditadas a la política y la economía. Así, la bioética ha quedado reducida a un mero cálculo de posibilidades y de relación costos/beneficios, utilizada como «amortiguador de impactos sociales» y no como reflexión previa y crítica sobre el problema en cuestión.⁶

⁵ A. García Martínez, M.E. Fernández Roque. «Sociedad, bioética, y adicciones en el momento actual.» En J.R. Acosta Sariago (editor científico). *Bioética para la sustentabilidad*. Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, La Habana, 2002: 583-602; M. Weber. *El político y el científico*. Madrid, Alianza Editorial, 1986: 95 y ss.

⁶ *Les fondements de la bioéthique*. Textes réunis par Marie-Hélène Parizeau. Bruselas, De Boeck-Wesmael, 1992 : 63-75.

Los problemas epistemológicos que surgen de esta particularidad son abundantes.

La autonomía, como principio bioético según el sistema de referencia moral, plantea la premisa ontológica: el hombre, en tanto persona, tiene dignidad y no precio. En América Latina los individuos solo han sido tratados como autónomos en función de intereses de una minoría poderosa. Se les ha privado, además, de la capacidad para deliberar acerca de sus metas y actuar bajo la guía de tal deliberación. Se les insta a actuar en función de una doble moral que se traduce en cultivar un producto para poder subsistir. Han sido obligados a vender sus principios para implicarse en el comercio donde está la fuente de riquezas. Han perdido el respeto a sus opiniones y elecciones, y, sobre todo, han sido despojados de la capacidad para abstenerse de obstruir sus acciones, aun cuando son claramente perjudiciales para otros. Han sido doblegados por las circunstancias a renunciar a su libertad. La pobreza, la injusticia, la ignorancia y las presiones sociales, por antonomasia les han privado de la posibilidad de decidir con entera libertad de conocimiento si mezclarse o no con la droga.

Además de violar la autonomía del individuo, se viola la autonomía de los países. Estados Unidos es el principal consumidor de este tipo de sustancias. Es esta alta demanda uno de los factores que más estimula su producción. Pero es este país quien intenta levantar la bandera de salvador para resolver la situación de la droga en América Latina. Los Estados Unidos, lejos de centrar su atención en disminuir la demanda interna, trata de controlar la oferta y establece medidas coercitivas de tipo comercial y económicas contra aquellos países que no cumplen con sus directrices. El precio de la droga en los Estados Unidos ha disminuido o se mantiene estable. Se conoce que, si bien han logrado decrecer el número de consumidores eventuales, ha aumentado el de consumidores crónicos.⁷

La beneficencia ha perdido su sentido y ha sido utilizada falazmente para manipular a las personas. Más que protegerlas del daño, se les insta a realizarlo: sembrar coca es uno de los mecanismos más seguros de enfrentar la pobreza. Se les ha estimulado a sembrar el mal para los demás a expensas de su propio bien. Los nuevos magnates se convierten en los nuevos capos que reparten el bien para quien actúa en función de sus intereses en países como Colombia, Bolivia, Perú y otros en menor medida. La población indígena y campesina es utilizada por los narcotraficantes para el cultivo de coca, marihuana y amapola. Son los tres grandes productores de hoja de coca del mundo, con una producción anual estimada en 550 toneladas. En la selva media y alta de Perú el estado de pobreza y abandono, unido a la factibilidad de las condiciones ecológicas y la carencia de alternativas económicas, han atraído la presencia de las mafias internacionales, las cuales han promovido una producción de hojas de coca excedentaria. Bajo

⁷ *Ibidem* 2.

supuestas campañas o la necesidad real de controlar su producción (principio del doble efecto), se les persigue, se les masaca y se les expropia hasta de su libertad, a lo que se suma todo un contingente de nuevos productores cuya degradación moral les permite ser atraídos por la abundancia, y comienzan a desplazar los cultivos hacia la Amazonia. Tan solo en Bolivia se estima que la actividad vinculada a la economía de la coca genera alrededor de 135 000 empleos, lo que equivale al 6,4% del país.⁸

Por otra parte, los índices de pobreza se acrecientan. La deuda externa heredada por los gobiernos limita sus acciones económicas para mejorar el nivel de vida del pueblo, situación que genera más ignorancia y desempleo, y el individuo se sume cada vez más en una sociedad donde el hambre espiritual y material impera. Es entonces cuando el consumo se convierte en un alivio.

Es obvia la violación que caracteriza la aplicación del principio en cuanto a procurar el máximo de beneficios y el mínimo de posibles daños. El principio de beneficencia se convierte en una falacia. No se puede buscar hacer un bien a costa de originar el mal. No se es benéfico en cuanto no se respeta el principio de autoridad, donde de los intereses individuales surge el bien común, y este no debe oponerse al bienestar individual.

La justicia, como principio, al aplicarse exige equidad en la distribución de los beneficios. No se puede hablar de justicia en un mundo donde estamos divididos en clases, donde se anula el principio de la necesidad y los pobres serán más pobres y los ricos cada vez se enriquecerán más a costa de la pobreza de los demás. No se puede hablar de justicia cuando un solo país pretende vivir a expensas de las riquezas de los demás a cambio de más pobreza y endeudamiento. No hay justicia cuando un país pretende y ostenta la capacidad para resolver el problema de la droga cuando tiene casi más drogadictos que América Latina en general. La aplicación de la máxima «iguales deben ser igualmente tratados», para Latinoamérica tiene una connotación discriminatoria y no equitativa o justa.

Cuando hablamos de que a cada persona debe corresponder una porción igual, en el caso de América Latina lo único que se pudiera repartir es pobreza. La escasa sostenibilidad de nuestras economías ni siquiera nos ha dado el derecho de acceder a sistemas de salud o educación equitativos. Cuando nos referimos a que a cada persona se le debe retribuir de acuerdo con su necesidad individual, estamos siendo quiméricos. La precariedad de las economías no permite siquiera garantizar la alimentación al pueblo. No puede haber justicia cuando la escasez obliga a un menor a salir a la calle a vender su cuerpo, sus sueños y esperanzas, o en el mejor de los casos a traficar o consumir alguna sustancia que por unos minutos lo saque del dolor de vivir sin futuro. Si lo analizamos desde una óptica marxista: «A cada quien según su trabajo, de cada quien según su capacidad», tampoco pudiéramos hablar de justicia: los niveles de desempleos alcanzan cifras

⁸ *Ibidem* 2.

nunca antes registradas en la historia, no existe la oportunidad de utilizar sus habilidades para garantizar el sustento. Ni siquiera es aplicable el utilitarismo, tan de moda hoy en día. Para el latino apenas existe la posibilidad de demostrar su utilidad social y personal.

Existen altos índices de analfabetismo que mantienen a la población en la ignorancia como una herramienta más de explotación. A aquellos medianamente calificados se les hace trabajar por sueldos muy inferiores a su labor o se les obliga económicamente a emigrar a zonas donde tendrán que vender su fuerza de trabajo a cambio de míseros sueldos, a semejanza de aquellos indios que durante la Conquista eran obligados a trabajar a cambio de una pequeña porción de coca.

Este principio lleva implícita la norma: a cada persona de acuerdo con su ubicación en la sociedad. Y lo que parece en primera instancia algo razonable, en el caso de los latinos, como se viola la premisa ética de que todos los hombres son iguales y merecen igual consideración y respeto, la norma adquiere un carácter excluyente y discriminatorio.

La inequidad de una economía de máximos, aniquila la existencia de una justicia social que promueva dar más al que menos tiene; prevalecen la discriminación y la marginalización.

La no maleficencia, aplicada a la sociedad latinoamericana, no es más que un sofisma. Bajo falsas banderas de no hacer daño se nos ha hecho el peor de todos: se nos ha discriminado.

Desde los enfoques culturalistas se plantea que las creencias están socialmente construidas y son inherentes a cada grupo. En el caso de nuestras culturas, desde el momento de la Colonización hemos sido relegados a un plano inferior. Durante años se nos ha hecho creer en nuestra inferioridad como raza. Y lo que pareció algo horroroso durante la Segunda Guerra Mundial, en el caso de América se comenzó a gestar desde mucho antes. Fuimos obligados a renegar de nuestra idiosincrasia, cultura y orígenes. Hoy en día se mantiene el proceso de desrazamiento, ahora en forma de información cultural y/o comercial. Ya no se impone por la fuerza, se muestra en propagandas, programas, revistas, etcétera. No se nos ha quitado la dignidad; solo se nos ha hecho saber que nuestra dignidad es inferior.

Como mismo nos han impuesto modelos consumistas de vivir, nos han legado su modo de escapar a esa sociedad que degrada al individuo; como mismo se nos ha enseñado sus ventajas, se nos han filtrado sus defectos. Este es el terreno meióprágico que da origen desde el punto de vista culturo-social al consumo de drogas foráneas.

En el caso de América Latina, la identidad sociocultural y los valores morales han estado supeditados a criterios de raza, dictados o manejados a su vez, por las relaciones de dominio y socioeconómicas establecidas por las potencias ocupantes. Si se nos trata de excluir, de conquistar nuestras mentes, si nuestra cultura se disuelve cada vez más en un mundo globalizado. Y que conste, ninguna otra

parte del planeta ha sido más asediada por este fenómeno. Es lógico que nuestros habitantes traten de escapar, eludir o huir de una sociedad que los discrimina. Sin ánimo de justificar el consumo, solo de explicar el origen multicausal, esta es una razón de peso, pues incluso somos discriminados por aquellos congéneres que de alguna manera se sienten superiores porque nacieron con otro color de piel, o porque sencillamente tuvieron la oportunidad, negada a muchos, de adquirir cierto nivel cultural.

Desde el punto de vista médico, los criterios diagnósticos no han dejado de estar unidos a criterios morales y a viejos esquemas paternalistas. No se trata ni se atiende con igual interés moral a un adicto a una sustancia legal que a un consumidor de sustancias ilegales. Se obliga a un tratamiento en el cual no se establece una adecuada alianza terapéutica que comprometa al enfermo con su recuperación y que lejos de ayudar, desata los mecanismos de reactancia psicológica.

La ausencia de un sistema de salud justo en términos de equidad ha impedido determinar a priori los grupos de riesgo. La acción preventiva está limitada y las intervenciones se circunscriben mayormente a aquellos que lo pueden costear. Al Estado, por su precaria economía, le resulta imposible asumir el tratamiento de las adicciones, por lo que se abandona a su suerte a mucho de nuestros consumidores, más que en su pobreza, a su enfermedad. Y que conste: aquí también están incluidos los niños de la calle. El economismo de la salud veta la intervención sociosanitaria.

Los tratamientos se enfocan hacia la abstinencia, en la aparente creencia de que al eliminar el tóxico se elimina la enfermedad. La escasez de recursos por parte del paciente o del Estado limita el desarrollo o aplicación de terapias que faciliten el dominio del sujeto sobre la droga de la que depende. El tratamiento, en la mayoría de las instituciones populares, ha quedado reducido a tratar la dependencia física y obvia por necesidad la dependencia psíquica, lo que favorece el proceso de recaída. Proliferan las clínicas privadas que tratan la abstinencia con fármacos —renglón importante de ganancias— y mejoran los síntomas. Al no existir una adecuada política de salud, tanto el sector privado como el estatal están limitados para actuar sobre los factores de riesgo social que determinan el consumo, por lo que el tratamiento resulta inefectivo para una gran parte de las de causas de consumo.

Se ha abordado el problema desde una intención simplista de medicalización. Pero más que como un problema médico, debemos verlo como un problema de justicia social. Hasta el momento, hemos sido testigos de un poder médico hegemónico donde han quedado relegadas a un segundo plano las valoraciones sociales. «Un sujeto drogodependiente es algo más que un mero diagnóstico», es algo más que un simple enfermo. Es, además, el exponente de una sociedad donde el individuo ha dejado de ser el fin para ser un simple medio.

Se nos han impuesto sistemas foráneos que más que resolver nos perjudican, porque no están familiarizados ni pensados para nuestra cultura. Se diseñan

terapias sustitutivas con otros medicamentos, por lo que existe el riesgo de que el individuo abandone un tipo de sustancia para hacerse adicto a otra al no tenerse en cuenta las causales.

El sanitarismo como corriente o doctrina relacionada con el relativismo está impregnado de un voluntarismo cualitativo, y ha demostrado ser insuficiente. Sus partidarios se inclinan a absolutizar medidas sanitarias sin tener en cuenta el enfoque social, pues tratar las adicciones como una cuestión puramente de salud es como tapar el sol con un dedo. Del iceberg solo ven la superficie, ya que se aborda la solución desde posiciones puramente utilitaristas-tutelares, y la falacia de controlar la droga ni siquiera, ha disminuido su impacto negativo. Lejos de erradicarlas ha resultado un mecanismo facilitador de cronicidad, pues se centran en el síntoma sin ver las causas. La conducta paternalista que implica la acción sanitarista excluye a la sociedad y al individuo mismo de su responsabilidad para con la enfermedad y el grupo en que vive. El problema se perpetúa y se establece una alianza sintomática al centrar la atención en el consumo cuando el verdadero problema está en las causas por las cuales el sujeto consume. El adicto es esclavo no solo de una sustancia, sino también de una sociedad.

Se ha hablado de educación. ¿Cómo es posible que tratemos de educar en este sentido acerca de las drogas a una población cuyos índices de analfabetismo alcanzan las cifras más elevadas de la historia? Los esfuerzos se realizan de forma superficial, sin existir compromiso o verdadera conciencia social. La mayoría de los colegios son privados o están en función de obtener ganancias más que de aportar el verdadero sentido de la educación, la cual, moralmente hablando, se traduce en la formación de valores positivos. Mainetti plantea: «En el plano pedagógico cunde el cansancio con el modelo canónico, al punto que se dice es el recitado de los principios la mejor manera de hacer dormir a la audiencia.»⁹

La educación profesional o docente, debido al factor económico, ha quedado resumida a un discurso tautológico y ha sido relegado a un segundo plano. Las campañas que se han hecho no se desprenden del hedonismo imperante. Obvian las razones que explican el fracaso escolar de los jóvenes y no están avaladas por el balance requerido entre los aspectos maximalistas y minimalistas que requiere el contexto actual. La deficiencia económica ha provocado que la sociedad se desprenda de la responsabilidad educativa de cada uno de sus miembros para dejarla a la familia, donde muchas veces impera la sobreprotección de los padres, o por estar en función del sustento económico, limitan el tiempo que deben dedicar a educar a sus hijos. El nivel de competitividad y eficientismo imperante ha actuado en detrimento de la educación espiritual, afectiva y moral de los jóvenes y niños.

Ante el abandono educativo, han sido los medios de difusión masiva el principal conductor de la formación, en especial de los jóvenes, que son el grupo

⁹ J.A. Mainetti. *Bioética sistemática*. Buenos Aires, Gonnet/Quirón, 1991: 73.

más susceptible a los mensajes que exaltan el utilitarismo, el hedonismo, el individualismo y el egoísmo; donde se superpone el culto al cuerpo y la diversión por encima de valores morales y espirituales. Los mensajes resultan poco claros y se les prohíbe consumir una sustancia por considerarla inmoral mientras se les insta a consumir otra con efectos igualmente nefastos. Esta ausencia de valores en la educación, unida a la búsqueda de un bien apócrifo bajo la marca del mayúsculo goce, genera sentimientos de frustración, bastante frecuentes en nuestros jóvenes y consumidores.

El modelo de la familia tradicional con roles bien definidos se desestructura cada vez más para estar en función de modelos de países desarrollados en medio de una sociedad subdesarrollada. Cada integrante vive inmerso en demostrar su capacidad ante la sociedad, donde el culto al tener es el modo de evaluar la suficiencia del individuo, lo que dentro del contexto social de pobreza imperante hace que los roles se superpongan y se despinten en la palestra de la suficiencia para el sustento económico. Las familias tienden a la desintegración sumidas en la misma crisis de valores en la que esta inmersa el mundo. Las nuevas fórmulas de integración intergeneracional socavan las relaciones fiduciarias y morales necesarias. Más libertad para los jóvenes, destete cada vez más precoz, rupturas bruscas de lazos afectivos, abandono, violencia, cambio de roles en los padres y la incorporación de la mujer al mercado laboral, ahora en el triple rol de madre, trabajadora y única fuente de ingresos de la casa, han relegado a un segundo plano la institucionalización de la familia como formadora de verdaderos valores morales, sociales e ideológicos.

Los padres no están a la altura de las necesidades educativas de sus hijos; son educadores insuficientes frente a un mundo en continuo cambio donde el nivel de reto es mucho más acelerado que el nivel de madurez social. La independencia, el sexo, el ganar dinero, son las metas a las que se enfrentan los jóvenes a edades cada vez más tempranas en una sociedad que los consumirá, al no tener la madurez y los mecanismos de enfrentamiento requeridos. Sobre todo en aquellas familias más pobres, donde todos deben ser llamados al trabajo para poder sustentarse; «el sustento económico por naturaleza es más importante que el soporte educativo». Son estos niños trabajadores, abandonados, sin familia, los más susceptibles ante el consumo de sustancias. Convertir a estos niños en adictos constituye una de las vías más fáciles de explotación para poder utilizarlos dentro del mercado.

La desestructuración y crisis de la familia ha devenido en el modelo más extendido en la sociedad actual, y este en el vehículo que conduce con mayor frecuencia al consumo de drogas, proceso que puede comenzar con la exaltación de la ingesta de sustancias legales como modo de diversión, escape o alivio.

Las drogas dentro de las familias también tienen un carácter generacional. Los abuelos consumen fármacos, los padres consumen alcohol y cigarrillos, y los hijos consumirán aquello que más esté de moda o que estimule su curiosidad,

basados en los criterios de permisibilidad ante sus padres y autopermisibilidad. De la misma manera que toleran en sus padres el consumo, se permitirán a sí mismos utilizar otras sustancias en busca de las mismas reacciones.

En la secuencia de los diferentes niveles de discurso que abordan el fenómeno de ladrogradicción, en el caso de Latinoamérica lo económico ha influido en lo jurídico, que a su vez ha tratado, sobre falsos criterios morales, de utilizar los niveles represivos como modo de apoyo al nivel sanitario. No ha primado el criterio de justicia moral desde el punto de vista social para resolver el problema sanitario. Y, más que sanitario, en nuestro caso es un problema social causado por esta y sufrido por esta. La fragmentación de los saberes solo impide la búsqueda de soluciones, máxime en un tema donde es absolutamente necesaria una visión unitaria y global.

Multiculturalismo bioético y adicciones

La Federación Latinoamericana de Instituciones de Bioética (1993) plantea que «el futuro del hombre se siente amenazado: problemas de población, medio ambiente, drogadicción, Sida, subdesarrollo, hambrunas», lo que establece la necesidad de un código de bioética cuyo fin sería «la búsqueda de soluciones y el estudio interdisciplinario de valores éticos que defiendan el futuro del hombre y propendan a la humanización de la medicina».¹⁰

La bioética norteamericana ha priorizado y elaborado un marco teórico que define, defiende y entroniza la autonomía como principio básico a la hora de enfrentar el problema de la droga. Sin embargo, para el caso de Latinoamérica, más que reconsiderar al paciente como sujeto capaz de generar un mundo moral, de derechos y obligaciones; más que discutir su posible capacidad y/o competencia, debemos asumir que el individuo ha sido vejado como sujeto moral, por lo que este principio pasa a un segundo plano para priorizar los de justicia y beneficencia en términos de equidad económica y social, pues están directamente relacionados con las causas que determinan el consumo.

Es necesario un enfoque bioético latinoamericano más causal que sintomático, que aporte una visión más real, objetiva y profunda, exenta de las viejas soluciones subrogadas. Nuestro problema solo puede y debe ser resuelto por nosotros partiendo de bases teóricas que sustenten que el consumo de drogas no es el problema principal del tóxico dependiente; que este es solo una respuesta a la falta de sentido positivo de la sociedad. Para esto es necesario entronizar la justicia como principio bioético, referido más a la justicia social que a la jurisprudencia; donde la equidad sea su columna vertebral y se abandonen los viejos esquemas impuestos; donde la norma se centra en el carácter penal; donde la significación primaria moral y subsidiariamente normativo-jurídica esté más en

¹⁰ *Ibídem.*

función de las necesidades insatisfechas del individuo, y que estas antiguas normas jurídicas vigentes se limiten al comerciante o traficante. O sea, la justicia social debe ser vista como verdadera expresión de perfección o excelencia del carácter, según propone la ética clásica, en la que se define como una virtud o condición habitual del carácter que lleva a querer obrar intencionalmente las cosas justas, y es imprescindible que se aplique como una legislación que se sustente en la humanización bioética e integrativa de la ley.¹¹

La bioética latinoamericana se desarrolla en el contexto de una sociedad pluralista. Por tanto, no debe estar ajena a los grandes relatos unificadores de tipo religioso o ideológico. Debe sustentarse en una ética civil de la racionalidad humana secularizada, capaz de ser compartida por todos, en un terreno filosófico neutro, donde se interrelacionen e interactúen y nunca se superpongan los niveles de: beneficencia-no maleficencia y justicia. Este es el nivel que podemos llamar «ética de mínimos», en el que se nos puede obligar desde fuera, porque regula el bien común. Se refiere a las obligaciones «perfectas» que generan deberes negativos transitivos (lo que no se debe hacer a otros). Socialmente vendría regulado por el derecho y el nivel de autonomía y beneficencia y el nivel de «ética de máximos», relacionado con el proyecto vital que cada persona libremente escoge en la búsqueda de la felicidad y de la plasmación de sus propios valores. Se refiere a las llamadas obligaciones «imperfectas», qué me puedo exigir a mí pero que no puedo imponer a los demás. Este nivel sería el correspondiente al estudio de la moral.¹²

Dadas las características idiosincrásicas de nuestros pueblos, la racionalidad bioética, al abordar el problema de la droga, debe constituirse en un nuevo sistema ético cuya sindéresis, desde el punto de vista moral, no excluya ninguna de las tres grandes teorías morales y sea más reflexiva sobre un estatuto epistemológico más satisfactorio que el puramente canónico o «principalista», capaz de englobar las teorías de la *virtud* que enfatizan las cualidades del agente; las teorías *deontológicas*, que se centran en los actos mismos, independientemente de sus fines, consecuencias o disposición interior del agente; y las teorías *consecuencialistas*, que privilegian los resultados de la acción.¹³

Aspirar a un mayor bienestar general significa responsabilidad solidaria, acelerar los debates de las políticas a nivel internacional y local, utilizando las orientaciones de los profesionales, la participación de los políticos y los gestores, basados en los intereses sociales.

En este sentido, la ética aristotélica puede prestar un valioso auxilio. Ella no es solamente una ética de la virtud. La determinación de una conducta virtuosa está

¹¹ *Ibídem.*

¹² M. Querol Lambarry. «Drogas psicoactivas placenteras y su legislación equitativa considerando la salud.» En *Ecología y bioética*, 2000; D. Gracia. Fundamentos de bioética. Madrid, Eudema, 1989.

¹³ M. Moreno Muñoz. *El debate sobre las implicaciones científicas, éticas, sociales y legales del Proyecto Genoma Humano. Aspectos epistemológicos* [tesis de Doctorado]. Universidad de Granada, 1996.

precedida por la definición de qué tipo de actos es bueno obrar y en qué disposición *habitual* de ánimo han de serlo. Ofrece, además, una relación de continuidad con la política por medio de su noción de *ley*, la cual aparece como un exponencial político de la virtud. Aunque la ética aristotélica no ofrece la solución inmediata de un problema bioético, puede contribuir en lo teórico a enriquecer el debate actual y sacar a la bioética de cierta estrechez de perspectivas, y, en lo práctico, a que no se den las condiciones de formación de aquellos problemas.¹⁴

La ponderación bioética debería infundir formas de vida respetuosas con las exigencias vitales básicas y llegar a plasmaciones jurídicas solo cuando sea inevitable. Debe ser capaz de delimitar lo que son exigencias básicas de lo que son deseos o preferencias subjetivas, donde más que preguntar quién puede acceder a determinados servicios sanitarios, proponga el derecho a servicios médicos básicos como un derecho inherente a toda persona. Este es el punto más importante, aunque seguramente el más difícil de implantar políticamente, ya que presupone realizar una crítica social acerca de los valores explícitos e implícitos que nos guían, incluida la imagen del hombre, sus necesidades y deseos en un sistema donde se han enquistado numerosos prejuicios que a menudo sirven a intereses minoritarios (controlados por poderosas fuerzas políticas y económicas).

Es necesario un poder epistemocrático basado en una ética deontológica y epistemológica que sobre teorías explicativas proponga las nuevas teorías prácticas.

Un esfuerzo conjunto e integrador que incluya al Estado, la familia, la escuela y la sociedad encaminado a fomentar las virtudes podría ser una buena alternativa.

Es necesario partir del aprendizaje de nuestros propios errores; es imprescindible realizar estudios analíticos sobre los patrones educativos negativos, que influyeron sobre los drogadictos actuales, como una vía para desarrollar futuros planes de estudios que sean capaces de prevenir las conductas adictivas. Se requiere de planes educativos a gran escala y equitativos, en igualdad de condiciones para todos, donde la unidad de la voluntad heterónoma y autónoma sirva para convertir a las escuelas en verdaderas trincheras contra los malos hábitos. Para esto, es necesaria la formación a gran escala de maestros capaces de transmitir valores positivos y estimular el desarrollo individual en concordancia con el colectivo; que estimulen el desarrollo de la autoestima y el esfuerzo como una vía para el triunfo; que en cada aula se particularice en la problemática individual, pedagógica y social. Es necesario una integración hogar-escuela donde una sea la continuidad de la otra.

La *phrónesis* del enfoque educativo debe desarrollarse a gran escala. Los planes de estudio deben incluir no solo los conocimientos básicos para ser un profesional sino, además, materias como educación para la salud, la sexualidad y

¹⁴ *Ética nicomaquea*. Libro II, cap. 6, 1106b 36; V, 5, 1134^a; *Ética nicomaquea*. Libro V, cap. 7, 1135^a y ss.

educación cívica. Es imprescindible la vinculación estudio/trabajo. Las escuelas deben ser campos donde se forje el hombre del futuro capaz de desarrollar una sociedad inspirada en el bien hipocrático.¹⁵

Hoy la familia en la mayoría de los países latinoamericanos debe enfrentarse a una sociedad sin ideales, permisiva, donde la búsqueda de evasiones se manifiesta de modos diversos; debe recurrir a sus mecanismos de resiliencia y *sympatheia* para resolver los conflictos que impone esta sociedad desde un marco afectivo, preñada de principios morales que prepare a sus jóvenes a enfrentar la tentación falaz con autocontrol. Es importante que la separación no sea la solución más indicada, es necesario que cada integrante desempeñe su papel y que se establezca una adecuada comunicación intra y extrafamiliar.

La familia debe ser educada y debería ser el primer lugar para transmitir nuestra cultura. Es necesario que en el seno de cada familia el consumo sea de tipo responsable, para aquellas sustancias permitidas socialmente, siempre haciendo ver el peligro de esta conducta, es importante que los padres reconozcan que el estilo de vida del adicto es transmitido de padres a hijos con mucha mayor frecuencia que los factores biológicos que se reciben por la herencia. También es importante que cada individuo que decida formar una familia esté consciente de la responsabilidad que adquiere frente a la sociedad. Es necesario que las familias no sean núcleos cerrados a los buenos hábitos y costumbres sociales. Cada familia debe estar consciente de los errores sociales con los que se enfrenta y de una manera positiva transmita mecanismos de enfrentamiento a sus hijos, que los conduzcan por el camino del no consumo, que huir y evadir no es la solución al problema, que cada familia se comprometa con el problema social en que vivimos y trabaje en función de una mejor sociedad para todos.

La clave del éxito ante todo lo planteado está en un nuevo diseño social donde escuela, educación, familia y Estado-aparato judicial tengan una sola línea: la equidad, la responsabilidad y el buen actuar, comprometidos con el momento en que vivimos, donde el aprendizaje social implicaría la exposición, investigación y debate sistemático de los modelos sociales implícitos y explícitos. Los movimientos políticos y sociales que están teniendo lugar en América Latina tienen ante sí el reto de definir el papel de la relación entre el individuo, la familia y el Estado en el contexto de su propuesta emancipatoria.

Olievestein afirmaba:

«[A]nte la droga se develan y entremezclan los temas de un mal a la vez psicopatológico y moral que escapa a la lógica y a las normas; ante lo cual los poderes quedan indecisos, pues si aplican sanciones penales quedan como Cronos comiendo a sus hijos; si solo aplican tratamiento, les desresponsabilizan y omiten un exorcismo necesario; si admiten la total libertad aceptan la descomposición de la sociedad.»¹⁶

¹⁵ D. Gracia. «Planteamiento de la bioética.» En M. Vidal (editor). *Conceptos fundamentales de ética teológica*. Madrid, Trotta, 1992: 421-38.

¹⁶ Olievestein. *Toxicomanía y ética*. París, UNESCO, 1986.

Aunque se requiere un marco institucional que reconozca la necesidad de un tratamiento sistemático, en este nuevo modelo social la responsabilidad del Estado para con el problema de la droga debe implicar a los ciudadanos en las decisiones sociales e impulsar nuevos modelos *constructivistas*, como una vía más adecuada para evaluar y gestionar los problemas, e intentar gobernar el cambio desde una evaluación objetiva y neutral, y dar más importancia a la socialización de la toma de decisiones. Equilibrar la opinión social con el criterio de expertos y aprender a gestionar esta responsabilidad compartida favorecerá la participación de las comunidades afectadas en el proceso de toma de decisiones.

Deberían establecerse normas sociales contra los intereses y privilegios, de modo que la lucha no amenace con ser una aplicación compulsiva e indiscriminada contra el consumidor, acompañadas de un aprendizaje social y una cultura contra el consumo que garantice una retroalimentación continua, que haga que la evolución de cada individuo y del enfermo se adapte a las necesidades colectivas y no sientan a la sociedad como una amenaza, siempre en correlación con el patrimonio cultural, natural, y con la diversidad de formas de vida social.

Es necesario, para poder realizar cualquier toma de decisiones, que primeramente se reconozca el conflicto en cuestión como un serio problema de salud, cuyas agravantes no solo deterioran a la sociedad actual, sino que, además, amenaza a las futuras generaciones.

El abordaje del consumo de drogas y del narcotráfico desde el punto de vista de la salud, debe abandonar el viejo utilitarismo de regla y basarse en su origen multifactorial y en un abordaje multidisciplinario donde la sociología, la pedagogía y la jurisprudencia coexistan, interactúen y, a la vez, sean herramientas efectivas dentro del engranaje social, desde la premisa de la atención simultánea a todas las sustancias; que la prevención de las drogas ilegales comience en prevenir las sustancias legales, y se tenga en cuenta al «drogadicto pasivo» como personal de riesgo para el consumo futuro, sin distinción de rango legal o ilegal.¹⁷

La educación para la salud requiere de toda la responsabilidad social del profesional, donde la suma del voluntarismo cualitativo y cuantitativo promueva que tanto la información como la formación y las gestiones se inicien con las técnicas adecuadas desde etapas tempranas de la vida. Se requiere la unificación de los diferentes modelos que hasta el momento han actuado de manera aislada, en un frente común: a) un modelo educacional equitativo y accesible, sobre la base de nuevas concepciones morales y sociales, sustentadas en la cultura de la no adicción; b) un modelo legal con la penalización del consumo irresponsable como prioridad para el bien común, a través de acciones policiales de control y judiciales penales, sin discriminación de drogas legales e ilegales, orientadas direccional e intencionalmente hacia el comercio y tráfico; c) un modelo médico con niveles adecuados de accesibilidad, moralizador de lo que

¹⁷ *Proposición sobre el uso y el abuso de drogas psicotrópicas*. Tokio 1975 y Enmienda de Venecia 1983.

es bueno o malo para la salud e higienista, favorecedor del correcto aprendizaje para evitar la automedicación, que permita abordajes terapéuticos basados en la evidencia, e incluya una correcta preparación de profesionales en calidad y cantidad suficiente, y que genere la necesidad de participar en campañas para impartir adecuada educación en drogas; d) tomar las máximas precauciones en la prescripción; e) aceptar la responsabilidad de recopilar y proveer información sobre los usos no medicinales de los psicofármacos; f) cooperar con las autoridades sanitarias, para contrarrestar la presión intergrupala que conducen al abuso; g) denunciar al narcotráfico en cualesquiera de sus variantes; y h) elaborar modelos sociales equitativos y justos basados en una adecuada justificación antropológica, con el objetivo común de desarrollar estrategias para disminuir la demanda, donde la promoción/prevención formará parte de programas más amplios que rebasarían el campo de la salud, sostenidos por decisiones políticas comprometidas y leyes atinentes surgidas de la información, motivación y exigencia de la comunidad toda a los gobiernos.¹⁸

El análisis y solución del problema de la droga en América Latina no se puede dejar en manos exclusivamente de los gobiernos, ya que incluye no solo valoraciones técnicas y económicas, sino percepciones éticas, estéticas, religiosas, etcétera, las que no pueden ser pasadas por alto, al ser expresión de profundos y legítimos conflictos sociales.

Hasta el momento se ha tratado de erradicar su cultivo, consumo y comercio, y no se ha podido dar una respuesta satisfactoria. En nuestro criterio, el pensamiento bioético debe dirigirse hacia el progreso moral, que unido a una sociedad justa, se oriente a relaciones más solidarias y humanistas entre los hombres, donde imperen tanto el bien social como el moral y el perfeccionamiento humano, siempre en correspondencia con las exigencias de la época. La única vía capaz de eliminar las causas del consumo: factores de riesgo social, familiar y psicológicos es una sociedad moral, por tanto, justa y equitativa, donde la salvaguarda del bien común se equilibre con el respeto de los derechos individuales, en tanto su observancia no afecte la estabilidad social y el bienestar general que constituyen bienes morales de superior jerarquía.

¹⁸ R. González Menéndez.. «La experiencia cubana en la atención a las adicciones químicas» [conferencia]. La Habana, 2003.

Tendencias y controversias en la incorporación de la medicina natural y tradicional al sistema moderno de salud pública

Eduardo Francisco Freyre Roach



En los sistemas institucionalizados de salud pública de las sociedades contemporáneas, hasta no hace mucho tiempo, eran rechazadas prácticas médicas catalogadas como no científicas. Tales son los casos de la medicina herbaria tradicional y la acupuntura. Compartieron esta misma suerte otras prácticas médicas, como la homeopatía y la terapia parapsicológica, estigmatizadas como seudocientíficas, aunque sus cultivadores se esforzaran en presentar sus hallazgos como todo lo contrario.

A medida que estos sistemas sucumbieron al culto de la ciencia (cientificismo), al empirismo (culto a la observación y a la experimentación controladas), y al tecnocratismos (culto a la tecnología moderna), se hicieron más intolerantes respecto al saber no convencional.

La ética médica, asociada a los sistemas modernos de salud pública, apoyó en no menos medida esa confabulación, al exigir que la solicitud moral de beneficencia dependiera de la observancia de la científicidad.

Sin embargo, en los últimos tiempos se acentúan más y más el interés y la tendencia a incorporar esas prácticas a los sistemas de salud, que antes las censuraban. Esto plantea múltiples e impostergables retos para la ética médica y para la bioética.

El conflicto ciencia-tradición en la medicina

Vivimos en sociedades donde coexisten lo viejo y lo nuevo, lo tradicional y lo moderno. En ocasiones

asistimos a situaciones de conflicto entre los términos de estas dicotomías. Una de estas es la que ocurre en los hogares donde cohabitan diferentes generaciones de seres humanos, que difieren acerca de la atención al paciente enfermo. Esto sucede, por ejemplo, cuando alguien del núcleo familiar presenta síntomas de afección estomacal y, entonces, el familiar profesional de la salud recomienda un fármaco convencional, y otro familiar propone una medida no convencional arraigada en la tradición popular, como lo es aún el pase de manos por el vientre para eliminar una indigestión.

Resulta que ambos están convencidos de lo que hacen y tienen razones propias para creer en la eficacia de su receta terapéutica. Estas razones están referidas a la eficacia del método y la técnica, así como a la voluntad de hacer el bien y no hacer el mal, aunque en ocasiones se considera el respeto a la autonomía o el consentimiento del enfermo.

En realidad, puede decirse que en el marco de las relaciones de parentesco se dan buenas condiciones para la solución de conflictos y para la colaboración entre los saberes tradicionales y modernos. Conflictos similares ocurren en las instituciones modernas de salud pública. En este contexto, el conflicto tiende a resolverse en favor de la medicina convencional.

Para marginar y excluir al saber médico tradicional, se invocaron tanto razones epistemológicas como éticas, al considerar que su alcance cognoscitivo ponía en riesgo la eficacia del tratamiento y, por tanto, la salud del paciente.

En la época moderna, la naciente ciencia fue víctima de prejuicios tradicionalistas medievales y populares. Después, una vez triunfante y en virtud de prejuicios o tabúes cientificistas, ataca sin piedad al saber tradicional. La superioridad de la medicina moderna científica se tiende a asociarla con sus fundamentos racionales empírico-teóricos y con su real eficacia terapéutica. Pero, debe considerarse que en esto intervinieron otros factores. Al respecto vamos a citar un fragmento del libro de Paul Feyerabend, *La ciencia en una sociedad libre*:

En los siglos XVI y XVII se dio una competencia leal (más o menos leal) entre la ciencia y la filosofía occidentales antiguas y la nueva filosofía científica, jamás hubo una competencia limpia entre este conjunto de ideas y los mitos, las religiones y los procedimientos de las sociedades no occidentales. Estos mitos, estas religiones y estos procedimientos desaparecieron o se deterioraron, no porque la ciencia fuese mejor, sino porque los apóstoles de la ciencia eran los conquistadores más decididos y porque suprimieron materialmente a los portadores de las culturas alternativas. No hubo ninguna comparación objetiva de métodos y resultados. Hubo colonización y supresión de los puntos de vista de las tribus y naciones colonizadas. Esos puntos de vista fueron sustituidos, primero por la religión del amor, y después por la religión de la ciencia. Unos pocos científicos estudiaron las ideologías tribales, pero, al estar llenos de prejuicios e insuficientemente preparados, fueron incapaces de encontrar prueba alguna de superioridad o cuanto menos de igualdad (y, en caso de haberla

descubierto, no la habrían reconocido como tal). De nuevo vemos cómo la superioridad de la ciencia no es el resultado de la investigación ni de los argumentos, sino de presiones políticas, institucionales e incluso militares.¹

En tal sentido, vemos que en los contextos donde ocurrió esta competencia desleal se actuó a espaldas de la exigencia de respeto a la autonomía de las comunidades colonizadas.

Este proceso de supresión violenta de la medicina tradicional tiene expresión en el proceso de la colonización española, la cual interrumpió el desarrollo de la cultura cubana aborigen. Al mismo tiempo, este acontecimiento histórico condicionó el arraigo en nuestra isla de tradiciones populares y ancestrales de Europa, Asia y África.

Estas tradiciones se conservaron gracias a factores relacionados con la herencia histórica y la eficacia real de las mismas. Recordemos que en Cuba los esclavos africanos apelaron al recurso de la herencia ancestral para enfrentar las irracionales condiciones de vida de la explotación. Y no raras veces los colonizadores solicitaron la asistencia terapéutica de sus esclavos.

Como se conoce, la colonización y la neocolonización se acompañaron de procesos modernizadores que, a su vez, colocaron al saber tradicional en perspectiva de deterioro y hasta de desaparición. No obstante, se sabe también que en los contextos de las sociedades divididas en clases antagónicas no existe equidad de acceso a las bondades de la modernización. De ahí que para los sectores sociales afectados por ese orden de desigualdad, la medicina tradicional representó una opción alternativa importante para hacer frente a las enfermedades. Por otra parte, los monopolios farmacéuticos promovieron una cruzada propagandística que distorsionaba la imagen del saber tradicional.

Hay quien plantea que en los países socialistas no hubo rechazo a la medicina tradicional.² Al parecer se obvia que en estos países la modernización, aunque se llevó a cabo para satisfacer demandas sanitarias, alimentarias y educacionales a gran escala, es decir, masivas, acarreó también marginación del saber tradicional. Con relación a esto volvamos a citar nuevamente a Feyerabend:

China fue uno de los pocos países que escapó al dominio intelectual de Occidente hasta el siglo XIX, pero a comienzos del XX comenzó a instalarse una especie de fascinación por Occidente. A partir de la instauración del régimen socialista popular, la ciencia institucionalizada echó a un lado los elementos tradicionales como la medicina herbaria, la acupuntura, la moxibustión, la teoría de los chi, la dualidad yin-yang. Estos elementos fueron ridiculizados y eliminados de los hospitales. Pero, aproximadamente en 1954, el Partido Comunista Chino ordenó la vuelta de la medicina tradicional. Esta orden restauró la libre competencia entre la ciencia y la medicina tradicional. Se descubrió que esta última disponía de métodos de

¹ Paul Feyerabend. *La ciencia en una sociedad libre*. México, D.F., Siglo XXI Editores, 1982:177.

² I. Castellanos, «Las plantas medicinales.» *El Militante Comunista*, julio de 1987: 84-9.

diagnóstico y terapias superiores a los de la medicina científica occidental. Quienes procedieron a comparar, hicieron descubrimientos similares. La lección que podemos extraer es que las ideologías, prácticas, teorías y tradiciones no científicas pueden convertirse en poderosos rivales de la ciencia y revelar sus principales deficiencias, si se les da la posibilidad de establecer una competencia leal.³

Cuando en Cuba triunfa la Revolución en 1959, se abren posibilidades para el desarrollo de la medicina tradicional, lo cual tiene que ver con las transformaciones sociales tendientes a un mayor protagonismo político de las masas populares del campo y la ciudad, y con la promoción, por parte del gobierno, de un sistema de salud pública que satisficiera las demandas médicas y sanitarias de carácter masivo. En tal sentido, la medicina moderna daba amplio margen de posibilidad para responder a los reclamos sanitarios masivos y de calidad.

A su vez, debido a estos reclamos alimentarios, sanitarios y educacionales adquirió preponderancia la ciencia moderna y el saber tradicional fue realmente marginado.

El reclamo alimentario trajo consigo la necesidad de industrialización de la agricultura, lo cual atentó contra la biodiversidad y, por ende, contra el cultivo de plantas medicinales. El afán de eliminación de los desniveles de desarrollo entre el campo y la ciudad acarrió urbanización del campo, emigración a las ciudades y desarraigo rural. Por tanto, se afectó una base poblacional importante de portadores de la cultura tradicional.

El Estado socialista puso el acento en la instrucción moderna científico-tecnológica, y en no menos medida, en la educación ideológico-política atea. No es difícil darse cuenta que esta orientación creaba rechazo a la tradición, sobre todo en virtud de que esta se apoya en gran medida en creencias religiosas e idealistas.

La modernización de la salud pública fue el factor que directamente influyó en contra de la medicina tradicional. Aunque también es indiscutible que la política de salud pública promovió el estudio y el empleo de métodos terapéuticos basados en conocimientos científicos de avanzada y en tecnologías médicas de punta.

La recuperación del saber médico tradicional

Como mismo pasó en China, en Cuba esta situación de marginación de las medicinas tradicionales comenzó a cambiar. Por ejemplo, el tratamiento por acupuntura había sido promovido en nuestro país en la década de 1960, pero realmente se le ignoró hasta 1974. Se registra que en 1977 se realizó la primera operación (amigdalectomía) con ayuda de la acupuntura. En la actualidad

³ *Ibidem* 1: 181, 187.

funciona en La Habana un Centro de Investigación de Medicina Tradicional y Acupuntura (CIMTA), que avanza por caminos prometedores.⁴

En la década de 1970, comenzó a funcionar un plan nacional de investigaciones con el objetivo de validar 60 especies de plantas medicinales y sus usos más empleados por nuestra población, así como el desarrollo de medicamentos herbarios.⁵

A finales de la década de 1980 ya se observa cierta rectificación en favor de la medicina tradicional natural. Aquí tenemos como factor influyente la crítica a los dogmatismos en todas las esferas de la sociedad y también el cambio de la actitud oficial hacia los creyentes. Estos y otros factores abrieron las puertas a la vuelta de la medicina tradicional y, en fin, de la medicina no convencional.

Hoy se han realizado importantes esfuerzos para la introducción del saber tradicional, incluso en la atención primaria y dentro de esta, en el sistema del médico de la familia.⁶

Un factor que, sin duda alguna, ha estimulado la incorporación del saber tradicional es la crisis económica de la década de 1990, asociada al derrumbe del campo socialista y al recrudecimiento del bloqueo norteamericano a la Isla. Esta crisis planteó la necesidad de búsqueda de nuevas opciones, sobre todo en los campos de la economía, la ciencia, la técnica, la agricultura y en la atención a la salud. Como la situación de crisis contribuyó en no menos medida a la promoción de acciones de incorporación de la medicina tradicional, hay quien interpreta este acontecimiento como algo coyuntural, es decir, como alternativa a la falta de recursos convencionales.

Sin embargo, si bien eso es cierto en parte, la incorporación de la medicina tradicional en nuestro país no es en realidad una alternativa a la falta de apoyo convencional, sino se tiende a ver como complemento y acicate del desarrollo de la medicina moderna, sobre la cual se basa nuestro sistema de salud pública. El coordinador de la Comisión Nacional de Medicina Natural y Tradicional, doctor Leoncio Padrón, ha insistido en que la incorporación de esta especialidad ha de realizarse sobre bases racionales y científicas.

Ética y científicidad

Desde el punto de vista ético todo fármaco ha de ser usado para contrarrestar o prevenir el daño (enfermedad, dolencia, muerte) y asegurar el bien o bienestar

⁴ R. Álvarez Sintés, F. Cruz Romero, R. Álvarez Sintés *et al.* «Valoración terapéutica y económica de la acupuntura en un consultorio médico de la familia.» *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 1994; (4): 407-12.

⁵ C.L. Padrón, «Editorial.» *Revista Cubana de Plantas Medicinales*, 1996; (2); F. Marín *et al.* «Programa de Medicina Tradicional Herbolaria. Las plantas medicinales en la terapéutica.» *Revista Cubana de Plantas Medicinales*, 1991; 7, (3): 276-9.

⁶ *Ibidem* 4; N. Rodríguez Pupo *et al.* «Conocimiento y aplicación de plantas medicinales. Estudio realizado en un área del médico de la familia.» *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 1991; 7 (4): 355-61.

(salud, esperanza de vida, calidad de la vida). En consecuencia con este principio bioético de beneficencia y no maleficencia, el Estado cubano actual estimula la incorporación de la medicina tradicional, siempre y cuando sea comprobada científicamente su eficacia y sea practicada por especialistas competentes.

Nuestras instituciones de salud se basan en el paradigma de validación de innovaciones médicas, el cual exige un cálculo empírico estadístico que indique la seguridad, efectividad y calidad requeridas para la introducción y generalización de estas innovaciones. Una violación en tal sentido tiene una connotación ética, en tanto puede poner en riesgo la vida y calidad de vida de las personas, sean estas sanas o enfermas.

Puede que cualquier acto apartado de esta exigencia epistemológica no tenga trágicas consecuencias, e incluso que estas sean positivas. Empero, una violación en tal sentido no deja de estar libre de censura ética, pues contradice esa exigencia de científicidad.

Ha ocurrido muchas veces que el médico ha alegado falta de recursos, o sobre la base de que su experiencia particular en opciones no convencionales le ha dado resultados aún no validados por la comunidad científica a la cual pertenece ha tomado la decisión de recetar esas medidas, algunas de ellas prohibidas en la institución de salud. Pero eso sería actuar a espaldas de la política institucional y del consenso profesional dentro de la comunidad científica.

Ahora bien, los fármacos o terapias tradicionales se han validado a partir no solo de la credibilidad en el legado o herencia recibida, sino en mayor medida por la eficacia relativa –al igual que las convencionales– de su empleo actual. Pero sucede que la creencia mítico-religiosa, sobre la cual se apoyan muchas de esas prácticas tradicionales, resulta un factor determinante en esa eficacia relativa, es decir, se logra el éxito en un conjunto no despreciable de casos.

Ese factor interviene en la «muerte vudú» estudiada por W.B. Cannon: el caso de un individuo imbuido de la tradición de su grupo, quien a sabiendas de que ha sido objeto de un conjuro, maleficio o sortilegio, es atrapado por el miedo y la rabia, lo cual afecta los mecanismos fisiológicos del simpático y provoca al final su muerte. De tal modo que la integridad física no resiste a la disolución de la personalidad social.

Según Levy-Strauss, eso significa que no hay razones para dudar de la eficiencia de ciertas prácticas mágicas,⁷ pero, al mismo tiempo, se observa que la eficacia de la magia implica la creencia en la magia, y que en esta se presentan tres aspectos fundamentales: la creencia del hechicero en la eficacia de sus técnicas; luego, la del enfermo que aquel cuida o de la víctima que persigue; finalmente, la confianza y las exigencias de la opinión colectiva, que forman a cada instante una especie de campo de gravitación donde se definen y sitúan las relaciones entre el brujo y los hechizados. Es evidente que ninguna de las tres partes en

⁷ C. Lévi-Strauss. *Antropología estructural*. La Habana, Editorial de Ciencias Sociales, 1987.

juego está en condiciones de alcanzar una representación clara de la actividad del simpático ni de los mecanismos homeostáticos.

Es de suma importancia e interesante la conclusión de Levy-Strauss sobre la situación mágica descrita, la cual es también un fenómeno de consenso social que desempeña un papel condicionante en la creencia y en la eficacia de la magia. No podemos obviar que la validación científica exige consenso, sobre todo –y esto es esencial– el logrado entre los especialistas de una determinada comunidad científica.

La eficacia del tratamiento científico depende no solo de la naturaleza o el uso de una técnica médica por parte del especialista, sino también de predisposiciones psíquicas de los implicados en la situación terapéutica: el médico y los pacientes. Recordemos que la relación empática entre médico y paciente favorece la intervención de mecanismos conscientes e inconscientes que contribuyen al alivio o paliación de la enfermedad o la dolencia, o a su curación. El efecto placebo es ilustrativo al respecto.

En la asistencia terapéutica tradicional –de inspiración mítico-mágica y religiosa– ocurre exactamente lo mismo que en la muerte vudú y la asistencia terapéutica convencional científica y moderna. Así lo ejemplifica muy bien el caso de la entonación de un canto indígena para asistir a un parto difícil, sin administración de remedios y sin que el asistente toque a la parturienta. Es un canto evocador de situaciones de lucha entre entidades y almas personificadas. No se trata de una contienda de órganos y virus.

En términos modernos se le tiende a llamar a este tipo de asistencia, especie de «cura psicológica» o «terapia “psi”». Como se dijo, el shamán en este caso no toca el cuerpo de la parturienta ni le administra remedio alguno. El canto que entona detalla un itinerario o anatomía mítica, que no corresponde a la estructura real –desde el punto de vista científico– de los órganos genitales, sino más bien a una suerte de geografía afectiva que identifica cada punto de resistencia y dolor.⁸

Si la asistencia científica al parto puede ser catalogada como una técnica terapéutica mediante la manipulación de órganos y la administración de remedios, basada en una «mitología» psicofisiológica o científica, la asistencia shamanística, en este caso, no exige manipular órganos reales y está basada en una «mitología» mítico-mágica y religiosa. Esta cura consistiría en volver pensable una situación dada al comienzo en términos afectivos, y hacer aceptables para el espíritu los dolores que el cuerpo rehúsa tolerar.

Podríamos objetar que la mitología del oficiante no se corresponde con la realidad objetiva; pero esto carece de importancia. La enferma cree en el mito, como mismo los modernos nos entregamos a la asistencia científica sin pedir –incluso a veces–, sin invocar secreciones, microbios o virus, es decir, términos científicos.

⁸ *Ibidem*.

Pues bien, todo parece indicar que al exigirse validación científica se reproduce esa situación de desventaja o de competencia desleal en detrimento de la tradición, a sabiendas de que la eficacia del fármaco o tratamiento tradicional depende de factores no susceptibles de explicación científica convencional.

Sin embargo, es importante tomar en cuenta que muchas de las estrategias no convencionales han sufrido afectaciones, debido precisamente a la situación de competencia desleal. El estudio y la validación científica de las tácticas no convencionales es de crucial importancia para potenciar su efectividad por su utilización masiva (a gran escala) en la actualidad.

Quizás un ejemplo de lo dicho es el caso de una iniciativa emprendida recientemente por la OMS,⁹ la cual consiste en el adiestramiento de parteras tradicionales en aquellos contextos donde es limitado el acceso a servicios médicos con tecnologías de punta o de avanzada. Mediante esa instrucción que brinda la OMS, las parteras tradicionales adquieren conocimientos complementarios a su saber ancestral. Con ello se garantiza no solo más eficacia, sino también la posibilidad de que demandas de asistencia al parto a una escala masiva poblacional mayor sean satisfechas.

Por otra parte, hoy sabemos que la investigación de estos recursos no convencionales representa una línea importante de desarrollo de la medicina moderna. Por ejemplo, muchas de estas prácticas, como la acupuntura, exigen un enfoque más particular acerca del paciente, lo cual a veces el tratamiento convencional no tiene en cuenta, sobre todo cuando se aferra de manera dogmática y desmedida al dato susceptible de generalización, medición y cálculo estadístico.

El caso de la homeopatía es ilustrador, y en virtud de ello plantea serios problemas éticos. Como se conoce, además de basar el tratamiento en disposiciones psíquico-espirituales de los pacientes, el médico homeópata elabora por sí mismo el fármaco, de manera que resulta un fármaco particular para un enfermo particular, por no hablar de que sus búsquedas han de hacerse en una buena medida a partir de la experimentación de una determinada sustancia en personas sanas o animales sanos. De aceptarse actuar bajo el amparo de la solicitud de autonomía y de consentimiento, la institución convencional tendría que aceptar también que los homeópatas apliquen procedimientos no aceptados por la medicina convencional.

Otro factor que se debe considerar es que por las características de nuestra sociedad moderna, y particularmente del sistema moderno de salud, el usuario de los servicios médicos ya no es el mismo destinatario original de las terapias tradicionales no convencionales. Recordemos el caso de la asistencia shamanística al parto: su efectividad depende, en gran medida, del consciente e inconsciente mítico colectivo e individual del shamán y de la parturienta.

⁹ OMS. *Adiestramiento de parteras tradicionales*. Roma, 1992.

En términos modernos, ha intervenido, como en el caso aquí relatado de la muerte vudú, la elevada capacidad de autosugestión o de trance de los involucrados en esas situaciones. Aunque no podemos decir que el factor psíquico está ausente en el caso de los seres humanos por la modernización del modo de vida, ocurre que no existe garantía de que el procedimiento del shamán sea igualmente exitoso.

Nosotros los contemporáneos sufrimos de afecciones somáticas y psíquicas no antes vistas, y estamos expuestos a variancias ambientales nuevas. Ocurren también cambios en el sistema de creencias o de mitos, así como en los estilos de vida.

Es posible que la asistencia shamanística a un parto difícil no sea exitosa en el caso de una mujer educada en la tradición moderna, la cual lleva un estilo de vida moderno-urbano y cree hasta el grado de superstición en el recurso de la ciencia y la técnica. Y eso mismo acontecería con una parturienta indígena, si es atendida en una sala equipada con tecnología de punta.

Con ello no quiero decir que tengamos que sobrestimar el papel de la sugestión psíquica. Tampoco hay que subestimar el papel de las técnicas, ni convencionales ni no convencionales. Es decir, tenemos que estar protegidos tanto contra los mitos o cultos a la medicina tradicional como a la moderna; si es que queremos asumir responsabilidades bioéticas consecuentes y coherentes.

Comoquiera que sea, tanto la terapia tradicional como la convencional poseen eficacia relativa. Y esto, como diría Levy-Strauss, condiciona la creencia en estas. Ocurre en muchos casos, cuando un paciente es atendido por un médico y por el brujo al mismo tiempo, los cuales se disputan el éxito de la efectividad absoluta de sus procedimientos y actos en el auxilio del paciente en cuestión. Reitero: no se debe subestimar o sobrestimar ninguna de la opciones. Quizás un *happy end* exitoso sería la combinación de factores positivos, insospechada antes para las partes en disputa.

Ahora bien, últimamente se han registrado casos donde un médico, que comparte la tradición científica y la religiosa, se encuentra en el dilema moral de si debe recetar o no un fármaco tradicional y permitir la realización de una ceremonia religiosa, al ser él en la institución médica responsable del cuidado del paciente. Algunos médicos deciden obrar en favor de esto amparados por su experiencia tradicional y, por supuesto, por considera la eficacia peculiar de las prácticas terapéuticas tradicionales. Pero, como vimos, eso compromete el consenso ético de la institución.

Otros, en cambio, alegan que a falta de fármacos convencionales se justifica la medicalización tradicional. Esta conducta, además de distorsionar los fines de la incorporación de la medicina tradicional al sistema moderno de salud pública, pone en riesgo la disposición psíquica favorable del paciente, más aún si este no cree en las medidas tradicionales.

Una conducta muy usual es que el médico formado en la tradición científica y en la tradicional recete en el hospital una medida convencional y en su casa la

tradicional no convencional. Esto es justificable éticamente, siempre y cuando el médico en calidad de profesional de la salud sepa que ese tratamiento no es un factor distorsionante del tratamiento convencional.

Por lo general, está muy arraigada la idea de que los procedimientos se intercomplementan. Este hecho minimiza las tensiones éticas posibles de ocurrir cuando se aplican dos procedimientos al mismo tiempo.

Todos estos problemas debemos analizarlos bajo la consideración no solo de la solicitud de beneficencia y no maleficencia, sino también de las demandas éticas de autonomía. Es decir, que la racionalidad moral de un tratamiento tradicional hay que evaluarla considerando por igual todos los principios bioéticos. A veces se piensa que basta con saber que hay seguridad y calidad en los beneficios.

No solo hacer el bien

El enfoque bioético de la incorporación de la medicina tradicional al sistema moderno de salud pública, requiere considerar no solo la beneficencia, sino también la no maleficencia, la justicia y la autonomía.

Si se trata de tomar en serio la no maleficencia, entonces es necesario prestar mucha atención al hecho de que si bien un fármaco tradicional puede reportar un beneficio, pudiera también a corto, mediano o largo plazo acarrear un perjuicio. No raras veces sucede que el afán de hacer el bien seduce tanto que se olvida la posibilidad implícita en el supuesto bien de provocar males mayores. Por supuesto, esto vale también para la generación y transferencia de tecnologías biomédicas convencionales. En ambos casos, puede ocurrir que los esfuerzos por demostrar las bondades de un fármaco sean mayores que los empleados en demostrar sus potencialidades, daños o contraindicaciones.

En cuanto a la justicia, es necesario considerar los costos de investigación y el uso de esos llamados fármacos tradicionales, pues, como es conocido, en ocasiones resulta muy caro conocer y extraer de las plantas el principio farmacológico activo. La promoción de un fármaco de tal índole pudiera ser menos costosa que la de un fármaco convencional. Es más, es posible que en algunos casos la disponibilidad de un fármaco natural coadyuve a minimizar el costo de importación de fármacos convencionales. La opción de estimular el estudio y uso de la medicina tradicional natural es justa también, porque amplía las posibilidades de tratamiento a nivel masivo. Esto exigiría incluso una participación más activa y pública (ciudadana y popular) en la atención a la salud, lo cual contribuiría al desarrollo de un metadiscurso médico que involucre diferentes narrativas,¹⁰ con lo cual se lograría, a su vez, más articulación entre la cultura profesional y la popular.¹¹

¹⁰ F. Lolas Stepke. «La medicina como invención narrativa.» *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* [Santiago de Chile], 1993. 114 (1): 49-56.

¹¹ D.A. Mello-Filho, «Repensando os desafios de Ulisses e Fausto: Saúde, o individuo e a história.» *Cadernos de Saúde*, enero-marzo de 1995; 11 (1): 5-53.

Asumir la demanda bioética de autonomía implicaría discutir con seriedad algunas cuestiones:

- Admitir la posibilidad de que el médico recete un fármaco no convencional, cuya eficacia no ha sido demostrada ni explicada científicamente, pero que el paciente da su consentimiento adecuado y acepta ese tratamiento.
- Tolerar que las personas anuentes involucradas (personal de la salud, pacientes, familiares y allegados) realicen sus prácticas tradicionales en la misma institución hospitalaria. Esto implicaría favorecer marcos especiales para su realización, sin afectar a otras personas.
- Aceptar y respetar el rechazo de un paciente a someterse a una intervención terapéutica tradicional, ya sea en favor de su salud o para satisfacer el reclamo de validación científica de un fármaco tradicional. Esto se acompaña de la exigencia de consentimiento adecuado, es decir, informado, competente y oportuno.
- Dar derecho al médico a no contraer obligaciones de atención con aquellos pacientes que reiteradamente incumplen una medida médica convencional y, sin embargo, cumplen a espaldas del médico una tradicional contraindicada por el profesional.

Invocar el principio de autonomía crea tensiones éticas meritorias de atención. Y no debemos soslayar la necesidad de enfrentar las dificultades en tal sentido.

Claro, la apelación a este principio para justificar el uso de la medicina tradicional puede comprometer la observancia de la beneficencia y de la justicia. Pero, por otra parte, resulta una pauta importante para especificar condiciones de realización de estos últimos, y también para activar el sentido de responsabilidad moral tanto de los médicos y del personal de enfermería, como de los pacientes, familiares y allegados.

En cuanto a la invocación a la justicia no vamos a abundar mucho. solo puntualizaremos que el acatamiento de este principio abre la posibilidad de admitir la práctica de la medicina no convencional, sobre la base de la necesidad de ampliar las potencialidades de acceso a los servicios sanitarios, y también bajo la observancia de considerar que, en la realidad médica, deben articularse las diferentes maneras de percepción de la enfermedad y de la curación. Esto tiene que ver con la solicitud de promover un metadiscurso médico donde se involucren diferentes narrativas, conducente a la articulación entre la cultura profesional y la cultura popular.

Conclusiones

Es evidente que el sistema moderno de salud pública tiende a la incorporación de prácticas médicas tradicionales que antes habían sido rechazadas, marginadas,

excluidas, suprimidas e inventariadas como no científicas o seudocientíficas, en el contexto de los procesos de colonización y de modernización.

Como resultado de esto se abre la posibilidad de cooperación, intercomplementación y competencia leal entre ciencia y tradición en el sistema institucionalizado de salud pública.

Esta tendencia suscita problemas éticos que deben ser examinados, no solo bajo la consideración de la solicitud bioética de beneficencia y no maleficencia, sino también sobre la base del respeto a la autonomía.

No basta con la intención de observar estos y otros principios bioéticos —aquí no hemos visto los problemas que se derivan de la solicitud de justicia—, sino que deben tenerse en cuenta los factores reales que nos permitan una ética competente.

Entre esos factores, es de vital importancia la validación de la eficacia de la medicina tradicional. El estudio científico de la medicina tradicional es importante para elevar su eficacia. Es necesario no perder de vista que su práctica se ha deteriorado por la competencia desleal; pero también han cambiado sus destinatarios, y han emergido nuevas enfermedades, nuevos estilos de vida, nuevas formas de pensar, nuevas creencias o nuevas apreciaciones morales.

La categoría equidad en salud

Ana María Gálvez González



En los últimos años se ha podido apreciar un interés creciente respecto a los temas «equidad en salud» y «atención sanitaria». Se ha desarrollado un gran esfuerzo investigativo para seguir de cerca y explicar las desigualdades en salud.

La equidad se refleja como un tema crucial en el análisis de las políticas sanitarias, si se tiene en cuenta que la principal justificación de la financiación pública de los servicios sanitarios es, precisamente, la obtención de determinados objetivos de equidad. De ahí que este tema sea relevante para los economistas de la salud.

La OMS, en su Estrategia Salud Para Todos en el Año 2000, de 1986, señaló la extraordinaria importancia de los sistemas sanitarios equitativos en su triple enfoque: equidad geográfica entre los diferentes países, equidad socioeconómica entre los diferentes grupos sociales y, por último, equidad necesaria entre los diferentes grupos de riesgo.¹

En las frecuentes discusiones sobre equidad en salud, se ha podido apreciar que este constituye un tema polémico por las evidentes connotaciones ideológicas que representa. Existen diversas corrientes que abordan los temas equidad en salud y atención sanitaria. Cada sociedad, incluso cada individuo, puede tener una opinión diferente respecto a qué es la equidad y cómo definirla.

¹ OPS-OMS. *La equidad en el panorama social de América Latina durante los años 80*. Washington, D.C., 1991. [Serie Reprints, 12]

La definición de equidad en salud y asistencia sanitaria dependerá en gran medida de las teorías y valores fundamentales que se asuman. Ello no excluye la posibilidad de un análisis científico sino, al contrario, lo hace más necesario.

El análisis científico del término equidad en salud requiere, en primer lugar, de un enfoque multidisciplinario. Por ejemplo, el economista puede contribuir a la realización de algunos análisis muy agregados, como las variaciones del gasto sanitario per cápita según área de residencia, raza, grupo de edad; también puede aplicar diferentes análisis de utilización de recursos, de niveles de salud relacionados con variables socioeconómicas, entre otros. Las estadísticas matemáticas y sanitarias pueden contribuir, en la medida que identifiquen el grado de desigualdad, análisis de varianza, coeficiente de Gini o, en el caso en que se comparen valores medios de grupos, hay que definir si se tomará la desviación simple o ponderada. La geografía contribuye al análisis espacial de la equidad, entre otros elementos.

Ahora bien, en la medida en que se profundiza en el análisis de la equidad, aparece un conjunto de categorías, conceptos, principios, definiciones tales como justicia social, principio de distribución, igualdad-desigualdad, accesibilidad, derecho a la salud, entre otras, que imponen una valoración mucho más profunda. Es aquí donde aparece la filosofía como herramienta teórica y metodológica para la integración y esclarecimiento de los elementos antes citados.²

Por otra parte, la filosofía representa un arma ideológica para el abordaje del término equidad en salud, en función de los objetivos de salud que persiga una sociedad determinada.

Aun en medio de la crisis económica que nos afectó durante la pasada década, Cuba plasmó en sus objetivos, propósitos y directrices para el año 2000 preservar el justo principio de brindar servicios gratuitos para toda la población —a pesar de la situación de período especial y de agudización del bloqueo imperialista—, mantener la financiación pública y otros logros más, en cuyo manejo cotidiano siempre aparece vigente el término equidad.³

Luego, abordar desde el punto de vista filosófico los términos equidad en salud y asistencia sanitaria tiene grandes implicaciones desde los puntos de vista político y social. Por una parte, porque la filosofía que ha sido paradigma de nuestros logros en salud (la filosofía marxista-leninista) pertrecha de una teoría justa el pensamiento, con un método general para encontrar soluciones en diversas condiciones concretas. Por otra, la filosofía marxista-leninista permite un enfoque del progreso social y de los cambios inminentes que se producen en nuestra sociedad, al mantener como principio importante el humanismo revolucionario; y este es uno de nuestros objetivos en salud.

² V.I. Lenin. *Materialismo y empiriocriticismo*. La Habana, Editorial Orbe, 1961.

³ MINSAP. *Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud pública cubana: 1992-2000*. La Habana, 1992.

En este momento, cuando estamos ante un «redimensionamiento» de la economía,⁴ donde la salud como sector económico no se encuentra al margen, mantenemos que la filosofía marxista-leninista continúa siendo una doctrina que argumenta los caminos que se deben seguir para la transformación, por la vía revolucionaria, en provecho del desarrollo libre, multilateral y armónico de la personalidad humana.

Consideraciones económico filosóficas en el tratamiento de la categoría equidad

La equidad es un tema filosóficamente difícil, que constantemente genera cuestionamientos incómodos, cuyas respuestas se dejan subrepticamente en la letra pequeña de las reformas, cuando no se ignora totalmente.⁵

El concepto de equidad, o de justicia social, en numerosas ocasiones y a efectos operativos, se asocia a alguna forma de igualdad. En este caso, hay un conjunto de cuestiones que deben ser precisadas:

- Unidades de comparación: individuos aislados, colectivos definidos según criterios socioeconómicos, agregados territoriales.
- Variables para medir desigualdades: gasto per cápita, oportunidad de acceso, utilización, nivel de salud. Vale la pena introducir aquí la distinción entre «equidad horizontal» y «equidad vertical». La primera, hace referencia a una comparación de individuos que se hallan en las mismas condiciones, por ejemplo, el mismo estado de salud o necesidad. La segunda, se refiere a la comparación entre individuos en situaciones diferentes. La equidad horizontal es obviamente más fácil de definir y de medir que la equidad vertical.
- Medidas de la desigualdad: rango, desviación estándar, coeficiente de Gini, entre otros.

Una definición interesante es la que aportó la CEPAL en su XXIII Período de Sesiones, celebrado en Caracas en mayo de 1990.⁶ La Secretaría presentó una propuesta denominada «Transformación productiva con equidad», que contiene los lineamientos de una estrategia de desarrollo para América Latina y el Caribe para la década de 1990. Dicha propuesta destaca que tanto la transformación productiva, como la igualdad de oportunidades para participar en la procura del bienestar y de las posiciones y posesiones sociales, requiere de la eliminación de privilegios y discriminaciones, establecidos jurídicamente, tales como los

⁴ R. Castiñeiras. «Redimensionamiento del Sistema Nacional de Salud.» Taller Nacional. Estrategia de Desarrollo de la Economía de la Salud en Cuba. Santiago de Cuba, noviembre de 1994.

⁵ M. Rodríguez. «Corrientes económicas y criterios de equidad en sanidad» [monografía]. *Revista de Economía de la Salud* [Alicante], junio de 1991.

⁶ *Ibidem* 1.

que persisten entre los sexos y los grupos étnicos, así como la eliminación de los privilegios basados en las estructuras económica, social y política.

Existen otras interpretaciones que definen la equidad en términos de acceso a un nivel mínimo o paquete básico de servicios.⁷

Otros enfoques, como el de Le Grand, señalan que la percepción social de la equidad está condicionada por diversas circunstancias y, especialmente, por el grado de responsabilidad o por la capacidad de elección que han tenido los individuos para decidir su situación. En este sentido, este autor opina que no deben contemplarse igual las desigualdades, como resultado de la decisión libre de un individuo, que aquellas que están fuera de su control.⁸

Existe consenso en cuanto a que el significado de equidad depende fundamentalmente de cómo se defina la justicia social, y esto a su vez depende de los juicios de valor o de los enfoques de la sociedad que adopten los individuos, grupos o gobiernos.

Aquí el concepto de equidad no es una cuestión de preferencia, sino de derecho. Los juicios sobre lo que es justo han de ser independientes de los intereses de los individuos que los formulan, y los principios o reglas que resultan se refieren a aquello que las personas deberían tener por derecho y sin importar el costo.

La definición de una interpretación específica de la equidad es un requisito imprescindible para poder juzgar los resultados de una política.

Dos definiciones de equidad pueden tener diferentes implicaciones para la política económica. Por otra parte, el logro de una mayor equidad suele entrar en conflicto con otros objetivos de la política sanitaria, como la contención del gasto o la eficiencia: mejorar la equidad solo es posible normalmente a un determinado precio.

Hablar de equidad implica, en primer orden, el abandono del criterio estricto de disponibilidad a pagar (demanda) a la hora de distribuir atención sanitaria, si se tiene en cuenta que esa disponibilidad se basa en la capacidad de pago y, por lo tanto, en la distribución de la renta y la riqueza en el mercado, la cual no siempre se considera justa.

La equidad se asocia normalmente con los sistemas sanitarios públicos, debido a que su realización práctica requiere la financiación pública, aunque esta constituye una condición necesaria pero no suficiente para la equidad. Un ejemplo es el informe Black, realizado en el Reino Unido a principios de la década de 1980, el cual puso de relieve que 40 años de un sistema nacional de salud británico, universal y gratuito para toda la población, no habían logrado erradicar las desigualdades en salud ni en asistencia sanitaria.

⁷ J. Rawls. *Teoría de la justicia*. México, D.F., Fondo de Cultura Económica, 1979.

⁸ J. Le Grand. «Equidad, salud y atención sanitaria.» En J. Monserrate, C. Murillo (coords.). *Salud y equidad. VIII Jornada de Economía de la Salud*. Las Palmas de Gran Canaria, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1988: 53-69.

El desafío de desenredar los aspectos normativos en la equidad, en el debate sanitario, ha llevado en los últimos tiempos a la necesidad de afianzar el enfoque más allá de lo económico, y a profundizar en el aspecto filosófico del tema. Por fortuna, existe consenso entre los diferentes autores acerca de esta afirmación.⁹

Plantea João Pereira que la ausencia de la ubicación de las bases filosóficas y económicas en el tratamiento de la equidad constituye un elemento generador de confusiones.¹⁰ Ambos aspectos son necesarios para mejorar la composición de lo que supone sean la equidad en salud y la asistencia sanitaria; de una forma más operativa, para proporcionar una guía que sirva para efectuar un control de objetivos en análisis concretos.

Enfoques más utilizados en la actualidad para un acercamiento a las categorías equidad en salud y asistencia sanitaria

Una forma muy utilizada para clasificar las diferentes corrientes que enfocan la categoría equidad es la que toma como punto de partida la llamada «teoría de la sociedad» –relacionada con la organización socioeconómica– y la justicia social –asumida en el aspecto de principios de distribución. Son numerosos los autores que han trabajado siguiendo esta clasificación: Barr (1987), George y Wilding (1985), Telfer (1976), así como Marisol Rodríguez y João Pereira.¹¹

Este enfoque distingue básicamente tres teorías: libertarios, neoliberales y colectivistas o igualitaristas, y señala al mismo tiempo diferencias entre los puntos de vista socialdemócratas y los marxistas, dentro de la ideología colectivista o igualitarista.

Por razones didácticas se seguirá una explicación de cada una de estas teorías asumiendo esta clasificación.¹²

Libertarios

Los libertarios son los herederos modernos del liberalismo del siglo XIX. Sus valores fundamentales son la libertad, el individualismo y la desigualdad. Definen la libertad como «ausencia de coacción» y esta toma prioridad por encima de los demás valores. Consideran el individualismo como un elemento complementario de la libertad. Plantean que «cuanto menos restringido esté un individuo en su toma de decisiones, mayor será el bien social».

⁹ *Ibidem* 5.

¹⁰ J. Pereira. «La interpretación económica de la equidad en la salud y la atención sanitaria.» En J. Monserrate, C. Murillo (coords.). *Ob. cit.*: 31-52.

¹¹ *Ibidem* 5 y 10.

¹² La autora no la adopta como definitiva, pero considera la necesidad de profundizar en el tema, para sumarse o no a esa clasificación. (*Nota de la autora.*)

Consideran que los problemas sociales no son más que aquellos con causas individuales que requieren de una acción individual a la hora de su resolución. De ahí que para ellos las desigualdades en salud no sean un problema para la política de gobierno, sino una responsabilidad individual y una elección también individual.

La habilitación –teoría planteada por Nozick en 1974–, plantea en esencia que «ningún ciudadano tiene el derecho a la asistencia sanitaria, a menos que lo haya adquirido en el mercado». ¹³ De ahí que sus implicaciones en salud sean bastante claras.

Por otra parte, esta teoría tampoco tiene en cuenta a los que nacen con dificultades en cuanto a la salud, o que luego adquieren problemas médicos crónicos. Tampoco reconoce ningún tipo de subsidio de los servicios sanitarios. No considera ni el papel del patrimonio recibido en calidad de bienes sociales, como la educación médica, ni la penetración de las llamadas externalidades y la ignorancia del consumidor en el mercado de atención sanitaria.

Las ideas del principio de Nozick son tan extremistas para las políticas sanitarias que algunos libertarios han sugerido establecer un tipo de fondo de seguridad, es decir, un estándar por debajo del cual no debería permitirse que estuviera ningún individuo. Esta teoría ha sido llamada «mínimo digno». Buscan operativizar el principio, a partir de un plan de salud de elección del consumidor, al brindar una lista de servicios básicos. Esta teoría no ha sido aclarada. Tampoco queda claro el grado de justicia, porque ese mínimo digno se basa en una distribución por referencia a los costos promedios.

Las discusiones libertarias en equidad no son útiles para el debate sobre la desigualdad en salud. Se muestran dogmáticos al plantear que la distribución actual no es equitativa. Tampoco dejan plasmados sus puntos de vista sobre la justicia social.

En algunos documentos legales plantean elementos como asignar igualdad de oportunidades, aunque luego no se especifica su *modus operandi* y quedan muy en el aire los principios sugeridos para cubrir las necesidades externas.

Neoliberales

En muchos aspectos los valores liberales son similares a los de los libertarios. Consideran la propiedad privada como medio para alcanzar los objetivos políticos, y sus valores fundamentales son la libertad, el individualismo y, consecuentemente, la desigualdad.

Las nociones liberales de libertad e individualismo pueden verse plasmadas en el enfoque de Keynes: «[...] el individualismo, si puede ser purgado de sus efectos y sus abusos es la mejor salvaguarda de la libertad personal, en el sentido de que ensancha el ejercicio de la elección personal».

¹³ *Ibidem* 8.

Los neoliberales creen que las desigualdades pueden y deben ser reducidas; aunque es preciso aclarar que su punto de vista no es igualitario, sino que «intentan» mejorar las condiciones de los que están mal, como los enfermos crónicos o los pobres.

Sus principios fundamentales de distribución son: el utilitarismo, el concepto de maximizar de Rawls, estándares mínimos e igualdad de oportunidades.

Utilitarismo. Consideran equitativa una distribución si se maximiza la suma de las utilidades individuales. Consideran como básico el principio de «mayor felicidad para el mayor número»; sin embargo, no tienen en cuenta las características de los individuos que se comparan, ni la distribución interpersonal que se esconde en la maximización de la suma de utilidades individuales, por lo que lo considero un principio poco atractivo como noción de equidad o justicia.

Maximizar, según Rawls. El principio del maximizar de Rawls enfatiza en la condición individual, y más concretamente en la de aquellos miembros de la sociedad que están peor. En su *Teoría de la justicia*, de 1971, Rawls plantea que si los individuos tuviesen que escoger principios de justicia tras un «velo de ignorancia» que les impidiese conocer cuál sería su propia posición en la sociedad, no buscarían maximizar la utilidad total, sino intentarían protegerse contra la peor de las posibilidades, y propugnarían que la distribución de la riqueza se hiciera de modo que maximizara el bienestar de los más desfavorecidos. A pesar de que el principio de maximizar parece que pudiera conducir en algún sentido a la distribución igualitaria, el propio autor advierte que bajo este se pueden albergar grandes desigualdades, pues la equidad mejora si mejora la situación de los que están peor, sin impedir que la situación de los más favorecidos mejore aún más.

Estándares mínimos. Aboga por el establecimiento de un fondo de seguridad para garantizar que nadie caiga por debajo de mínimos que repugnarían a la conciencia social. Pero, por encima de estos mínimos, los individuos han de ser libres para procurarse todos los bienes o servicios adicionales que quieran y puedan comprar, siempre que lo poseído se haya adquirido legítimamente (principio de habilitación de Nozick). El punto clave de este principio es que para hacerlo operativo se requiere de un juicio de valor que defina lo que se entiende por mínimo digno, y sus proponentes son muy reacios a hacerlo.

Igualdad de oportunidades. Los defensores de este principio se basan en la bondad del mecanismo de reparto, y justifican la equidad del resultado aduciendo que surge un proceso equitativo mediante el cual se intenta asegurar que todos entran en la competición (de la vida) con igualdad de oportunidades. Este principio goza de un alto grado de consenso, y la discusión se centra más bien en si llevado a sus últimas consecuencias implica o no la necesidad de medidas de «discriminación positiva». Como los puntos de partida pueden ser bastante desiguales, dichas medidas pueden ser necesarias para compensar las diferencias entre otros aspectos, ajenos al objeto del reparto en sí.

Socialdemócratas

El término socialdemocracia, en la bibliografía revisada, se halla enmarcado en el área de la revisión del marxismo hecha por Edward Bernstein, a comienzos del siglo xx.

Existen varias escuelas dentro de la socialdemocracia que enfocan tres elementos dentro de su base ética: libertad, camaradería e igualdad.

La concepción de libertad es más amplia que la mantenida por los dos grupos explicados anteriormente. Se extiende más allá del simple ejercicio de la elección individual y abarca también la seguridad económica para los individuos. Por tanto, si hay desigualdades grandes de recursos o de poder económico, algunos individuos serán siervos de otros y, como tal, la libertad no puede existir.

Representan la camaradería como un término no claramente definido, pero evocan elementos de cooperación y participación, en lugar de elementos de competencia o actuaciones individuales. También enfatizan el papel de los deberes y el bien común, en vez de los derechos o deseos individuales.

El elemento fundamental que pronuncian es la igualdad, aunque algunos autores plantean que no disponen de una forma precisa para definirla.¹⁴

Su principio básico es el igualitarismo donde priman los aspectos de distribución. Si tenemos en cuenta que su objetivo es eliminar desigualdades, las nociones clave que tratan son igualdad de recursos e igualdad de bienestar, aunque una no implica la otra.

Marxistas

Entre los estudiosos de la concepción marxista de la justicia social, la categoría equidad no ha sido suficientemente desarrollada hasta el momento. Algunos autores expresan que los planteamientos marxistas defienden el principio de distribución de acuerdo con las necesidades y ponen acento en su solución como una vía de acceso equitativo a la salud y a la asistencia sanitaria.¹⁵ Se hace evidente la necesidad de profundizar en la visión marxista acerca del tema.

Objetivos de equidad en la política sanitaria

Los enfoques igualitaristas y neoliberales dan lugar a diferentes sistemas sanitarios. El enfoque igualitarista desencadena un sistema sanitario predominantemente público, y el enfoque neoliberal expresa un sistema privado en esencia.

En la mayoría de los países, la sanidad es prestada y financiada por una combinación de sistemas con rasgos de ambas ideologías.

¹⁴ *Ibidem* 8.

¹⁵ *Ibidem* 5.

Las definiciones de equidad asociadas a los principios de distribución neoliberales son los siguientes: criterios de estándares mínimos, equidad según elección, maximización de los años de vida ajustados por calidad (AVAC).

Criterios de estándares mínimos. Es la aplicación directa de la filosofía de los estándares mínimos. Por ejemplo, en la actualidad es el principio que propugna el Banco Mundial para los países subdesarrollados. Consiste en definir un paquete mínimo que sería gratuito e incluye inmunizaciones, provisión de agua potable y parto con asistencia médica, pero el resto de los servicios se cobrarían con los llamados «*tickets moderadores*», con los cuales se financiaría el paquete mínimo, o bien se dejarían al sector privado.

Es evidente que esto da lugar a desigualdades, y en este sentido es inequitativo, pero lo justifican planteando que es una vía para alcanzar un mayor grado de «desigualdad justa» y asumen el principio de Rawls del término.

En este sentido, plantean que en los países donde se garantiza un estándar mínimo y el sistema privado es libre y extenso, uno encuentra más desigualdad, pero, al mismo tiempo, los pobres están mejor que en los países donde el sector privado es menor.

Equidad según elección. Este enfoque, desarrollado por Le Grand plantea que «no pertenece a ningún punto de vista ideológico» y que es un «enfoque de consenso» que debería aceptar la sociedad.¹⁶ Este enfoque hace un fuerte énfasis en el individualismo y en la aceptación de una situación como equitativa si se deriva de circunstancias fuera del control del individuo.

La posición central de este enfoque se establece como sigue: si la enfermedad de un individuo resulta de factores que están fuera de su control, entonces la situación no es equitativa; si resulta de factores que están dentro de su control, entonces la situación es equitativa.

Estos planteamientos son susceptibles a gran número de críticas: ¿dónde está plasmada la aceptación de su definición de equidad para que sea un «enfoque de consenso»?; ¿por qué plantea que no tiene ningún punto de vista ideológico político? Sus planteamientos son individualistas y señalan, además, que las decisiones no las deben tomar los profesionales sanitarios, ¿a quién se las dejan?

La crítica fundamental a este enfoque resulta de la dificultad para juzgar hasta qué punto algunos factores caen o no bajo el control de los individuos.

Maximización de los años de vida ajustados por calidad. Los economistas de la Universidad de York –una de las escuelas más avanzadas en la actualidad en economía de la salud– han sugerido maximizar los años de vida ajustados por calidad, sobre la base de que este elemento puede abarcar los aspectos de distribución de la política sanitaria y, por implicación, se puede considerar como un principio de equidad.

¹⁶ *Ibíd.* 8.

La maximización de los AVAC se deriva del enfoque de la externalidad del cuidado, puesto que incorpora aspectos clave sugeridos por ese enfoque: el *status* de salud como el foco de la preocupación, en tanto es más bien un objetivo absoluto que relativo.

La salud de un individuo se mide en términos de años de vida ajustados por calidad, y la salud de la comunidad se maximiza maximizando la suma total del AVAC.¹⁷ El número de AVAC de un individuo se calcula mediante una tabla de probabilidades, ponderando cada año de vida que le resta, por la calidad de vida esperada en cada uno de esos años. Este número es el mismo para todos los individuos en el mismo estado de salud.

Según Wagstaff, se podría interpretar que, puesto que cada AVAC tiene el mismo valor para todo el mundo, utilizar este criterio como guía para la asignación de recursos sanitarios entre individuos sería automáticamente equitativo,¹⁸ con independencia del grado de desigualdad en la distribución de los recursos resultantes, y el tipo de persona que saliera peor parada.

Por esta causa, a dicho enfoque se le acusa de recordar demasiado al utilitarismo, dado el énfasis en la maximización, en lugar de la distribución interpersonal.

También tiene elementos —que son rechazados por los igualitaristas—, como el hecho de excluir pacientes o grupos de pacientes con escasa o nula capacidad «objetiva» de beneficiarse del tratamiento determinado.

La maximización del AVAC es un asunto controvertido entre los profesionales de la salud e incluso entre los economistas. En particular, se argumenta que un enfoque de maximización ignora los aspectos de distribución de los sistemas públicos sanitarios, como el sistema nacional de salud.

El desarrollo teórico de un principio de equidad basado en los años de vida ajustados por calidad, requiere mucho más que remitir su forma precisa a los que elaboran las políticas. Se debe demostrar, de forma general, que una maximización promediada de los AVAC provocaría resultados armoniosos con las preocupaciones sobre la equidad, y que los resultados no apetecidos son un hecho significativo. Pero, incluso, aunque se consiguiera esto, será inevitable mantener dudas sobre la deseabilidad del enfoque, porque se requiere mucha información, lo que es irreconciliable con el criterio obvio de que un principio deberá requerir poca información.

También se discute acerca de que la maximización de los AVAC conduciría a una excesiva utilización de los procedimientos médicos, en detrimento de otras actividades de la salud. Por otra parte, tenderían a ser infraconsideradas las desigualdades generales, fuera de la atención sanitaria, a menos que hubiera oportunidades para una compensación dentro de ellas.

¹⁷ A. Mills. «Health Economics for Developing Countries: A Survival Kit.» Reino Unido, Evaluation and Planning Centre for Health Care, 1988.

¹⁸ A. Wagstaff *et al.* *Equidad en la financiación de la asistencia sanitaria.* S/I, s/f: 84-112.

Las definiciones de equidad desarrolladas por los economistas de la salud desde la óptica igualitarista son: tratamiento igual para necesidades iguales, igualdad de acceso, igualdad de salud.

Tratamiento igual para necesidades iguales. Exige que las personas con igual necesidad de atención sanitaria reciban el mismo tratamiento, con independencia de todas las características personales, irrelevantes para la necesidad, como capacidad de pago, edad, sexo, raza, lugar de residencia, u otras.

Ahora bien, la interpretación de esta definición en la práctica tiene bastantes dificultades: ¿cómo se define la necesidad?; ¿cuál es el nivel de salud deseado de un individuo?; si no existe ningún tratamiento adecuado, ¿podemos seguir diciendo que existe necesidad en el sentido de que es posible mejorar el estado de salud?; determinar si un individuo tiene más necesidad que otro requiere disponer en alguna medida de la necesidad, ¿cómo hacerlo? Los inconvenientes no son menores a la hora de concretar qué se quiere decir con «tratamiento»: ¿se refiere a la cantidad de cuidado médico, a los gastos en ese cuidado médico o al valor asignado al tratamiento? y, en este caso, ¿al objetivo o al subjetivo?

El principio explicado con anterioridad, tratamiento igual para los iguales (equidad horizontal), que se exige desde el lado de la prestación de los servicios, se convierte en tratamiento desigual para los desiguales (equidad vertical) desde el lado de la financiación, e implica que la contribución a la financiación sea inversamente proporcional a los ingresos.

Igualdad de acceso. La igualdad de acceso debe interpretarse como igualación de los costos en que han de incurrir los pacientes para obtener atención médica de una determinada calidad, ya sea el precio del servicio, los costos de transporte o el costo en tiempo.¹⁹

Plantea, además, que la igualdad de acceso no garantiza la igualdad de tratamiento para igual necesidad, pues la primera es solamente un fenómeno de la oferta y la segunda resulta de la interacción entre la oferta y la demanda, y, por tanto, influye el comportamiento del consumidor (paciente).

Aunque esta distinción es útil, en ocasiones se plantea que la interpretación correcta del término «acceso» en las declaraciones de políticas sanitarias es la de «recibimiento de tratamiento». Por último, la legislación sanitaria de la mayoría de los países europeos expresa sus objetivos de equidad en términos de «igualdad de acceso».

Igualdad de salud. Se plantea que este enfoque ha recibido poca atención. Este elemento resulta sorprendente, si se tiene en cuenta la preocupación por una distribución específica de los servicios, que debería tener sus raíces en una preocupación vital acerca de la salud de los individuos.

La respuesta es que al propugnar una distribución equitativa del tratamiento de acuerdo con la necesidad, se está estableciendo un nexo directo entre

¹⁹ *Ibidem* 8.

la atención médica recibida y la mejora en la salud. El objetivo de igualar el tratamiento equivaldría entonces al de igualar la salud. No obstante, esto abre la cuestión acerca de la redistribución de los demás bienes que también tienen una influencia directa en la salud, por ejemplo, la educación.

Experiencias de algunos países para el enfoque de la categoría equidad

España. La mayoría de los trabajos españoles revisados que contemplan el tema de la equidad se enfocan hacia la equidad geográfica. Entre los elementos que llaman la atención en este sentido se encuentran los trabajos de Elola y otros autores,²⁰ cuyos resultados arrojan que la media nacional del gasto en asistencia sanitaria pública por persona protegida presentan valores extremos entre diferentes comunidades autónomas.

También son tratados los temas de la equidad interpersonal. Se estima la distribución del gasto sanitario público por niveles de renta, y se llega a la conclusión que este era redistributivo, pues tanto medido en términos de gasto por hogar, como a partir de un porcentaje de la renta disponible, los hogares con menores ingresos eran los más favorecidos.

Otra investigación importante destaca que los más pobres reciben más tratamiento medidos por la cuantía del gasto sanitario absorbido;²¹ este es inferior a su necesidad, medida por diversos indicadores como prevalencia de enfermedades crónicas, percepción subjetiva de la salud y otras. La inequidad consiste no tanto en el número de unidades de atención recibida, como en su calidad, medida por el grado de especialización de estas.

Región de las Américas. América Latina exhibe escasos logros en materia social durante los últimos veinte años, se reflexiona sobre el camino que aún falta por recorrer y se sostiene que la crisis de estos años estimuló tendencias contrarias a la equidad.

Son numerosos los elementos que influyen en las afectaciones en la equidad en salud y en la asistencia sanitaria, como las afectaciones en las principales tendencias en el empleo, la oferta de trabajo y la estructura del empleo y los ingresos laborales, así como el incremento de la pobreza, entre otros. Todos estos elementos se reflejan en un deterioro de las condiciones sociales y económicas de la infancia, la niñez, la juventud y los adultos.²²

²⁰ J. Elola. «Asistencia sanitaria pública en España. Gasto y cobertura.» *Jornadas de Equidad y Salud*. Madrid, 1988: 299; M. Rodríguez *et al.* «Análisis de la (in)equidad en la financiación y la provisión de los servicios en el sistema sanitario español.» Tomado de *Economía de la Salud*. V Promoción [Maestría de Economía de la Salud]. Barcelona, 1993-1994.

²¹ *Ibidem* 5.

²² OPS. *Los servicios de salud de las Américas. Análisis de indicadores básicos*. Washington, D.C., 1988. [Cuaderno Técnico, 14]

También en América Latina el debate sobre la equidad ha sido reflejado en numerosos eventos y por diferentes autores.²³

Uno de los textos más interesantes en relación con el tema fue publicado por la OPS.²⁴ En este trabajo se miden las desigualdades en salud a partir de la comparación de un «índice de necesidad de salud». Para la elaboración de este índice se seleccionaron 20 indicadores de cinco categorías socioeconómicas y de salud. Estas categorías incluyen 5 indicadores demográficos, 4 indicadores del estado de salud, 4 indicadores de cobertura de salud, 4 indicadores de los recursos de los servicios de salud y 3 indicadores económicos del gasto en salud.

Definidos los 20 indicadores, se procedió a la selección del método estadístico que permitiera la integración de estos indicadores en el índice de necesidad en salud y, consecuentemente, se pudiera calcular el grado de desigualdad y necesidad en salud de los distintos países de América. Es pertinente destacar que no existe una forma única de medir grados de necesidad en salud, ni tampoco hay acuerdo en el tipo específico de indicadores o los procedimientos estadísticos que deban utilizarse. El grado de desagregación de la información efectuó por países.

No se incluyeron en el análisis los siguientes países: Uruguay, Puerto Rico, Cuba, Anguila, Bermudas, Martinica, Guyana Francesa y Antillas Neerlandesas, por no contar con la información necesaria. Los 35 países incluidos fueron clasificados en cuatro niveles de desigualdad y necesidad en salud: muy alta, alta, media y baja.

Para la interpretación de los grados de necesidad en salud encontrada en los valores del índice, se tiene una relación opuesta, es decir a menor valor del índice mayor necesidad, y a mayor valor del índice menor necesidad. El rango mayor del índice fluctúa de -1,99, en el caso de Haití, hasta 2,79, valor que correspondió a los Estados Unidos. Este rango permitió dividir a los 35 países integrantes en cuatro estratos: los de necesidad en salud muy alta, con valores de -0,9 y menos; los de necesidad alta, de -0,01 a -0,08; los de necesidad media, de 0,0 a 0,9; y los de necesidad baja de 1,0 y más. De los 35 países considerados, 6 (el 17 %) se ubicaron en el estrato de necesidad en salud muy alta; 12 (el 34%) presentaron un nivel alto de necesidad; 14 (40%) correspondieron al nivel medio de necesidad y solo 3 (8,6%) se situaron en el grupo de baja necesidad.

De los de resultados ubicados en el estado de necesidad muy alta, tres se localizan en Centroamérica (Guatemala, Nicaragua y Honduras), dos en el Caribe Latino (Haití y República Dominicana) y uno en el área Andina (Bolivia). En el otro extremo del índice, es decir, con una necesidad baja, se destacan los Estados Unidos y Canadá en la América del Norte y Barbados en el Caribe.

²³ OPS/Ministerio de Salud de Colombia. *Promoción de la salud y equidad. Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud*. Santa Fe de Bogotá, noviembre de 1992.

²⁴ *Ibidem* 1.

Los países agrupados en el estrato de necesidad alta son: Perú, El Salvador, México, Ecuador, Belice, Paraguay, Brasil, Colombia, Jamaica, Santa Lucía, Venezuela y Guyana. En el caso del estrato de la necesidad media, se encontraban solo cuatro países de América Latina: Panamá, Costa Rica, Chile y Argentina, el resto corresponden a la subregión del Caribe de habla inglesa: Islas Vírgenes, Bahamas, Monserrate, Trinidad y Tobago, Antigua, Dominica, San Vicente, Suriname, Granada y San Cristóbal y Nevis.

Los contrastes observados en los valores del indicador de necesidad de salud confirman la existencia de grandes disparidades entre los países de las Américas. La situación que guardan los seis países ubicados en el estrato de necesidad muy baja, con respecto a los países ubicados en el nivel de baja necesidad, reflejan la gran heterogeneidad en la composición de los países de la región. Por otro lado, las necesidades muy alta y alta en salud tienden a estar distribuidas en más de la mitad de los países de la región, es decir, abarcan 18 de los 35 países estudiados.

De la misma forma, en América Latina, y en particular en el área de Centroamérica, se concentra un porcentaje elevado de países con gran necesidad de salud.

Cuba. También ha incorporado el tema de la equidad en salud en sus agendas de trabajo. La característica de estos enfoques, al igual que la de algunos países, ha sido esencialmente desde puntos de vista geográficos.

Las tendencias fundamentales para el abordaje de estos temas han estado vinculadas a los análisis de accesibilidad a servicios de salud, análisis de frecuentación de servicios, distribución equitativa de recursos, análisis de diferencias regionales en el comportamiento de los costos hospitalarios, entre otros.

Merece destacarse, entre los temas de equidad desarrollados en Cuba, el trabajo del profesor Cándido López Pardo,²⁵ de la Facultad de Economía de la Universidad de La Habana. En él se realiza un estudio comparativo de las inequidades económicas y sociales en América Latina y el Caribe a comienzos de la década de 1990. Uno de los méritos principales de este trabajo lo constituye el rigor metodológico y el poder de síntesis, al incursionar además en el enfoque económico, que hasta el momento –insisto– podemos considerar limitado en nuestra bibliografía.²⁶

²⁵ C. López. *Inequidades económicas, sociales y de salud en América Latina y el Caribe. Situación al comienzo de los '90*. 1994.

²⁶ El propio profesor Cándido López Pardo fue el tutor de la tesis doctoral del ya fallecido doctor Abelardo Ramírez Márquez sobre la cuestión de la equidad en salud en Cuba. Este trabajo, publicado póstumamente, es el estudio más completo y actual sobre el tema que se haya realizado por autores cubanos. Un resumen de las ideas esenciales de esta tesis aparece en la siguiente publicación: Abelardo Ramírez Márquez, Cándido López Pardo. «A propósito de un sistema de monitoreo de la equidad en salud en Cuba.» *Revista Cubana de Salud Pública*, abril-junio de 2005; 31 (2). También se recomienda al lector el editorial de Cándido López. «Eficacia, eficiencia y equidad en salud.» *Revista Cubana de Salud Pública*, 2004; 30 (4): 293-4; y el libro de Ernesto de la Torre, Cándido López, Miguel Márquez, José A. Gutiérrez y Francisco

Aunque no contemos con trabajos titulados bajo la categoría equidad, considero que este tema no deja de constituir un elemento en nuestra labor cotidiana. En primer lugar, porque esa categoría, al igual que eficiencia y calidad, es prioritaria en la búsqueda de resultados epidemiológicos eficientes con la máxima satisfacción de los usuarios.

Por otra parte, considero que desde hace más de una década existe una creciente preocupación en nuestro país por el desarrollo de trabajos mucho más profundos vinculados al tema equidad, como son las evaluaciones económicas.²⁷

Rojas. *Salud para todos, si es posible*. La Habana, Sociedad Cubana de Salud Pública, Sección de Medicina Social, 2004. (Nota del editor científico.)

²⁷ J. Rovira. «Equidad en salud y asistencia sanitaria» [material docente]. Universidad de Barcelona, 1993-1994; A.M. Gálvez. «Evaluación económica en salud. Introducción.» Taller Nacional sobre Estrategia de Desarrollo de la Economía de la Salud en Cuba. Santiago de Cuba, noviembre de 1994.

Una reflexión marxista de la categoría justicia a través del desarrollo histórico-social

Julia García Capote, Dámaso Gómez Plasencia y Juan Dávila Pérez



Tanto en el pasado como en el presente hubo y hay escuelas y tendencias del pensamiento filosófico que no reconocían, y aún hoy eluden al hombre como problema filosófico.

El problema del hombre puede incluirse entre los que no envejecen. Con independencia de la suerte que corra la problemática humana en un determinado período, ya sea en manos o bajo la óptica de ciertas escuelas y corrientes filosóficas, la filosofía no queda impasible ante el hombre.

Humanismo y justicia

La filosofía, surgida en la antigüedad, después de haber descrito una enorme espiral en su desarrollo, enriquecida durante el camino recorrido, retornó al hombre. Esto es lógico, porque precisamente la filosofía es, a fin de cuentas, una reflexión en torno a los problemas vitales del hombre, en torno al hombre mismo. ¿Cómo fundamentar esto?

La filosofía, al promover la interpretación general del mundo, sienta con ello las bases para la explicación del fenómeno hombre, la identificación de su esencia y el lugar que ocupa, el sentido de su vida. Así, el hecho de que el conocimiento filosófico actúe como autoconocimiento permite considerar a la filosofía como una reflexión acerca del hombre. El interés actual en la problemática humana no es

casual, sino tan solo se ha revitalizado. Antes del surgimiento del marxismo a mediados del siglo XIX, la burguesía, en su lucha contra la estructura feudal del medioevo desarrolló un movimiento progresista. Este movimiento, que incluiría la exaltación de la razón frente a la fe religiosa, recibió el nombre de humanismo. Bajo esta denominación se concentra el interés por el hombre como valor supremo, el desarrollo de sus cualidades y valores, así como sus fuerzas creadoras capaces de transformar todo cuanto le rodea mediante su actividad práctica y racional.

La palabra humanismo aparece desde la antigüedad con Cicerón. En sus inicios se refería al estudio y cultivo de las artes vinculadas a la cultura antigua. Más tarde, el humanismo se presentará como la tendencia que se propone efectuar el análisis del hombre como un ente natural para despojarlo del carácter sobrenatural promovido por el cristianismo. En este estilo de pensamiento, el humanismo pondrá la atención en el valor del hombre como personalidad y su derecho a la felicidad, la libertad y al libre uso de sus capacidades. Pero esta concepción y la proyección con respecto al hombre real, ha dependido de la época, de las luchas de las clases, en cada situación histórica determinada.

En el siglo XVIII se inició, por los iluministas franceses y toda la Ilustración, un movimiento progresista más avanzado. Fue por su forma una tendencia cultural que reclamaba la vuelta al virtuosismo de los clásicos de la antigüedad. Sin embargo, en lo más profundo, constituyó una protesta contra el feudalismo, una crítica severa contra el oscurantismo de la opresión de la personalidad sujeta a las trabas del fraccionamiento feudal. Todo ello se concretó en la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano. Era la época nueva dirigida por una burguesía en franco proceso revolucionario. Este documento fue el antecedente de lo que en 1948 se enunció y aprobó como Declaración Universal de los Derechos Humanos. Sin embargo, es preciso señalar que el humanismo burgués, desde su inicio, tuvo como esencia al individuo como propietario privado, como libertad de propiedad y no como persona universalmente libre. Esto constituyó su gran limitación histórica. Es insoslayable que «libertad» y «justicia» son dos términos que, en la problemática del hombre, deben comprenderse vinculados e interdependientes uno del otro.

¿Cómo entender la justicia? ¿Es posible despojarnos del análisis de esta en el decursar histórico-social? Lo consideramos imposible, por cuanto limitaría la objetividad del análisis. El significado de justicia, aplicado a cada individuo en la sociedad humana, ha sido objeto de numerosas disquisiciones. La idea de justicia surgió del intercambio, al aplicarse no solo a las cosas, sino también a las personas en cuanto compensación por un daño inferido, sobre todo a un daño físico.¹

¹ J. Ferrater Mora. *Diccionario de filosofía*. 3ra. ed. Buenos Aires, Editorial Sudamericana, 1951: 511.

Conozcamos también cómo Perelman señala que la justicia –entendida como lo justo para cada individuo respecto a la sociedad– puede conducir a seis tipos de afirmaciones: 1) a cada uno lo mismo; 2) a cada uno según sus méritos; 3) a cada uno según sus obras; 4) a cada uno según sus necesidades; 5) a cada uno según su rango; 6) a cada uno según lo atribuido por la ley.²

No obstante tener una connotación diferente la una de la otra, hay un elemento común a todas estas caracterizaciones, y es el hecho de mostrarnos la justicia como un «principio de acción según el cual los individuos de una misma categoría esencial deben ser tratados de igual modo».

Es preciso tener en cuenta que toda conceptualización tiene que ser analizada en el marco histórico donde se desarrolla, pues cada época histórica aportará necesariamente formas de pensar diferentes, si partimos de la esencia de la concepción materialista de la historia. A manera de fundamentación de lo expuesto, tengamos en cuenta que la concepción de justicia más generalizada en la cultura occidental emana, en gran medida, de la teoría ética de Tomás de Aquino y del Renacimiento tomista de los siglos XVI y XVII, la que, como sabemos, es un producto de la interacción de tres vertientes: la filosofía griega, la religión judeo-cristiana y el derecho romano.³ Para los griegos, por ejemplo, la justicia era una manera de aplacar los excesos crecientes provocados por el crecimiento continuo e inevitable de una desigualdad; una forma de restablecer una supuesta igualdad originaria.

Este enfoque lleva a la idea general de lo justo como lo perteneciente en verdad a cada individuo, lo que da a cada quien lo que por derecho le pertenece. Lo opuesto a la justicia sería lo injusto, visto como lo desmesurado. Platón le adjudicó a Simónides la definición de justicia como «dar a cada uno lo que le conviene». Para este filósofo, la justicia logra el orden entre las tres clases de ciudadanos: filósofos, militares y trabajadores, y llama a cada cual a «hacer lo que le conviene». Concibe una justicia «pura y absoluta», con un carácter general, considerada como una de las virtudes cardinales, pero tenida también como una de las maneras de sumar cada cosa individual a la idea del bien.⁴

Aristóteles establece un hito en su análisis de la justicia como algo virtual. Divide la noción de justicia en la forma de distribución: «distribución de honores, de fortuna y de todas las ventajas alcanzadas, distribución a cada persona de lo que le corresponde según su mérito», y la conmutativa, como regulación de las actividades de unos ciudadanos con otros, tanto voluntarios como involuntarios.⁵

² *Ibidem*.

³ E. Brummer. «La justicia.» En M. Vidal. *Mural de actitudes. Moral socialista*. 3ra. ed. Madrid, Editorial PS, 1980, t. III: 80; J. Castán. *La idea de justicia*. En M. Vidal. Ob. cit.: 34-73.

⁴ Platón. *La República*. I. Leyes IV (1, 3).

⁵ Aristóteles. *Ética a Nicómaco*. V.

En el derecho romano aparece ya otra definición de justicia, de gran influencia en la cultura occidental. Se le debe a Ulpiano, quien la conceptualiza como «la constante y perpetua voluntad de dar a cada cual lo suyo».⁶

Para los antiguos judíos e israelitas, la justicia, además de «dar a cada cual lo suyo», significaba la totalidad de los deberes «civiles» del hombre. Hay, a nuestro entender, un acercamiento a las actuales ideas de santidad, piedad, integridad, pecado, maldad, lo que se identifica con la idea de completa inocencia.

Tomás de Aquino y el Renacimiento tomista de los siglos XVI y XVII, introducen la reflexión aristotélica y el derecho romano en la corriente del pensamiento cristiano.⁷ Su visión de la justicia fue la vivida por la cristiandad europea hasta el Renacimiento: «[...] justicia es el hábito según el cual uno, con constante y perpetua voluntad, da a cada cual su derecho».⁸ Se destacó Tomás de Aquino en lo considerado por algunos estudiosos como la más perfecta definición de justicia dentro de la ornamentación filosófica, donde se funden armónicamente lo mejor de la concepción aristotélica y de la concepción romana. Del primero, la disposición habitual, firme y constante de la voluntad; de la última, el derecho como objeto preciso de la justicia.⁹

Los tratados *De iustitia et iure*, todos nacidos de la misma fuente tomista, cada uno con sus peculiaridades, tuvieron un predominio de la justicia conmutativa. Ello significa que circunscriben la ética social a una moral de intercambio. Esto supone una opción individualista en el planteamiento y solución de los problemas ético-sociales. Además, justifican el orden social existente al asumir, por tanto, posturas reaccionarias cuando defienden, por ejemplo, la esclavitud.

En la época moderna, el concepto de justicia, como categoría ética, se bifurca en tres cuestiones esenciales: noción, elementos que la integran y área de acción que abarca.

En cuanto a la noción de justicia que prevalece es la sustentada por Simónides: «dar a cada cual lo suyo».

Según el objeto propio de la justicia, esta se compone de tres elementos: la alternatividad: las relaciones de justicia son siempre bilaterales; la exigencia: debe ser estricta, la justicia siempre está referida a algo debido a otro, es decir, lo que hay que dar a otro por ser suyo; y la igualdad: debe ser objetiva, independiente de apreciación o estimación subjetiva.

En lo referente al campo o área de acción que abarca, se distinguen tres tipos: conmutativa, distributiva, y general, legal o social. Veamos cada una de ellas.

Conmutativa. Regula las interrelaciones entre personas o grupos considerados particularmente como distintos e iguales. La exigencia es de equivalencia

⁶ I. Digesto. «Instituciones de Justiniano.» En M. Vidal. Ob. cit.: 91.

⁷ H. Haag, A. Van der Boorg. *Diccionario de la Biblia*. Barcelona, Editorial Herder, 1987.

⁸ Santo Tomás de Aquino. *Suma teológica*. II-II, s/f: 57-122.

⁹ R.A. González. «Meditación sobre la justicia.» En M. Vidal. Ob. cit.: 28.

absoluta, sobre la base de datos objetivos, procedentes de obligaciones contractuales u operaciones de cambio (compraventa, trabajo, u otros).

Distributiva. Está dirigida a repartir proporcionalmente los beneficios y cargas de la sociedad entre sus miembros (cargos oficiales, beneficios y seguridad social, subsidios o escuelas, hospitales u otros). El sujeto pasivo es el individuo; el sujeto activo es la comunidad por medio de sus órganos oficiales.

General, legal o social. Su objetivo es el bien común, al que ha de contribuir cada miembro de la sociedad con una medida de proporcionalidad (relaciones de los miembros de la sociedad con la sociedad misma).

Vemos, pues, que la justicia se mueve dentro de dos campos bien importantes de la realidad humana: la jurídica y la ética.

Ya a partir de la época moderna, hasta la actualidad, la filosofía y el derecho como ciencias han interpretado la justicia bajo distintas concepciones éticas y jurídicas, en correspondencia con cada época histórico-concreta del desarrollo social a lo largo de grandes transformaciones.

En lo económico-político, cabe señalar la desintegración de la sociedad feudal, la consolidación de la monarquía y la expansión del colonialismo en África, Asia y América Latina; la aparición de los Estados burgueses en Europa y, posteriormente, su expansión a los territorios coloniales; la aparición del neocolonialismo, como resultado de la independencia política de esas colonias y el mantenimiento en ellas de la dependencia económica a las ex metrópolis; la expansión vertiginosa del capitalismo y sus crisis económicas cíclicas, que agudizan cada vez más la polarización de la miseria, el desamparo, con el hambre en un extremo y el hegemonismo y la riqueza en el otro. Y en lo ideológico, dos tendencias filosóficas muy definidas: de un lado, diferentes corrientes idealistas tendentes a tratar de fortalecer el sistema capitalista y destruir todo tipo de corriente o doctrina progresista; por otro lado, la ideología del marxismo, elaborada a mediados del siglo XIX, y confirmada en la práctica por distintos Estados, entre ellos Cuba.

Es preciso retomar que el humanismo burgués, el cual, como ya señalamos, alcanzó su florecimiento en el siglo XVIII, tuvo su expresión más acabada en la Revolución francesa de 1789, al enarbolar las banderas de igualdad (dígase justicia), libertad, y fraternidad. No obstante, en las mejores referencias del humanismo burgués, este no hace alusión a las condiciones materiales de vida de los trabajadores, pasa por alto el problema de su libertad real, y fundamenta sus ideales en la propiedad privada y el individualismo. La justicia, en su concepción ético-filosófica, queda totalmente ahogada, por no querer parecer absolutos y decir que se omite. Los derechos del hombre, su realización real plena en la práctica social de la burguesía y sus derechos económicos y políticos, se han visto constantemente violentados.

El humanismo real, identificado a su vez como humanismo marxista, tiene como esencia la concepción materialista de la historia y el reconocimiento del hombre como producto social, así como la creación de un paradigma o modelo para la plenitud

humana. Es aquí donde la justicia en la acepción ético-moral regresa al hombre, es asumida por este y utilizada en el ejercicio de su autorreproducción plena.

Justicia y equidad en salud

James F. Drane¹⁰ realizó un registro de teorías que por su vigencia entendemos oportuno resumir a continuación y, a la vez, hacer algunos comentarios desde nuestra óptica.

En la actualidad, las teorías sobre un problema no resuelto como la justicia social emulan y se contraponen en busca de argumentos teóricos más prácticos, y abandonan la teoría abstracta convencional de «dar a cada cual lo suyo».

Teorías libertarias. En ellas se reduce la justicia a «autonomía y libertad». Si la libertad económica está garantizada hay justicia. Libertad económica que en el libre mercado debe materializar la distribución que crea desigualdades, lo cual es considerado injusto. En el plano de los servicios de salud, que de hecho para el sistema que prefieren, el «seguro médico, está en el mercado donde cada cual puede comprar la atención que quiere y puede», universalmente se puede considerar injusto. Esta teoría defiende una justicia clasista: los que tienen ingresos altos tendrán muchos bienes y servicios; los de escasos ingresos, lo inverso. No es el mercado la vía de justicia, porque lo que cada persona pueda obtener en él, depende de sus ingresos; tenemos que ir necesariamente a las relaciones económicas de propiedad y las políticas económicas garantes de empleos que devengan en ingresos necesarios para obtener bienes y servicios necesarios. Esta teoría es tan imprecisa como la «abstracta universal». ¿Qué es lo suyo? ¿Qué es libertad? De acuerdo con el estatus social, así encontrarás un significado a estas interrogantes.

Teorías igualitarias. Para estas teorías, justicia es esencialmente «igualdad». Cuando a los que más lo necesitan se les asignan recursos para disminuir la desigualdad se hace justicia, argumentan. Los más necesitados están potenciados por el llamado «sorteo natural y social», lo que se debe tener en cuenta al beneficiar con bienes o servicios o imponer cargos, por ser los más necesitados. Consideran un «problema ético» determinar en qué cuantía y cómo contener los costos que para la sociedad, el Estado, representan los gastos, como los de salud y defensa que parecen no ser nunca suficientes. A diferencia de los libertarios, no ven en el mercado la solución a la distribución. Consideran que los recursos escasos deben asignarse a los más necesitados. Por sus argumentos podemos inferir una igualdad en la medida de lo posible, ya que, como las teorías anteriores, no hacen referencia a las relaciones económicas, que pueden hacer socialmente iguales o diferentes a la mayor parte de la población, y al aceptar el llamado sorteo natural resuelven en gran medida el social.

¹⁰ J.F. Drane. «Comentarios-cuestiones de justicia en la prestación de los servicios de la salud.» *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, mayo-junio de 1990; 108 (5-6).

Teorías que sostienen el principio dual de libertad e igualdad. Para sus partidarios, la justicia está dada por la «libertad y equidad». Sostienen que por «autoestima», los hombres bajo un estado de ignorancia del estatus que les corresponde en la sociedad, si pueden decidir elegir principios, optarían por el de la libertad, que en condiciones de razón no debe ser cambiado por ningún bien material.

Reconocen que por el «sorteo natural y social se crean desigualdades», por lo que al buscar igualdad, habría que minimizarlas. Aceptan la diferencia solo para determinar a quién tienen que ayudar más. Uno de los filósofos que aplica estos criterios a los servicios médicos, Norman Daniels, plantea: «[...] cuando existen necesidades de salud, no se deben encontrar obstáculos financieros, geográficos, raciales ni sexuales para el acceso inicial a estos servicios».¹¹ Como teoría sirve de apoyo a políticas humanitarias y, como argumento, a muchos sistemas. El problema está en crear la sociedad donde sus miembros, sin ese «velo de ignorancia» puedan elegir los principios que normen su vida y la de la sociedad en la que viven. En el mundo moderno, si preguntáramos a los más ricos, optarían por la libertad burguesa, pero nunca por la igualdad.

Teorías utilitarias. Rechazan el carácter deontológico que tienen las anteriores teorías, por considerar que la justicia no puede estar sujeta a principios. Para ellos la justicia es «utilidad»: hacer bien a un mayor número de personas; toda acción tiene que tener efectos deseados, evitar que ocurran males; es necesario encontrar el equilibrio entre los grupos opuestos; es necesario cuantificar los beneficios y los costos en relación con la mayor parte de la población, al maximizar a los primeros y minimizar a los segundos. Estas teorías comparten criterios igualitaristas por la superioridad moral del altruismo. En el plano de la salud, los utilitaristas lo condicionan a una cuidadosa determinación del equilibrio de costos y beneficios. Esta teoría, que niega los principios por considerarlos no aplicables prácticamente en justicia, tiene como punto de partida las exigencias financieras y presiones políticas.

¿Cómo lograr equilibrio entre grupos? El dolor, el sufrimiento, ¿son cuantificables? Uno de los representantes de estas teorías, Beauchamp, plantea una explicación que no requiere comentarios: «[...] las cuestiones principales del derecho a la salud y a la atención de la salud se centra en la posibilidad de justificar los gastos sociales, más que en alguna noción de derechos naturales, inalienables o preexistentes».¹²

Teorías socialistas. La teoría de Carlos Marx y Federico Engels parte de un hombre concreto y real, portador de relaciones sociales y mediatizado por ellas. El *Manifiesto comunista* (1848) señalaba los derechos del hombre: trabajo, vivienda, educación, salud. Pero para ello era necesario cambiar el orden social, las relaciones de producción, la base económica, para transitar, mediante la lucha de clases, a una sociedad basada en la propiedad social sobre los medios fundamentales de

¹¹ *Ibidem.*

¹² *Ibidem.*

producción, punto de partida para proyectos sociales que pudieran realmente hacer justicia. Fundamentó qué clase podía asumir esta tarea: el proletariado, con un nuevo tipo de Estado y nuevas formas distributivas, «de acuerdo al trabajo» en la primera fase, «de acuerdo a las necesidades» en la sociedad comunista. Estas verdades se eluden por las teorías modernas con otros compromisos sociales.

A partir de una óptica marxista queremos reflexionar: hoy el discurso político, filosófico, ético, tiene como característica universal la «declaración», la denuncia, pero la mayor parte de los eventos y escenarios carecen de compromisos y acciones consecuentes con la declaración. El desarrollo desigual del capitalismo profundiza cada vez más las diferencias sociales entre las clases; de un lado, los propietarios de los medios de producción; y del otro, los desposeídos, obligados a vender su fuerza de trabajo, aunque con mejores condiciones de vida en los países desarrollados.

Las contradicciones económicas tienen su reflejo en la política, la justicia, la ética, la moral. Estas concepciones, como sistema de ideas, reflejan relaciones materiales concretas, objetivas, a las cuales están sometidos los hombres en su actuación, por lo que son portadores de los valores que en ellos van formándose a partir del proceso cognoscitivo.

No es ocioso señalar que en correspondencia con ese condicionamiento objetivo, de clase social, se formen valores diferentes. La conciencia jurídica de las clases propietarias de los medios de producción no puede ser igual que la de las clases desposeídas. Lo justo para unos no lo es para otros. Un sistema de ideas jurídicas prevalece, se conforma como derecho, como ley; es la que sanciona el Estado, la que lo institucionaliza todo, la que aplasta las ideas y acciones discrepantes. Hasta hoy el mundo capitalista no conoce que los tratados de derecho de cada nación sean esencialmente expresión de la conciencia jurídica de las clases desposeídas, trabajadoras. Solo existe un derecho, una justicia, las de las clases dominantes económicamente: «El derecho es la voluntad de la clase dominante erigida en ley.»¹³

Las conquistas que las clases trabajadoras de algunos países logran en el orden jurídico, como expresión de la lucha sindical, de voluntades políticas, entre otras acciones, no afectan en esencia el derecho burgués y no pasan de ser paliativos para los beneficiarios.

A partir de este análisis, podemos considerar válidas, funcionales y aplicables o no las declaraciones y denuncias que con frecuencia aparecen en eventos de organismos internacionales, regionales y programas gubernamentales. Solo les asiste un valor: lo dicen.

Desde que la Declaración Universal de los Derechos del Hombre y el Ciudadano hace más de dos siglos proclamó los ideales de igualdad, libertad y fraternidad hasta hoy, el desarrollo ha llevado al hombre hasta el cosmos. ¿Por qué existe entonces tanta desigualdad, tanta carencia de libertad?

¹³ C. Marx, F. Engels. «Manifiesto del Partido Comunista.» En *Obras escogidas*. T. I. S/e, s/f.

Hace casi sesenta años, en 1948, fue aprobada por la Asamblea General de la ONU la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que proclama que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana y el advenimiento de un mundo en el que los seres humanos, liberados del temor y de la miseria disfrutaran de la libertad de palabra y de la libertad de creencia.

¿Cuándo llegará ese mundo «sin temor ni miseria»? El solo hecho de retomar estas ideas significa que el mundo no cumplía, no aplicaba la anterior declaración. ¿Qué ha sucedido después?

Una simple reflexión demuestra que la humanidad debe y tiene que cambiar. Que las transformaciones tienen que realizarse en beneficio del hombre, cambiando la realidad social, el orden social. ¿De qué igualdad podemos hablar hoy cuando el 20% de la población más rica consume ciento cincuenta veces más que el 20% de la más pobre?

¿De qué libertad de palabra cuando no se resuelven necesidades? «Muero», es una frase tan sencilla que no necesita proclamar libertad de palabra. Más de mil millones de personas en el mundo padecen de pobreza absoluta. ¿Qué justicia social les asiste? ¿No tienen derechos? A ellos no llega el contenido de las declaraciones proclamadas. La justicia social demandada desde antaño requiere de una justicia real para toda la sociedad, para toda la humanidad.

Se quiere medir el desarrollo por momentos técnicos dirigidos a las fuerzas productivas, mientras se ignoran las relaciones económicas de producción. Explicitan volumen de producción, técnica, ciencia, pero no el desempleo, la polarización de la riqueza y la miseria. Se habla de la sociedad, no de la estructura social de esta. En ella queda diluida la situación de cada individuo, de cada clase en lo macrosocial.

El per cápita del PIB no es un indicador objetivo de análisis para medir desarrollo social, desarrollo humano, ni justicia social, por la desigualdad en los ingresos personales y por la polarización que sufren estos ingresos, como indican los porcentajes citados. La conceptualización de desarrollo humano, presentada desde 1993 por el informe del CIDEAL para el PNUD sobre este indicador, se ajusta más a la justicia social real para todo ser humano.

El desarrollo humano es el desarrollo del pueblo, para el pueblo y por el pueblo [...] del pueblo significa invertir en capacidades humanas, sea en educación o en salud o en aptitudes, con el objetivo de que la gente pueda trabajar de forma productiva y creativa [...] para el pueblo significa asegurar que el crecimiento que genere este se reparta de modo amplio y justo [...] por el pueblo, en dar a todos una oportunidad de participar.¹⁴

¹⁴ PNUD. *Informe sobre Desarrollo Humano 1993*. Madrid, Centro de Comunicación, Investigación, Documentación entre Europa, España y América Latina. CIDEAL, 1993.

Aunque válido, debemos precisar algunos conceptos que se utilizan: por «gente», debemos entender todos los seres humanos; «amplio y justo», amplio para todos y justo no por el sistema de justicia burguesa imperante, sino bajo el significado de justicia universalmente declarado; «oportunidad de participar», ¿en qué?, entendemos en la producción, distribución y organización de este desarrollo.

La justicia social tiene también una dimensión ético-moral. Mas, a diferencia de la justicia, esta no se erige como ley. La conducta ético-moral y las relaciones morales tienen un regulador esencialmente valorativo, determinado por la opinión pública, lo socialmente aceptable, con una marcada influencia en la conducta individual. Estos valores se forman bajo la influencia de un orden social determinado, en correspondencia con las condiciones concretas de vida. Cada clase social tiene su moral, ética, sistema de valores en correspondencia con lo socialmente aceptado por sus iguales, es decir, los demás integrantes de su clase.

Hoy se habla con frecuencia de crisis de valores, aunque no siempre de crisis económica, política, del orden social, causas directas de la primera. El mundo que nos rodea está permeado de un pragmatismo desmedido, de una conducta existencialista inmediata. ¿Es que el desarrollo científico-técnico está divorciado de la previsión y de una actuación de compromiso no solo con el presente, sino con el futuro? La respuesta está precisamente en la inseguridad del presente, en los problemas actuales: ¿cómo existir?, ¿cómo mantenernos?, ¿cuánto podremos soportar?, ¿tendremos futuro?

Si una buena parte de la población mundial tiene comprometida la existencia por los problemas generados por el orden social: hambre, analfabetismo, enfermedades, y no se garantizan las necesidades más elementales, ¿podemos hablar de valores? Si los recursos naturales se agotan, malgastan, no se reponen, unido a las consecuencias que el mal uso del desarrollo tecnológico crea en la ecología, ¿qué dejaremos a las futuras generaciones?

Cuba, pequeño país del Caribe, con una población de casi 12 millones de habitantes, bloqueado, amenazado, existe porque tiene historia y hoy puede, quizás como ninguna otra nación, hablar con claridad por el derecho que nos dan nuestro proyecto social socialista, y esa historia. A partir de 1959, las políticas aplicadas en lo referente al desarrollo social transformaron toda la situación que vivía el país hasta ese momento. Los parámetros que objetivamente resumen esos resultados pueden sintetizarse del siguiente modo:

- La seguridad y asistencia social se transformaron en un sistema único e integrado, extendido a la totalidad de los trabajadores y que cubre la maternidad, riesgos laborales, enfermedad profesional común, invalidez, vejez y muerte. Las prestaciones por estos conceptos se elevaron dieciséis veces desde el triunfo de la Revolución en 1959.
- La educación universal y gratuita se extendió por todo el país. Se estructuró un sistema de escuelas, internados, seminternados y becas en todos los tipos y

niveles de enseñanza. Se llevaron a cabo campañas aceleradas en la educación de adultos y se extendieron los centros de enseñanza universitaria a todas las provincias del país.

- La salud es un derecho de todos los ciudadanos en nuestro país y sus servicios son asegurados totalmente y prestados de forma gratuita por el Estado. La atención médica incluye las técnicas y medicamentos más avanzados y complejos, que incluyen servicios especializados, como son las unidades de cuidados intensivos, los servicios de genética médica, la trasplantología, etcétera.
- La cultura y el deporte se extendieron a los lugares más recónditos del país. La prédica martiana de «Ser cultos es la única forma de ser libres», ha devenido en bandera que enarbola y sostiene cada ciudadano de este país.
- La participación de la mujer en la vida social es muy alta y no existe discriminación de raza, ni de sexo, ni de religión.
- Indiscutiblemente, el desarrollo social ha sufrido los electos de la crisis económica que abarca el Mundo. Se redujo la disponibilidad de recursos y se evidencian numerosas carencias materiales. No obstante, constituyó tarea de primer orden de la política social en la etapa, hacer frente a esta situación mediante el desarrollo de acciones encaminadas a preservar la esencia del modelo social.¹⁵
- El modelo cubano desde un inicio concibió la unidad entre el desarrollo económico y el desarrollo social y la influencia recíproca de ambos; mostró capacidad adaptativa y flexibilidad en cuanto a las líneas estratégicas de desarrollo económico cuando las condiciones lo requerían.
- Desde sus inicios, la dirección política del país fundamentó e hizo comprender el papel decisivo de la ciencia para el desarrollo económico en las condiciones de un país subdesarrollado.
- La mayoritaria participación popular ha sido un signo característico del proyecto cubano. Ello no significa que este modelo haya estado libre de insuficiencias y aspectos vulnerables. Pero la voluntad política y esa amplia participación de la población en la aprobación y ejecución de las tareas para resolver esas insuficiencias y salvar esos aspectos vulnerables ha conducido a una mayor estabilidad en la sociedad que se construye y a un ejercicio cada vez más completo de justicia social.

A más de cuarenta años de estar sometido al peor bloqueo que conoce la historia, es posible constatar que el proceso de transformaciones económicas y sociales ocurrido en Cuba ha sido intenso. Esas transformaciones han permitido iniciar un proceso de recuperación que enfrenta grandes dificultades, pero que

¹⁵ Á. Ferriol et al. *Efecto de políticas macroeconómicas y sociales sobre los niveles de pobreza. El caso de Cuba en los 90*. La Habana, Proyecto PNUDRLA, 1997.

podrán ser superadas porque existe un potencial humano capaz de enfrentarlas para preservar un modelo que ha ofrecido desarrollo y justicia social.

Es factible retomar las palabras del doctor Carlos Lage cuando señaló: « [...] El siglo XXI es el siglo de la información y del conocimiento, y la Revolución nos ha preparado para vivirlo. Hagámoslo sin renunciar a nuestras ideas de justicia, ni al sistema económico que las hace posibles.»¹⁶

El humanismo en nuestra historia está implícito en los ideales de independencia proclamados por las mentes más ilustres de nuestro país. El padre Félix Varela, exponente del ideario separatista, tuvo inquietudes filosóficas bajo la influencia del pensamiento de Descartes, Bacon o Newton. La existencia de una conciencia antiescolástica e independentista fue recogida también en las inquietudes humanistas del pensamiento de José de la Luz y Caballero y otras figuras relevantes. La más alta expresión del siglo XIX fue la personalidad universal de José Martí. Con sus ideas revolucionarias avanzadas, con su sensibilidad literaria y artística, forjó en el seno del pueblo cubano una moral humanista expresada en los ideales más profundos de libertad y justicia. Ello queda plasmado en quien constituye el más genuino continuador de su pensamiento en nuestro tiempo, Fidel Castro: « [...] Cuando liberamos al hombre de la opresión de la explotación, de la esclavización de unas determinadas condiciones sociales, le garantizamos no solo su libertad, su moral, en dos palabras: su condición de hombre [...].»¹⁷

A este hombre llega el efecto del socialismo, a partir de los cambios económicos que la propiedad social sobre los medios de producción genera. Un nuevo sistema de valores refleja estos cambios.

La participación real del pueblo, sujeto-objeto de la Revolución, se hace evidente y descuella en su obra solidaria de miles y miles de cubanos en la educación, la salud y la defensa de otros pueblos amigos, como Angola, Etiopía, Nicaragua, por nombrar solo algunos sólidos testimonios.

La obra social de la Revolución, con una educación de acceso a todos los miembros de la sociedad, al igual que a los servicios de salud, nos ubica a niveles alcanzados por países desarrollados en muchos indicadores.

El respaldo de las masas al Partido y a su dirección, sustentado en la sólida convicción de la justeza de nuestro proyecto social, es lo que nos hace mantenernos de pie frente a la aplastante política de bloqueo y amenaza del país más poderoso del mundo actual, ubicado a una distancia mínima de 90 millas de este.

¹⁶ C. Lage. *Discurso en la presentación de la Resolución Económica del V Congreso del PCC*. La Habana, 2000.

¹⁷ F. Castro. *Fidel y la religión*. La Habana, Oficina de Publicaciones del Consejo de Estado, 1985: 336.

La problemática global y la bioética

Daniel Piedra Herrera



Van Rensselaer Potter y la sequía en el Sahel

De que el oncólogo de Wisconsin y padre de la bioética, Van Rensselaer Potter, estuvo al tanto del episodio de sequía que azotó a los países del Sahel entre 1968 y 1972, y de que sufrió con todos los humanos sensibles que conocieron de ella, no me queda duda. No lo supongo por conocer el carácter profundamente humano de este científico norteamericano, sino que lo sé positivamente porque existe constancia documental de ello. El 6 de septiembre de 1974, apareció en la revista *Science*¹ una breve carta suya motivada por el turbador informe que publicó dicha revista tres meses antes, calzado por la rúbrica de Nicholas Wade.²

El reportaje de Wade comienza recordando las 100 000 muertes humanas ocasionadas por la hambruna que siguió a la sequía durante el año anterior en los seis países hasta donde llegaba entonces la zona del Sahel. Luego sigue una impresionante pieza de periodismo científico, con datos, testimonios de especialistas, referencias a fuentes autorizadas de prestigiosas instituciones y una indagación incuestionable en las causas profundas del problema global del agua.

¹ V.R. Potter. «The Tragedy of the Sahel Commons.» *Science*, 6 de septiembre de 1974; 185: 813.

² N. Wade. «Sahelian Drought: No Victory for Western Aid.» *Science*, 19 de julio de 1974; 185: 234-7.

El desierto de Sahara, impulsado por el cambio climático global, ya desde aquellos años estaba creciendo inexorablemente hacia el sur, comprimiendo el tradicional cinturón pluvial del Sahel a una velocidad que muchos especialistas estimaban como de 30 millas por año. A primera vista, el cambio climático global estaba ganándole la partida a la población saheliana de pastores nómadas y agricultores sedentarios y ocasionándoles un dramático colapso poblacional maltusiano. El pastoreo excesivo de rebaños bovinos, que había pasado de 18 a 25 millones de cabezas entre 1960 y 1971, cuando el número óptimo –según el Banco Mundial– sería de 15 millones, literalmente liquidó al Sahel.

El estudio emprendido por Wade revela la falacia de esta primera y generalizada impresión, al hacer uso de una metodología histórica irreprochable y contrastar hechos comprobados con la evolución climatológica en esta parte del continente africano. Demuestra así que el instrumento causante de la desertificación del Sahel ha sido el hombre.

Estas horribles catástrofes humanas pusieron fin a una larga etapa histórica durante la cual prevalecía, entre los agricultores sedentarios y los pastores nómadas que poblaban el Sahel, un «arreglo simbiótico» (sic) que les permitió una adaptación notablemente eficiente a su medio semidesértico. Durante la sequía, los pastores nómadas migraban hacia el sur, donde sus rebaños consumían los residuos de las cosechas de los agricultores sedentarios. Estos agradecían la fertilización de sus tierras por el estiércol del ganado y retribuían a los pastores con el mijo de sus cosechas. Con las primeras lluvias, los nómadas retornaban hacia el norte en busca de pastos reverdecidos. Las rutas de migración y el tiempo de estancia en los alrededores de pozos y depósitos superficiales de agua eran resultado de acuerdos entre jefes tribales, en tierras y fuentes de agua que no tenían propietarios individuales ni corporativos (bienes comunes), ni tampoco obedecían a soberanía de Estado alguno.

Fue en aquella época que brilló en pleno esplendor la racionalidad ecológica esencial del régimen pastoral nómada. Asimismo, los agricultores mostraron una comprensión igualmente admirable de su ambiente y desarrollaron un extraordinario número de variedades de sus alimentos principales de subsistencia, el mijo y el sorgo, adaptadas a las más diversas condiciones climáticas y situaciones estacionales. Wade llega a afirmar convencido que esta amplia área (el Sahel), con una administración apropiada, hubiera podido llegar a aportar carne vacuna para media África.

¿Qué hombres, pues, en cumplimiento de qué oscuros designios, en qué momento y de qué modo provocaron la ruptura de este idílico, simbiótico y flexible equilibrio natural entre la población y la naturaleza? Nicholas Wade demuestra en su escrito que el proceso de destrucción del Sahel no ocurrió de la noche a la mañana: «Su comienzo puede ser trazado a la colonización francesa de finales

del siglo XIX, en que los pueblos del Sahel perdieron, junto con su poder político, el control sobre sus tierras y sus fuentes de agua [...].³

Entre otros cambios radicales, los tradicionales cultivos de subsistencia africanos y los pastizales fueron desplazados de las mejores tierras por cultivos comerciales (*cash crops*) que fueron dedicados a la exportación (algodón, cacahuetes). Estos fueron importante fuente de ingresos en moneda convertible destinados a saciar a los ávidos nuevos capitalistas rurales.

Más adelante Wade cita un informe de la FAO sobre el Sahel, que advierte:

[L]as prácticas destructivas que son ahora frecuentes, son debidas [...], por encima de todo, al impacto del sistema económico y social occidental. (...) La división colonial francesa del Sahel en estados separados enfrentó a las tribus nómadas con los gobiernos [neocoloniales] nacionales que trataron de reubicarlos, cobrarles impuestos y reducirles su libertad de movimiento [...] El Occidente, en este caso quiere decir los franceses hasta 1960, en que a los Estados del Sahel se les dio la independencia; luego fueron los franceses, los americanos y otros.⁴

Una tragedia (¿común?)

En 1974, la bioética tenía apenas cuatro años de «inventada». Sin embargo, como sabemos, desde el mismo momento en que se hicieron públicos los primeros textos de Potter anunciando al mundo «[...] el término bioética para enfatizar los dos ingredientes más importantes para alcanzar la nueva sabiduría que se necesita tan desesperadamente: conocimiento biológico y valores humanos»,⁵ su autor fue objeto de una campaña de silencio y del deliberado escamoteo del neologismo creado por él. La bioética había nacido en el mismo período histórico del anuncio heráldico de Garrett Hardin en la revista *Science*⁶ que precedió solo en tres años la publicación del libro fundacional escrito por Potter.⁷

La carta de Potter motivada por el escrito de Nicholas Wade es muy breve. Potter nos tiene acostumbrados a una gran economía de palabras, pero también a una gran diaphanidad de conceptos. Su comentario lo titula «La tragedia de los bienes comunes del Sahel», aludiendo a un artículo de Hardin de 1968, ya famoso desde entonces, el cual cita explícitamente. En realidad, habría que decir que Potter hace un diminuto pero contundente comentario, no del artículo de Nicholas Wade, sino del de Garrett Hardin, utilizando el de Wade simplemente como pretexto. Enseguida veremos cómo el comentario de Potter va directamente al concepto principal del artículo de Hardin: su declaración

³ Ibídem: 235.

⁴ Ibídem: 236. (El añadido entre corchetes es mío, DPH.)

⁵ V.R. Potter. «What Does Bioethics Mean?» *The Forum*, 1996; 8 (1): 2.

⁶ G. Hardin. «The Tragedy of the Commons.» *Science*, 13 de diciembre de 1968; 162: 1243-8.

⁷ V.R. Potter. *Bioethics: Bridge to the Future*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1971.

de que para los problemas globales que el mundo comenzaba a enfrentar no se hallaría solución técnica. Aquí el fundador legítimo de la bioética, esclarecido y visionario, alude al concepto de *bienes comunes* («*the commons*»), que aparece solo implícito en el tratamiento de Wade, y que constituye el tema central sobre el cual gira el artículo de Hardin:

En verdad, el sistema de bienes comunes operó con éxito en Inglaterra durante varios cientos de años. Ahora leemos que, antes de la era colonial en el Sahel, «el pastoreo excesivo era evitado» gracias a las reglas elaboradas por los jefes tribales. [...] Así, vemos la tragedia de los bienes comunes no como un defecto en el concepto de «bienes comunes» sino como resultado del desastroso período de transición entre la pérdida de una bioética efectiva y su reemplazo por una nueva bioética que pueda llevar de nuevo a las realidades biológicas y los valores humanos a un equilibrio viable.⁸

Fue el 25 de junio de 1968, año en el que se fundó el Club, cuando el profesor de biología Garrett Hardin, de la Universidad de California en Santa Bárbara, dio lectura a su discurso de Presidente saliente de la División del Pacífico de la Asociación Americana para el Avance de la Ciencia (AAAS) en la Universidad Estatal de Utah. Una versión de este discurso recortado a la mitad, publicada seis meses después⁹ con el título «The Tragedy of the Commons», fue el fundamento real de la reflexión de Potter en su carta acerca del artículo sobre la sequía del Sahel.

El artículo de Garrett Hardin sería uno de los más citados en la segunda mitad del siglo xx, y abrió un nuevo campo de estudio interdisciplinario: el dedicado a lo que en inglés se denominó «the commons».

Tabla¹⁰

Período	... 1968	1968 - 1984	1985 - 1990	1991 - 1995	1996 - 2000
Citas	17*	115	275	444	573

Leyenda: Citas al artículo de Garrett Hardin publicado en *Science* en 1968.

* Citas referidas a los temas de «commons».

Aparentemente la atención del profesor Hardin se vio atraída a esta temática desde al menos unos años atrás,¹¹ y continuó interesándole hasta mucho tiempo

⁸ *Ibidem* 1.

⁹ *Ibidem* 6.

¹⁰ Datos del National Research Council Committee on the Human Dimensions of Global Change. En E. Ostrom, T. Dietz, N. Dolsjak, P.C. Stern, S. Stovich, E.U. Weber (editores) *The Drama of the Commons*. Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, D.C., National Academy Press, 2002: 6-7.

¹¹ Ver G. Hardin. «The Cybernetics of Competition.» *Persps Biol Med*, 1963; 7: 5884. Es en este artículo donde aparece por primera vez el aforismo de Hardin («Como el aprendiz de brujo, aprendemos de mala manera que no podemos jamás hacer solo una cosa»), que después sería bautizado por la revista *Fortune* (febrero de 1974: 56) como «la ley de Hardin».

después,¹² a juzgar por sus numerosas publicaciones en las que lo aborda. Treinta años más tarde, y en la misma revista *Science*, el a la sazón ya Profesor Emérito de Ecología Humana publicaría sus reflexiones (*Extensions of the Tragedy of the Commons*¹³) acerca del artículo que le dio celebridad. En ellas resume con toda franqueza los temas que quiso abarcar y que más despertaron la curiosidad académica en la notable ola de popularidad que levantó el modesto discurso: 1º) su tímido¹⁴ (y primer) intento de análisis interdisciplinario encaminado a crear puentes entre la filosofía y la ética de un lado y las ciencias naturales y exactas del otro;¹⁵ 2º) su holismo antrópico-ambientalista; 3º) su preocupación por la administración de los bienes comunes, en vista de la explosión demográfica que parecía confirmar la paradoja malthusiana.

En todos estos temas hay que reconocer en Garrett Hardin a un precursor de Potter. Sin embargo, en el tema de los bienes comunes, Hardin se alinea resueltamente con un modelo del hombre como actor racional, pero individualista y guiado por instintos egoístas, lo que va en contra de las teorías sociológicas y antropológicas funcionalistas, según las cuales el hombre se mueve hacia fines altruistas. Su propuesta de limitación forzosa de la natalidad para contrarrestar y prevenir la superpoblación es consecuente con la incorrecta posición doctrinaria que asume. Por último, enuncia lo que parece haber sido el aspecto que mayor debate suscitó: su propuesta de administración de los bienes comunes, ya sea por el Estado o por entidades privadas, como únicas opciones válidas.

Conviene aclarar de pasada que lo que acabo de denominar muy simplificada-mente *bienes comunes* es mi traducción del concepto en inglés «the commons». La

¹² Un resumen somero de su bibliografía posterior al famoso artículo de 1968 incluye, además, lo siguiente, en orden cronológico: G. Hardin (editor). *Population, Evolution and Birth Control*. 2da. ed. San Francisco, W.H. Freeman, 1969; G. Hardin. «Living on a Lifeboat.» *Bioscience*, 1974; 24 (56): 561-8; G. Hardin. «Will Humanity Learn from Nature?» *Sierra Club Bull*, 1975; 60 (8): 41-3; G. Hardin. «Carrying Capacity as an Ethical Concept?» *Soundings*, 1976; 59: 120-37; G. Hardin. «Beyond 1976: Can Americans Be Well Nourished in a Starving World?» *Ann NY Acad Sci*, 1977; 300: 87-91; G. Hardin. «Population and Immigration: Compassion or Responsibility?» *The Ecologist*, 1977; 7: 268-72; G. Hardin. *The Limits of Altruism*. Cap. 2. Bloomington, Indiana, Indiana University Press, 1977; G. Hardin, J. Baden (editores). «Managing the Commons.» San Francisco, W.H. Freeman, 1997; G. Hardin. «Will Xerox Kill Gutenberg?» *Science*, 1977; 198: 883 (ver, además, las cartas de seguimiento en *Science*, 1978; 199: 122-5); G. Hardin. «The Limits of Sharing.» *World Issues*, febrero-marzo de 1978: 5-10; G. Hardin. *Stalking the Wild Taboo*. 2da. ed. Los Altos, California, William Kaufmann, 1978; G. Hardin. «An Ecolate View of the Human Predicament.» En McRosti (editor). *Global Resources: Perspectives and Alternatives*. Baltimore, University Park Press, 1980.

¹³ *Science*, 1 de mayo de 1998; 280 (5364): 682-3.

¹⁴ Hardin rescribió el discurso seis veces antes de exponerlo, sin llegar a sentirse totalmente satisfecho por su contenido y las soluciones que proponía. Las últimas correcciones las hizo en una parada en el camino hacia la reunión de Utah. *Ibidem*.

¹⁵ «[E]thicists and philosophers of the past generally did not see that numbers matter. [...] One of today's cardinal tasks is to marry the philosopher's literate ethics with the scientist's commitment to numerate analysis. *Ibidem*.

atención prestada a este concepto a partir de la publicación original de G. Hardin se ha traducido en una elevadísima proporción de los artículos referidos a ella. El crecido número de economistas, psicólogos, sociólogos, politólogos, antropólogos, ecologistas y hasta biólogos evolucionistas que le han dedicado al tema su tiempo y su talento es indicativo de la importancia que se le atribuye. No es exagerado decir que alrededor de este núcleo temático se ha formado una comunidad internacional e interdisciplinaria de investigaciones, apoyada en un sólido y solvente marco institucional. El Comité sobre las Dimensiones Humanas del Cambio Global, del Consejo Nacional de Investigaciones (NRC, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos, debe en buena parte su fundación en 1989 a las preocupaciones que suscita este tema. El Programa Internacional sobre Dimensiones Humanas le dedica a este tópico planes de investigación sobre el Cambio en el Uso de la Tierra y la Cubierta Terrestre (www.uni-bonn.de/ihdp/lucc) y las Dimensiones Globales del Cambio Ambiental (www.dartmouth.edu/~idgac). El NRC creó un Panel para el Estudio de la Administración de Recursos de Propiedad Común, que organizó en 1985 una importante conferencia internacional en Annapolis, Maryland. Se conoce, además, de la realización de otras varias conferencias, simposios y talleres dedicados al tema de los recursos en propiedad común y su administración, a partir de la segunda mitad de esa década. Por último, en 1990 se creó la Asociación Internacional para el Estudio de la Propiedad Común (IASCP, por sus siglas en inglés), que desde entonces auspicia reuniones periódicas a las que asisten centenares de especialistas de las más diversas ramas del conocimiento.

Los dos últimos temas abordados por Hardin plantean el núcleo central de todo el debate ecologista y ambientalista que habría de ocupar la atención académica y de la opinión pública durante todo el fin de siglo, sin llegar a agotar sus fuentes. En ellos se entrelaza la paradoja sin solución de la ilimitada expansión de la actividad y la población humanas dentro de un mundo finito en recursos y en capacidad de absorción de residuos, con los dilemas éticos que esta situación impone a la relación de los humanos con su ambiente físico y social. Al exponer Hardin su concepto de *problemas sin solución técnica* estaba inaugurando la caracterización de una situación que abocaría inexorablemente en la disyuntiva que enfrentamos en la primera mitad del siglo XXI: el cambio radical del modo de organización de las sociedades humanas o la destrucción catastrófica del planeta con todos sus habitantes vivientes.

La atención que suscitó desde su publicación en 1968 el tema de los recursos comunes, que levantó Hardin, hace imposible negar su creciente importancia. Sus críticos, sin embargo, encontraron el modo de banalizar –con inocultable intención de mofa¹⁶– el carácter trágico del dilema que había lanzado a la palestra académica y pública.

¹⁶ «The Comedy of the Commons» es la propuesta alternativa de Bonnie J. McCay (*Emergence of Institutions for the Commons: Contexts, Situations, and Events*. Cap. 11: 391.)

Muchos problemas globales y solo dos peligros mortales

La cita del artículo de *Scientific American*¹⁷ con la que comienza Hardin su «Tragedy of the Commons», de donde copia el concepto, puede parecer fortuita y no lo es en absoluto. En *Scientific American* se refieren los autores al futuro de la guerra nuclear y declaran paladinamente que el dilema que se estaba afrontando (ya desde entonces) consistía en que el incremento sostenido del poder militar estaba haciendo disminuir, de manera igualmente sostenida, la seguridad nacional. En otras palabras y en lenguaje popular, que el remedio estaba resultando peor que la enfermedad. Esta declaración apareció en publicaciones científicas del más alto prestigio, del único país que hasta la fecha ha hecho uso de esa arma de exterminio en masa, y lo hizo contra la población civil de dos populosas ciudades japonesas, cuando ya Japón había sido derrotado en la Segunda Guerra Mundial. Que esta declaración aparezca precisamente en ocasión de iniciarse los debates sobre la manera de limitar el crecimiento «incontrolado» de la población, que amenaza con hacer que se desplomen catastróficamente los niveles de vida alcanzados y llegue a hacer desaparecer del planeta todo vestigio de vida, tiene una significación y una trascendencia que parece como si se nos hubiera querido escamotear.

A otro Presidente de la AAAS le correspondería referirse nuevamente al asunto en un discurso a la asamblea de su organización en febrero de 2002. En tal ocasión, fresca aún la coyuntura de los atentados del 11 de septiembre de 2001, el doctor Peter H. Raven apuntaba hacia una complicidad compartida por el «estado peligroso e inestable del mundo en que nos encontramos». Advertía Raven que «nuestro desprecio colectivo [por] los enormes desafíos que enfrenta un mundo que ha crecido tan rápidamente en población, en niveles de consumo y cambios tecnológicos [...] ha durado demasiado tiempo». Son estos desafíos los que están ayudando a que los problemas que encaramos «se hayan agravado cruelmente sin que sus causas profundas hayan cambiado».¹⁸

El catálogo de los problemas globales actuales sería imposible de agotar. Hay que decir que en apenas medio siglo han surgido –más que innumerables problemas globales– esencialmente dos grandes y mortales peligros para la propia supervivencia de la especie: el que emana del desarrollo tecnológico de las armas y el que proviene de la destrucción sistemática y acelerada de las condiciones naturales para la vida en el planeta.

La actual situación global es moral y materialmente insostenible e insoportable. Resulta fácil demostrar con hechos que la concentración del poder y las riquezas en manos de minorías es la causa profunda de estos peligros. Citemos de paso solo aquellos datos numéricos cuyo análisis nos parece más apropiado

¹⁷ J.B. Wiesner, H.F. York. *Sci Amer*, 1964; 211 (4): 27.

¹⁸ *Science*, 9 de agosto de 2002; 297: 954-8.

recordando que continuamos dependiendo de una serie de hábitos y actitudes genética y socialmente determinados, muchos de los cuales parecen haber sido más adecuados para nuestros antepasados cazadores-recolectores.¹⁹

- En el lapso de 400 generaciones (10 000 años), la población humana del mundo ha pasado de unos pocos millones a 6,1 miles de millones. En la década de 1790 alcanzamos la cifra de 800 millones. En los siglos XIX y XX logramos limitar la extensión de la hambruna y evitar el cumplimiento de las predicciones del reverendo Thomas Malthus, gracias a soluciones técnicas como la máquina de vapor y sus sucesores.
- Hoy, alrededor de una cuarta parte de la humanidad sobrevive con ingresos personales inferiores a un dólar diario. Entre un octavo y la mitad de la población mundial está malnutrida. Cada año mueren de hambre unos 14 millones de bebés y niños de menos de 4 años. Treinta y tres mil niños mueren cada día en el Tercer Mundo por enfermedades curables. La mortalidad infantil en menores de un año, de los países pobres, es 12 veces superior a la de los países ricos. Trescientos veinticinco millones de niños no asisten a la escuela. Si hace 25 años 500 millones de personas pasaban hambre, ahora la padecen más de 800 millones. El 85% de la población mundial vive en países subdesarrollados, que participan en el comercio mundial solo con un 25% del total.
- La deuda externa de los países subdesarrollados, en 1964, era alrededor de 50 mil millones de dólares. Hoy alcanza la cifra de 2,6 millones de millones. Entre 1982 y 2003, es decir, en 21 años, el mundo pobre pagó 5,4 millones de millones de dólares por el servicio de la deuda, lo cual significa que su actual monto ha sido pagado más de dos veces a los países ricos.
- El 20% del mundo controla y usufructúa el 80% de los recursos.
- Los Estados Unidos de Norteamérica, que albergan el 4,5% de la población mundial, controlan el 25% de las riquezas y producen entre el 25 y el 30% de la polución. Lo que el Tercer Mundo recibió como ayuda oficial al desarrollo en el año 2003 fueron 54 mil millones de dólares. Ese mismo año los pobres pagaron a los ricos 436 mil millones por servicio de la deuda. El más rico de ellos, los Estados Unidos, es el que menos cumplió la meta trazada, al destinar a esa ayuda solo el 0,1 % de su PIB. No se incluyen las enormes sumas que les arrebataron como consecuencia del intercambio desigual.
- En el periodo posterior a la conclusión de la Segunda Guerra Mundial, caracterizado como «la Guerra Fría», han ocurrido más de 300 conflictos armados²⁰ de violencia internacional, civil, étnica y genocida. Hasta 1992, tales conflictos tuvieron como escenario más de la tercera parte de los países

¹⁹ *Ibidem*.

²⁰ Para contar solo aquellos en que hubo 500 bajas o más.

del mundo. En ellos han muerto directamente más de 25 millones de personas.²¹

La descomunal desigualdad en la distribución de las riquezas de todo tipo y el agravamiento de los problemas globales no son dos realidades concurrentes sin vínculo causal demostrable. Ambas coexisten vinculadas dentro de un ordenamiento mundial que las hizo posibles con fuerza de ley natural. El régimen de mercado se alimenta de las desigualdades, las incrementa y las exagera, agudiza los conflictos entre los seres humanos y entre estos y su medio ambiente, agota las posibilidades de supervivencia que aportan la ciencia y la tecnología y aboca a la especie humana al callejón sin salida del exterminio irremisible. Este orden mundial ha dividido a la humanidad en una minoría derrochadora, que disfruta de todos los beneficios de la cultura material y espiritual por un lado, y una masa desposeída por el otro, vista ahora como «exceso de población» y que habita principalmente los países del Sur de donde surgió originalmente la riqueza que usufructúan ahora los países del Norte. Por si fuera poco, el despojo continúa en la época actual. Basta con examinar las cifras de la deuda externa para salir convencidos del catastrófico final que espera al actual ordenamiento mundial.

Problemas globales y soluciones técnicas

Los *problemas sin solución técnica* no han merecido la valoración ética que reclamaban desde el mismo momento de su definición: «Puede definirse una solución técnica como aquella que requiere un cambio solo en las técnicas de las ciencias naturales y que demanda poco o nada a modo de cambio en los valores humanos o las ideas de moralidad.»²² Las salidas prácticas que propuso el propio profesor Hardin, y las que se derivan de los análisis en los que hizo más énfasis, brindaron las premisas para el torcido rumbo que tomó desde entonces el debate. Si desde el principio se imponía la convicción de que no habría soluciones técnicas, ¿qué puede haber justificado continuar una búsqueda condenada de antemano al fracaso?

Antes de que el término de globalización, en sus múltiples acepciones actuales, entrara en el vocabulario de los cenáculos eruditos primero, y luego llegara a trascender desde la prensa diaria y los programas de televisión hasta la jerga callejera en todos los idiomas y dialectos del mundo contemporáneo, hizo su irrupción lo que en su momento se llamó la *problemática (problématique) global*.²³

²¹ M.R. Sarkees. *Conflict Management and Peace Science*. 2000; 18: 123–44. No se incluyen en la cuenta las bajas en los conflictos que han tenido lugar en los últimos tres años, por no haber concluido aún y estar las cifras de bajas en pleno crecimiento.

²² *Ibidem* 6.

²³ I.F. Elichirigoity. *Towards a Genealogy of Planet Management: Computer Simulation. Limits to Growth, and the Emergence of Global Spaces* [Ph. Doctor dissertation], Urbana, University of Illinois, 1994: 149 y ss.

El agua es el recurso común por antonomasia, tan imprescindible para la vida como el aire. Su pureza, su descontaminación, su distribución justa con arreglo a las necesidades, la evitación de su derroche en vista de su limitada cuantía en el planeta que habitamos, la aplicación de la ciencia y la tecnología a su economía y reutilización más racional para garantizar su existencia sostenible, forman parte de esa problemática global.

Con este nombre apareció por primera vez en los planes de trabajo del Club de Roma, la propuesta de un modelo cibernético para el estudio de los problemas del mundo como sistema. Este Club habría de funcionar como «tanque de pensamiento» para las instituciones internacionales, pero sobre todo para los países industrializados, y en primer lugar los de la Comunidad Europea. Fue fundado en 1968 por un pequeño pero muy influyente grupo de prominentes hombres de negocios, científicos y políticos organizados por el exitoso industrial italiano Aurelio Peccei, su primer presidente, ya fallecido.

Durante todo un año la Fundación Volkswagen, uno de los patrocinadores principales del Club, estuvo rechazando las propuestas que se le hicieron para este estudio de la problemática global, que les achacaba vaguedad metodológica. No fue hasta junio de 1970, en la Asamblea General de los miembros del Club, que se desencadenó la secuencia de eventos que culminó con la publicación del libro titulado *Los límites del crecimiento* en 1972.²⁴

En honor al orden cronológico y a la verdad histórica, hay que admitir que las premisas para el estudio que financió la Fundación Volkswagen y auspició el Club de Roma fueron creadas por el trabajo de Hardin.

De los dos peligros acerca de los cuales alertamos, el de la guerra –con ser el más dramático– apenas atrae la atención académica, tal vez porque la relación causal que guardan con él los problemas de desigualdad en la distribución de riquezas casi no requiere ser puesta más en evidencia. No así la degradación y agotamiento del medio ambiente, caracterizados como igualmente resultantes de la injusticia distributiva según numerosas investigaciones totalmente libres de toda sospecha de sesgo ideológico o político. Que «la mano oculta» detrás del colapso ambiental que espera a la humanidad en la primera mitad del siglo XXI no es otra que la estructura de poder vigente, comienza a ser ya admitido por científicos sociales de convicciones políticas totalmente opuestas.²⁵

²⁴ D.H. Meadows, D.L. Meadows, J.Randers, W.W. Behrens, III. *Los límites del crecimiento. Informe al Club de Roma sobre el predicamento de la humanidad*. México, D.F., Fondo de Cultura Económica, 1972.

²⁵ Ver, por ejemplo, J.K. Boyce. «Power Inequalities and the Political Economy of Environmental Protection.» Intervención en la Conferencia sobre «Inequality, Collective Action, and Environmental Sustainability. Santa Fe Institute, septiembre de 2001; I. Wallerstein. «Ecology and Capitalist Costs of Production: No Exit.» Keynote address at PEWS XXI, The Global Environment and the World-System», Universidad de California, Santa Cruz, 3-5 de abril de 1997.

Digámoslo con toda diafanidad: para llegar a crear una situación que nos permita encarar a tiempo los problemas globales que amenazan con exterminar a nuestra especie y la vida en el planeta, «los países desarrollados tienen el deber y la responsabilidad de financiar el desarrollo de los países que fueron sus colonias».²⁶ Pero mucho antes de que se escribieran las palabras que acabamos de citar, un economista del mundo industrializado fue aún más dramático y su lenguaje se dirigió más abiertamente a quienes aún hoy día disfrutan de los privilegios del poder y la riqueza en un mundo de injusticia que avanza hacia el colapso y el caos: «Por lo visto, no es posible convencer a las naciones de que deben ayudar a las demás voluntariamente. Pero la gente debe darse cuenta de que si no se encuentra solución, el futuro aparece más bien sombrío. Si los países ricos no comparten su riqueza, los pueblos pobres del mundo vendrán y se la llevarán por sí mismos.»²⁷

Evitar el colapso de la vida

El Informe al Club de Roma²⁸ no hace sino expresar en términos numéricos y gráficos el curso catastrófico que emprendió la humanidad conducida por los beneficiarios del orden mercantil. Dennis Meadows y su equipo retoman explícitamente el concepto de *problemas sin solución técnica* de Garrett Hardin y se auxilian con la metodología de dinámica de sistemas.

En el estudio que fundamenta este informe, se interrelacionan cinco tipos de variables:

- monto y tasa de incremento de población,
- disponibilidad y tasa de utilización de los recursos naturales,
- crecimiento del capital y la producción industriales,
- producción de alimentos y
- extensión de la contaminación ambiental.

Pasemos directamente a sus conclusiones, que no han sido desmentidas sino confirmadas por el tiempo transcurrido desde 1972.

I. Si las tendencias actuales en población mundial, industrialización, polución, producción de alimentos y agotamiento de recursos continúan sin cambio, «los límites del crecimiento» en este planeta serán alcanzados en algún momento dentro

²⁶ F. Castro Ruz. «Mensaje al Grupo de los 77, integrado por 131 países subdesarrollados más China, reunido en Brasil al conmemorarse el cuadragésimo aniversario de su creación, en encuentro que desarrolló sus sesiones en la ciudad de São Paulo a nivel ministerial, previo a la XI Conferencia de la ONU para el Comercio y Desarrollo (UNCTAD), hasta el 18 de junio de 2004.»

²⁷ J. Tinbergen. «Redistributing the world's wealth.» *Dev Forum*, 1978; 6 (3): 3. Citado por G. Hardin en «An Ecolate View Of The Human Predicament.» En McRostie (editor) *Global Resources: Perspectives and Alternatives*. Baltimore, University Park Press, 1980. (Énfasis añadido.)

de los próximos cien años. El resultado más probable será una declinación más bien súbita e incontrolable, tanto de la población como de la capacidad industrial.

II. Es posible alterar estas tendencias del crecimiento y establecer una condición de estabilidad ecológica y económica que sea sostenible hacia el futuro. Este estado de equilibrio global podría ser diseñado de modo que las necesidades materiales básicas de cada persona en la Tierra sean satisfechas y que cada persona tenga una oportunidad igual de realizar su potencial humano.

III. Si los pueblos del mundo decidieran empeñarse en este segundo resultado más bien que en el primero, mientras más pronto comiencen a trabajar por alcanzarlo, mayor será la posibilidad de éxito.

Del final del referido Informe extraemos el siguiente párrafo, suficientemente elocuente por sí mismo:

El hombre aún puede elegir sus límites y detenerse cuando desee, debilitando algunas de las fuertes presiones que causan el crecimiento del capital y la población, o instituyendo contra-presiones, o de ambos modos. Tales contra-presiones probablemente no serán del todo agradables. Ciertamente implicarán profundos cambios en las estructuras sociales y económicas que han sido profundamente grabadas en la cultura humana durante siglos de crecimiento.

La bioética de Potter y la solución ética de los problemas globales

Como ya vimos, el entorno histórico en el que aparecieron «The Tragedy of the Commons» y *Los límites al crecimiento* fue el mismo que vio nacer *Bioética: puente hacia el futuro*,²⁹ del Padre Fundador de la bioética, Van Rensselaer Potter.

La respuesta de los financistas de las investigaciones a los dos artículos referidos tuvo un grupo de consecuencias que no se hicieron esperar. Ya nos referimos anteriormente a los ríos de tinta que han corrido desde entonces respecto al tema de los «bienes comunes», el número creciente de instituciones creadas con el fin de estudiar distintos aspectos del fenómeno y las reuniones periódicas generosamente auspiciadas dedicadas a este fin. De mayor impacto aún ha sido la entusiasta corriente de pensamiento identificada con el término de sostenibilidad, que se generó hacia finales de la década de los ochenta del siglo pasado. Jamás un concepto tan ambiguamente definido como el de *desarrollo sostenible* suscitó mayor unanimidad al mismo tiempo que debates tan preñados de retórica vana.³⁰ A las deliberaciones de la Comisión Mundial sobre Medio Ambiente y Desarrollo, magistralmente resumidas en el famoso Informe Brundtland,³¹ siguió

²⁸ *Ibíd*em 10.

²⁹ V.R. Potter. *Bioethics: Bridge to the Future*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 1971.

³⁰ Al respecto vale la pena recordar los enconados debates entre los partidarios del desarrollo *sostenible* y los del desarrollo *sustentable*, que no pudieron contar con audiencia anglohablante alguna, puesto que nunca se llegó a conseguir traducir ambos términos más que por un solo sinónimo en inglés: *sustainable development*.

una saga de literatura y reuniones que amenaza acompañarnos hasta el momento del colapso final de toda civilización. No demoró mucho tiempo en constituirse una *nueva ciencia*, la ciencia de la sostenibilidad, de la cual William C. Clark es uno de los más destacados defensores.³² Y ya desde antes que concluyera el siglo pasado se hace público el programa que habría de cumplir esa nueva ciencia, en el documento publicado por las Academias de Ciencias de los Estados Unidos bajo el título de *Our Common Journey*,³³ en cuyo subtítulo ya aparece su objetivo principal: la transición hacia la sostenibilidad. Casi simultáneamente han ido surgiendo en diversas partes del mundo (industrializado) llamamientos –entre desesperados e interesados, pero siempre urgentes– a esta «transición», que apela una vez más exclusivamente a nuevas *soluciones técnicas*.

De igual modo en que definió una bioética en 1970, de cuyo significado se apartó la que prevaleció durante buena parte de los treinta años siguiente, en 1974 Potter también se adelantó a caracterizar una *transición*, aunque la denominó *transición entre dos bioéticas*. Subrayemos sus palabras en la carta a *Science* de aquella fecha: «[...] vemos la tragedia de los bienes comunes no como un defecto en el concepto de “bienes comunes” sino como resultado del desastroso periodo de *transición* entre la pérdida de una bioética efectiva y su remplazo por una nueva bioética que pueda llevar de nuevo las realidades biológicas y los valores humanos a un equilibrio viable».

La fundación de la bioética por Potter llegó 25 años después de las explosiones de Hiroshima y Nagasaki, en medio del «descubrimiento» de la problemática global. Veamos con él, con la claridad retrospectiva y perspectiva que tuvo, cómo todos estos problemas globales no son sino los dos peligros de destrucción que aludimos anteriormente, peligros que nos amenazan con no permitirnos resolver el problema de la supervivencia humana:

Quando la supervivencia humana no estaba en duda, la ética no era una cuestión de tanto peso. Pero cuando se desarrollaron las armas de destrucción masiva, la seguridad en la supervivencia se estremeció. Además de la fuente de preocupación que siguen siendo estas armas, ahora se está haciendo patente que la superpoblación, el derroche de recursos y la polución tóxica también son amenazas para nuestro futuro.³⁴

³¹ *Our Common Future*. WCED, 1987.

³² William C. Clark es Harvey Brooks Professor of International Science, Public Policy and Human Development at Harvard's Kennedy School. Ver su «Institutional Needs for Sustainability Science», posted to the Initiative on Science and Technology for Sustainability (ISTS) web site, 24 de septiembre de 2003, y «Sustainability Science: Challenges for the New Millennium», an address at the official opening of the Zuckerman Institute for Connective Environmental Research University of East Anglia, Norwich, Reino Unido, 4 de septiembre de 2003.

³³ Board on Sustainable Development, Policy Division, National Research Council. *Our Common Journey, a Transition Toward Sustainability*. Washington, D.C., National Academy Press. 1999.

En 1992 Potter también nos insiste en la necesidad de una *transición* que hay que «catalizar» mediante –entre otros modos– la divulgación de las ideas correctas.³⁵ Y esta *transición* la veía como «[...] cambios masivos en la conducta social mediante la evolución cultural –no la evolución biológica».³⁶ Y a esto añadía: «La cuestión es moral y solo una ética informada por el conocimiento biológico en medicina y ecología –una “bio-ética” que debe ampliarse a “bioética global” –puede lidiar de modo realista con el problema».³⁷

En resumen, se debe concluir que las preocupaciones existenciales que fueron tomando cuerpo a partir del surgimiento de la formulación de una problemática global tuvieron dos categorías de respuestas, ambas cobijadas bajo los conceptos de sostenibilidad y de tránsito hacia la sostenibilidad. Unas, que cuentan con amplio apoyo financiero de las esferas del poder hegemónico, han ido señalando vías alternativas de salida ante la inminencia del colapso, todas ellas subordinadas a la necesidad de cambios radicales que caen fuera de la esfera de las *soluciones técnicas*. Sin embargo, el énfasis principal, en términos de política, ha estado en la cuestión de *la conducción de la transición*.

Así, desde noviembre de 1997, se dio a la publicidad (en una edición oficial de la OCDE, impresa en papel 100% reciclado) el Informe de un «Grupo Asesor de Alto Nivel acerca del Medio Ambiente» al Secretario General de esa organización de los países más industrializados del mundo, que asumiría la iniciativa absoluta para conducir a un mundo globalizado en su *transición* hacia el desarrollo sostenible. Ya desde el resumen ejecutivo del documento en cuestión, se hace gala de una culposa ambigüedad, con la mención de «crecimiento económico sostenible» en su pretendida acepción equivalente a la de desarrollo económico sostenible. Y de inmediato, respondiendo al Mandato General recibido del señor Donald J. Thompson, secretario general de la OECD a la sazón, el Grupo Asesor recomienda, «como cuestión de urgencia», que la OCDE se convierta en la organización internacional clave para elaborar la política de las naciones industrializadas en su transición hacia el desarrollo sostenible. No contentos con ese papel, los asesores recomiendan al Secretario General –y este hace públicas las recomendaciones– que la OCDE «establezca *ejemplos compulsivos* para los países en desarrollo, en la integración de las preocupaciones de mercado y ambientales».³⁸ El informe en cuestión deja claros dos aspectos que interesa subrayar en el presente trabajo:

- 1º) Que es intención declarada de los países industrializados la de liderar la transición global hacia el desarrollo sostenible.

³⁴ V.R. Potter. «Scientists' Responsibility for Survival of the Human Species.» *The Scientist*, 25 de mayo de 1992; 6 (11): 10.

³⁵ *Ibidem*.

³⁶ *Ibidem*.

³⁷ *Ibidem*.

2º) Que al decir desarrollo sostenible, los países industrializados están hablando del crecimiento que tiene lugar en esos propios países, aderezado con conceptos falaces acerca de la disminución del desempleo y la sostenibilidad social de la economía de mercado.

La insuficiencia y hasta el carácter contraproducente de las *soluciones* exclusivamente *técnicas*, ha quedado palmariamente demostrada, tanto en el análisis histórico retrospectivo, como con los modelos prospectivos matemáticos y computacionales. El caso de la Guerra Fría, que sirvió de justificación para la carrera armamentista durante toda la última mitad del siglo pasado sirve como ejemplo paradigmático de la inutilidad suprema de una pretendida medida para aumentar la seguridad en el mundo. Concluido oficialmente el período de la Guerra Fría, hoy los gastos en armamentos ascienden a múltiplos de las más elevadas cifras anteriores. La *carrera* continúa en un proceso inercial de aceleración, aunque ya no existen competidores para el único corredor que continúa su fatídico avance, que lleva a un mundo cada vez más inseguro y atemorizado hacia el desastre.

Los más recientes episodios no pueden ser más ilustrativos de la franca decadencia del actual orden mundial. Al incorporarse el terrorismo al catálogo de problemas globales, la *solución técnica* puesta en práctica por el poder hegemónico imperial demuestra los efectos contraproducentes de una *cruzada* contra el mal, que sume al mundo en una nueva guerra donde aflora la podredumbre moral institucional e individual de quienes la conducen, en páginas de horror como la que se reveló en la prisión de Abu Ghraib.

El consenso ciudadano y de la comunidad científica que apoya estas conclusiones es cada vez mayor. Antes de que sea demasiado tarde, es hora de que demos a la bioética una oportunidad de hacer lo que siempre consideró su fin primordial: conseguir la supervivencia de la especie humana y de la vida en la Tierra. La preocupación demostrada por el Padre Fundador de la bioética, Van Rensselaer Potter, manifestada desde siempre y probablemente antes que ninguno de sus coetáneos, por el problema del agua, por el problema demográfico y por el carácter global de la problemática que enfrentamos, ha ganado para la bioética esa responsabilidad que ahora debemos reclamar. Sin desechar los resultados que ha venido obteniendo la *nueva ciencia* de la sostenibilidad, tomemos en nuestras manos, a nombre de la Humanidad toda y sin exclusiones, las riendas del proceso de tránsito que debe conducirnos hacia la posibilidad no desmentida de *un mundo mejor*.

Bioética
DESDE UNA PERSPECTIVA CUBANA

EPÍLOGO

La ética en José Martí

Armando Hart Dávalos



Desde los tiempos forjadores de la nación cubana, los factores subjetivos han tenido una importancia decisiva en los procesos económicos sociales y políticos, y, por tanto, en el curso de los acontecimientos históricos. Por eso hemos insistido en la necesidad de partir del hecho de que las leyes económicas y sociales solo existen a través y por medio de los llamados valores de la superestructura, y sin esa comprensión no se podrán enfrentar con éxito los desafíos que este comienzo del siglo xxi ha puesto ante nosotros.

En el período que va desde la última década del siglo xviii y el primer cuarto del xix, encontramos figuras como el obispo Espada, José Agustín Caballero, el presbítero Félix Varela y José de la Luz y Caballero. En ellos está presente el pensamiento de la modernidad europea, y como rasgo singular de nuestra tradición intelectual, no se consideró contradictorio con la creencia en Dios. De este modo, la ética cristiana, que es una de las bases esenciales de la cultura occidental, se asumió también sin ponerla en antagonismo con la ciencia, lo que marcó una tradición desde fray Bartolomé de las Casas, el obispo Espada, el presbítero Félix Varela y los que la continuaron. Esto es un milagro. Por eso cuando se habló de canonizar a Varela, dije que aquellos que buscaran el milagro de Varela podían considerarnos a nosotros como parte de ese milagro. Esto nos diferencia de lo que ocurrió en Europa. Constituye

un rasgo original de la tradición cultural cubana sobre el que debían meditar los cristianos, los católicos.

Además del pensamiento más elaborado de la cultura occidental que llegaba a Cuba, que podemos llamarle de la modernidad europea, existe otra gran corriente del pensamiento ético cubano. Me refiero a lo que he llamado la cultura Maceo-Grajales. Es una cultura familiar, que tiene figuras como Antonio Maceo y Mariana Grajales, una cultura de cohesión, que también tiene un pensamiento ético. Y creo que resulta muy útil, para facilitar la comprensión de lo que planteamos, presentar juntas estas dos definiciones: una es la que Antonio Maceo recoge en la carta que le dirige al capitán general español Polavieja, donde precisa su concepto de la ética y que dice: «[...] jamás vacilaré porque mis actos son el resultado, el hecho vivo de mi pensamiento, y yo tengo el valor de lo que pienso, si lo que pienso forma parte de la doctrina moral de mi vida.»

Y en otra parte de la misma carta agrega: «La conformidad de la obra con el pensamiento: he ahí la base de mi conducta, la norma de mi pensamiento, el cumplimiento de mi deber. De este modo cabe que yo sea el primer juez de mis acciones, sirviéndome de criterio racional histórico para apreciarlas, la conciencia de que nada puede disculpar el sacrificio de lo general humano a lo particular.»

Más adelante señala:

Vislumbro en el horizonte la realización de ese mi ideal, casi parecido al ideal de la humanidad, humanizado con los grandes bienes que tiene que realizar en el porvenir. [...] no hallaré motivos para verme desligado de los deberes que tengo para con la Humanidad. No es, pues, una política de odios la mía, es una política de justicia en que la ira y la venganza ceden a favor de la tranquilidad y la razón, es decir, es una política de amor; no es una política exclusiva, es una política fundada en la moral humana [...] No odio a nadie ni a nada, pero amo sobre todo la rectitud de los principios racionales de la vida.¹

Y la otra definición de ética aparece en el siguiente texto de José de la Luz y Caballero: «Antes quisiera yo ver desplomadas, no digo las instituciones de los hombres, sino las estrellas todas del firmamento, que ver caer del pecho humano el sentimiento de la justicia, ese sol del mundo moral.»²

Ambas deben ser estudiadas y valoradas como corresponde porque provienen de corrientes distintas, de fundamentaciones diferentes. La de Maceo viene de lo que llamo cultura inmediatamente popular. Toda la cultura es popular: una más elaborada y otra menos elaborada, o más directa, más inmediata. Y la cultura inmediatamente popular que hay en el Caribe expresa la forma en que la pobla-

¹ E. Torres-Cuevas. *Antonio Maceo. Las ideas que sostienen el arma*. La Habana, Editorial de Ciencias Sociales, 1995.

² José de la Luz y Caballero. Aforismo. Diciembre de 1861.

ción explotada y esclava del Caribe reelaboró la cultura que le llegó de Europa. La otra definición, la de Luz, proviene de la cultura más elaborada, de las capas con mayores recursos económicos, que tuvieron la posibilidad de estudiar. Esa cultura es más conocida y respetada, pero la otra también es importantísima. Esas dos corrientes se unieron y dieron lugar a un nuevo pensamiento. En José Martí cristalizaron y alcanzaron una plenitud superior como síntesis de una cultura de raíz inmediatamente popular y que, al mismo tiempo, es herencia de la mejor cultura occidental de aquellos tiempos.

En el pensamiento de Martí hay tres ideas clave que quiero destacar asumiendo el valor de la ética enlazado con los demás aspectos, porque no podemos analizar la ética si no la enlazamos con toda la complejidad del sistema social y cultural. Una de las ideas centrales está contenida en el concepto «la utilidad de la virtud». Históricamente, la virtud se consideraba por las religiones como algo apreciado pero que podía no ser útil, y, por otra parte, existían personas que hacían cosas útiles que no eran virtuosas. En su concepto sobre la utilidad de la virtud, el Apóstol expresa un pensamiento filosófico que merece ser estudiado. Se fundamenta en que Martí relacionaba la bondad con la inteligencia y con la felicidad. También relacionaba la maldad con la torpeza y con la estupidez. Esto tiene un enorme valor pedagógico.

En la civilización actual no se estimula suficientemente la idea de que no hay felicidad mayor que la de hacer un bien a los demás. Feliz es un médico cuando cura a un enfermo, y no creo estar planteando nada utópico. ¿Por qué la bondad no va a conducir a la felicidad? Y si esto es así, la maldad conduce inevitablemente a la infelicidad.

Se trata de una concepción martiana, presente en *La Edad de Oro* y otros documentos de Martí, que tiende a establecer esa vinculación. Estas ideas se relacionan también con lo planteado por el compañero Fidel acerca de que el gran potencial que posee el hombre hacia el futuro es la parte del cerebro, de la capacidad intelectual que tenemos y no utilizamos. ¿Y cómo utilizarla más? Diríamos, como Martí, que se puede utilizar más si se logra vincular la inteligencia con el amor.

Otro elemento importante en Martí es lo que él llamó «el equilibrio del mundo». Resultó profético el mensaje que nos dejó en los últimos párrafos de la carta a Manuel Mercado. Para el Apóstol la guerra de independencia de Cuba se hace para evitar que Estados Unidos se apodere de las Antillas, caiga con esa fuerza más sobre las tierras de América y ponga en peligro el equilibrio del mundo. En su concepción se incluye un mensaje al pueblo norteamericano, porque Martí también afirmó, en otro trabajo suyo, que aquella guerra se hacía para salvar el honor de la gran República del norte, que en el desarrollo de su territorio obtendrá más segura grandeza que en el oficio inhumano de apoderarse de sus vecinos menores, o en la guerra que tendrá que echar contra el mundo, coaligado contra su ambición.

La fórmula martiana, como se puede apreciar, concebía asimismo salvar el honor de los Estados Unidos. Pienso que debemos hacer llegar ese mensaje al pueblo norteamericano, con el que nos interesa dialogar acerca de los peligros que amenazan la existencia del género humano en nuestro planeta.

En cuanto a la idea del equilibrio, me parece oportuno apuntar que ella, como toda su cosmovisión fundada en la integridad de los diversos órdenes de la realidad, procede de su concepción del equilibrio en cuanto ley matriz esencial que rige tanto para la naturaleza como para el espíritu, así como para el arte, la ciencia, la economía, las relaciones sociales y la política, y como esta síntesis solo es posible alcanzarla a escala social con una cultura volcada hacia la acción, José Martí la llevó al terreno de la educación y la política práctica.

Otro aspecto importante de la cultura de José Martí es lo que he llamado «la cultura de hacer política». Creo que todos los grandes pensadores cubanos, empezando por Varela, Luz y Caballero, Martí, Enrique José Varona, Fernando Ortiz, Alejo Carpentier, Rubén Martínez Villena, Julio Antonio Mella, todos los grandes pensadores, en su inmensa mayoría fueron profesores, maestros, educadores lo que constituye una originalidad cubana. Ellos también aspiraron a lo que Fidel está planteando acerca de la cultura general integral. Lo original en Martí, que también asume y enriquece Fidel, es que además de esa cultura general integral, que todos los grandes pensadores concibieron, está en que sentó las bases para la cultura de hacer política, de cómo debe hacerse política. Me parece muy útil conocer la definición que Martí nos da del término política: «La política es el arte de inventar un recurso a cada nuevo recurso de los contrarios, de convertir los reveses en fortuna; de adecuarse al momento presente, sin que la adecuación, cueste el sacrificio, o la merma importante del ideal que se persigue; de cejar para tomar empuje; de caer sobre el enemigo, antes de que tenga sus ejércitos en fila, y su batalla preparada.»³

Martí concibe la política como una categoría de la práctica, pero ella está condicionada en sus fines por la ética. La concibe como una vocación de servicio al pueblo, como un sacrificio, con una correspondencia entre el decir y el hacer. Uno de sus rasgos esenciales es el superar el «divide y vencerás» de la vieja tradición reaccionaria de Maquiavelo y aún de antes, de la época de Roma, y asumir el principio «unir para vencer». Ese viejo principio de «divide y vencerás» ha perdido eficacia práctica en el complejo mundo actual. La tuvo en el pasado para los intereses explotadores, pero hoy los problemas que enfrenta la humanidad tienen un alcance global y es preciso unir voluntades para encarar su solución. Ya no funciona como antes el «divide y vencerás». ¿Quieren un ejemplo? La política irracional que sigue la administración del señor Bush en relación con el terrorismo o con los problemas internacionales.

³ J. Martí. «Escenas europeas». En *Obras completas*. T. 14, La Habana, Editorial Nacional de Cuba, 1964: 60.

Para hacer eficaz la política de unir para vencer hay que tener en cuenta como elemento clave un pensamiento radicalmente universal. Defender a los individuos, pero defender a todos los individuos por igual. Hay quienes hablan de defensa de los derechos humanos, de democracia, de respeto a la individualidad, pero en realidad están defendiendo los derechos de unos cuantos. Los ideólogos burgueses exaltan el concepto del individualismo, pero no tienen en cuenta los millones y millones de individuos que no tienen esos derechos. Como le dijimos en cierta ocasión a un amigo francés, nosotros asumimos la consigna «libertad, igualdad y fraternidad», pero para todo el mundo. Incluye, desde luego, a vietnamitas, chinos, iraquíes, afganos, neoyorquinos, a los que nacen en cualquier lugar de los Estados Unidos, a los que nacen en América Latina, en Cuba, en cualquier parte. Como dijo Martí: «dígame hombre, y ya se dicen todos los derechos».⁴

Para resumir lo expuesto sobre las concepciones martianas, podemos subrayar la importancia de los tres principios siguientes: la utilidad de la virtud, el equilibrio del mundo y la cultura de hacer política. Y pienso que debíamos profundizar en el estudio de esos principios martianos.

Todo este legado ético sirvió de fundamento a la acción y al pensamiento de la Generación del Centenario. Porque en Martí están presentes con mucha fuerza principios éticos. La irrupción de aquella generación en la vida pública de la nación se produjo como una respuesta al golpe de Estado de Batista, a la violación flagrante de la ley y del derecho. Y nació también con los antecedentes de un lema tan querido por nuestra generación, que es «vergüenza contra dinero», que simbolizaba la lucha contra la corrupción y la degradación ética.

El análisis de la situación de la Cuba de aquellos años nos permite darnos cuenta que había una crisis institucional muy profunda, crisis que hemos visto después en otros países, porque es la misma crisis que se presentó en Venezuela, y de la cual surgió para resolverla lo que representa el movimiento bolivariano del presidente Chávez. Surgió en la Argentina, con la degradación de todos los partidos políticos en medio de una profunda crisis económica y social. Desde entonces ha tenido lugar, en el seno de esas sociedades, una crisis completa de la institución partido político. Mucho se nos ha criticado por la existencia de un solo partido en Cuba, y es que fue precisamente la incapacidad y la corrupción de los partidos burgueses en el enfrentamiento a la dictadura de Batista lo que determinó su desaparición. La vida ha ido demostrando que el concepto de pluralidad de partidos está en crisis, y que es necesario hallar formas nuevas de democracia que garanticen la participación popular en la toma de decisiones. Aquellos partidos desaparecieron por una razón ética. Estaban muy

⁴ José Martí. «Mi raza», periódico *Patria*, Nueva York, 16 de abril de 1893. En *Obras completas*. T. 2. Ed. cit.: 298.

corrompidos y no pudieron evitar que Batista consumara el golpe de Estado y tampoco pudieron enfrentársele para derrocarlo.

El asalto al cuartel Moncada constituye el bautismo de fuego de aquella generación. En aquel momento ya Fidel tenía una amplísima cultura, pudiéramos decir, proyectada hacia el socialismo. Y la tenían también Abel Santamaría, Antonio (Ñico) López, Jesús Montané y otros muchos compañeros que participaron en la acción del Moncada. Tenían una cultura con un pensamiento socialista que abordó el tema de la legalidad y de la ética, de la lucha contra la corrupción y de la lucha contra la arbitrariedad y la ilegalidad de Batista. Esto es clave, lo vamos a tratar después al final de este trabajo. En el mundo de hoy los temas del derecho y de la ética se han convertido en un aspecto clave. Eso fue el Moncada inicialmente y respondía a una tradición que parte de los tiempos forjadores de la nación cubana.

Así llegamos nosotros al triunfo de la Revolución. Después del Primero de Enero del 59, se levantó una conciencia de defensa del derecho y de defensa de la moral pública. Y entonces hubo un estribillo popular, porque empezó a decirse que Fidel era comunista y a acusarnos de comunistas, que decía: «Si Fidel es comunista, que me pongan en la lista.» Pero aquella adhesión inicial tenía un fundamento ético. Por eso puedo decir que para mí, en mi formación socialista, todo empezó por una cuestión ética. Porque sin ética no hay solución a los problemas.

La ética no se manifiesta en abstracto, no vive ajena a las realidades. La ética tiene que vivir en el seno de la sociedad, y la ética no puede inculcarse solamente porque yo quiera, ni bastan mis palabras, ni bastan las palabras de mucha gente. Eso es necesario, indispensable, y creo que hay que hacerlo y lo trato de hacer. Pero hace falta también buscar las formas institucionales, diríamos jurídicas, sociales, para consolidar la ética. Este es un punto cardinal para la consideración del tema.

Y el tema de la ética está planteado hoy en el mundo como una necesidad impostergable. Porque lo que está en juego no es solo un país o una clase social. Está en juego la existencia misma de la especie humana.

En medio de esta crisis profunda que atraviesa nuestra civilización, los jefes de Estado que han abordado de forma consecuente la gravedad de los problemas que amenazan hoy la especie humana son Fidel Castro y Hugo Chávez. Y se trata de temas que conciernen, por su gravedad, a todos los jefes de Estado del mundo. Ya desde la década del 80 del siglo pasado, en un libro muy interesante, *El futuro de la vida*, se intentaba abordar con proyección de futuro como estarían las cosas en el plano científico en el año 2000. Y ya desde entonces se señalaban los problemas que se están presentando hoy como el referido al calentamiento de la atmósfera y al medio ambiente en general.

Es un imperativo unirnos sin excepción para enfrentar esos gravísimos problemas. Hay que apelar a todos porque el tema de la subsistencia humana

requiere que se movilicen todas las conciencias como único modo de evitar una catástrofe de proporciones incalculables. Porque si la familia humana está enferma, todos los miembros de la familia se tienen que movilizar. Hay ahí también una cuestión ética, sin la cual no se pueden resolver los problemas.

En el pensamiento filosófico de Marx, Engels, Lenin, está presente en esencia una cuestión ética, aunque nunca se profundizó en ese aspecto ni fue ese el objetivo principal. Hay que señalar, sin embargo, que sí lo apuntaron al referirse al papel de los factores subjetivos en la superestructura. En el siglo XIX había otras condiciones, y ellos –esto lo dice Engels– tenían que hacer hincapié en el factor económico, porque era el que se negaba, y por ello pasaron por alto en cierta medida la importancia de los valores de la superestructura. Porque los sabios no pueden abarcarlo todo y ni Marx ni Engels aspiraron nunca a ser Dios, que es al único al que se le atribuye la infalibilidad. Ellos dijeron de Hegel que su valor estaba en la cultura de su época y que sus limitaciones estaban en las limitaciones de su época. Eso es válido para todos los sabios.

Los descubrimientos más recientes de la psicología han venido a confirmar los estrechos vínculos entre la inteligencia y las emociones.

La cultura de Marx y Engels alcanzó una escala superior con el pensamiento dialéctico. El materialismo histórico llevó el pensamiento racional a un plano mucho más alto, sin embargo, dejó siempre en pie –y lo dijo Engels en los últimos años de su vida– el análisis de la superestructura.

Ha llegado el momento de que el tema de la ética se plantee vinculado al pensamiento socialista. Esa es la clave. Para ello es preciso relacionar el pensamiento de Martí y de los próceres y pensadores de América con el pensamiento de Marx y Engels. Porque si es verdad que la historia de la sociedad humana es la historia de la lucha entre explotados y explotadores, como postuló el *Manifiesto comunista*, también es verdad que la historia de la especie humana, desde sus orígenes y su evolución ulterior hasta nuestros días, es la historia de la lucha de la fiera que tenemos dentro –decía Martí que todos los hombres llevamos una fiera dentro– contra el hombre que aspiramos a ser, el hombre superior. De manera que hay que tomar en consideración esos dos aspectos. De aquí se desprende que hay explotadores porque hay gente malvada. Si todo el mundo fuera honesto, bueno, caritativo, no habría explotación y el socialismo se alcanzaría de manera natural. Hay explotadores porque la lucha entre explotadores y explotados supone también una cuestión ética. Por eso en mi libro *Aldabonazo* dije: «para mí todo empezó como una cuestión ética». Como sentía la ética, sentí que tenía que estar con los explotados y a favor de que no hubiera explotación.

Estas realidades debemos estudiarlas a la luz de lo que se está planteando hoy precisamente en Venezuela y en otros lugares de América: el nuevo socialismo o las ideas para el socialismo del siglo XXI que necesitamos. Y las ideas nuevas del socialismo que necesitamos están en destacar el papel de la subjetividad y de la ética en la historia. Podemos hacerlo a la luz del pensamiento de Marx, Engels

y de Lenin. Fueron precisamente Marx y Engels los que en el primero punto de las *Tesis sobre Feuerbach* señalaron como un error de este autor y de los materialistas anteriores a ellos el no haber tenido en cuenta el factor subjetivo. Y no lo tuvieron en cuenta porque no valoraron en toda su importancia el factor sensorial, el factor de las emociones, las sensibilidades. Esto se relaciona con las sensaciones, con el amor.

En los *Cuadernos filosóficos* de 1844, Marx dice que: «la relación del hombre consigo mismo solo se hace *objetiva y real* para él a través de su relación con otro hombre». ⁵ Es decir, el sujeto se objetiviza en sus vínculos, en su relación con los demás. Si el hombre no establece relaciones sociales retrocede a la condición de fiera. Es precisamente la relación con los demás lo que nos hace seres humanos.

Y debemos estudiar esto relacionándolo con otro gran postulado de José Martí, el que establece que «el secreto de lo humano está en la facultad de asociarse». Este es un pensamiento profundo, que tiene bases científicas, bases objetivas; pudiéramos decir, para que no se confunda nadie, base materialista. A veces pienso que de lo que se olvidaron los llamados materialistas en el siglo xx fue que el hombre también es materia. Esto, como ya señalé, lo dejó aclarado Engels cuando reconoció que los factores de la superestructura se habían quedado olvidados. Partiendo de esa relación dialéctica entre base y superestructura, podemos afirmar que no existe esclavitud romana sin derecho romano y sin toda la cultura ética, ideológica y filosófica del Mediterráneo. No existiría ascenso de la burguesía al poder y al gobierno sin la Ilustración, sin los enciclopedistas, sin todo lo que promovió el Renacimiento europeo. Y no existe el socialismo sin toda la inmensa cultura acumulada.

La clave está en la cultura. Tema olvidado por los llamados marxistas del siglo xx, sobre todo en Europa. En América también se subestimó, pero en América tuvimos la ventaja de que el movimiento comunista nació vinculado a los valores del patriotismo de la tradición latinoamericana. Julio Antonio Mella se hizo comunista porque era martiano, y fue en el enlace del pensamiento martiano y el pensamiento comunista donde surgió el primer Partido Comunista de Cuba. Y hay que agradecerles a los comunistas en el siglo xx, los que nos precedieron cronológicamente, que siempre mantuvieron la tradición patriótica, la tradición revolucionaria, la tradición intelectual de José Martí. Recuerdo nombres memorables como Juan Marinello, como Emilio Roig, que estuvieron muy vinculados al socialismo. Los grandes intelectuales y figuras del pensamiento cubano, fueran militantes comunistas o no, estaban adscritos todos a la cultura de José Martí, y esa cultura conducía a un pensamiento profundamente revolucionario.

Existe una carta que Martí dirige a Fermín Valdés Domínguez, su condiscípulo y hermano, que como se sabe era socialista, en respuesta a otra de Fermín

⁵ Carlos Marx. *Manuscritos económicos y filosóficos de 1844*. La Habana, Editora Política, 1965: 82.

escrita desde Cuba a Martí sobre los temas del socialismo y el Primero de Mayo. Y en esa carta a la que me refiero, Martí le expone ideas que son ejemplares para conocer cómo debemos enfrentar el tema del socialismo.

Una cosa te tengo que celebrar mucho, y es el cariño con que tratas y tu respeto de hombre, a los cubanos que por ahí buscan sinceramente, con este nombre o aquel, un poco más de orden cordial, y de equilibrio indispensable, en la administración de las cosas de este mundo. Por lo noble se ha de juzgar una aspiración: y no por esta o aquella verruga que le ponga la pasión humana. Dos peligros tiene la idea socialista, como tantas otras:—el de las lecturas extranjerizas, confusas e incompletas:—y el de la soberbia y rabia disimulada de los ambiciosos, que para ir levantándose en el mundo empiezan por fingirse, para tener hombros en que alzarse, frenéticos defensores de los desamparados.

Unos van, de pedigüños de la reina —como fue Marat,—cuando el libro que le dedicó con pasta verde— a lisonja sangrienta, con su huevo de justicia, de Marat. Otros pasan de energúmenos a chambelanes, como aquellos de que cuenta Chateaubriand en sus «Memorias». Pero en nuestro pueblo no es tanto el riesgo, como en sociedades más iracundas, y de menos claridad natural: explicar será nuestro trabajo, y liso y hondo, como tú lo sabrás hacer: el caso es no comprometer la excelsa justicia por los modos equivocados o excesivos de pedirla. Y siempre con la justicia, tú y yo, porque los errores de su forma no autorizan a las almas de buena cuna a desertar de su defensa. Muy bueno, pues, lo del 1º. de Mayo. Ya aguardo tu relato, ansioso.⁶

El análisis detenido de esta carta revela que para Martí los dos peligros que tiene la idea socialista son la incultura, es decir, la ignorancia, y la acción de los ambiciosos, de los malvados. Es muy importante estudiar este texto, pues en él podemos encontrar elementos esenciales de la ética.

Durante su estancia en los Estados Unidos, Martí conoció cómo eran los socialistas norteamericanos de entonces que se presentaban como seguidores del marxismo. Y Martí hace críticas a estos marxistas por su carácter extremista. Después he encontrado, con asombro, que las críticas que hacía Martí eran las mismas que le hacía Engels a los marxistas norteamericanos en aquella época. Léanse esos trabajos de Engels sobre los marxistas norteamericanos y apreciarán que les critica por su extremismo y por haber llevado ideas válidas para Europa a otro país distinto.

En un libro muy interesante que tiene por título *El Apocalipsis según San George*, escrito por Eliades Acosta, podemos encontrar la confirmación de aquella expresión de Lenin: «Revísense la piel a un extremista y se encontrará a un oportunista». En él se muestra el papel desempeñado por un grupo

⁶ J. Martí. «Carta a Fermín Valdés Domínguez», Nueva Cork, mayo de 1894. En *Obras completas*. T. 3. Ed. cit.: 167.

J. Martí. «Discursos revolucionarios», Liceo Cubano, Tampa, 26 de noviembre de 1891. En *Obras completas*. T. 4. Ed. cit.: 279; *Obras completas*. T. 3. Ed. cit.: 167.

de judíos sionistas en la década de 1930, y de disidentes del comunismo de Norteamérica y de los países del Este, y cómo ellos proveyeron de la plataforma ideológica al núcleo de los neoconservadores. Y se aliaron entonces a las capas anglicanas más reaccionarias. Ahí fue donde adquirieron cierta base de masas en la sociedad norteamericana. Es decir, que hay una tipificación en ese libro, una caracterización en ese texto, de cómo es la ultraderecha que representa el señor Bush.

Esto nos conduce a algo bien práctico: la lucha por un mundo mejor tiene que comenzar por un trabajo sistemático en favor de la educación moral, y esto último tiene que relacionarse con el empeño de fortalecer el sistema jurídico. Sin este vínculo no puede haber propiamente solución ni al tema jurídico ni al de la ética, ni tampoco al de la solidaridad. Esto nos lleva de la mano a exaltar la aspiración a articular en la práctica cultura, ética, derecho y política solidaria.

Existe una crisis muy profunda de la cultura llamada occidental, derivada de la quiebra de lo que fueron sus fundamentos históricos. Las tres columnas vertebrales de la cultura occidental: el cristianismo, la modernidad científica y el socialismo; las tres entraron en aguda crisis. Y en los Estados Unidos ella los conduce al desastre que hoy tienen y que marca su decadencia.

En América Latina, la situación es diferente, porque las principales corrientes de pensamiento, y culturales en general, que aquí se desarrollaron en la segunda mitad del siglo xx nacieron en este hemisferio. Ninguna región de Occidente ha tenido una originalidad como la que representan esas corrientes. Una es la renovación del pensamiento socialista que generó la Revolución cubana, que conocemos en el pensamiento de Fidel y del Che. Otra es la cosmovisión estética expresada en las escuelas de trascendencia e impacto universal con la literatura de lo real maravilloso en Carpentier. Dicho así muy sintéticamente. Otra es el pensamiento social y filosófico y ético de la teología de la liberación latinoamericana, que también es una corriente original en Occidente. Otra es la revolución bolivariana de Hugo Chávez. Otra es el nuevo cine latinoamericano. Otra es el movimiento de educación popular. Otra es, por ejemplo, la música latinoamericana con movimientos como el de la canción comprometida.

Estas corrientes son originales en Occidente y se presentan como opción frente al desenfrenado individualismo y egoísmo en que ha caído la llamada civilización occidental. Para abordarla necesitamos seguir el consejo de Simón Rodríguez en cuanto a que la única alternativa posible para alcanzar nuestra verdadera independencia era la de crear. Es decir, hay que recoger lo anterior y plantearnos con inteligencia y amor la necesidad de renovarlo y enriquecerlo. ¿Con qué métodos y principios podemos hacerlo? El método electivo de la tradición filosófica cubana, expresado por José de la Luz y Caballero: «Todos los métodos y ningún método, he ahí el método.» Y también se ha dicho: todas las escuelas y ninguna escuela, he ahí la escuela. Alguien muy amigo me

preguntó: «¿Y la escuela de Marx?» Y respondí que pienso firmemente que esta es también la escuela de Marx.

Con esta arraigada tradición patriótica y la enorme riqueza cultural de nuestras patrias, podemos presentar un proyecto latinoamericano de pensamiento martiano y bolivariano, que refleje todo el acervo intelectual de los grandes próceres y pensadores de nuestra América, y que servirá al equilibrio del mundo.



ÍNDICE TEMÁTICO

Bioética
DESDE UNA PERSPECTIVA CUBANA

