



5
ISSN 0717-2370

CUADERNOS DEL PROGRAMA REGIONAL DE BIOETICA

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, OFICINA REGIONAL DE LA
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
DIVISION SALUD Y DESARROLLO HUMANO



5
ISSN 0717-2370

CUADERNOS DEL PROGRAMA REGIONAL DE BIOETICA



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA OFICINA REGIONAL DE LA
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
DIVISION SALUD Y DESARROLLO HUMANO



® PROGRAMA REGIONAL DE BIOETICA PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE OPS/OMS

REPRESENTANTE LEGAL : DR. JULIO MONTT MOMBERG
DIRECCION : PAUL HARRIS N°460, CASILLA 27 141, CORREO 27,
LAS CONDES, SANTIAGO DE CHILE,
FONO: (56-2) 224 5513, FAX: (56-2) 201 3596,
E-MAIL: cedocprb@reuna.cl.

EDITOR : DR. JUAN PABLO BECA I.
COMITE EDITORIAL : DR. JUAN PABLO BECA I.
DR. MIGUEL KOTTOW L.
DR. CARLOS TREJO M.
LIC. MAHAL DA COSTA S.
EDICION : LIC. REBECA URIBE F.
PRODUCCION GRAFICA : BYWATERS & ASOCIADOS

C O N T E N I D O S

I. Bioética: Fundamento antropológico y validez normativa 9**Lic. Silvia Brussino**

Como posible solución a los problemas de fundamentación de la bioética, la autora propone una vía de argumentación antropológico- metafísica que es la esencia de la tesis planteada por Xavier Zubiri a través de lo que él define como "realismo formal", porque permite la unidad intelectual-volitivo-sentiente del ser humano.

**II. Las formas elementales de la enfermedad:
la sistematización de Laplantine 29****Dr. Reinaldo Bustos Domínguez**

La Bioética necesita una comprensión profunda del concepto de enfermedad.

Un análisis de la antropología de la enfermedad amplía la relación hombre-cultura a través de las tendencias etiológicas y terapéuticas de las prácticas médicas contemporáneas.

III. Derecho a la salud: ¿Aspiración o derecho efectivo? 47**Abogado María Angélica Sotomayor**

El desarrollo ético de la humanidad ha llevado al reconocimiento del derecho a la salud. Se presenta una visión desde la perspectiva ético jurídica sobre este derecho, como derecho fundamental y las formas asumidas por algunos países para enfrentar esta nueva conceptualización.

IV. Una ética para la era tecnológica 63**Prof. Jordi M. Escudé**

El mundo moderno asume hoy que la pregunta ética está presente en todas las situaciones del progreso humano y es por esta razón que se exige con urgencia la búsqueda de respuestas que delimiten la justicia, el respeto y la dignidad a las condiciones humana y animal.

V. Bioética y Pediatría**85****Prof. Diego Gracia Guillén**

Del concepto de niño y de cómo se considere la moralidad inherente al niño surgen los modelos desde los cuales se puede enfocar el ejercicio de la pediatría: "paternalismo" clásico y "autonomismo" moderno.

**VI. La ética de una profesión sanitaria en transformación:
la farmacia****103****Prof. Sandra Fábregas Torche y Ana Vélez Carrasquillo**

La profesión de Farmacia requiere ir más allá de la adquisición de conocimientos especializados en el área de medicamentos. Tiene una responsabilidad directa con la vida y la salud, y en virtud de ello debe promover el bienestar del paciente, protegerlos de posibles daños y respetar sus derechos de autodeterminación.

**VII. Nombramiento del Prof. Diego Gracia Guillén como profesor
honorario de la Facultad de Medicina de la U. de Chile****115**

Discursos: Dr. Juan Pablo Beca I. y Dr. Diego Gracia G.

P R E S E N T A C I O N



En nuestra quinta edición hemos incluido seis artículos que abarcan los temas más destacados en el desarrollo de la bioética en América Latina y España. Es así como se presenta un acabado análisis sobre la problemática de fundamentación de la bioética reflejada en el debate actual de la ética contemporánea. El estudio en cuestión se centra en la vinculación de estos problemas con las formas de racionalidad heredadas de la modernidad y sus fracturas.

Desde la perspectiva ético jurídica se analiza el derecho a la salud como derecho fundamental, y las distintas modalidades asumidas por algunos Estados para establecer normas programáticas sobre un derecho de difícil conceptualización.

El prof. Diego Gracia intenta, en su artículo *Ética y Pediatría*, acercarse a un equilibrio en la relación médica con el niño, respetando las características de su propia moralidad. Del concepto de niño y de cómo se considere su moralidad surgen los modelos desde los que se puede enfocar el ejercicio de la pediatría: "paternalismo" clásico y "autonomismo" moderno. La búsqueda del mayor beneficio del niño, en sociedades pluralistas, implica decisiones basadas en valores que no pueden ser impuestos por el Estado o definidos por el médico.

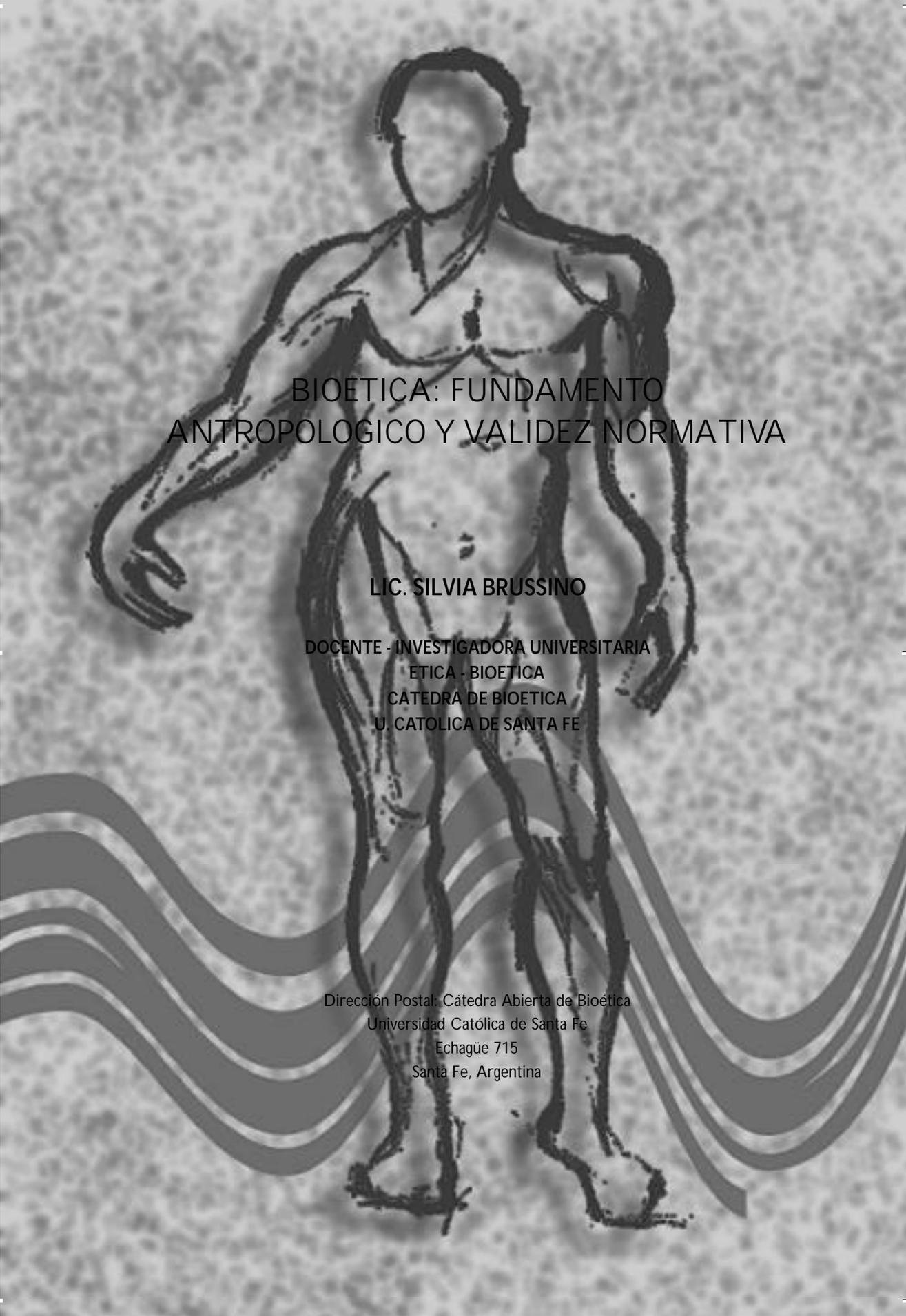
En otro de los artículos se analiza el aporte de Francois Laplantine en el estudio de la Antropología de la Enfermedad. Lo importante de este trabajo es que supera el análisis de los sistemas médicos tradicionales, sistematizando los discursos actuales -válidos para la cultura occidental- sobre el proceso salud-enfermedad.

Hoy la pregunta ética está presente en el vertiginoso mundo del progreso humano. Esta realidad hace impostergable la búsqueda de respuestas que vinculen la justicia y el respeto a las condiciones humana y animal. Se estima que la relación teoría-técnica es la articulación básica del pensamiento occidental y ha dado origen a un nuevo término, la tecno-ciencia que se ha hecho responsable de discernir respecto al buen o mal uso del progreso, analizado desde los roles de los protagonistas de la relación: el investigador y el usuario.

Los alcances de la ética en el mundo de la ciencia y la medicina son tan extensos que no sólo es preocupación permanente de la relación médico-paciente, sino que la necesidad de establecer un vínculo más prudente y justo empieza

a comprometer a otros profesionales sanitarios. Es el caso de quienes se desempeñan en el área de los medicamentos. El artículo que hemos incluido presenta la evidencia de que ésta es una profesión sanitaria con una responsabilidad directa con la vida humana y la salud, y tiene por tanto la obligación moral de promover el bienestar del paciente, protegerlos de posibles daños y respetar sus derechos de autodeterminación.

En este número se han incluido los discursos pronunciados por el Dr. Juan Pablo Beca y por el Prof. Diego Gracia Guillén, con ocasión del nombramiento de este último como profesor honorario de la Facultad de Medicina de la U. de Chile. La exposición del Dr. Gracia pone de relieve la necesidad de la enseñanza de la Bioética en las Facultades de Medicina.

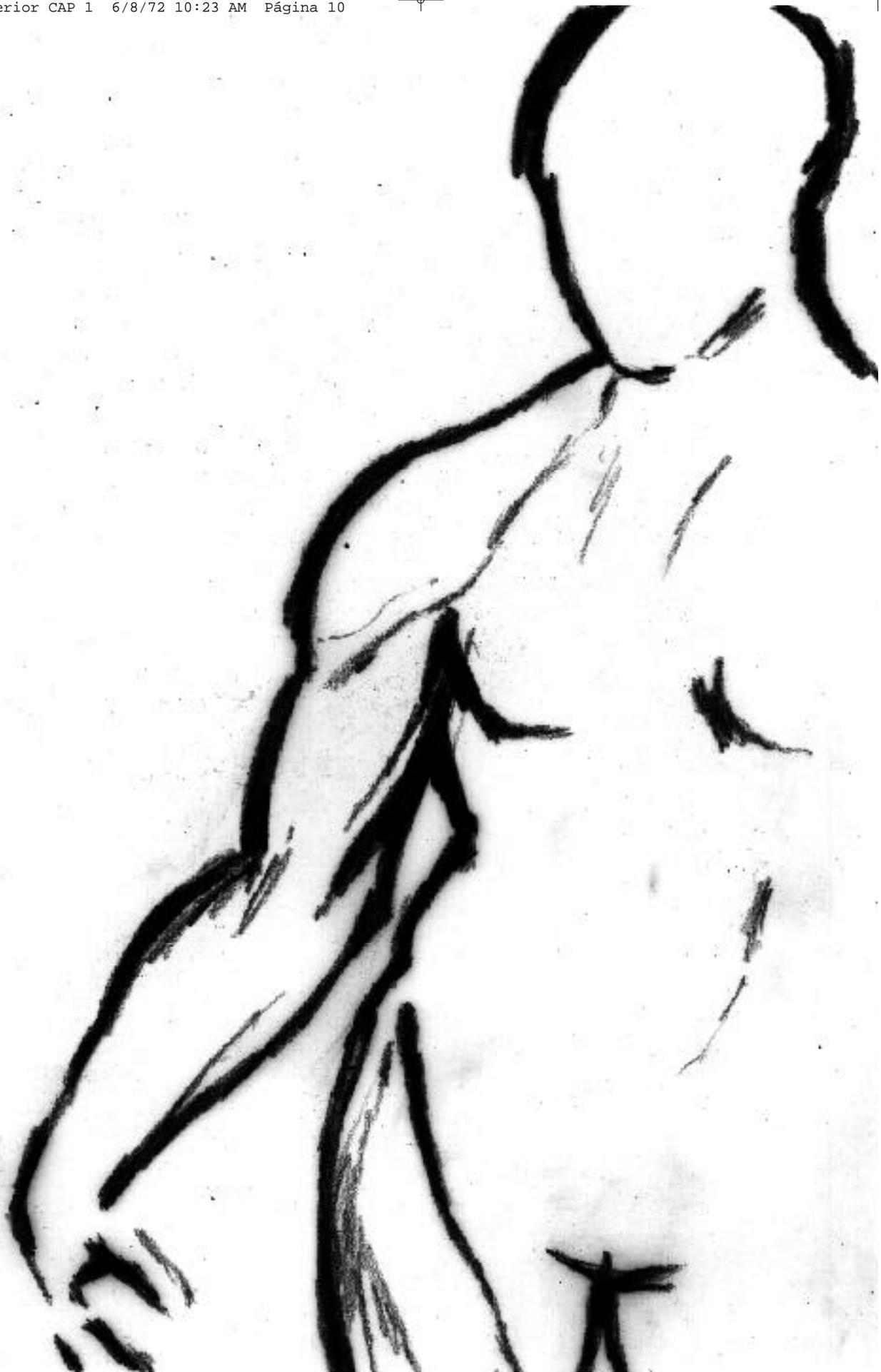


BIOÉTICA: FUNDAMENTO
ANTROPOLOGICO Y VALIDEZ NORMATIVA

LIC. SILVIA BRUSSINO

DOCENTE - INVESTIGADORA UNIVERSITARIA
ÉTICA - BIOÉTICA
CATEDRA DE BIOÉTICA
U. CATOLICA DE SANTA FE

Dirección Postal: Cátedra Abierta de Bioética
Universidad Católica de Santa Fe
Echagüe 715
Santa Fe, Argentina



S U M M A R Y

The fundamental problems of bio-ethics reflect questions debated at the heart of contemporary ethics, either as a philosophical theory or in applied ethics. These problems are related to rational forms inherited from modern times and its fractures, and are expressed in the dichotomy theology/deontology, with the resulting paradox: either morals are real, but are emotional rather than rational; or morals are rational, therefore transcendental, a priori, rather than real. The author proposes them as tools to overcome problems posed (moral conventionalism and abstract deontology) a way to anthropological-metaphysical foundations based on the "formal realism" of Xavier Zubiri, which allows the two underlying dimensions of ethics to be articulated without censors: the structural (pre-rational) and the normative (rational) from the unity intellect-will-feeling of the human being and his or her metaphysical introduction to reality as a person.

R E S U M O

Os problemas de fundamentação da Bioética refletem as questões debatidas no âmbito da ética como teoria filosófica ou como ética contemporânea, seja como teoria filosófica ou como ética aplicada. Estes problemas estão vinculados as formas de racionalidade herdadas da modernidade e suas rupturas, que se expressam na dicotomia teleologia-deontologia com uma resultante paradoxal: ou a moral é real, mas não racional e sim emotiva; ou a moral é racional, mas não real o sim "a priori" transcendente.

Propõe-se como forma de superar os dilemas apresentados (convencionalismo moral e deontologismo abstrato) uma via de fundamentação antropológico-metafísico baseada no "realismo formal" de Xavier Zubiri o que permite articular sem restrições as duas dimensões mescapáveis da ética: a estrutural (pré-racional) e a normativa (racional) oriundas da unidade intelecto-volitivo-sensitiva do ser humano e sua inserção metafísica na realidade como pessoa.

I. INTRODUCCION



Los problemas de fundamentación de la bioética reflejan con peculiar énfasis las cuestiones que se agitan en el escenario del debate ético contemporáneo, ya sea como teoría filosófica o como ética aplicada. Estos problemas están ligados a las formas de racionalidad heredadas de la Modernidad, cuya incidencia es tan grande en el orden teórico como en el orden de las prácticas sociales vigentes, puesto que comportan modos de autocomprensión del hombre actual, de su relación con los otros hombres, con el mundo y con Dios.

Quien pretende recorrer hoy una vía de fundamentación de la ética, debe enfrentarse no sólo con la diversidad de teorías éticas (cuyos matices o acentuaciones son reflejo de las diversas "racionalidades" -económica, política, sociológica, etc.- desde las que se accede a los problemas éticos y desde las que se pretende su resolución), sino también con los difundidos esquemas dicotómicos: deontologismo/consecuencialismo, principialismo/situacionismo, universalismo/ contextualismo, etc. Estos esquemas, además de corresponder a criterios clasificatorios diversos -cuya articulación con la problemática de que se trata es preciso comprender- son expresión de las fracturas legadas por la modernidad, con sus consecuentes dificultades para integrar teorías que se presentan rivales y mutuamente excluyentes, a lo que se agrega la posibilidad de cometer falacias descalificantes y de efectuar tránsitos indebidos de un orden de cosas a otro.

Otro problema para quien recorre una vía de fundamentación es un cierto descrédito, bastante generalizado, respecto de la capacidad de la filosofía para orientar realmente la acción. Esta cuestión es compleja, tanto en su constitución-vinculada a la inversión moderna de los órdenes práctico y especulativo, cuando la producción científico-técnica, que marcó el derrotero de la racionalidad occidental, prescindió por completo de una «guía» filosófica-como en sus consecuencias, exacerbadas por el nihilismo y el pragmatismo de algunos filósofos postmodernos. El carácter fuertemente reactivo y débilmente propositivo de la crítica al universalismo ético, contribuye a la fragmentación del fenómeno moral y a la relativización de los contenidos normativos, obturando las posibilidades de comprender la postmodernidad aun como "chance" ⁽¹⁾.

Por supuesto que las respuestas y soluciones a estos problemas, no penden -al menos únicamente- de la filosofía. Sin embargo, lo que sí se puede y se debe dirimir, es el papel que ella asume en la intersección de saberes y prácti-

cas actuales, esto es, si tiene aún algo que decir sin que ello signifique: ni la pretensión de ostentar una razón universal que se cierne soberbia por encima de los demás saberes y haceres, ni la actitud claudicante de una razón que, sumisa y domesticada, se sumerge en el curso de los acontecimientos políticos, económicos, científicos o tecnológicos.

Como se sabe, estas opciones filosóficas tienen gran peso en el desarrollo de la bioética y en gran medida vienen determinando «estilos» más o menos diferenciados que suelen adscribirse con razón a las características culturales de las sociedades en las que se fue gestando este movimiento. Así hablamos del pragmatismo norteamericano, del utilitarismo anglosajón, del deontologismo europeo continental, etc. En este sentido, no hay un «ismo» que pueda indicar aún el temple bioético que ha de adoptar América Latina, y es razonable desear que si algún día lo hay, sea más el resultado reflexivo de un esfuerzo de fundamentación que la mera adopción de un “modelo bioético” al uso.

Lo que ha de tenerse presente es que Latinoamérica es uno de los escenarios donde se extreman los problemas derivados de la crisis de legitimidad de la racionalidad postilustrada, en contacto con valores de tradición premoderna, a los que no puede adjudicarse ligeramente la categoría de “resabios” que deban ser superados -o aplanados- en los procesos homogeneizantes de transformación sociocultural.

En esta transformación van implicados desde la implantación de modelos sociales y políticos homogeneizantes, que favorecen el individualismo y la exclusión social, hasta la panacea de la alta tecnología que llega desde los países en los que se ha desarrollado, cuyos beneficios -en escala social- son más ilusión y promesa que realidad. Con ello se acentúa “el divorcio entre el país formal y el país real... en que la existencia aparece escindida entre un sistema de objetivaciones vacías de sentido y un sentido vivido que no alcanza a objetivarse; una estructura de formas carente de sustancia y una vida histórica rica en contenido sustancial, pero impedida de crear las formas que la expresen y permitan la autorrealización de su propia libertad.”⁽²⁾

No es competencia de este trabajo dilucidar cuáles son los temas que deben tener prioridad en la nutrida agenda bioética latinoamericana. De lo que sí estamos seguros es que una ética asumida como tarea, no puede declarar irrelevante la realidad de los hombres concretos, sin los cuales cualquier esfuerzo ético carece de sentido y se convierte en un discurso anodino. De ahí la importancia que revisten los temas de fundamentación.

II. POR QUE UNA FUNDAMENTACION ANTROPOLOGICA

La fundamentación que proponemos es antropológica, se inscribe en la necesidad de dotar a la ética de un *principio de realidad* ⁽³⁾ y nos lleva a recuperar vías de pensamiento de la tradición occidental que las rupturas de la modernidad han excluido. Somos conscientes de los problemas y prejuicios que evoca el término "recuperación": los problemas son reales, no es sencillo asumir desde la teoría filosófica el legado crítico de la modernidad superando al par sus propios vicios. En este sentido debemos decir que esta recuperación no apunta a restaurar antiguas formas de vida. Se trata más bien de despejar, desde las opciones filosóficas en que tuvo lugar su obturación, vías del pensamiento ético que vienen exigidas por la fuerza misma de lo real bajo la forma de problemas prácticos.

Los prejuicios refieren a esa forma angostada de pensamiento que hace de un supuesto un axioma y censura todo lo que no pueda subsumirse bajo su lógica, aunque ello sea un aspecto relevante de la realidad.

"Las realizaciones del hombre moderno se efectúan bajo el signo hermenéutico de la ruptura de toda dependencia respecto a una instancia alterativa, ontológica e histórica, que no sea incluíble dentro de las condiciones de posibilidad establecidas por la subjetividad" ⁽⁴⁾.

Por consiguiente, podemos decir que el precio que el hombre moderno ha tenido que pagar para conquistar la autonomía, fue en primer lugar, el desapego de un mundo de cosas dadas, ya sea a la razón o a la sensibilidad. El proceso más característico del pensamiento moderno fue la introspección: frente a la catastrófica constatación de la pérdida de certezas provenientes de las cosas, la duda cartesiana encontró su refugio en la interioridad del "yo pienso", abriendo la vía de la filosofía de la conciencia que, pasando por Kant, culminaría en Husserl. El empirismo siguió en esto un procedimiento similar, el "common sense" que presidió el desarrollo del pensamiento inglés, es también el resultado de la introspección: lo "común" de este sentido no es su exterioridad comunicable, sino la convicción de que todos los seres humanos cuentan con el mismo mecanismo psicológico. Lo que es igual para todos los hombres no son los objetos de las pasiones, sino las pasiones mismas, que la naturaleza ha hecho universal para toda la especie.

Paradójicamente, el mismo desapego del mundo de las cosas dadas -antes confiable, ahora caótico- colocó al hombre moderno en situación de total dependencia respecto de su propia producción: se trata de un mundo que hay que ordenar y dominar, por lo que la función del cálculo de probabilidades,

de consecuencias, de intereses, de utilidades, se tornó imprescindible. Los pasos que siguió la reducción moderna de la racionalidad fueron: primero, hacia el interior del sujeto: racional es sólo lo producido por la subjetividad; después, hacia el dominio del mundo exterior: naturaleza y sociedad, bajo las leyes producidas por la subjetividad (ciencia natural y política); finalmente, hacia el dominio de sí, bajo la ley producida por la voluntad "pura" -desprovista de pasiones- de la ética kantiana.

Pero, como ha mostrado con lucidez Hanna Arendt, fue precisamente en la esfera de los asuntos humanos donde se encontró deficiente a esta nueva filosofía, ya que "por su propia naturaleza no podía entender, ni siquiera creer en la realidad. La idea de que sólo lo que voy a fabricar será real -perfectamente cierta y legítima en la esfera de la fabricación- queda para siempre vencida en el curso real de los acontecimientos, donde lo que ocurre con más frecuencia es lo totalmente inesperado" ⁽⁵⁾.

La conquista de la autonomía -de donde la bioética toma uno de sus principios- y que tanto significado adquiere en la constitución de la conciencia moral, tiene también este lado oscuro, que hoy cuesta balancear en las teorías ético-políticas de herencia liberal. Desprendido de toda instancia originariamente alterativa: ¿Cómo exigirle a un sujeto que se obligue para con el otro? ¿De dónde podría venirle la fuerza obligante a un orden común, como no sea de la mera coacción o de la necesidad egoísta de mantener una alianza pacífica que le garantice el cumplimiento de sus propios deseos o intereses?.

Sólo recuperando la alteridad como constituyente de nuestra subjetividad, esto es, desde una antropología que dé cuenta de la intersubjetividad como instancia originariamente real, no solamente como *telós* ideal, parece quedar liberado el terreno desde el cual pueda plantearse la cuestión del sujeto social sin tener que apelar a problemáticos artificios para "justificar" la preocupación por los demás seres humanos.

Cualquier demanda de universalización normativa se debilita cuando persiste en edificar la ética *exclusivamente* sobre la base de una lógica universalista, indiferente a los motivos reales que encuentra un hombre sensato para querer actuar bien. Esta es la parte de razón que se encuentra en las denominadas "éticas de la virtud"⁽⁶⁾, en general de inspiración aristotélica y centradas en el carácter del agente moral, que en bioética han tenido mayor recepción en el ámbito de la relación médico-paciente que en el campo ético-político, en el que las propuestas que asumen el proyecto emancipatorio de la Ilustración ⁽⁷⁾, son las que presentan mayor atractivo.

Un importante desafío para la bioética asumida como *tarea*, es cómo recuperar la rica vertiente ética de los hábitos y las tradiciones en cuanto instancias reales y efectivas de la educación moral sobre un suelo postmoderno multicultural, sin que ello implique un retroceso o huida anti-modernos, hacia formas cerradas de identidad comunitaria o actitudes fundamentalistas.

III. LAS FRACTURAS DE LA MODERNIDAD. TELEOLOGIA VS. DEONTOLOGIA

El descubrimiento por parte del hombre moderno del punto de vista de la universalidad en su propio interior -con la correlativa reducción de la realidad a objeto de conocimiento según el modelo de las ciencias empíricas o formales- y la radicalizada desconfianza en los móviles de la acción humana, debido a la común convicción de la naturaleza egoísta del hombre, están en la base de las dos grandes éticas de la modernidad: el utilitarismo y el deontologismo kantiano. La dicotomía entre teleología y deontología que aún gravita en las teorías éticas contemporáneas, expresa la doble fractura moderna entre ética y ontología, por una parte, y sentimiento y razón, por la otra.

La vía abierta por Hume, determinó que el principio de la moral es un sentimiento y que sus contenidos se pueden indagar por la experiencia (claro está que se trata de una experiencia reducida a impresión, según el criterio empirista). El principio universal de la moral al que arribó Hume fue el de la búsqueda de placer y evitación del dolor, sentimiento al que se somete todo razonamiento en el plano de la acción⁽⁹⁾. Este fue el canon del utilitarismo que Bentham y Mill perfeccionaron y ajustaron en la misma línea, que resultó reforzado por el positivismo y -tras el giro lingüístico de la filosofía- por la metaética analítica, sobre la base de la separación -también humeana- entre hechos y valores: Los juicios de hecho (descriptivos) serían los únicos que tendrían significado cognoscitivo, en tanto que a los juicios de valor (prescriptivos) no se les podría adjudicar verdad o falsedad, por lo que carecerían de sentido.

Como puede verse, en esta línea de pensamiento, la razón juega un papel meramente auxiliar en la ética, pues lo que hace es organizar los medios para optimizar el éxito de la acción, cuyo fin pende de un sentimiento que no admite fundamentación racional. Sobre esta base, resulta lógico que la moderna teleología haya centrado el criterio *objetivo* de acción racional en el cálculo de consecuencias, desprovisto de ponderación axiológica, que al considerarse inasequible a la razón quedó relegada al ámbito emotivo de la subjetividad particular.

La otra vía fue la trascendental abierta por Kant, para quien la razón práctica podía hacer mucho más que esa función subalterna que le adjudicó el empirismo, podía darse su propia ley. En efecto, para Kant, la moral no radica ni en el sentimiento ni en los fines dados por la naturaleza -que los hombres pueden seguir sin mérito alguno, por inclinación natural- pues el orbe de lo natural resulta incognoscible "en sí". Lo que sí puede conocerse es lo que la libertad produce, allí es donde hay que buscar el principio de la moral, en una voluntad "buena en sí", esto es, pura, libre -de intereses y pasiones- que sigue su propia ley racional a priori: el deber ⁽⁹⁾.

El esfuerzo por poner el criterio de la acción humana con pretensiones de moralidad al resguardo de los intereses arbitrarios de los hombres es el mérito del imperativo categórico y de toda ética que asuma el principio de universalidad. Sin embargo, la conquista de este principio se llevó a cabo sobre el estrechamiento de la moral al ámbito del deber bajo el primado de lo racional *a priori*. La radicalizada pretensión de fundamentación de Kant lo llevó a poner la moral bajo el dominio exclusivo de una razón desvinculada *por principio* de las condiciones de su ejercicio, convirtiendo toda cuestión ética en una cuestión de deber.

De ahí en más, por la vía del deontologismo, los problemas de fundamentación de la ética pasaron a ser problemas de validación normativa, con lo que la ética sigue un patrón cognitivo que se resuelve en la *coherencia lógica* del sujeto, independientemente de su experiencia moral. Es el caso de todas las éticas de cuño kantiano, aunque reformadas y ampliadas, como las éticas discursivas ⁽¹⁰⁾.

De esta forma, se excluye de la órbita de la moralidad una importante dimensión de la vida humana -individual, histórica y social- en la que juegan sentimientos, actitudes habituales, tradiciones, etc. Justamente aquella dimensión en la que se constituyen las referencias axiológicas, sin las cuales ningún ser humano podría siquiera acceder a la comprensión -siempre ulterior- del deber. Esta ceguera del deontologismo para con la sabiduría práctica del mundo de la vida, cuyo tratamiento no queda previsto desde el comienzo de la teoría ética, acarrea no pocos problemas a la hora de sopesar en concreto situaciones y consecuencias.

Puede decirse que las fracturas de la racionalidad moderna siguen gravitando en los procedimientos de decisión con un resultado paradójico: o la moral es real, pero no es racional, es emotiva; o la moral es racional, pero no es real, es trascendental a priori. En efecto: Una persona bien intencionada y honesta, que remonta reflexivamente su razonamiento práctico para encontrar un fun-

damento de sus decisiones, tropieza con la dificultad real de no poder saber si es "deontologista" o "consecuencialista", o más bien, con que lo racional y ético es ser ambas cosas a la vez; la realidad "va por delante" de la teoría ética así planteada y éste es, a nuestro modo de ver, un punto crucial de fundamentación: cómo se ligan razón y realidad.

IV. "LO QUE" SE FUNDAMENTA: VALIDACION RACIONAL Y FUNDAMENTO DE LA RAZON

La necesidad de complementar el principio de universalización del deontologismo con un principio -antropológico- de realidad para la ética no es una cuestión tan sólo teórica, sino esencialmente práctica, dado que los problemas éticos, como se sabe, no son única ni primariamente problemas normativos, sino también y sobre todo, conflictos axiológicos, que no se resuelven ni en la axiomatización abstracta de los derechos o de la justicia, ni en acciones estratégicas, cuyo *telós* sea la sola defensa de intereses individuales o grupales.

Por ello resulta necesario establecer una distinción: Es cierto que la que legitima la moralidad de las normas es siempre la razón, puesto que no disponemos humanamente de recurso más idóneo, y esto ha sido visto así por la tradición filosófica occidental desde Sócrates. Es el punto fuerte del deontologismo frente al emotivismo, sobre todo en su crítica a la racionalidad estratégica, por la que se pone al descubierto la dudosa moralidad de una ética meramente convencional. Pero la razón no es la instancia última de fundamentación; entenderlo así es suponer que la razón no sólo es autónoma, sino también autofundada, lo que nos parece un inadmisibles prejuicio racionalista en el que incurren las éticas deontológicas que, inspiradas en Kant, insisten en circunscribir el ámbito de la moral al de la razón a priori. Con ello, si bien se gana en universalidad, se deconstruye la teoría ética, porque se desarticula el complejo fenómeno de la moralidad y se marginan otras vías de acceso al mismo (p.ej., éticas de la perfección o éticas de la felicidad). En bioética esto es particularmente importante, porque ella debe su nacimiento a una intención básicamente «humanizante» y no resulta adecuado que esa intención se desdibuje en puro formalismo procedimental que, en el mejor de los casos, pueda garantizar corrección en las acciones. Se puede objetar que esto no es poco, lo cual es cierto, pero no nos parece suficiente. Los lenguajes paralelos de lo correcto y lo bueno, del deber y la felicidad, de la justicia y la perfección, planteados como irreconciliables, desfiguran lo humano de la moralidad y fragmentan la unidad dinámica y problemática de la experiencia del hombre corriente.

En la validación normativa se pone en juego la racionalidad de los criterios de moralidad; en la fundamentación se pone en juego qué es lo que hace que haya criterio, es decir, el fundamento mismo de la razón y de la ética.

V. LA RACIONALIDAD SENTIENTE

Remontar la paradoja expuesta significa asumir la parte de verdad que hay en ambas propuestas teóricas: la deontológica y la teleológica, lo cual no puede hacerse de manera meramente ecléctica, sino desde un contexto teórico que supere las fracturas de la modernidad, articulando coherentemente la razón y el sentimiento y dando cuenta a su vez del fundamento antropológico-metafísico de la ética, esto es, del modo de implantación humana en la realidad, por el cual tiene sentido que haya ética normativa.

Encontramos en la filosofía de Xavier Zubiri una perspectiva adecuada para este propósito. Se trata de una filosofía procedente de la fenomenología, por lo que asume la consigna husserliana de un acceso directo a las cosas mismas, aunque su concepto de realidad y su análisis de la intelección humana (*noología*) supera tanto la intencionalidad de la conciencia de Husserl como el intuicionismo en la captación axiológica, que ha sido el punto más vulnerable de la ética material de los valores (Scheler y Hartmann), de inspiración fenomenológica ⁽¹¹⁾.

El tema capital de esta filosofía es la unidad de realidad e intelección, es decir, que no hay preeminencia de una sobre la otra, "el saber y la realidad son en su misma raíz estricta y rigurosamente congéneres" ⁽¹²⁾. Al binomio de *noesis* (acto de intelección) y *noema* (lo aprehendido en el acto de intelección), Zubiri incorpora el concepto de *noergia*, que es la fuerza propia con que lo real aprehendido, es decir, el *noema*, se impone a la inteligencia, lo que constituye un verdadero "giro realista", si bien formal, que lo coloca a distancia tanto del realismo clásico como del idealismo moderno.

La noología zubiriana parte del hecho de que sentir e inteligir no son dos actos separados. Esta separación es para Zubiri una "ingente teoría" que ha venido gravitando erróneamente en el desarrollo de la filosofía occidental con el resultado de una "logificación de la inteligencia", por la cual la función primaria de la intelección sería concebir y juzgar (funciones lógicas), en definitiva, procesar los datos que le proporcionan los sentidos. No hay, para Zubiri, una facultad de sentir y otra de inteligir, sino una única facultad: la *inteligencia sentiente*, cuyo acto -también único- es la aprehensión primordial de realidad, *principio* de toda intelección ulterior, lógica y racional.

La aprehensión primordial nos instala sin más en la realidad, y esta instalación es tan sentiente como intelectual. En cuanto sentiente, siempre tiene un contenido afectante, pero en tanto intelectual, no queda clausurada en ese contenido, sino que es formalmente abierta: es transcendental.

La diferencia de esta transcendentalidad con la kantiana es que no es a priori, sino sentiente, es decir: es superación del contenido aprehendido, pero lo es porque la misma realidad es formalmente abierta y nos fuerza *desde* y *en* el sentir a *intilgír* en profundidad lo que ese contenido afectante puede ser en la realidad allende la impresión. Esto es lo que pone en marcha a la razón, que por ser un modo ulterior de intelección es *originada* en la aprehensión de realidad y *sentiente*, puesto que el sentir, por ser de realidad, lejos de quedar abolido en el conocimiento racional, es principio permanente y canon de toda intelección.

Lo interesante de este enfoque de la razón es justamente que no se plantea en oposición al sentir, sino *desde* el análisis del sentir humano en su diferencia con el sentir animal, por lo que el hombre es "animal de realidades", ya que es en virtud de sus propias estructuras biológicas que se encuentra abierto a la realidad como "mundo".

En lo que concierne a esta concepción de la racionalidad⁽¹³⁾, se puede puntualizar lo siguiente:

En primer lugar, como vimos, se trata de una razón *sentiente*, no a priori, por lo cual conserva en todas sus creaciones del contenido de la realidad el momento atingencial, que la liga a la forma de realidad aprehendida impresionadamente. Es una razón estrictamente humana, que no sobrevuela sobre las situaciones y los hechos sino que tiene en ellos su modesta originación, por lo cual, también con ellos debe confrontar sus hallazgos.

En segundo lugar, la razón es *creadora*. Fundada en la realidad sentida, la razón construye esbozos, que son creaciones libres del contenido profundo de la realidad y pueden adoptar diversas formas: pueden ser teorías científicas, pero también pueden ser metáforas -como en el caso de la creación artística-, y en el orden que nos interesa, teorías éticas. Estos esbozos racionales no son, sin embargo, arbitrarios porque ellos expresan lo que el fundamento real "podría ser" (como posibilidad) desde el principio o canon intelectual-sentiente: la realidad aprehendida, que es el esquema de referencia de todo esbozo racional. En tanto posibilidades, encuentran su verdad en la experiencia, que es la *probación física* y *discerniente* de lo esbozado. La verdad racional no es sólo cuestión lógica, sino auténtica verificación, es decir, encuentro real

como término de una búsqueda experienciada, lo cual tiene gran importancia en el orden procedimental de la ética, porque significa que los principios deontológicos, en tanto que son esbozos racionales, deben probarse experiencial y situacionalmente.

En tercer lugar y como consecuencia de lo anterior, la razón es *problemática*. Lo único *dado* a la razón en tanto modo de intelección sentiente es la formalidad de realidad: esto es lo que se impone con carácter de necesidad y exige la marcha inquiriente de la razón, que es por ello intrínsecamente *lógico-histórica*, porque la realidad se impone justamente bajo la forma de problema. El problematismo de la razón no es sino el problematismo de la realidad sentida que, en su dar de sí, es abierta, dinámica e inagotable ⁽¹³⁾.

Esta concepción de la racionalidad se correlaciona con el análisis de la realidad humana, arrojando una mejor comprensión del fundamento de la ética.

VI. EL FUNDAMENTO ANTROPOLOGICO-METAFISICO DE LA ETICA

Si bien Zubiri no elaboró una ética sistemática, sentó las bases de los desarrollos llevados a cabo por José L. Aranguren en ética y, ya en el campo más específico de la bioética, por Diego Gracia, tanto en el orden de la fundamentación como en el procedimental ⁽¹⁴⁾.

Desde la perspectiva zubiriana, la unidad procesual del vivir humano es "comportamiento con la realidad", a diferencia del comportamiento estímulo del animal. El enfrentamiento radicalmente intelectual del hombre con las cosas determina un modo de comportarse con ellas que involucra su propia realidad: en el hacerse cargo de las cosas como realidades, el hombre debe hacerse cargo de su propia realidad para hacer biológicamente viable su vida. Esto no es aún lo que llamamos responsabilidad; indica sólo la situación en que el hombre se encuentra en razón de la inconclusión de sus propias estructuras biológicas. Sin esta dimensión necesariamente "respondente" a las situaciones vitales como realidad, no se podría hablar de responsabilidad alguna.

Pero la instalación primaria del hombre en la realidad no tiene sólo carácter intelectual: es también radical y unitariamente volitiva y sentimental. La voluntad no es mero apetito, sino facultad de determinación de lo que el hombre *realmente* quiere hacer y ser. Pero ese acto de determinación, que es la opción, sólo puede realizarse conservando el momento tendencial (sentiente), por lo que es "voluntad tendente". Lo propio sucede con el sentimiento, que

no es mera afección, sino el modo como el hombre se *siente* como realidad en la realidad, sólo hay sentimiento cuando el afecto envuelve formalmente el momento de realidad.

Esta unidad de inteligencia sentiente, voluntad tendente y sentimiento afectante no es síntesis ni convergencia de facultades, sino "unidad estructural". Las notas de la sustantividad humana (corporeidad, inteligencia, sentimiento, voluntad) se co-determinan en unidad sistemática estructurante. La unidad procesual del sentir humano, por su propia inconclusión -que no es deficiencia sino excedencia- se torna *principio de realización personal*: la sustantividad humana es transcendentalmente abierta a la realidad, pero, ante todo, a su propia realidad, su modo de ser "de suyo" es ser formalmente "suya", es poseerse a sí misma. En esto consiste ser persona, en la forma de autoposeción de la sustantividad humana, que es "suidad" ⁽¹⁶⁾.

Porque es persona, el hombre es una realidad en cierta forma sobrepuesta a sí misma, ya que, además de sus notas constitutivas, en su enfrentamiento con la realidad va cobrando su propia figura real por «apropiación de posibilidades». Su apertura transcendental *desde* y *en* el sentir mismo, determina que para poder ser real, deba apropiarse -en el sentido fuerte de hacer definitivamente suyas- por opción, posibilidades de vida. Por ello dice Zubiri que la moral es algo «físico» a su modo, por cuanto es una efectiva apropiación ⁽¹⁷⁾.

Ahora bien, el fundamento de la persona es la realidad en su triple carácter de última, posibilitante e impelente. Al igual que los esbozos racionales, las posibilidades de realización personal no reposan sobre sí mismas, sino en la realidad que en cierta forma ya somos, con unas concretas estructuras individuales, sociales e históricas, y en la realidad de las cosas que se nos ofrecen como posibilidades apropiables. Sólo por ser formalmente reales, las cosas se ofrecen al hombre como bienes, es decir, como posibilidades de realización.

La antropología zubiriana articula naturaleza y libertad o naturaleza e historia en una misma línea sin censuras: la de la implantación metafísica del hombre en la realidad. Lo sentido formalmente como realidad no queda atrás ni en la intelección ni en la voluntad, por el contrario, es condición de toda realización humana y por lo tanto de toda ética.

Donde esta fundamentación alcanza su mayor hondura es en la noción de religación. La realidad, fundamento de la persona, no es algo ajeno o separado de las cosas reales a las que el hombre se enfrenta ni de su propia realidad: la fundamentalidad transcurre en lo fundado mismo, como "apoderamiento", que es una especie de apoyo *a tergo* para ser real: no le basta al hombre con

poder y tener que hacerse, sino que necesita el impulso para estar haciéndose. Este impulso es versión al poder de lo real, que no es sometimiento extrínseco a algo, sino un "estar viniendo" desde la realidad. El apoderamiento nos implanta en la realidad y tiene carácter experiencial. Por ello el hombre, al estar haciendo religadamente su propia persona, está haciendo la "probación física de lo que es el poder de lo real" y "esta probación se va ejercitando por todas las rutas individuales, sociales, históricas" ⁽¹⁸⁾.

Tal es el carácter de la experiencia moral. Por apropiación de posibilidades, el hombre realiza la experiencia de la religación bajo la forma -problemática e inquietante- de una búsqueda. Se trata de la *búsqueda de felicidad* en la línea de su propia perfección, como plenitud de realización de su persona. Los bienes, deberes y valores se inscriben en este ámbito de la realidad por apropiación, que es la realidad *físicamente* moral del hombre y fundamento de la ética.

Esta recuperación de un principio de realidad -por vía de realización personal- para la ética, no significa recaer en un criterio naturalista: lo "dado" en la religación no es un *contenido determinado*, del que puedan deducirse deberes u obligaciones en concreto; sino que es la *formalidad de realidad sentida*. De modo que la religación plantea desde su raíz, la intrínseca problematidad que envuelve la vida moral, por ser el exponente de una incertidumbre aún más grave: la indeterminación constitutiva del contenido de la perfección.

El tener que apropiarse posibilidades para poder vivir, sin saber de antemano cuál es el contenido de su verdadera realización, es el enigma de la fundamentalidad en el hombre, que justifica la marcha de la razón práctica en la búsqueda de contenidos debitorios que lo acerquen más al *telós* de la realización personal.

Por ello, la necesidad de una fundamentación racional de la ética no es una exigencia lógica de la razón sino una necesidad metafísica, es por la forma humana de implantación en la realidad, por lo que la razón necesita esbozar principios y contenidos normativos. La obligación presupone la religación, es decir, presupone que somos realidad personal.

Ahora bien, es también por vía de apropiación de posibilidades como se forjan los hábitos y las disposiciones del carácter, por lo que esta fundamentación abre el juego al planteo de las virtudes, sólo que, como vimos, en un contexto en el que el contenido de la perfección no nos es dado. De modo que no sólo resulta compatible, sino que exige la libertad de conciencia que, como se sabe, es esencial a la bioética.

CONCLUSION

La dinámica de la racionalidad sentiente en correlación con la unidad estructural del hombre, permite extraer criterios que dotan de coherencia al tratamiento de la cuestión ética y con ello, a los procedimientos de toma de decisión.

Por una parte, la concepción de una razón fundada en la aprehensión primordial de realidad y, por tanto, constitutivamente abierta aunque no informe, provisional -tanto en el orden teórico cuanto en el práctico- aunque no errática, ofrece la posibilidad de superar la dicotomía planteada por el debate actual entre el ideal de una racionalidad totalizante y autosuficiente, por un lado, y las teorías que relativizan los contenidos racionales hasta reducir su validez al sólo contexto histórico-social, por el otro. En tal sentido, el planteo zubiriano de la racionalidad es estrictamente post-moderno, por cuanto rechaza taxativamente la reducción del conocimiento a "representación". Trasciende tanto el universalismo abstracto como el relativismo ético, al transitar una vía racional que es de entrada y constitutivamente trascendental e histórica.

A su vez, la implantación metafísica del hombre en la realidad como persona, abre al fundamento real de la ética. El abarcamiento de la integridad de ese fundamento permite evitar las dicotomías generadas por las éticas racionalistas y emotivistas de la Modernidad, con la consecuente necesidad de producir puentes artificiales entre los polos así disociados. Desde la integridad aprehendida del fundamento real de la experiencia ética (la persona corporal) ya no es necesario excluir hacia lo pre-moral la dimensión del querer y de la estimación axiológica. La recuperación del principio de realidad revaloriza el sentimiento y la volición, que al ser dimensiones de la instalación primaria -intelectiva, volitiva y sentimental- del hombre en la realidad, lejos de quedar confinadas a la esfera de la subjetividad particular, se constituyen en sistema de referencia de toda búsqueda racional.

RESUMEN

Los problemas de fundamentación de la bioética reflejan las cuestiones que se debaten en el seno de la ética contemporánea, ya sea como teoría filosófica o como ética aplicada. Estos problemas están vinculados a las formas de racionalidad heredadas de la Modernidad y sus fracturas, que se expresan en la dicotomía teleología/deontología, con un resultado paradójico: o la moral es real, pero no es racional, es emotiva; o la moral es racional, pero no es real, es trascendental a priori.

Se propone como superadora de los problemas planteados (convencionalismo moral y deontologismo abstracto) una vía de fundamentación antropológico-metafísica basada en el "realismo formal" de Xavier Zubiri, lo que permite articular sin censuras las dos dimensiones insoslayables de la ética: la estructural (pre-racional) y la normativa (racional) desde la unidad intelectivo-volitivo-sentiente del ser humano y su implantación metafísica en la realidad como persona.

R E F E R E N C I A S

1. VATTIMO, G.: "La sociedad transparente", Barcelona, *Paidós*, 1990, ps. 73-84.
2. DE ZAN, J.: "Libertad, poder y discurso", Buenos Aires, *Almagesto*, 1993, ps. 197/8.
3. BRUSSINO, S.L.: "Bioética, racionalidad y principio de realidad", en «Cuadernos de Bioética», Año 1, N° 0, Buenos Aires, *Ad-Hoc*, 1996, ps. 39 y ss. Disponible en Internet : <http://www.bioetica.org>.
4. FORNARI, A.: "Ethos de la persona y subjetividad social", en "Tópicos. Revista de Filosofía de Santa Fe", Año III, N° 3, Rep. Argentina, 1995, p. 115.
5. ARENDT, H.: "La condición humana", Barcelona, *Paidós*, 1993, p. 346.
6. NUSSBAUM, M.C.: "The discernment of perception. An Aristotelian conception of private and public rationality" in: J.J.Cleary (ed.) "Proceedings of the Boston Area Colloquium in Ancient Philosophy", N.York, U.P.of America, Vol. I, 1985. pp.151-201. Foot, Ph.: "Virtues and vices and other essays", Oxford, O.U.Press, 1978. MacIntyre, A.: "Tras la virtud", Barcelona, *Crítica*, 1987. Drane, J.F.: "Becoming a good doctor. The place of virtue and character in medical ethics", Kansas City, Sheed and Ward, 1988. Pellegrino E.D. y Thomasma D. C.: "The virtues in medical practice", N.York/Oxford, *O.U.Press*, 1993.
7. RAWLS, J.: "A theory of justice", Oxford, O.U.Press, 1971. Habermas, J.: "Conciencia moral y acción comunicativa", Barcelona, *Península*, 1996. (en especial cap. III , pp. 57-134). Apel, K.O.: "La transformación de la filosofía", Vol. II. , Madrid, *Taurus*, 1985. Cortina, A.: "Razón comunicativa y responsabilidad solidaria", Salamanca, *Sígueme*, 1985. Thiebaut, C. (ed.): "La herencia ética de la Ilustración", Barcelona, *Crítica*, 1991.
8. HUME,D.: "Enquires concerning human understanding and concerning the principles of morals", ed. de L.A. Selby-Bigge, Oxford, *Clarendon Press*, 1975.
9. KANT, I.: "Fundamentación de la metafísica de las costumbres", México, *Porrúa*, 1975.

10. CF. APEL, K.O., OP. CIT.- DE ZAN, J.: "K.O. Apel y el problema de la fundamentación de la ética en la época de la ciencia" en Strómata, Buenos Aires, 1986, pp. 159-209. Cortina, A.: "Ética mínima", Madrid, Tecnos, 1986, p. 73 ss.
11. SCHELER, M.: "Ética formal y ética material de los valores", Madrid, Revista de Occidente, 1941. Cf. Maliandi, R.: "Notas para una rehabilitación de la ética material de los valores", en "Escritos de Filosofía", nos. 21-22, Buenos Aires, 1991, pp. 67-93.
12. ZUBIRI, X.: "Inteligencia sentiente", Madrid, Alianza Editorial. Sociedad de Estudios y Publicaciones, 1980, p. 10.
13. Para una comprensión detallada de esta conceptualización de la razón, ver: Zubiri, X.: "Inteligencia y razón", Madrid, Alianza Editorial. Sociedad de Estudios y Publicaciones, 1983.
14. ZUBIRI, X.: op. cit., p.103.
15. ARANGUREN, J.L.: "Ética", Madrid, Alianza, 1981. Gracia, D.: "Fundamentos de Bioética", Madrid, Eudema, 1989, p.366ss.- p.482ss. Del mismo autor: "Procedimientos de decisión en ética clínica", Madrid, Eudema, 1991, pp. 95-137.
16. ZUBIRI X.: "El hombre y Dios", Madrid, Alianza Editorial-Sociedad de Estudios y Publicaciones, 1985, pp. 48-49.
17. ZUBIRI, X.: "Sobre el hombre", Madrid, Alianza, 1986, pp. 366-377.
18. ZUBIRI, X.: "El hombre y Dios", ed cit., p. 95.

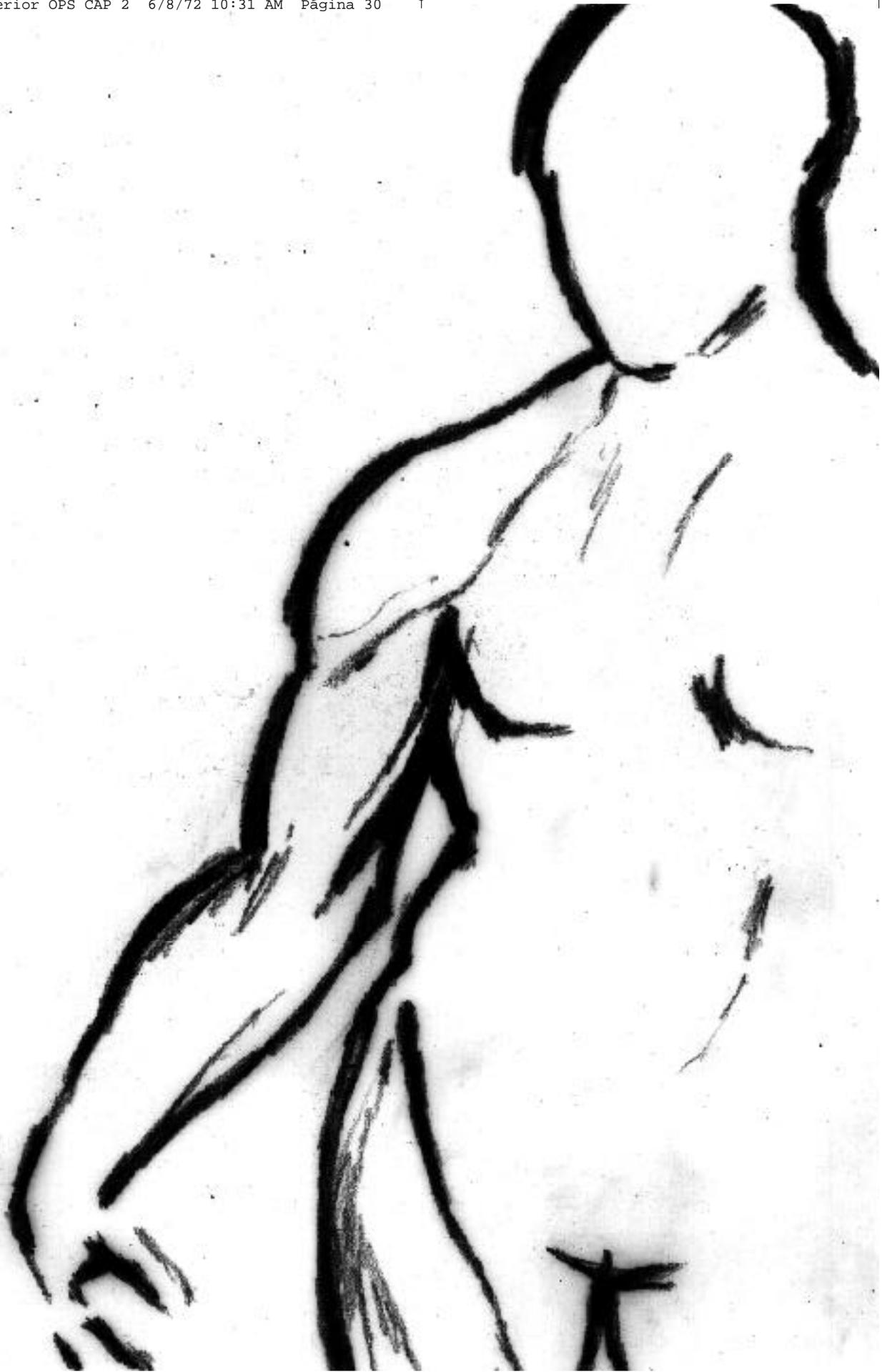


**LAS FORMAS ELEMENTALES
DE LA ENFERMEDAD:
LA SISTEMATIZACION
DE LAPLANTINE**

DR. REINALDO BUSTOS DOMINGUEZ

**PSIQUIATRA-MAGISTER EN SOCIOLOGIA
DOCTOR EN SALUD PUBLICA
UNIVERSIDAD CATOLICA DE LOVAINA**

Dirección Postal: Colegio Médico,
Esmeralda 678
Santiago, Chile



S U M M A R Y

In this article, the author analyzes the important contribution of Francois Laplantine in the study of the anthropology of disease, which, in a broad sense, offers insights to the anthropology of health. The importance of this study is that it goes beyond the analysis of traditional medical system. It systematizes contemporary arguments -valid for Western culture- on the process of health/illness, revealing the influence of cultural factors on the behavior and beliefs of patients. This is fundamental to improve the efficiency of medical programs in Latin American countries, whose basic culture is syncretic and oral. By proposing the concept of "Anthropology of disease", and making illness a subject for study, the author broadens the horizon of anthropological parameters on the nature of people and culture. This provides a basic starting point for the development of a bio-ethic reflection founded on the "total person" in our continent, taking into account his or her culture and history.

R E S U M O

Neste artigo, analisa-se a importante contribuição de François Laplantine no estudo da Antropologia de Doença, como acesso à antropologia da saúde num sentido mais amplo. A importância do presente estudo está em buscar compreender o processo saúde-doença muito além das avaliações singelas efetuadas pelos sistemas médicos tradicionais. Sistematiza os discursos atuais oriundos do mundo ocidental e destaca a influência de fatores culturais sobre o comportamento e crenças próprias dos pacientes. Procedimentos estes imprescindíveis para aumentar a eficácia dos programas sanitários dos países latino-americanos de culturas fundamentalmente sincréticas e orais. Ao se propor o conceito de "Antropologia da Doença", transforma-se a enfermidade em um objeto de análise, ampliando-se o horizonte do questionamento antropológico sobre a natureza do homem e sua cultura. Pretende-se, assim, gerar uma atitude positiva para alcançar o desenvolvimento de uma reflexão bioética em nosso Continente que repouse no "homem integral", inserido em sua cultura e história.

INTRODUCCION

La enfermedad es una constatación cotidiana para los individuos: todos hemos tenido la experiencia de una gripe y muchos la experiencia de la enfermedad de los otros; enfermedades agudas o crónicas, dolorosas y no dolorosas, reversibles o irreversibles. Para la medicina, ella constituye una referencia claramente perceptible por los medios diagnósticos que buscan en la opacidad del cuerpo su sustrato, y claramente clasificable en función de una nosografía que le da sentido y que la explica. Esta es la construcción científica de la enfermedad que ha disciplinado nuestra mirada "médica de la enfermedad" como un constructo seguro de nuestros conocimientos que da cuenta de la incertidumbre frente al destino. Este es el afán de los significados únicos y determinados, cerrados en un mundo referencial también único y excluyente, donde el conocimiento de la gente común, y sus referencias de sentido, simplemente no tienen cabida. Esto es lo que se ha llamado visión hegemónica de la medicina en torno a la enfermedad, que cancela cualquier otro saber: la enfermedad es lo que diagnostica el médico por contraste a cualquier otro conocimiento profano, ignorándose de este modo cómo el "otro" se constituye como sujeto y responde frente a la enfermedad. Una reacción frente a esta "cosificación" de la enfermedad lo constituyen los trabajos de la socio-antropología de los últimos años, que ponen en evidencia que en la relación médico-paciente, se ponen en contacto diferentes mundos, médicos y personales frente a la enfermedad, mundos más globales que la sostienen y contiene. La mirada médico-antropológica, por lo tanto, configura un contexto mucho más amplio de interpretación de variados fenómenos de la práctica médica tradicional que quiere romper con el fenómeno de clausura del individuo al orden de la enfermedad, "sacrificando su subjetividad" y con ello sacrificando también una práctica médica vaciada de su núcleo de humanidad y cultura, base de muchas incomprendiones y desencuentros entre los médicos y sus pacientes, expresadas en frustraciones, insatisfacciones, no adhesividad a los tratamientos, consultas recurrentes, cronicidad de ciertas afecciones o consultas tardías.

Uno de los aportes fundamentales en esta área, además de los estudios de representación social de la enfermedad de Claudine Herlizch, entre otros, es aquel del antropólogo francés Francois Laplantine, que ha sistematizado los discursos circulantes en la cultura actual sobre el proceso salud-enfermedad, de tal forma que da cuenta por un lado, de la visión de la medicina científica, sus características y deficiencias; y por el otro las diversas maneras de cómo los hombres y mujeres de hoy se representan la salud y la enfermedad. La

visión metacultural de Laplantine tiene éxito en hacer aparecer y analizar las formas elementales de la enfermedad, sus atribuciones etiológicas y terapéuticas; permitiéndole construir modelos etiológicos-terapéuticos propios de la sociedad francesa moderna, lo que los hace equivalentes a la sociedad occidental en su conjunto^{1 (5)}. Los modelos considerados “son la expresión teórica y a menudo de la irreductibilidad de las diferentes formas posibles de la percepción colectiva e individual de la causa de la enfermedad y de la respuesta terapéutica”. De esta forma, el autor construye modelos de base, que resumen las tendencias principales y las tensiones mayores, que constituyen el campo médico en la sociedad contemporánea, extrayendo dos grupos de modelos que comandan los sistemas de representación de los orígenes y la curación de la enfermedad en la actualidad.

De esta forma, la sistematización de Laplantine nos permite evidenciar con claridad que la medicina científica moderna, sustentada en una epistemología dualista y en una ontologización del mal-enfermedad, reduce a ésta a una mera dimensión cuantitativa, sacrificando de esta forma la relación individuo-subjetividad y negando las referencias a lo social. La medicina científica moderna, reposaría en este sentido en una antropología residual -la corporalidad mecánica del individuo- fuente para muchos, entre ellos nosotros, de los más acuciantes problemas bioéticos de la medicina actual⁵.

^{1 (5)} Cf.: *Las fuentes de la búsqueda de Laplantine son:*

- a) *La historia de la medicina en Occidente. La historia de la medicina, oculta y revela simultáneamente las relaciones de la enfermedad con lo social. En este sentido, se constata en las historias clásicas de la medicina una total ausencia de las relaciones más propiamente sociales de la enfermedad, pero al mismo tiempo se evidencian allí, las recurrencias de las aproximaciones a ésta en el contexto de la evolución histórica.*
- b) *Las entrevistas con los pacientes. Las entrevistas semi-directivas son una gran ayuda para conocer la interpretación que los pacientes dan a su enfermedad y más particularmente de su etiología. El mismo método se aplicó a médicos generalistas de distintas edades.*
- c) *Acceso a la enfermedad por intermediación del texto literario. La descripción minuciosa de los pequeños hechos del estilo Proust, es un ejemplo notable de la coincidencia de los métodos etnológicos y clínicos sobre el saber de la enfermedad (pp. 29). Los textos literarios brindan información por diferentes vías, yendo desde el relato acrítico de ciertos estereotipos médicos, como se les encuentra en las obras clásicas de ese género (Cronin, Van der Meersch), hasta la descripción de la enfermedad en primera persona, “donde la lógica de la enfermedad no se reduce jamás a la lógica médica. Este tipo de literatura, ilustra con detalles el trasfondo fantasmático, imaginario y efectivo que acompañan a la interpretación y reacciones del sujeto ante la enfermedad, transformándose así en fuentes inapreciables de representaciones que da una sociedad determinada de la enfermedad (pp. 33). Para Laplantine, la obra de los grandes escritores que han analizado la enfermedad, han elaborado lo imaginario contenido en ella, llevándolo a la condición de metáfora de la condición humana, susceptible por lo tanto, de revelar en el contexto moderno, la omnipotencia de la ideología o el conformismo de la utopía. Del mismo modo el lenguaje literario disuelve las convenciones culturales para dar a conocer los aspectos ocultos u ocultados de un sentido a develar en la enfermedad, similar al buscado en la experiencia psicoanalítica.*

LOS MODELOS DE LA ENFERMEDAD

Los modelos etiológicos de la enfermedad en una primera lectura

Desde el punto de vista del origen de las enfermedades, las tendencias principales son dos: el modelo ontológico, que atribuye el origen de la enfermedad a una causa externa, generalmente física; y el modelo relacional, que piensa la etiología de la enfermedad en términos de desequilibrio, ya sea éste fisiológico, psicológico, cosmológico o social.

El modelo ontológico de la enfermedad

La idea de que la enfermedad tiene una existencia externa es antigua en el mundo occidental. Los primeros antecedentes se encuentran en una de las corrientes de pensamiento hipocrático, que centra la atención en los síntomas corporales del individuo el origen de la enfermedad, al intentar romper con la medicina especulativa de la época. Posteriormente, ya en el mundo moderno, esta tendencia adquiere una formulación sistemática a partir del pensamiento filosófico de Descartes, que inaugura el dualismo radical de mente y cuerpo, dando lugar al prodigioso desarrollo de la investigación de la enfermedad que -de acuerdo a Foucault- encuentra primero en el cadáver y después en la fisiología, su fundamento último. Este es el "a-priori" concreto de la nueva mirada médica, que le pregunta al cadáver su razón de ser, dando impulso a la vez a toda una reorganización socio-política de la medicina moderna que tiene en el hospital y en el cuerpo del enfermo el punto de apoyo de todo su desarrollo ulterior.

El modelo ontológico de la enfermedad⁽⁴⁾ da origen a diferentes modos de representación, ya sea académicas o populares, estas últimas propias de la literatura o de las concepciones profanas de la enfermedad.

Entre las representaciones académicas, históricamente podemos encontrar:

- La medicina de las especies, que da origen al esencialismo médico, que establece categorías de enfermedades de acuerdo a características esenciales, sistematizadas al modo de la clasificación botánica de Linneo; es decir, enfermedades separadas en familias, géneros, especies y sub-especies.
- La medicina de las lesiones o anátomo-patológica, que centra su atención ya no en las entidades, formas o variedades mórbidas, sino, en el asiento físico de las enfermedades, dándole así a la medicina un fundamento científico retroactivo, en la medida que plantea: "a cada lesión

funcional le corresponde una lesión orgánica o de los tejidos corporales". Es esta medicina de las lesiones específicas la que va a ser reforzada por los descubrimientos bacterianos de Pasteur y la que se transformará con el tiempo en la corriente dominante de las representaciones de la enfermedad. Las razones son evidentes, pues permite:

- a) Que las enfermedades sean aislables, es decir, las enfermedades tienen un origen definido, localizable, por lo tanto, objetivas y objetivables, fundamento del pensamiento médico-científico.
- b) Que la objetivación de la enfermedad contribuya a un principio de certidumbre. En un mundo que ha perdido la referencia a los dioses y/o a Dios, la medicina promueve en el imaginario colectivo la esperanza de la salvación.

Entre las representaciones ontológicas profanas de la enfermedad, podemos encontrar las referencias literarias y del discurso común de las personas. En Kafka, encontramos la referencia a la enfermedad como algo ajeno, "mis pulmones y mi cabeza han complotado contra mí", escribe a su amigo Max Brod. Rainer María Rilke, habla de la "gran cosa", para referirse a su enfermedad, expresando la idea de que ésta es distinta al sujeto que la padece. La enfermedad viene de otra parte a posesionarse del cuerpo o de partes del cuerpo, según estos autores, reflejando el discurso que los médicos clínicos recogemos de la mayoría de nuestros pacientes⁽⁴⁾.

El modelo relacional de la enfermedad

Con el modelo relacional o disfuncional de la enfermedad⁽⁴⁾, su forma de comprensión cambia. La idea de lesión es sustituida por la idea de desequilibrio, ya sea por defecto o por exceso. Así podemos encontrar:

- a) La enfermedad como desequilibrio entre el hombre y sí mismo. El ejemplo de esta corriente de pensamiento médico es la medicina humoral. En ella, la enfermedad era la consecuencia de la alteración del equilibrio de los cuatro humores básicos de Hipócrates. Posteriormente, la fisiopatología que cobra importancia en Magendie hasta su consolidación con Claude Bernard, renueva el interés por la dinámica de los fluidos corporales y las funciones en el origen de las enfermedades, tal como ocurre con la diabetes basada en la idea de una alteración cuantitativa, estableciendo una suerte de gradación entre lo normal y lo patológico en el individuo⁽⁶⁾. En el plano psiquiátrico-psicológico, la idea del desequilibrio hombre/sí mismo se encuentra en la teoría freudiana que fundamenta la enfermedad en el pasado histórico del individuo, dando

relevancia al relato biográfico del sujeto y a la “escucha” terapéutica del psicoanalista encargado de restaurar el continuum de la vida de ese individuo, para que así recupere su equilibrio psicológico.

- b) La enfermedad como ruptura de equilibrio del hombre y el cosmos. Esta forma representacional de la enfermedad está presente en nuestra realidad cultural latinoamericana, ya sea en los medios campesinos o populares de tradición oral. Con la no disociación del cuerpo y del cosmos, como se recoge en las tradiciones nahualt, incaicas o mapuches, la enfermedad es un producto de un desequilibrio como expresión de la particular correspondencia de los fenómenos naturales con aquellos corporales. Así, a modo de ejemplo, en el medio campesino chileno se dice que los eclipses de sol o de luna inciden en el cuerpo del niño por nacer, siendo responsables de sus “eclipses” o manchas de la piel.
- c) La enfermedad como ruptura de equilibrio del hombre con su medio social.
Desde los tiempos pre-modernos, la representación de la enfermedad como ruptura del equilibrio del individuo con su medio social es conocida. La enfermedad era entendida como una advertencia o un castigo frente a una transgresión individual o una falta colectiva. Las formulaciones actuales responsabilizan a la sociedad de la génesis de la enfermedad, haciendo de nuevo aparecer una realidad dualista que opone lo de fuera y lo de adentro, lo exógeno o lo endógeno, lo aditivo o lo sustractivo, lo benéfico o lo maléfico en el origen o etiología de la enfermedad, dando origen a una segunda lectura que enriquece el análisis cultural de ésta al interior del modelo paradigmático de lo ontológico versus lo relacional.

Los modelos etiológicos de la enfermedad en una segunda lectura

A- Los modelos exógenos y endógenos de la enfermedad

El modelo exógeno

Para esta concepción de la enfermedad, ésta es un accidente debido a la acción de un elemento venido de afuera (real o simbólico). Literariamente, Gide y Malraux la caracterizan como una posesión, Camus como una invasión en La Peste, y Proust como un ataque. Los grupos de significaciones que dan toda su importancia a la exterioridad patógena, se agrupan en:

- La enfermedad tiene su origen en una voluntad maligna, llámese bruje-

ría, diablo o castigo divino que sanciona un destino individual. Son propias de la cultura oral.

- La enfermedad tiene su origen en un agente nocivo natural. La noxa patógena pueden pertenecer al medio-ambiente físico, tales como planetas, geografía, clima, y en un sentido amplio, condiciones ecológicas o sociales.
- La enfermedad tiene su origen en los microbios. Es la corriente más importante que comparten profesionales y pacientes, en razón de su alta eficacia simbólica que genera un principio de certidumbre en los individuos expresada en la convicción de que la enfermedad es algo externo al sujeto, que no compromete su responsabilidad y es susceptible de combatir por otro agente externo como es el medicamento apropiado.
- La enfermedad tiene su origen en la cultura. La enfermedad es expresión de un medio patógeno o producto de un factor social, vinculado a la educación, a la política, a la cultura o al estilo de vida.

El modelo endógeno de la enfermedad

En este modelo interpretativo de la enfermedad, el individuo es responsable de ella por vías diferentes, ya sea temperamento, terreno, disposición, herencia, carácter, medio interno, etc., que hace "partir" la enfermedad desde adentro. La literatura recoge estas representaciones en la forma de enfermedad-herencia (J.J. Rousseau), o como una enfermedad-símbolo, donde se concibe la enfermedad como generadora de una realidad mucho más "real" que los síntomas mismos, expresión de la señal de que es mucho más profunda y que destruye al individuo en todo su ser, como lo expresa Kafka en su Diario. Proust por su parte, considera la enfermedad como una verdadera creación original del sujeto, que permite una transfiguración artística al individuo afectado, llevándolo a un plano superior. Esto sería la forma suprema de la sublimación en el sentido Freudiano⁽⁴⁾.

Las patologías más corrientes tributarias del modelo endógeno serían los trastornos de la nutrición, la diabetes, las psicosis maniaco-depresivas, el cáncer. Todas estas representaciones patológicas tienen sus antecedentes históricos en la propia Escuela Hipocrática, en el vitalismo médico del siglo XIX (Esc. de Montpellier) y en ciertas investigaciones médicas que consideran insuficientes las explicaciones causales de una etiología externa de la enfermedad, ajena al individuo (Dubos y los teóricos de la medicina psico-somática de inspiración psicoanalíticas, se han inspirado en esta tendencia).

B- Los modelos etiológicos aditivos y sustractivos de la enfermedad⁽⁴⁾

El modelo aditivo

La comprensión aditiva de la enfermedad dice relación con una "presencia" como elemento originario de la enfermedad. Se puede recoger en la experiencia de la cultura africana de los Baule de la Cote d'Ivoire (donde la enfermedad es depositada por un brujo a través de lanzarle a un individuo un pequeño trozo de madera puntiagudo que se incrusta en el cuerpo de la víctima), hasta la expresión común de nuestros enfermos que se refieren a su enfermedad como una "adición" de algo en el organismo: tengo "algo" en los intestinos, en el pulmón, etc., que traduce una vivencia de la enfermedad como una presencia, un exceso más que una ausencia.

Nótese que la metáfora de una sociedad de carencias (siglo XIX), la caracterizaba a la enfermedad como una "ausencia" (higiene) o falta (de alimentos). La sociedad del siglo XIX, (sociedad de la opalencia) caracteriza la enfermedad como "adición".

El modelo sustractivo

El interés que tiene esta caracterización etiológica de la enfermedad es indudablemente de valor cultural. Más allá de oponer ciertas figuras contrastadas de la enfermedad, como en el caso de la histeria asimilada a una posesión, o los desmayos, expresión de una falta de algo en el lenguaje popular, el tumor como adición no simbólica del mal opuesto al nicho ulceroso, como figura ostensible de la sustracción; este modelo permite explicar las conductas culturales de ciertos enfermos que, distantes del fondo cultural-histórico del cristianismo, entienden que la enfermedad de los hombres NO es expresión de estado de pecado que hay que quitar. Para otros, como los musulmanes ortodoxos, la enfermedad es del orden de la ausencia; piensan que, por lo tanto, los elementos terapéuticos son de adición y no de sustracción. Ellos no valorizan ni la cirugía, ni la extracción de sangre, sino por el contrario valorizan todo lo que se le agrega al individuo. Para ellos el buen médico es el que da medicamentos, utiliza procedimientos, etc. y no el cirujano que extrae, corta o amputa.

C- Los modelos etiológicos maléficos y benéficos de la enfermedad

Con la descripción sumaria de los modelos anteriores de la etiología de la enfermedad, no se agota el rico campo representacional de ella. Existen dos modelos más que se pueden superponer a los anteriores y que son indicadores de que la enfermedad también reconoce una valoración cultural positiva o negativa, que nos habla, -incluso en nuestros días, a diferencia de lo que pien-

sa la mayoría de los historiadores de la medicina que establecen una división tajante de una medicina arcaica, metafísica o religiosa, de otra científica y neutra desde un punto de vista valorativo-; de la persistencia de la cultura en la expresión moderna de la medicina como una presencia permanente: los modelos maléficos y benéficos de la enfermedad son los conductores de estas significaciones económicas, políticas, sociales de las formas evaluativas de la enfermedad⁽⁹⁾.

El modelo maléfico de la enfermedad

Desde la constitución del saber médico en occidente, la enfermedad ha sido inscrita en la lógica de un mal absoluto e integralmente negativizada por un proceso de reducción semiológica que la vincula a lo dañino, a lo indeseable, a la a-normalidad o anomalía que debe ser evitada, por todas las medidas de educación o prevención en salud. Para los individuos, la enfermedad no es tan sólo una desviación biológica, sino que también una desviación social que se expresa por un sentimiento de exclusión o desvalorización social. "Enfermo" y "pobre" es el "colmo" de las desgracias en la expresión popular. Esta representación de la enfermedad como evaluación social negativa en nuestra cultura se acompaña como negación de sentido para la enfermedad: la enfermedad se vive como un absurdo, que no sirve a nadie y que nadie puede justificar. En este universo social donde predomina el desencantamiento del mundo y el olvido de todos los valores, una visión tal de la enfermedad como no-sentido radical refuerza una representación utópica de la vida, aquella sin enfermedad, sin sufrimiento, sin muerte, donde la medicina tecnológica del presente es su garante. No olvidemos que estos aspectos son centrales a la discusión bioética actual.

La literatura universal recoge metafóricamente la expresión de la enfermedad maléfica como resignación en Kafka, para quien la enfermedad es un horror que hay que asumir hasta los límites de lo posible y que no exige ninguna justificación. En otros literatos, la enfermedad aparece como una pesadilla, como el horror de la guerra o una humillación vivida por una experiencia inmundada que arrastra a los individuos a la desesperación, a la decadencia y a la nada.

La enfermedad benéfica

En este modelo se recoge la interpretación de la enfermedad como portando sino un valor, por lo menos un sentido, puesto que ella es vivida como un mensaje a escuchar o a la restauración de un equilibrio perdido, un episodio vital que exalta y enriquece. Varias son las significaciones que se extraen de este modelo:

- La enfermedad vivida como gratificación, ya sea como expresión de un aporte del individuo al avance de la ciencia, en el caso de ser portador de una enfermedad "rara" o desconocida o, para aquellos otros que extraen una ganancia secundaria como beneficio económico, afectivo o social. También sobresale en esta forma de representación, la enfermedad-revelación que otorga al individuo la posibilidad de compensar el mal, ya sea por permitirle el desarrollo de alguna habilidad física o alguna intelectual; la enfermedad-salvación de quienes viven la enfermedad como una posibilidad de exaltación, de liberación, de reencuentro con ellos mismos, como la posibilidad de inaugurar distinciones nuevas para sus vidas.

Finalmente, las abundantes representaciones literarias que nos muestran la enfermedad como prueba de santidad, donde asume un rol redentor a través de un sufrimiento expiatorio o como un instrumento de transfiguración artística, ejemplificado en la obra de Proust: este autor, hijo de médico, fue desde su nacimiento extremadamente frágil, asmático desde los 9 años. Desde 1905, año en que muere su madre, permanece encerrado en su habitación hasta su muerte en 1922, afligido de todo tipo de angustias y opresiones. Al lado de Proust que piensa que todo creador debe vivir la enfermedad, que a "través del dolor se encuentra lo esencial y lo misterioso", se pueden encontrar otras representaciones de la enfermedad benéfica a la "forma" de la enfermedad como expresión de gratificación social o reconocimiento por el otro (en el caso de la madre de Simone de Beauvoir), o como condición de sobreponerse a sí mismo, como en Borges en relación a su temprana ceguera reflejada en su cuento de Funes el Memorioso.

LAS FORMAS ELEMENTALES DE LA ENFERMEDAD

Los modelos terapéuticos

A la sistematización etiológica de las enfermedades se corresponde un conjunto de estrategias terapéuticas, que en las formas de polaridades contrastadas, dan cuenta de los discursos culturales del enfrentamiento a la enfermedad.

En una primera lectura el modelo primario es el alopático-homeopático⁽⁴⁾:

El modelo alopático

La terapéutica moderna de la medicina se reconoce ampliamente en este modelo. Son terapias agresivas que responden a la idea de génesis de la enfermedad por penetración de algo externo con una contra-agresión, que

debe antagonizar la noxa patógena: son los antibióticos como respuesta a la enfermedad bacteriana o la cirugía y la radioterapia que destruyen al agente agresor. En Psiquiatría y Psicología, es el mismo método empleado en el tratamiento conductual, donde las conductas negativas (desadaptativas), son descondicionadas por conductas bienadaptativas.

El modelo homeopático

El modelo homeopático reconoce un doble principio de acción: el principio de la similitud y el principio de lo infinitesimal, es decir, se cura una enfermedad en base a lo mismo que la causa en dosis pequeñas. Así, la medicina popular utiliza para el tratamiento de las fiebres el vino caliente, las tisanas, u otros procedimientos que se rigen por ese principio. En Psiquiatría y Psicología, la terapia psicoanalítica es el procedimiento que, siguiendo este principio, se basa en la idea de no atacar frontalmente los síntomas de la enfermedad mediante ansiolíticos o neurolépticos sino por la reactualización de los conflictos intra-psíquicos de un individuo, recreados en el aquí y el ahora de la transferencia y contra-transferencia, curando así el mal por el mal.

III-2 Al interior de este modelo se pueden, en una segunda lectura, distinguir los tres modelos polares siguientes:

- a) sustractivo/aditivo
- b) adorcístico/exorcístico
- c) sedativo/exitativo⁽⁴⁾

A- Los modelos curativos sustractivos y aditivos de la enfermedad

El modelo sustractivo

La medicina moderna privilegia ampliamente el modelo curativo sustractivo de la enfermedad: basta recordar la extensa práctica de la sangría, los lavados para aclarar la sangre demasiado espesa, causante de los males cardiovasculares o la apoplejía, las ventosas, la cirugía o la dietética para la evacuación, los diuréticos, etc. Importante es recordar la fuerza simbólica que representa la exteriorización del mal-enfermedad, ya sea en los pueblos primitivos o en la época actual, donde el cirujano tiene la costumbre de mostrar la vesícula o el apéndice infectado como prueba de la curación, común a la experiencia de todos los médicos.

El modelo aditivo de la curación

Las representaciones de este modelo lo podemos encontrar fácilmente en una variedad de prácticas médicas contemporáneas que significan agregar algo al

organismo: alimentación y vitaminas que refuerzan, trasplantes de órganos que sustituyen una función orgánica deteriorada, etc., pero además existen otras modalidades aditivas que actúan por reabsorción como son los antidiarreicos, los astringentes en general, los hemostáticos, los vasoconstrictores. En el campo cultural religioso, se encuentran aquí todas las prácticas que buscan un “agregado” de poder para enfrentar las contingencias de la enfermedad, es decir, un sustituto simbólico del poder de una divinidad para conjurar el mal, como podría ocurrir con los talismanes, por ejemplo.

B- Los modelos adorcístico y exorcístico de la curación

El modelo adorcístico

Este modelo se basa en la noción de que un estado que culturalmente en occidente es considerado como un mal, en otros campos culturales representa un bien. En el caso de la enfermedad, ésta en vez de ser rechazada, es por el contrario saludada como un nivel superior de existencia, reconociéndole propiedades terapéuticas. Indudablemente es difícil aceptar en nuestra cultura científica una aproximación de esta naturaleza, que desde Galeno concibe la enfermedad como el mal absoluto y con Descartes una separación de mente y cuerpo, de lo normal y lo patológico. Pero en presencia de culturas sincréticas como en América Latina y la persistencia de rituales religiosos con una particular concepción de lo sagrado como en Brasil (en Bahía), o en otros horizontes culturales, la práctica del chamanismo y rituales terapéuticos deben ser interpretados con el telón de fondo de su cultura. En la práctica terapéutica actual, es necesario no olvidar para el caso de las psicoterapias de orientación psicoanalítica, la concepción ambigua de la enfermedad, que posibilita que el proceso de la curación sea posible a partir de la idea de que es la propia enfermedad la que entrega los instrumentos de la curación, lo que habla de un adorcismo relativo.

El modelo exorcístico

En este modelo, el terapeuta es un combatiente comprometido en una verdadera guerra contra la enfermedad. La lucha contra el mal y la gran profusión de metáforas militares es, sin duda, lo característico de esta aproximación, por lo demás dominante en nuestra cultura médica.

C- Los modelos sedativos y exitativos de la curación

Esta polaridad terapéutica, de naturaleza original en relación a los demás, es la última alternativa terapéutica que examinaremos. Se corresponde con una

concepción disfuncional de la enfermedad, frente a la cual se debe corregir el desequilibrio como ocurre con los trastornos de hiper o hipo-función en las patologías endocrinas, inmunológicas o en las diálisis renales.

El modelo sedativo

Son todas aquellas medidas terapéuticas que se oponen a un exceso funcional, de tal forma de disminuir la acción patológica: tenemos aquí toda la gama de tranquilizantes, somníferos y sedativos en general; los antiinflamatorios, los antiasmáticos, espasmódicos, etc. Esta corriente terapéutica tiene también antecedentes en Broussais, quien al concebir la patología por un exceso de la función, concibió la terapéutica como de signo y sentido totalmente contrario, siendo la purga, la dieta y sobre todo la sangría, las medidas terapéuticas de la medicina por mucho tiempo.

El modelo exitativo

En este modelo, las medidas terapéuticas son resueltamente tónicas: su objetivo es estimular el organismo o la personalidad. La prevalencia de esta práctica en nuestra medicina es notorio a través de todos los medicamentos activadores de funciones orgánicas: la digestión, los coleréticos, los estrógenos, los galactógenos, etc. Es necesario recordar también el lugar que tienen los "fortificantes" en la cultura popular, como los alimentos fuertes y consistentes, el alcohol y, en años no tan lejanos, el famoso hígado de bacalao.

C O N C L U S I O N

En este trabajo, hemos conocido las tendencias etiológicas y terapéuticas que cruzan las prácticas médicas contemporáneas y que nos permiten reconocer las suficiencias o insuficiencias mayores de nuestra práctica profesional, en relación a la pluralidad de discursos que circulan en torno a la salud y la enfermedad. Hemos podido constatar que la enfermedad está revestida -incluso en la cultura occidental moderna- de representaciones simbólicas, sistemas de creencias vinculadas a sus causas, creencias relativas al origen sobrenatural del poder de curación terapéutica o a rituales tendientes a prevenirlas, que la hacen indefectiblemente ligada a la subjetividad y la cultura.

La sistematización de F. Laplantine completa la aproximación de las significaciones de la enfermedad conocida en nuestro medio: "disease", acontecimiento concreto que afecta a un individuo dado en su dimensión física; "illness", entidad taxonómica que pertenece a una nomenclatura médica en la dimensión social, y "sickness", que expresa la enfermedad socializada, es

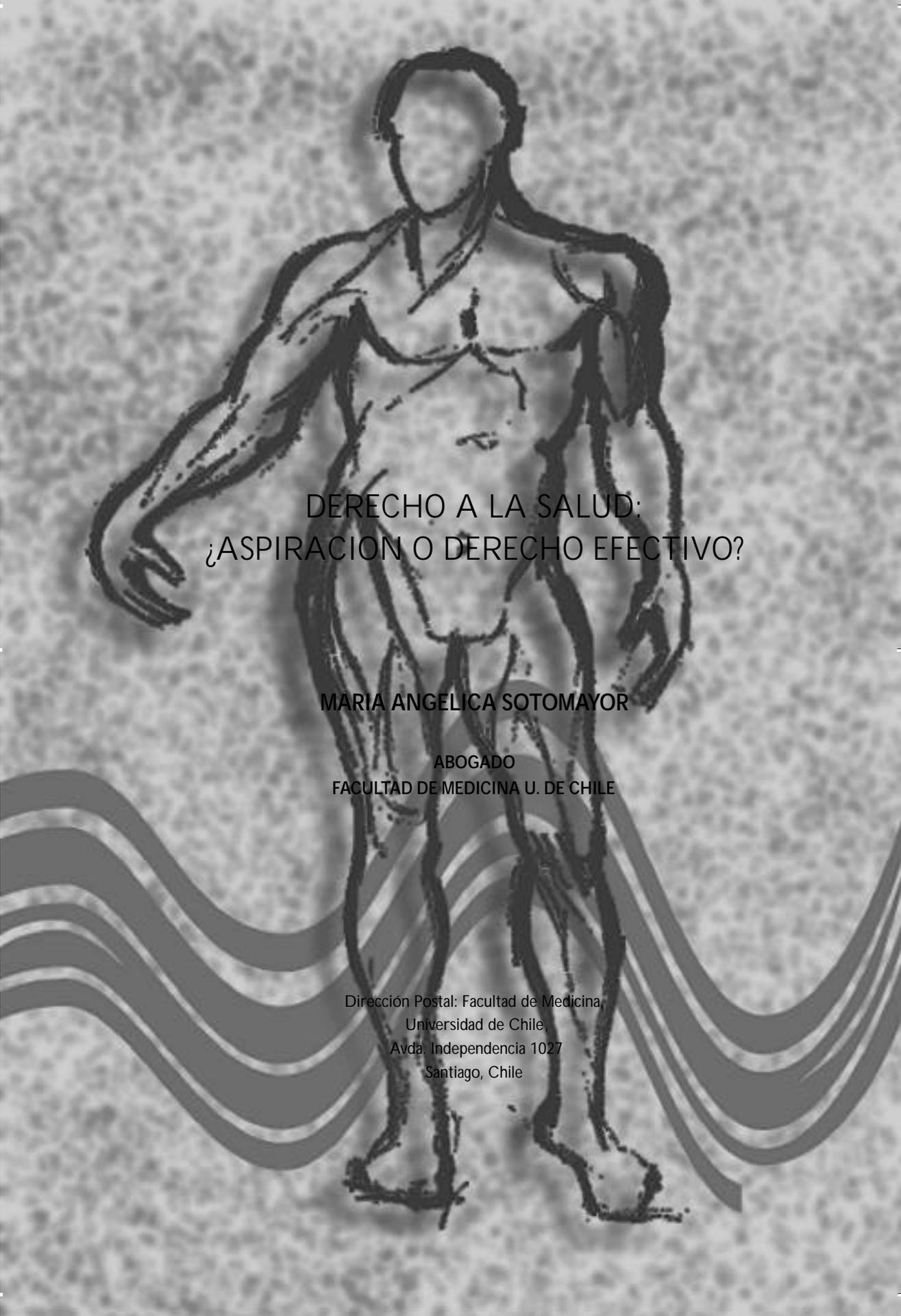
decir, el camino que recorre un individuo a partir de la etapa de sus primeros síntomas, hasta la puesta en práctica de un tratamiento. A su vez, el autor pone de manifiesto el aspecto multidimensional de la enfermedad, evidenciando al carácter restringido e incompleto de la definición médico-positivista; haciendo comprensible el fracaso de muchas campañas o programas de salud en países de cultura sincrética de tradición oral como los nuestros (latinoamericanos) y, de la misma manera, obligándonos a repensar las categorías bioéticas externas a nuestra realidad, tales como por ej.: consentimiento informado, autonomía o acto terapéutico.

RESUMEN

En este artículo, se analiza el importante aporte de Francois Laplantine en el estudio de la Antropología de la enfermedad, vía de acceso a la antropología de la salud en un sentido amplio. La importancia de este trabajo es que va más allá del análisis de los sistemas médicos tradicionales, sistematizando los discursos actuales -válidos para la cultura occidental- sobre el proceso salud-enfermedad, revelando la influencia de los factores culturales sobre el comportamiento y creencias de los enfermos, fundamental para mejorar la eficacia de los programas médicos en nuestros países latinoamericanos, cuya cultura básica es sincrética y oral. Al proponerse el concepto "Antropología de la enfermedad", se permite -haciendo de la enfermedad un objeto de análisis- ampliar el horizonte de cuestionamiento antropológico sobre la naturaleza del hombre y la cultura, antecedente básico para el desarrollo de una reflexión bioética en nuestro continente que repose en el "hombre total", no desinserto de su cultura y de su historia.

R E F E R E N C I A S

1. CF.: BUSTOS, R. "Examen de la Medicina contemporánea a partir de la noción de sacrificio" Tesis de Doctorado en Salud Pública (bioética) *U. Católica de Lovaina, Bruselas, 1993.*
2. CF.: HERZLICH, CL. "Santé et Maladie Analyse d' una Representación social". *Mouton, París-La Haye, 1969.*
3. CF. HERZLICH., PIERRET, J. "Maladies d' hier, maladies d' aujourd'hui: de la mort collective au devoir de guérison", *Payot, París 1984.*
4. CF.: LAPLATINE, F. "La Antropología de la Maladie". *Payot, París, 1986.*
5. CF.:LE BRETON, D. "Antropologie du corp et modernite". P.U.F, 2TM ed, 1992.
6. CF.:LINDEBOOM, G.A. "Descartes and Medicine" De. *Rodopi N.V. Amsterdam, 1978.*
7. CF.:FOUCAULT, M. "La Naissance de la Clinique" *P.U.F., París, 1963.*
8. CF.:BERNARD, CL. "Introducción a l'étude de la médecine expérimentale" *Flammarión, París, 1984.*
9. CF.:FREIDSON, E. "La profesión médica". *Payot, París, 1984.* Ya E. Freidson lo había hecho notar y Laplatine lo ratifica: Las consideraciones valóricas de la enfermedad no pueden estar; es decir, no existe un sistema de interpretación de la enfermedad pretendidamente neutro, como lo piensa la medicina científica (modelo científico-positivista de la medicina).

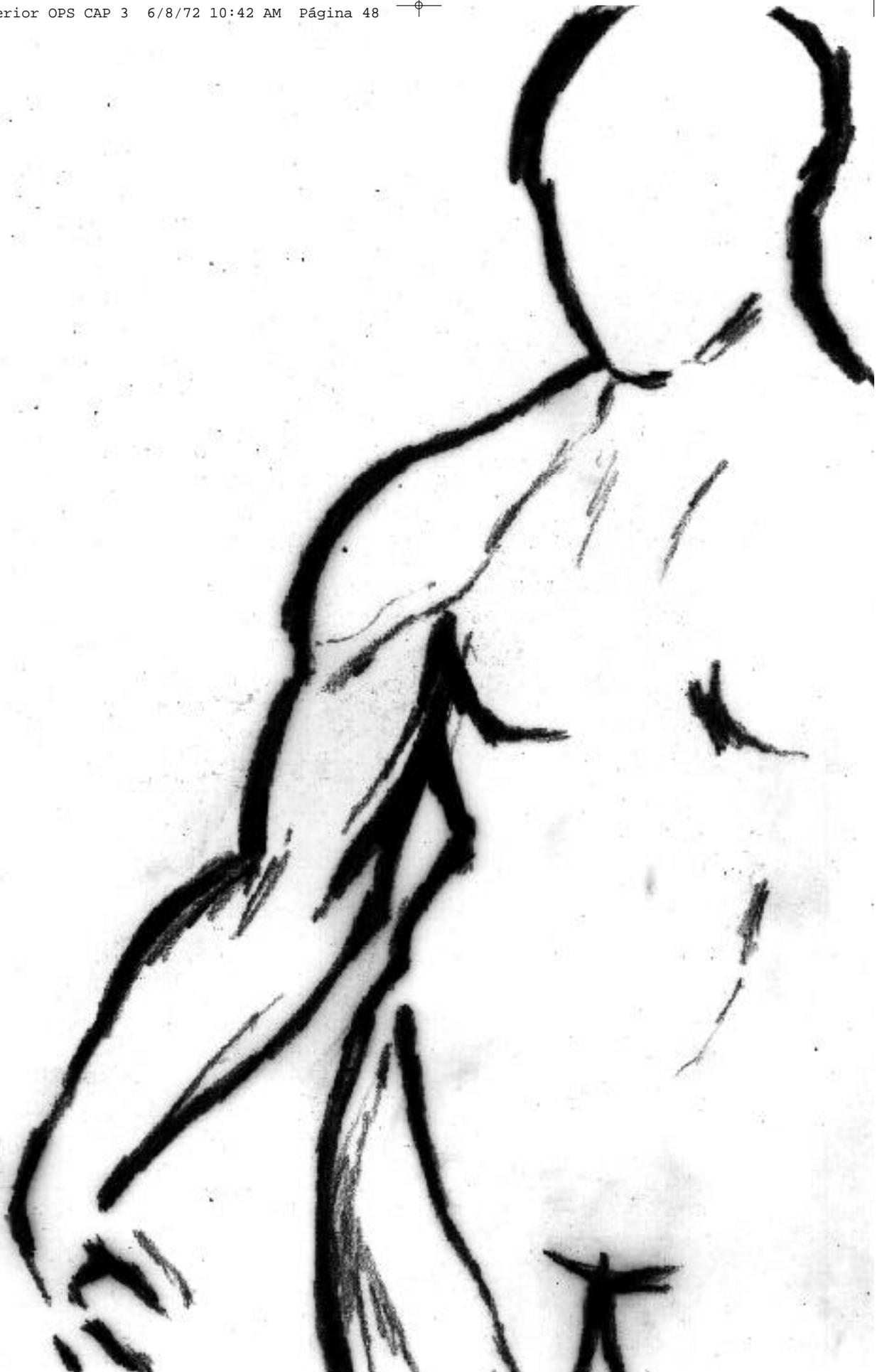


DERECHO A LA SALUD:
¿ASPIRACION O DERECHO EFECTIVO?

MARIA ANGELICA SOTOMAYOR

ABOGADO
FACULTAD DE MEDICINA U. DE CHILE

Dirección Postal: Facultad de Medicina,
Universidad de Chile,
Avda. Independencia 1027
Santiago, Chile



S U M M A R Y

The author analyses the right to health as a fundamental right from the ethical and legal perspective, the diverse ways some states assume to establish programmatic norms, and the difficulties in establishing binding norms relating to a right whose principal content is difficult to conceptualize. The opposition "health/disease" suggests a dynamic vision of the first. Health, as a human right, is a positive right that requires action from the state in order to guarantee it. Confirming this right in international declarations is a demonstration of the moral development of humanity, but does not make it binding for governments of states. International pacts of civil and political rights, or economic, social, and cultural rights consider norms related to this right, but the commitment to the right to health is weak, and it is difficult to verify the fulfillment of the states' commitment in this area. Both pacts and declarations of human rights are important sources of international law. The present state of moral, cultural, and economic development make the effective recognition of the right to health imperative.

R E S U M O

Analisa-se através de uma perspectiva ético-jurídica, o acesso à saúde como direito fundamental e, ainda, a modalidades diversa que propõe alguns Estados através de normas programáticas, bem como a dificuldade de estabelecerse regras obrigatórias sobre um direito cujo conteúdo principal é de difícil conceitualização.

A oposição saúde-doença sugere uma visão dinâmica da primeira. A saúde é um direito humano positivo e requer ação do Estado para grantí-lo. A consagração deste direito em Declarações Internacionais é a demonstração do avanço moral da Humanidade, mas não é fundamentada pelos Estados. Os Tratados Internacionais de Direitos Cívís e Políticos e os de Direitos Econômico-Sociais e Culturais estabelecem normas relacionadas com este direito, mas o fazem de maneira débil, existindo, por outro lado, dificuldades na observância do cumprimento dos compromissos do Estado a este respeito. Ambos Tratados e as Declarações sobre os Direitos Humanos, constituem-se numa fonte importante do Direito Internacional. O estado atual do desenvolvimento moral, cultural e econômico da humanidade impõem o reconhecimento efetivo de um direito à saúde.

DERECHO A LA SALUD: ¿ASPIRACION O DERECHO EFECTIVO?



Emprender un estudio respecto al derecho a la salud, es una tarea difícil por la frondosa literatura existente y los debates que el tema genera entre quienes lo han enfrentado. Nuestra pretensión consiste sólo en esbozar algunas ideas en torno a su alcance como derecho fundamental y al contenido de los compromisos contraídos por los Estados. Las dificultades de esta tarea derivan, por una parte, respecto al reconocimiento de un derecho a la salud, en cuanto a tal y los alcances de éste, a lo cual se suma la falta de consenso respecto a un concepto de salud universalmente aceptado. La importancia del establecimiento como derecho fundamental, es que tiene como resultado jurídico, el generar como contrapartida un derecho subjetivo, cuyo cumplimiento puede ser reclamado o exigido contra el Estado ante los tribunales de justicia. En algunas situaciones, la norma constitucional puede estar redactada en una forma meramente programática, en la que el constituyente expresa sólo una intención, que requiere una consagración legal efectiva posterior, para configurar un derecho respecto de la población. Frente a una norma constitucional meramente programática, puede producirse el desarrollo legal posterior, o la intención puede quedar frustrada o incumplida al no haber tal desarrollo legal. Resulta importante establecer en qué medida, tratándose del derecho a la salud, aun las Constituciones que contengan este tipo de regulaciones, sean obligadas por la vía de los pactos sobre Derechos Humanos.

Además del reconocimiento constitucional y de un desarrollo legal para posibilitar el goce de tal derecho, conviene precisar su operatividad práctica o el grado de satisfacción que tal derecho alcanza en la comunidad. Llama la atención que países con escaso desarrollo constitucional y legal de determinados derechos, presenten en la práctica adecuados niveles de satisfacción de la población, así por ejemplo Canadá respecto al derecho a la salud⁽¹⁾. A este respecto, parece útil tener presente lo señalado por Gregorio Peces Barba⁽²⁾, quien refiriéndose a los derechos fundamentales y comparando el sistema inglés y los de los demás continentes, observa que "frente a la continuidad evolutiva del sistema inglés, pragmático y vinculado a las necesidades históricas concretas de cada momento, los continentales aparecen más vinculados a una filosofía general de los valores de los derechos fundamentales generados en el mundo moderno y con un destinatario abstracto: el hombre y el ciudadano". Como resultado de ello hay un mayor desarrollo normativo y de la dogmática jurídica. Como cuerpos jurídicos, las Constituciones Políticas regulan el fin del Estado y su organización y el reconocimiento de los derechos de

las personas, conforme a los valores que el Estado reconozca. En este sentido, las Constituciones Políticas reflejan las propias políticas e ideologías imperantes a la época de su dictación. En cuanto a los valores, el Estado debe tener como fin a la persona humana y la promoción del bien común. En este contexto, se deben reconocer los derechos de los hombres, se deben crear las condiciones sociales que permitan a los miembros de la comunidad nacional, su realización espiritual y material, concretando así la idea que los hombres sean considerados iguales y tratados como iguales respecto de aquellas cualidades que, según las diferentes concepciones del hombre y de la sociedad, constituyen la esencia del hombre, la naturaleza humana distinta de la naturaleza de los demás seres, como libre uso de la razón, la capacidad jurídica, la capacidad de procrear, la dignidad social⁽³⁾. El reconocimiento e incorporación al texto constitucional de los derechos humanos, los transforma en derechos fundamentales. La idea moderna de los derechos humanos universales, surge en el Iluminismo del siglo XVIII, con fundamento en las revoluciones americana y francesa.

Como resultado de la evolución de los movimientos políticos y filosóficos de la historia de la Humanidad, se ha llegado al establecimiento y reconocimiento de diversos derechos fundamentales, con miras a los propósitos de: reconocer y respetar aspectos personales del individuo, inviolables por el Estado, (derecho a la vida, a la salud en el sentido de integridad física, a la libertad, a la propiedad, y a la defensa de éstos); ubicar al hombre en su condición de ciudadano como actor y beneficiario de la cosa pública, participando en la vida ciudadana, en la generación de la voluntad del Estado, en la comunidad, en instancias sociales con independencia del Estado y sin que el Estado pueda oponerse a ello. Son los derechos de participación, asociación, reunión, voto, entre otros; y establecer, reconocer e implementar acciones o prestaciones del Estado dirigidas a la población, con miras a facilitar su existencia, su actuación prioritaria en la vida pública, política y social.

Entre estos derechos que exigen una actividad positiva del Estado, se encuentran los derechos a la salud, la vivienda digna, la educación, la atención frente a la vejez, entre otros. En el marco de las Ciencias Jurídicas y, precisamente en el Derecho Constitucional, estos derechos fundamentales se han distinguido como derecho autonomía, derecho participación y derecho prestación, respectivamente⁽²⁾. En la historia de los Derechos Humanos, los dos primeros conforman los llamados Derechos civiles y políticos, y los últimos, los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Respecto a la existencia de un derecho a la salud, la mayoría de las Constituciones Políticas de los países, consideran en mayor o menor grado a la salud o a su protección, como un derecho fundamental. En algunas constituciones, la referencia puede ser indi-

recta; pero, se considera la satisfacción de necesidades en salud aun de manera implícita. Su enfoque constitucional es del presente siglo, aún cuando su tratamiento jurídico proviene del siglo anterior. Tratándose del derecho a la salud, resulta importante su consagración constitucional, en concordancia con un régimen de libertades y la implementación legal y práctica de la satisfacción de las necesidades de la población, en armonía con otros factores sociales, que mejoran los indicadores en salud o la influyen notoriamente, como la educación, vivienda, trabajo, nutrición, etc. Atentados a este derecho son precisamente, la pérdida de las libertades, el hambre, la falta de saneamiento ambiental, de vivienda digna, entre otros, pero también la insuficiente dotación de recursos en salud, siendo este factor importante en la pérdida de vidas, que en otras circunstancias podrían ser evitables, afectando a un valor previo a la salud, cual es la vida.

Algunos Alcances Respecto del Concepto de Salud

El concepto de salud que contiene la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, es la que tiene mayor trascendencia, ya que ha servido como antecedente para la juridización de este derecho o inclusión en los regímenes legales de los distintos países. Esta señala que "salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". Los términos de esta definición, discutibles por sí, son el resultado del Welfare State o Estado de Bienestar impulsado por el economista inglés John Maynard Keynes, con fines de reorientación de la economía, luego de la crisis de 1930. Advirtió que los derechos económicos, sociales y culturales podrían servir a los fines de la economía y de la ética utilitarista⁽⁴⁾. Dicha definición, aun con sus fallas, ha sido fuente de una presión política permanente para incluir en los estatutos constitucionales de los diversos Estados, normas que contengan la obligación y preocupación total del Estado por la salud de la población, especialmente, en lo que toca a la asistencia sanitaria. La amplitud de dicha definición, que se ha referido a una situación utópica y que ha creado expectativas lógicamente imposibles de alcanzar, ha llevado a señalar a Giovanni Berlinguer que "si un individuo proveniente de cualquier país del mundo, se presentare en la sede de la OMS en Ginebra y declarase 'yo gozo de un completo bienestar físico, mental y social', se arriesgaría a ser considerado un extravagante y tal vez sería encerrado en un manicomio"⁽⁵⁾.

Los riesgos de una definición como ésta, radican precisamente en el hecho que el exceso de extensión, en definitiva, puede devenir en normas programáticas, insibles para el Derecho, ya que por su generalidad dificultan su concreción, llegando a ser normas incumplidas. Otro riesgo, es el de la excesiva demanda al sistema sanitario, ya que se crean expectativas imposibles de atender. El Profesor Diego Gracia propone definir la salud como "capacidad

de posesión y apropiación por parte del hombre de su propio cuerpo". Esta capacidad a su juicio admite gradaciones cuyo límite inferior, (desposesión y expropiación del cuerpo), constituye la muerte⁽⁷⁾. En relación con el concepto de salud de la OMS, G. Berlinguer propone un enfoque dinámico como: "la idea que la salud es una condición de equilibrio activo, que comprende incluso la capacidad de reacción ante las enfermedades que se manifiestan en el hombre y su ambiente natural familiar y social", todo lo cual implica que se trata de una conducta transformable⁽³⁾. La definición es sin duda difícil, sin embargo, existe conciencia que el goce de salud permite al ser humano una mayor libertad, autonomía y capacidad de desarrollar el proyecto personal, pudiendo desenvolverse y actuar como persona moral en la comunidad. La salud, entonces, es un ideal a alcanzar. "Sobre la base que la salud puede ser considerada un valor en sí, perseguible y alcanzable de acuerdo al crecimiento humano, moral, económico y especialmente tecnológico, toma fuerza una esperanza, asociada a un objetivo jurídico - político; el Derecho a la salud»⁽³⁾. En la oposición salud-enfermedad, se encuentran definiciones de la segunda como la de Norman Daniels, quien conceptualiza a las enfermedades "como desviaciones de la organización funcional natural de un miembro típico de la especie". La línea que diferencia la enfermedad de la ausencia de ésta, es en la mayoría de los casos no controversial y averiguable a través de métodos aceptados públicamente, que son los de la ciencia biomédica⁽⁷⁾.

Derecho a la Salud, ¿Derecho Efectivo o Caridad?

El derecho a la salud partió como un derecho negativo, imponiendo a la sociedad la obligación de no agredir la integridad corporal o la salud, en una abstención cuya infracción hasta ahora se sanciona por la ley penal. La moderna concepción como derecho positivo, involucra una acción de la sociedad, del Estado, tendiente a su satisfacción, en términos amplios y universales.

Considerando que el derecho a la salud no puede ser enfocado aisladamente, sino en el contexto de las condiciones de vida, de la vida en sociedad, la salud podría ser un bien primario en el concepto enunciado por J, Rawls⁽⁸⁾. Los bienes primarios son ciertos rasgos de las instituciones o de la situación de los ciudadanos en relación con ellas. La comparación de los ciudadanos, de acuerdo a un índice de tales bienes, permite definir una base para cuestiones de justicia social. De acuerdo a los principios por él enunciados:

1. "Cada persona tiene derecho al más amplio esquema similar de libertades para todos.
2. Las desigualdades económicas y sociales han de satisfacer dos condiciones:

- a) tienen que ser para el mayor beneficio de los miembros menos favorecidos de la sociedad; y
- b) Estar adscritos a cargos y posiciones accesibles a todos en condiciones de equitativa igualdad de oportunidades”.

Resulta que todos los individuos tienen derecho a iguales libertades básicas y tienen también garantizadas las condiciones de una equitativa igualdad de oportunidades. Su realce en la equidad, radica en que se enfatiza el beneficio del menos favorecido, asignándole mayores cuotas en los bienes primarios. Rawls no trata especialmente la asistencia sanitaria, ya que su teoría “parte del supuesto que las capacidades físicas y mentales de todos los ciudadanos están dentro de límites normales”⁽⁸⁾. Norman Daniels basado en el principio de oportunidades de Rawls, concluye en la necesidad de reconocer un derecho universal e igualitario a la asistencia sanitaria, que alcanzaría sólo a aquellas situaciones de enfermedad que él ha conceptualizado como se señaló precedentemente, como desviaciones del funcionamiento natural de un miembro de la especie⁽⁷⁾. En un contexto diametralmente opuesto, Tristán Engelhart niega la existencia de un derecho positivo a la salud, ya que a su juicio “no existe ningún derecho secular fundamental humano a recibir asistencia sanitaria, ni tan siquiera un mínimo decoroso”. “Hablar de justicia social es deshonesto, ya que sugiere un acuerdo canónico en la reflexión moral secular que es injustificado y además inexistente, también es demagógico, porque incita al uso coercitivo de la fuerza estatal”⁽⁹⁾.

La Comunidad Internacional y el derecho a la salud

La Comunidad Internacional ha formulado diversas declaraciones que enuncian derechos, como aspiraciones de todos los hombres, en un crecimiento moral de la Humanidad, al reconocer la dignidad y los derechos iguales e inalienables de la familia humana. También como resultado del enfrentamiento de las guerras mundiales del presente siglo, la Comunidad Internacional reaccionó, buscando la felicidad y la paz. La salud fue un aspecto que tuvo especial relevancia al conocerse los crímenes cometidos a su respecto. Especialmente tocada, resultó la Comunidad Médica. Así, la Conferencia Sanitaria Internacional de 1946, constituyó la O.M.S. y reconoció determinados principios, entre los cuales están que “el goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social” y aquel que se refiere a la “responsabilidad de los gobiernos en la salud de sus pueblos, la cual sólo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas”. Pese a la amplitud de los propósitos señalados, las declaraciones internacionales que han reconocido Derechos Humanos, han sido bastante más cautelosas en su redacción en lo que dice relación con el derecho a la salud. Así la Declaración

Universal de Derechos Humanos de 1948, reconoce que: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otras causas de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad". El derecho enunciado entonces, está referido a un "nivel de vida adecuado" de la persona, lo que implica que se consideran diversos factores sociales integralmente, por debajo de los cuales no se estaría respetando la dignidad de la persona. La Declaración Americana de los Derechos del Hombre de 1948, prevé en el art. XI que "toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad". Respecto del alcance jurídico de estas declaraciones, ellas sólo constituyen recomendaciones con fuerza moral, pero sin eficacia jurídica, ya que al no ser Tratados Internacionales, no tienen fuerza jurídica vinculante para los gobiernos, a lo que se suma el hecho que las Declaraciones no contemplan mecanismos para exigir o sancionar su incumplimiento. Lo anterior, se desprende además, de la proclamación que hace la Asamblea General de las Naciones Unidas, previa al articulado. De acuerdo a ella, el objetivo sería reconocer un "ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben expresarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivas, tanto entre los pueblos de los Estados miembros como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción". No obstante ello, se reconoce a la Declaración Universal de Derechos Humanos, como una declaración de principios de gran jerarquía en el Derecho Internacional, siendo fuente de éste al contener o reflejar un consenso de la Comunidad Internacional sobre derechos humanos⁽¹⁰⁾.

La plena operatividad jurídica de la Declaración Universal pretende lograrse por Naciones Unidas, mediante la elaboración de pactos internacionales de derechos humanos y a través del establecimiento de órganos jurisdiccionales encargados de controlar el cumplimiento de éstos. En relación con los derechos y libertades fundamentales, el Consejo de Europa aprobó en Roma en 1950 la Convención de Salvaguardia de los Derechos del Hombre y de las Libertades Fundamentales. Los mismos gobiernos aprobaron en 1961 la Carta Social Europea, relativa a derechos sociales. En este instrumento, las partes contratantes "reconocen como objetivo de una política, que aplicarán por todos los medios útiles, tanto en el plano nacional como internacional, la realización de condiciones propias para asegurar el ejercicio efectivo de los dere-

chos y principios siguientes,...¹¹.- "toda persona tiene derecho a beneficiarse de cuantas medidas le permitan gozar del mejor estado de salud que pueda alcanzar" ... ¹³.- "Toda persona desprovista de suficientes recursos tiene derecho a asistencia social y médica".

Los derechos apuntan a la Salud Pública y a la asistencia sanitaria respectivamente; y, en tal sentido, la misma Carta señala formas concretas de asegurar el cumplimiento efectivo de tales derechos. Así las partes en el art. 11 "se comprometen a adoptar sea directamente, sea en cooperación con las organizaciones públicas o privadas, medidas apropiadas que tiendan especialmente:

1. A eliminar, en la medida de lo posible, las causas de una salud deficiente.
2. A prever servicios de consultas y de educación relativas a la mejora de la salud y al desarrollo del sentido de responsabilidad individual en cuanto al cuidado de la salud.
3. A prevenir, en la medida de lo posible, las enfermedades epidémicas, endémicas y las demás".

Para asegurar el ejercicio efectivo del derecho a la asistencia social y médica, las partes contratantes se comprometen:

1. "A cuidar de que toda persona que no disponga de recursos suficientes ni esté en condiciones de procurárselo por sus propios medios o de recibirlos de otras fuentes, especialmente de las prestaciones procedentes de un régimen de seguridad social, pueda obtener una asistencia adecuada y, en caso de enfermedad, los cuidados que necesita su estado.
2. A cuidar de que las personas necesitadas de una tal asistencia no sufran por ello una disminución de sus derechos políticos y sociales". Pese a tratarse de una Convención no aplicable a nuestra región, resulta conveniente tenerla presente, ya que su texto denota la voluntad de consagrar efectivamente un derecho por parte de esos Estados. En el marco de la esfera de las N.U., existen como tratados internacionales; esto es, con fuerza jurídica vinculante, los Pactos Internacionales de "Derechos Civiles y Políticos" y de "Derechos Económicos, Sociales y Culturales", ambos de 1966. Dichos instrumentos, responden al hecho que así como los derechos humanos y las libertades fundamentales son indivisibles, la realización de los derechos civiles y políticos sin el goce de los derechos económicos, sociales y culturales es imposible. (Proclamación de Teherán. Conferencia Internacional de Derechos Humanos, Teherán 13-V-1968)".

Compromisos Efectivos Contraídos en Salud por los Estados en el Marco de los Pactos Internacionales de Derechos Civiles y Políticos y de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

En virtud del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, los Estados se comprometen a respetar y a garantizar los derechos sin discriminación alguna y a adoptar con arreglo a sus procedimientos constitucionales y a las disposiciones del Pacto, las medidas para dictar las disposiciones legislativas o de otro carácter, necesarios para hacer efectivos los derechos reconocidos.

Si bien, todos los derechos que el Pacto consagra tienen o pueden tener incidencia en la salud, los que tienen relación más directa son, además de la no discriminación, el derecho a la vida; al no sometimiento a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes; al no sometimiento sin el libre consentimiento del sujeto, a experimentos médicos o científicos; y, a la protección de la familia y de los niños. En el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los Estados "se comprometen a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos" (Art. 2º) En cuanto a la salud, el derecho reconocido es el de toda persona "al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental". Las medidas para asegurar la plena efectividad del derecho enunciado, están señaladas a modo meramente ejemplar, en el Art. 12, pero obligatorio. Así deben figurar las necesarias para:

- a) La reducción de la mortalidad y la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
- b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
- d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad".

Para asegurar el respeto a los derechos reconocidos, se prevé un sistema de informes de los países, que el Secretario General de Naciones Unidas debe dar a conocer a los organismos especializados, en este caso, la Organización Mundial de la Salud. Por su parte, el Consejo Económico y Social está facul-

tado para celebrar acuerdos con los organismos especializados sobre la presentación, por tales organismos, de informes relativos al cumplimiento de las normas del Pacto, los que pueden contener detalles sobre las decisiones y recomendaciones que éstos hayan aprobado. Las medidas de orden internacional para asegurar el respeto de los derechos, comprenden procedimientos, tales como, la conclusión de convenciones, la aprobación de recomendaciones, la prestación de asistencia técnica y la celebración de reuniones regionales y técnicas para efectuar consultas y realizar estudios, organizadas en cooperación con los gobiernos interesados. El compromiso de los Estados y el reconocimiento de los derechos vinculados a la salud, son vagos y están formulados en términos más bien retóricos, que dirigidos a concretar un derecho efectivo. Precisamente, por la vaguedad de sus normas la comprobación del cumplimiento efectivo del Pacto, ha resultado difícil. A ello se suma, la ausencia de instituciones especialmente dedicadas a la promoción de los derechos económicos, sociales y culturales como tales; el rango de información requerida para el monitoreo y la diferente naturaleza de estos derechos frente a derechos civiles⁽¹¹⁾.

No obstante la indivisibilidad de ambos Pactos en cuanto a su relación normativa y efectos vinculados, los derechos están expresados de distinta manera, lo que lleva a un distinto compromiso u obligación de los Estados. Así es como, es notoriamente más fuerte el compromiso asumido en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, los que inclusive se comprometen a adoptar con arreglo a sus procedimientos constitucionales (Art. 2° N° 2). Cada uno de los Estados se comprometen a "respetar" y a "garantizar" los derechos que consagra (Art. 2° N° 1). A diferencia de ello, el lenguaje usado en el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, es más débil. Así los Estados se "comprometen a adoptar medidas..." "hasta el máximo de los recursos de que disponga..." para lograr progresivamente... El derecho reconocido en salud es "el disfrute del más alto nivel posible..." Entre los medios para lograr los fines perseguidos está "la adopción de medidas legislativas ..." La redacción es confusa y mediatizadora. Las dificultades parten con el compromiso de adoptar medidas.. "hasta el máximo de los recursos de que disponga..." aspiración que alude "a lo más y que debe interpretarse en el contexto de los recursos disponibles, situación que alude a una realidad. El "logro progresivo" aludiría al reconocimiento del hecho que la plena realización de los derechos económicos, sociales y culturales, no puede lograrse en un corto tiempo⁽¹¹⁾. Esta diferencia de redacción entre ambos Pactos, ha sido observada por Alicia Ely Yamin⁽¹²⁾ quien señala, refiriéndose a los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que "su existencia llega a estar condicionada por los gastos de los recursos, en lugar de que los gastos de los recursos demuestren que se está implementando el derecho". Además, señala que

muchos de los derechos enumerados en el Pacto referido, incluyendo el de la salud, "han sido convertidos en poco más que simples programas sociales", instando a demostrar que los derechos civiles y políticos no son independientes, sino que literalmente constituyen el "status de la salud". En lo que dice relación con la real entidad de las obligaciones contraídas por los Estados en el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, un Comentario General del Comité de dichos derechos, clarificó que "incumbe a cada uno de los Estados partes como obligación mínima, a lo menos asegurar la satisfacción de niveles esenciales mínimos de cada uno de los derechos"⁽¹³⁾.

La Asamblea Mundial de la Salud de Mayo de 1977, reconociendo que "la salud es un derecho humano fundamental y una meta social para todo el mundo, y que es imprescindible para la satisfacción de las necesidades básicas del hombre y la calidad de vida ...", resolvió que la meta social para los gobiernos al año 2000 debía consistir en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo "un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva"⁽¹⁴⁾. Sobre esta base se acordó la Declaración de ALMA - ATA, en la que reconoció como clave de la salud para todos, a la atención primaria de salud, para todos los países, cualquiera sea su grado de desarrollo social y económico⁽¹⁵⁾. Dicha Declaración es una clara demostración que el compromiso real contraído respecto a salud en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, fue débil y que "el máximo de los recursos de que disponga" y "... el más alto nivel posible de salud física y mental", fue sólo una aspiración que debió situarse en un plano de realidad sobre la base de unos resultados, que aún apuntando a condiciones mínimas y a la atención primaria de salud, resultan difíciles de alcanzar.

C O N C L U S I O N

El reconocimiento e incorporación al texto constitucional de los Derechos Humanos los transforma en derechos fundamentales. El Derecho a la salud, al igual que otros derechos como los derechos civiles y políticos, debiera estar reconocido como un derecho en la Constitución, susceptible de ser exigido al Estado, de manera universal y uniforme, en un nivel determinado por la comunidad, como un bien social primario. Frente a Constituciones con normas meramente programáticas, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, no contiene respecto al derecho a la salud, normas vinculantes y obligatorias para los Estados. Entre los compromisos contraídos, estuvo la adopción de medidas legislativas y no la incorporación de normas en sus constituciones que garantizaran el derecho, como ocurrió respecto del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Las normas

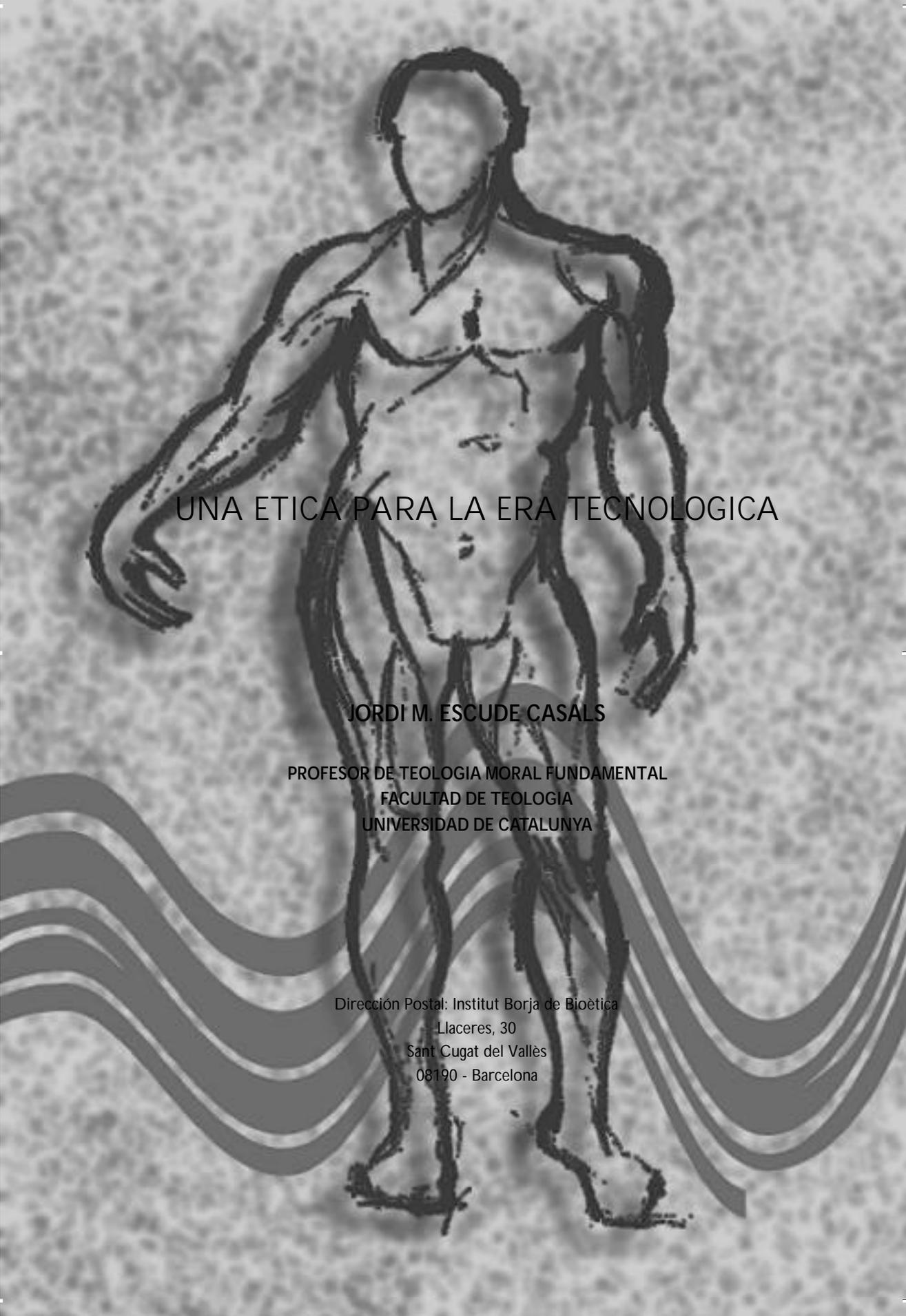
concretas de determinados Estados, estableciendo un Derecho efectivo a la salud, en su doble aspecto de salud pública y atención sanitaria universal, no tienen sustento obligado y necesario en dicho Pacto, sin perjuicio de ser éste una fuente importante del Derecho Internacional, en materia de Derechos Humanos. Éticamente, el derecho a la salud es un derecho moral que debe ser jurídicamente exigible, como resultado del crecimiento moral, cultural y económico alcanzado por la Humanidad. Las corrientes individualistas que tienden a desconocerlo o desvirtuarlo, no consideran el rumbo que hacia la globalización y cooperación social se vislumbra hacia el futuro.

RESUMEN

Se analiza desde una perspectiva ético jurídica el derecho a la salud como derecho fundamental, y la diversa modalidad que asumen algunos Estados al establecer normas programáticas y la dificultad de establecer normas vinculantes sobre un derecho cuyo contenido principal es difícil de conceptualizar. La oposición salud-enfermedad plantea una visión dinámica de la primera. La salud como derecho humano es derecho positivo que requiere acción del Estado para garantizarlo. La consagración de este derecho en Declaraciones Internacionales es demostración del desarrollo moral de la Humanidad, pero no es vinculante para los Estados. Los Pactos Internacionales de Derechos Civiles y Políticos y Derechos Económico Sociales y Culturales consideran normas relacionadas con este derecho, pero se advierte en el último un compromiso débil, existiendo también dificultades para verificar el cumplimiento de los compromisos del Estado a tal respecto. Ambos Pactos y las Declaraciones sobre Derechos Humanos, son una fuente importante del Derecho Internacional. El estado actual de desarrollo moral, cultural y económico de la Humanidad hace exigible el reconocimiento efectivo de un derecho a la salud.

REFERENCIAS

1. EMANUELLI CLAUDE: "El Derecho a la Salud en las Américas". Organización Panamericana de la Salud. *Publicación científica* 509: 127, 1989.
2. PECES - BARBA GREGORIO: "Escritos sobre Derechos Fundamentales". *Eudema Madrid*. p.33, 69; 1988.
3. BOBBIO NORBERTO: "Igualdad y Libertad", *Ediciones Paidós. Barcelona* p. 31, 32, 69; 1993.
4. GRACIA GUILLEN DIEGO. "Fundamentos de la Bioética". *Editorial EUDEMA, Madrid* p. 265; 1989.
5. BERLINGUER GIOVANNI. *Etica de la Salud, Lugar Editorial, Buenos Aires* p. 21; 1996.
6. GRACIA GUILLEN DIEGO. "Introducción a la Bioética, Siete Ensayos". *Editorial El Buho. Colombia* p. 16; 1991. *Press*; P. 28 - 30; 1993.
7. DANIELS NORMAN. *Just Health Care, Cambridge University Press*; P. 28, 30, 47; 1993.
8. RAWLS JOHN «Justicia Como Equidad». *Editorial Tecnos, Madrid* p. 189 - 192; 195; 1986.
9. ENGELHART TRISTAN. "Fundamentos de Bioética" p. 401 - 402; 1995.
10. PACHECO MAXIMO. "Los Derechos Humanos, Documentos Básicos". *Editorial Jurídica de Chile. Santiago* p. 12; 1987.
11. CHAPMAN ANDRES "Violations Approach". *Human Rights Quarterly* 18 (1996) 23 - 66 *The John Hopkins University Press*.
12. Yamin Alicia Ely "Defining Questions: Situation Issues of Power in the Formulation of a Right to Health under International Law, Human Rights" *Quarterly* 18 (1996) 398 - 438. *The John Hopkins University Press*.
13. Report on the Fifth Session 1990. *Committee on Economic, Social and Cultural Right*, citado por Yamin Alicia Ely en referencia precedente.
14. Resolución O.M.S. 30.43, 1977.
15. Resolución O.M.S. 33.24, 1980.

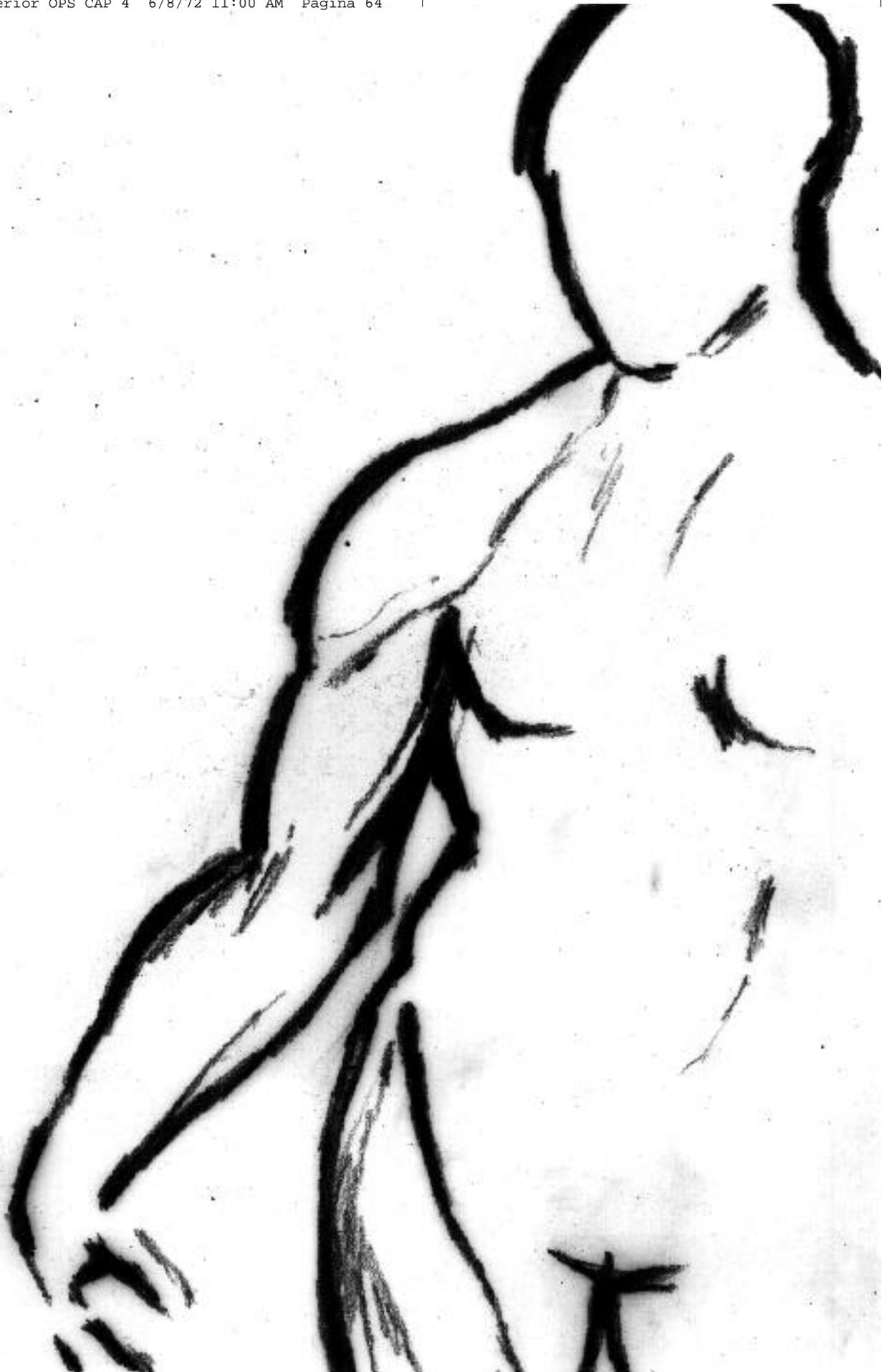


UNA ETICA PARA LA ERA TECNOLOGICA

JORDI M. ESCUDE CASALS

**PROFESOR DE TEOLOGIA MORAL FUNDAMENTAL
FACULTAD DE TEOLOGIA
UNIVERSIDAD DE CATALUNYA**

Dirección Postal: Institut Borja de Bioètica
Llaceres, 30
Sant Cugat del Vallès
08190 - Barcelona



S U M M A R Y

In these days and age, the question of ethics arises in all aspects and situations of human progress. That is why the search for answers for an approach to justice and respect for human and animal conditions acquires urgency.

The binomial "theory-technique" is an essential link of occidental thought and today a new term has been unveiled: "techno-science". It appears more belligerent, because this type of union will inevitably modify reality.

The aim of ethic's intervention and practice regarding techno-science is to discriminate between the worthwhile and detrimental use of progress analyzed from the perspective of the two subjects in this relationship: the researcher and the user.

In the end it means to reach balance levels between the power of technology and the conscience of each and every one of us, and of society as a whole. Technology will inevitably call for our individual responsibility, therefore, the role of ethics and of those responsible for an adequate debate over them, acquires special significance for society, especially at the level of decision making.

R E S U M O

Na atualidade a questão ética esta presente em todos os momentos do progresso humano. Por esta razão a busca de respostas que contemplem a justiça e o respeito à pessoa humana e aos animais adquire caráter de urgência.

Considera-se que o binômio "teoria-técnica" é o elo fundamental do pensamento ocidental. Hoje, propõe-se um novo termo: tecno-ciência que reveste-se de um maior potencial de transformações, pois sempre representa a possibilidade de mudanças na realidade.

A intervenção e o exercício da ética frente a tecno-ciência tem como objetivo discriminar o bom do mau uso dos avanços técnicos vistos do prisma dos atores da relação pesquisador - usuário.

Definitivamente, trata-se de atingir o equilíbrio entre o extremo poder da tecnologia e a consciência de cada um, bem como da sociedade em seu conjunto. Os avanços tecnológicos nos remetem sempre à responsabilidade individual, bem como ao questionamento ético dos envolvidos no debate, especialmente aqueles que protagonizam as tomadas de decisões.



En la historia de la humanidad, cada paso en el progreso humano plantea inevitablemente la *pregunta ética*. Es la pregunta que brota desde la experiencia de la libertad. La persona humana se auto-comprende como un ser que no se mueve únicamente por la fuerza de impulsos predeterminados o programados en su naturaleza biológica, ni se decide por la arbitrariedad de un ciego azar. Más aún, es inherente a la condición humana la necesidad de optar, de escoger en función de unos objetivos y por la fuerza de unas motivaciones. Por esto, es inevitable que se plantee la pregunta ética cada vez que el progreso pone en manos de la humanidad una nueva herramienta que cuanto más compleja, más punzante será la pregunta ética y menos evidente la respuesta.

Hoy la pregunta ética, en relación a las *herramientas* que el progreso pone en nuestras manos, es más urgente que nunca y es cualitativamente nueva. Vivimos en una cultura marcada por el progreso tecnológico, de tal forma que se puede decir, que nuestra época está pasando a la historia con el nombre de *era tecnológica*. Con la aparición de las nuevas tecnologías se plantean nuevas cuestiones éticas, y muchas antiguas adquieren una nueva dimensión. Es una realidad la urgencia de contar con un ética para la técnica. Desde el Consejo de Europa hasta el Consejo Ecuménico de las Iglesias; desde las legislaciones de los modernos Estados laicos hasta la voz cristiana de las encíclicas pontificias¹. Esta preocupación se advierte sobre el tenor de una técnica sin ética, está presente también en foros científicos de ámbito diferente, como lo testifican las abundantes publicaciones sobre el tema².

I. IMPORTANCIA DE LA TÉCNICA

La valoración humana por lo tecnológico ha sufrido una cierta transformación. Como advierte G. Hottois³, se ha pasado de una primacía de la ciencia teórica a la prevalencia de la tecno-ciencia. El binomio "teoría-técnica" constituye una de las grandes articulaciones del pensamiento occidental. Como sucede con otros binomios ("espíritu-materia", "sujeto-objeto", etc.), frecuentemente se ha otorgado más valor a uno de los dos términos en detrimento del otro. Pues bien, durante un cierto tiempo y en nuestra cultura occidental se dio la primacía a la teoría. Esto tuvo raíces muy profundas ya en la cultura griega. Platón (*Lleis* VIII 846) y Aristóteles (*Política*, III 5) propusieron que, en sus ciudades ideales, el trabajador manual no podía ser ciudadano. Todo lo que fuese artesanal parecía comportar un cierto deshonor y deformar tanto el alma como el cuerpo. La vida contemplativa se consideraba superior a la actividad práctica. Una forma de pensar que dejó su huella en la distinción entre el trabajo manual y el trabajo intelectual o liberal⁴.

Durante siglos, el proyecto de ciencia cómo saber se ha confundido con un proyecto teórico. Etimológicamente, el término teoría recuerda la *contemplación*; pero una teoría presenta también la forma de un discurso racional. El proyecto teórico es, pues, el de un *discurso racionalmente articulado que refleja la estructura racional de la realidad*. Este proyecto fue, en un principio, el de la filosofía; más tarde, el de la llamada ciencia pura. Aún hoy son muchos los que, de una manera inconsciente probablemente, esperan que la ciencia dé como resultado la *teoría de la realidad*, es decir, una imagen simbólica (lógica, matemática, lingüística) que nos mostraría la naturaleza y estructura de la realidad. En esta hipótesis, la ciencia "pura" se situaría en una esfera de verdad más allá de toda consideración moral: la ciencia pura sería moralmente neutral. En sí misma, la ciencia no sería ni buena ni mala; únicamente su uso implicaría una consideración moral. En una palabra, la cuestión de la elección (en orden a unas finalidades) y de la responsabilidad ética, no surgiría más que a propósito de la *ciencia aplicada*, que se asimilaría a la *tecnología*. En esta hipótesis, afirma J. J. Salomon:

"El mismo postulado que separa la teoría de la práctica distingue el proyecto científico y sus consecuencias, el saber concebido como un fin en sí mismo y el saber realizado como una técnica. Es la tecnología, en su función de aplicar la ciencia, quien asume la responsabilidad total y completa de los inconvenientes del progreso técnico. No es la ciencia la que asume esta responsabilidad. La verdadera finalidad de la ciencia es ajena a la de la tecnología. La ciencia es pura"⁵.

Esta concepción, antigua pero aún fuertemente arraigada en nuestras conciencias, actualmente no se puede sostener si se considera la naturaleza de la moderna actividad científica: hoy los polos teoría y técnica están íntimamente entrelazados.

"Toda la investigación contemporánea -precisa el mismo Salomon- está hecha de un movimiento pendular entre el concepto y la aplicación, entre la teoría y la práctica [...] La teoría es una primera instancia cronológica, más que jerárquica; y las conquistas de la ciencia pasan por las de la tecnología"⁶.

La distinción entre ciencia y técnica es, por tanto, cuestionada por la interconexión entre las ciencias naturales y la tecnología, que se manifiesta tanto en una tecnificación de la ciencia como en una científicación de la técnica. La nueva ciencia es sobretodo ciencia tecnológica. La antigua relación o distinción entre una teoría y una praxi deja paso a un nuevo término: *tecno-ciencia*.

Una primera e importante consecuencia de este nuevo estado de la cuestión es la siguiente: la ciencia teórica se podría presentar como inocente. La tecno-

ciencia, en cambio, es esencialmente beligerante, porque siempre será modificadora de la realidad. Por esto hoy se plantean cuestiones éticas a niveles de investigación pura, como sucede, por ejemplo, en el ámbito de la física, de la biología o de la genética.

Esto no quiere decir que la ciencia vaya a remolque de las finalidades técnicas de aplicación, convertida en una actividad utilitarista e interesada. Que la ciencia es tecnológica quiere decir, en primer lugar, que la técnica constituye una mediación esencial para relacionarse científicamente con la realidad. La investigación es tributaria del soporte de una tecnología cada vez más sofisticada, y la investigación teórica abre nuevos campos de experimentación práctica. En gran parte, sabemos aquello que hemos experimentado, y experimentamos para saber más de la realidad.

2. LA MENTALIDAD TECNOLÓGICA

Esta nueva situación ha creado lo que podemos llamar una *mentalidad tecnológica*⁷, un fenómeno que afecta a todos y del que nadie se puede escapar. Para entender esto, hay que tener en cuenta qué queremos decir cuando hablamos de mentalidad.

Estamos acostumbrados a decir que cada uno vive en su mundo. Vivir en un mundo expresa la sintonía de la persona con su ambiente; significa que esta persona obra con criterios que corresponden a un determinado nivel de crecimiento físico, psíquico o intelectual, y también que decide responsablemente en relación con los valores vividos en la familia que lo acoge, en el colegio que lo educa o en la sociedad con la que se relaciona; sin olvidar el mundo configurado por la profesión, el país, la política, la geografía o la cultura.

Se tendrá que tener en cuenta la singularidad de cada uno, con su temperamento, sus curiosidades, sus ilusiones. La convergencia de todos estos factores crea una peculiaridad personal que podríamos llamar *mentalidad*.

La mentalidad técnica es una de estas novedades que ha hecho aparición en nuestro mundo y que tiene todas las apariencias de poderse establecer. Algunos rasgos de su novedad provocan la sacudida que trastorna, tanto a los individuos como a la colectividad social que entre todos constituimos.

Se puede decir, que una cierta mentalidad técnica es tan antigua como la historia de la humanidad. Frente al mundo exterior, el hombre no pudo descansar en la pura contemplación. Para vivir y para protegerse le hizo falta desde siempre escoger todo lo que le fuese útil y rechazar lo que le fuese nocivo. Y

para realizar esta tarea tenía un instrumento: su cuerpo; y una fuerza: su energía física. Pero tan sólo con este instrumento y con esta energía no hubiera llegado a dominar la creación. El hombre tenía también inteligencia, que le permitió ir descubriendo la posibilidad de crear nuevas herramientas que multiplicasen su fuerza física y le permitieran también encontrar nuevas fuentes de energía.

No haremos aquí ningún esbozo de la historia de la técnica. Sólo recordaremos que, si se entiende por técnica un conjunto de medios ordenados conscientemente para obtener una finalidad útil, la técnica es tan vieja como la historia de la humanidad. Y también podemos decir lo mismo de la *mentalidad técnica* si se concibe como una forma de enfrentarse con el mundo con preocupaciones utilitarias que se intentan resolver de forma ingeniosa. Pero el moderno progreso tecnológico aporta actualmente ciertos elementos de novedad que son los causantes del cambio de mentalidad y a la vez configuran los ámbitos donde nacen las nuevas cuestiones éticas. Sin ánimo de agotar el tema, podemos agrupar estos factores de novedad alrededor de dos hechos: el cambio de velocidad en el progreso tecnológico y el salto cualitativo.

3. LA ACELERACION DEL PROGRESO

Hasta el siglo XIX, la máxima velocidad del desplazamiento sobre la superficie de la tierra desde que la humanidad existía era la que podían ofrecer las cuatro patas de un animal de tiro o de montar. En 1804 funciona por primera vez (en Gales) una locomotora de vapor. Poco más de cien años después, el hombre pone el pie en la Luna, viajando en cohetes supersónicos. En la exposición universal de Filadelfia de 1876, Bell presenta un interesante ingenio que permite transmitir la voz; se había inventado el teléfono, que no se empezó a extender hasta 1896. Hasta aquel momento, la única posibilidad de comunicación de persona a persona era la que proporcionaba la fuerza de la voz. Hoy es normal comunicarse de palabra e imagen a través de centenares de miles de kilómetros. Y desde hace poco tiempo nos ha facilitado la comunicación escrita instantánea.

Esta primera aproximación ya nos permite entender algunos cambios de valoraciones que influirán al crear la nueva mentalidad. Se *amplía la distancia generacional*: para la generación que se encuentra dentro de la tercera edad, puede ser que la novedad en las comunicaciones fue la introducción masiva de la radio y del teléfono, dos medios totalmente obvios para los que hoy no pasan casi de los sesenta años. Para éstos, la novedad fue la transmisión de la imagen a distancia. Nuestros jóvenes vivieron la televisión desde su infancia; para ellos las novedades han sido los ordenadores y todas las aplicacio-

nes de la electrónica. En el transcurso de muy pocos años, las clásicas coordenadas *espacio y tiempo* han cambiado de significado. Este proceso lo podríamos ir repitiendo en otros ámbitos de la vida: el uso de la electricidad, la aviación, la vida en las ciudades... y también en la forma de nacer, de morir o de estar enfermo.

Esta velocidad de cambio crea una distancia entre generaciones. Veinte años de diferencia de edad es como en otras épocas una diferencia de unas cuantas centurias. La distancia intergeneracional hace más difícil el diálogo y el acuerdo. Esta hace que en nuestra sociedad se tambaleen dos criterios de valoración: *la experiencia y la tradición*. Ni la experiencia de los mayores, ni lo que siempre se ha hecho, son por sí mismos un valor a tener en cuenta.

El cambio continuo y acelerado, está creando una cultura de la *provisionalidad*. El concepto de cambio y de mejora constantes, hace que siempre se esté a la expectativa de algo mejor. Hoy ya no interesa comprar nada que haya de durar "toda la vida". Pero entonces sucede que esta cultura de la provisionalidad se extiende a otros ámbitos de la vida. Asumir un compromiso *para siempre* puede parecer que no coincide con la mentalidad "moderna", porque en nuestro mundo no se valora "lo que dura siempre". Pensemos la trascendencia que esto puede tener en las relaciones humanas.

4. EL CAMBIO CUALITATIVO

La peculiaridad del cambio cualitativo consiste en que hace tambalearse más fácilmente y cuestionar más críticamente algunos de nuestros valores o de los valores que se consideraban perennes en nuestra cultura y tradición. El cambio cualitativo se pone en evidencia en tres ámbitos donde surgen nuevas preguntas éticas: en las modificaciones que se están introduciendo en las formas de vida y de trabajo, en las posibilidades de manipular la persona humana y en el impacto de la acción humana sobre el entorno natural.

En condiciones de vida y de trabajo, el impacto de las comunicaciones está en la introducción masiva y generalizada de la electrónica y el alcance de todos el uso de la informática y de la robótica.

La nueva máquina ya no está sólo programada para que nos sustituya en tareas que requieren fuerza física, sino en tareas que piden capacidad intelectual. *Cálculo, control, memoria, relacionar datos entre sí...*, siempre lo habíamos tenido como tareas propias de la inteligencia humana. Hoy todas estas tareas las realiza mejor que nosotros un ordenador. ¿Llegaremos a tener un complejo de inferioridad respecto a la máquina? Hoy se empieza a hablar ya de la

“inteligencia artificial”. ¿Se puede crear artificialmente lo que siempre ha parecido ser lo más propio de la persona humana? ¿Podemos creer que la máquina es un ser inteligente o que el *homo sapiens* es una máquina, y por cierto, de inferior calidad que una computadora?.

Hace falta también tomar nota de otros signos de la era informática: los cambios en los sistemas de poder y en las relaciones sociales. El poder hoy está relacionado con la información. Y quien más acceso tiene a los bancos de datos tiene más información y tiene más poder. Información es poder, antes que la fuerza y que el dinero.

En lo que se refiere a las condiciones laborales, haría falta recordar el hecho de que se está introduciendo una nueva división del trabajo. Por un lado, está apareciendo un nuevo proletariado, el de la categoría de “pulsador de botones” o “controlador de luces”, que cada vez se sentirá menos responsable de su trabajo y probablemente menos realizado, por culpa del anonimato y la rutina de su tarea: una tarea ligada a una máquina que, como mucho, se puede controlar, pero que no se puede dominar. Por otro lado, una minoría: la de los que están en el secreto de las máquinas, que las conocen, las saben programar y las dominan.

Al lado de esto, la masiva informatización de nuestra sociedad comporta una mejora en los sistemas de comunicación, facilita el acceso a la información, alivia muchas de las condiciones de vida y de trabajo, aporta una valiosa ayuda en todo lo que hace referencia a la seguridad ciudadana, contribuye a mejorar la atención a la salud, hace más fácil el acceso a la lectura, abre las puertas a una sociedad con más horas de ocio, etc... etc. En una palabra, está presente en casi todas las mejoras introducidas en nuestra vida; unas nuevas condiciones de vida, creadas por estas tecnologías, que están haciendo nacer una nueva mentalidad a nivel individual y en el ámbito social.

5 . AMBIGÜEDAD DEL PROGRESO TECNOLOGICO

Todos los que prestan atención a las dimensiones éticas del progreso tecnológico, reconocen su ambigüedad. Es un hecho innegable que hay que tener presente, aunque muchas veces se pueda caer en la trampa de acentuar demasiado las vertientes negativas o peligrosas. Frente a la ambigüedad nos preguntamos “qué hay que hacer” y nos planteamos la pregunta ética. Por esto la ética tiene algo que decir en relación con la técnica, o la técnica está también bajo la luz de la ética. La técnica no es neutral, ni lo ha sido nunca. Siempre ha ejercido y ejercerá una influencia en nuestra vida; y de nosotros

depende la dirección que tomará esta influencia y sus consecuencias. Pero tampoco sería bueno, ni realista, utilizar un discurso catastrofista. Hay que reconocer ante todo que el progreso tecnológico ha traído y trae importantes mejoras a la humanidad. Gracias a las nuevas tecnologías, es hoy posible una organización más racional de la vida social en general. Los cambios en los sistemas de producción agrícola e industrial no sólo han contribuido a mejorar el nivel de vida, sino también a hacer más humano el trabajo. Los progresos en el campo de las ciencias de la salud han hecho prolongar la esperanza de vida y mejorado su calidad. Los sistemas de transporte y comunicación han favorecido el intercambio entre los pueblos y el progreso cultural. Se han vencido muchas limitaciones de la existencia humana: a pesar de la gravedad, podemos volar; a pesar de la oscuridad, de noche vemos como si fuera de día. Todo esto hay que tenerlo en cuenta. Ahora bien, no se puede negar su parte de razón a las muchas voces que señalan los riesgos de los nuevos sistemas de valores que están aflorando⁸.

Presuponiendo, pues, esta ambigüedad, o si se quiere, esta beligerancia, hay que analizar más concretamente sus características. En primer lugar, hay que evitar un error. A primera vista puede parecer que la tecnología se limita a poner instrumentos en nuestras manos y que el resto depende de nosotros. Es cierto que hay un uso bueno o malo, tanto desde el punto de vista técnico como moral, que depende única y exclusivamente de nosotros. Cuando tenemos en nuestras manos la energía atómica, la podemos utilizar técnicamente bien si, por ejemplo, sabemos evitar las fugas; en caso contrario la utilizaremos técnicamente mal. Además, hay un uso bueno o malo desde el punto de vista moral. Sería un uso moralmente bueno utilizar esta energía para curar una enfermedad y malo si fuera utilizada para destruir una ciudad. Hasta aquí parecería que, dado que el uso bueno o malo depende tan sólo del usuario, éste se encuentra absolutamente distanciado de su instrumento hasta que no toma una decisión sobre su uso. Pero no todo acaba aquí. La energía atómica ejercerá un influjo sobre aquel que *la posea*. Un Estado no se sentirá el mismo dentro del concierto de las naciones desde el momento que se sepa en posesión de un arsenal atómico, y ésto aunque esté dispuesto a no utilizarlo. Cualquier institución pública o privada no tendrá la misma conciencia de lo que es o de lo que vale si está en posesión de tecnologías punta o si aún utiliza métodos tradicionales. Y esto será así prescindiendo del uso que se haga de esta tecnología. Y no hace falta ir tan lejos; cualquier mortal no se sentirá el mismo, ni se comportará habitualmente de la misma forma, si su medio de transporte es el humilde *Panda* que si es un soberbio *BMW* último modelo. Nuestra situación anímica será diferente si tecleamos estas páginas sobre un viejo modelo de máquina de escribir que si lo hacemos ante la pantalla de un moderno ordenador. Utilizando el instrumento, éste ejerce un influjo sobre nuestra personalidad y sobre nuestras relaciones con los demás, tanto a nivel individual como a nivel social, estatal o uni-

versal. Algunos de los pioneros de la ética de la era tecnológica creen que este hecho es una peculiaridad de nuestra tecnología⁹.

Tal vez esto no sea del todo nuevo. También el hombre de las cavernas se sintió un ser diferente el día que tuvo un hacha en sus manos y, sobretodo, se sintió diferente del pobre ignorante que aún no había descubierto esta magnífica herramienta. La gran novedad consiste hoy en el hecho de que la herramienta es mucho más poderosa y nosotros somos, o podemos ser, más conscientes tanto de sus potencialidades como del influjo que ella por sí misma ejerce sobre cada uno de nosotros y sobre toda la sociedad. Esto nos lleva a una cuestión clave. La técnica tiene unas dinámicas que se desencadenarán, lo queramos o no, y que se orientan hacia unas finalidades inmediatas. Las técnicas de manipulación permitirán la manipulación psicológica y pronto genética de la persona. Los sistemas de comunicación permiten llegar en todo momento a todos, las nuevas energías permiten crear y destruir. La técnica tiene unas finalidades propias, pero próximas, y las puede imponer. ¿Qué le toca, entonces, a la persona humana? En primer lugar debe saber tomar la distancia debida para continuar siendo libre. Sólo entonces, y en función de estas finalidades últimas, podrá orientar las finalidades más inmediatas. Porque lo que no hará nunca la técnica es señalar las finalidades últimas. Estas son las que nos han de decir, en los ejemplos citados, cuándo, por qué y hasta qué límite podemos manipular genéticamente o psicológicamente una persona, cuándo y por qué nos podemos introducir en la intimidad de una familia o de un individuo. Por esto la técnica nos remite otra vez a la responsabilidad personal. Las finalidades últimas se han de establecer desde un sistema de valores y sólo se pueden establecer desde un sistema de valores. La dificultad está en concretar quién establece este sistema de valores y, sobre todo, quién tiene fuerza moral para hacerlo realidad.

Pero si nos limitamos a proponer unos objetivos últimos y un sistema de valores, aún nos movemos dentro de las coordenadas de la ética tradicional. Uno de los pioneros de la ética tecnológica, H. Jonas, es quien probablemente ha formulado con más claridad los grados de novedad¹⁰. Su tesis es que la técnica moderna, por un lado, es un caso común de cualquier tipo de actividad humana que siempre tendrá una vertiente ética, pero a la vez es un caso especial.

En general, toda capacidad como tal es buena y sólo puede ser mala por su abuso. Así, es innegable que es un bien poseer la capacidad de hablar, y un mal el hecho de utilizarla para engañar al prójimo. Por ello tiene sentido poder decir: "Usa esta capacidad, hazla crecer tanto como puedas, pero no abuses". Y esto presuponiendo que la ética puede distinguir entre estas dos cosas: entre un uso correcto y un uso incorrecto de la misma capacidad. Hasta aquí nos moveríamos dentro de los clásicos criterios éticos.

Pero, según Jonas, las tecnologías modernas plantean cuestiones que no se pueden resolver con estos criterios tradicionales. Entre estas cuestiones, subrayaremos tres de las principales. En primer lugar, la dificultad para distinguir entre el buen uso y el mal uso. Si utilizamos instrumentos técnicos elementales, es fácil distinguir entre el *buen uso* y el *mal uso*. Con un cuchillo podemos cortar pan o matar a una persona. Pero en las técnicas modernas ya no es tan fácil esta distinción. Nos podemos encontrar que, aún utilizando la vertiente buena y buscando los efectos buenos, la herramienta tecnológica se nos escape de las manos y tome una orientación en la que los efectos buenos previstos estén vinculados a efectos malos no previstos en un principio, y que incluso a la larga estos últimos efectos puede que superen a los primeros y acaben teniendo la última palabra. Si éste es el caso de la técnica moderna, la pregunta sobre la moralidad de su uso ya no tiene una respuesta tan fácil.

Estas son algunas de las razones por las que la técnica plantea cuestiones éticas e incluso apela a los fundamentos de la ética. A primera vista parece fácil distinguir entre los beneficios y los perjuicios de la técnica: arados son buenos, espadas son malas. En los tiempos mesiánicos las espadas se vuelven arados. Esto en los tiempos modernos quiere decir: la bomba atómica es mala, pero el uso de la energía atómica para finalidades pacíficas es bueno; los venenos son malos, pero los abonos químicos y los insecticidas que mejoran la producción de alimentos son buenos. Hasta aquí todo está claro. Pero la cuestión hoy es que los arados se pueden volver espadas con el tiempo. La energía atómica utilizada pacíficamente puede dar paso a un Xernóbil; los insecticidas y los abonos químicos pueden ser los culpables de enfermedades incluso hereditarias; la robótica, que hace más liviano el trabajo físico, puede afectar a la salud psíquica del usuario. Por lo tanto, en este caso los que son peligrosos son los arados. La espada la podemos guardar en la vaina. Usemos el arado. Y el arado, con el tiempo, se nos vuelve espada.

El mismo H. Jonas añade aún otra particularidad. Hay que tener en cuenta la posible *irreversibilidad* de estos efectos a mediano o largo plazo. Se pueden dar efectos no queridos y ya imposibles de reparar. Un caso especial de esta irreversibilidad lo ofrece la ingeniería genética, que Jonas estudia en su obra *Tecnología, medicina y ética*¹¹. Según el método utilizado y los objetivos previstos, se pueden distinguir dos tipos de manipulación genética. Por un lado, las técnicas genéticas practicadas en el campo de la microbiología. A este nivel, por ejemplo, se puede distinguir entre una eugenesia negativa (o preventiva) y una eugenesia positiva. Sería eugenesia negativa el control de apareamientos, con el fin de evitar la transmisión de ciertas enfermedades hereditarias graves. Una eugenesia positiva sería la que provoca apareamientos planificados para mejorar la especie humana, potencializar una raza o hacer desaparecer otra. Según Jonas, aquí tendríamos un caso en el que se puede

distinguir entre una conducta correcta y una incorrecta. Pero en otros tipos de tecnologías la cuestión se complica. La "clonación" que posibilita "producir" individuos idénticos, o las manipulaciones genéticas que permiten generar nuevas especies animales, es algo ya técnicamente posible. La nueva pregunta ética versa ahora sobre las finalidades de esta técnica y su posible utilización no sólo en la especie animal, sino también en la especie humana".

Finalmente, y siempre según Jonas, hay que tener en cuenta una *nueva dimensión global en el espacio y el tiempo*. Los efectos de la técnica moderna no se limitan ni a los círculos próximos de la persona que actúa, ni al tiempo más o menos inmediato a la actuación. Los efectos se pueden extender a toda la humanidad e incluso influir en un futuro lejano, más allá de nuestro círculo vital. Si eso es así, hay que jugar limpio. Hemos de saber que nos jugamos el futuro de nuestros descendientes y que condicionamos muchas de sus posibilidades. Este influjo de nuestras decisiones hacia el futuro es un peso que la moderna técnica ha cargado sobre nosotros.

A parte de estos efectos, habrá que tener en cuenta también otra cuestión, que en este momento dejamos de lado: el *sujeto ético* de la era tecnológica. El sujeto ya no es individuo, sino una colectividad. Y esto vale tanto a la hora de asumir responsabilidades como a la hora de atribuir las, y hace más difícil establecer unos criterios éticos con un mínimo de realismo¹².

No falta quien discute a Jonas la novedad de esta dimensión ética: si miramos al pasado también muchos de los avances de la humanidad han tenido consecuencias imprevisibles e irreversibles, que se han escapado de las manos y que han influido claramente en las generaciones futuras¹³. La crítica tiene un punto de verdad. Pero puede ser que lo que dice Jonas, y en esto tiene razón, es que estas consecuencias imprevisibles, inevitables y con efectos a larga distancia son hoy más importantes, porque afectarán de una forma más notable a toda la humanidad. Y de este hecho también somos más conscientes que en otros tiempos. Esta conciencia sitúa nuestra responsabilidad individual, pero sobre todo colectiva, en una nueva dimensión.

6 . UNA NUEVA RESPONSABILIDAD

Como nunca, la responsabilidad se sitúa en el centro de la ética y abre un nuevo capítulo. Las exigencias de la responsabilidad crecen en la medida proporcional que crece la realidad del poder. La responsabilidad humana llega hasta donde llega el poder humano. La clásica pregunta *¿qué me está permitido hacer?* está siempre en relación con lo que me es posible hacer. Y ya hemos visto cómo el poder de la era tecnológica amplía cada día más y rápidamente su alcance. La tecnología sitúa al hombre ante una exigencia ética

que hasta ahora casi únicamente le había propuesto la religión; la de ser administrador y guardián de toda creación, administrador y guardián tanto de la tierra como de los otros astros del firmamento, de la vida humana y de la vida animal y vegetal, del mundo presente y del mundo futuro.

Para esta nueva responsabilidad nos hará falta un *criterio ético*, un criterio que oriente, al menos de forma básica, las libres elecciones humanas. La conciencia técnico-científica testimonia cada vez más el deseo de encontrar este criterio de actuación. V. Packard¹⁴ nota que en los últimos años algunos especialistas en biogenética, un poco asustados por lo que se puede hacer con lo que tienen en las manos, han sentido como una llamada a la conversión y se han dedicado a alguna actividad social o benéfica. Otros, sin llegar tan lejos, han pedido una moratoria en sus experimentos hasta tener más claras las posibles consecuencias. A la vez, se han multiplicado en el mundo los centros de bioética. Ahora bien, parece que, como dice G. Hottois¹⁵, sólo quedan tres criterios posibles: el ensayo libre de lo que sea posible, la actitud puramente conservativa o un camino intermedio.

El ensayo *libre de todo lo que sea posible*. Esto significa desligarse de cualquier implicación ética. En esta hipótesis, se propondría como norma de conducta que los investigadores se animen a experimentar todo y se esfuercen en su investigación por experimentar todo aquello que sea posible. Mientras, por ejemplo, la ética se preguntará si es aceptable que la computadora pase a formar parte del cerebro humano, el ensayo libre se lanzaría a implantar autoestimuladores cerebrales que a voluntad del individuo le pudieran proporcionar ánimo, angustia, tranquilidad o sueño. Lo mismo podríamos decir a propósito de las investigaciones sobre el genoma humano (manipulaciones de genes, etc.), por no hablar de la posibilidad de trasplantes de cerebro (experimentados ya en simios primates) o de la producción de un híbrido hombre-animal. La tentación de probar todas las posibilidades es grande.

“Según el punto de vista que se va imponiendo, ningún límite ético se ha de imponer a la investigación. Su libertad es un postulado indiscutible”¹⁶.

La tentación es antigua. Ya la recogió F. Bacon al describirnos la nueva civilización:

“La finalidad de nuestra fundación es el conocimiento de las causas y de los movimientos secretos de los cuerpos; y también ver hasta dónde llegan los límites del poder humano, a fin de poner en práctica todo aquello que sea posible”.¹⁷

El sueño es que el ser humano supere los límites de su propio poder y de su esencia. La principal justificación filosófica para ensayar todo lo que sea posi-

ble radica en lo siguiente: que este hecho prolongaría la evolución creadora, al hacer desarrollar todas las posibilidades de las especies humanas. El hombre, responsable de la creación, no se substraerá a la vocación de alquimista¹⁸. La opción para ensayar todo lo que sea posible responde igualmente a la tentación de lo que podríamos llamar "la creatividad técnico-científica por sí misma", es decir, por la satisfacción que suscita en aquel que la pone en práctica. Esta técnica por la técnica sería absolutamente amoral.

"El placer de encontrar la solución técnica puede hacer que el científico se vuelva ciego e insensible a las consecuencias resultantes [...] "Mi parecer es que cuando vosotros veis que alguna cosa es técnicamente delectable, continuáis, la hacéis y no os preguntáis qué es lo que hay que hacer, sino después de haber obtenido vuestro éxito técnico". En esta célebre afirmación de Oppenheimer se revela la equívoca relación entre la ciencia y el poder. Al afirmar que el objeto de la investigación es bueno por sí mismo, creen [los científicos] separar las investigaciones de las implicaciones que llevan en sí mismas y declinan toda responsabilidad en nombre de las exigencias de la investigación".¹⁹

A pesar de lo que acabamos de decir, vale la pena recordar la advertencia de C.F. von Weizsäcker:

"Hay una fascinación propia de la técnica [...] que nos lleva a pensar que el hecho de ejecutar todo lo que sea posible es una actitud progresista y técnica. Es el comportamiento típico de una primera generación que lo prueba todo sencillamente porque es nuevo. Como el niño que prueba un juguete. Es una actividad casi lúdica. La actividad técnica madura es otra cosa. La actividad técnica madura utiliza los medios técnicos como medios en base a unas finalidades. Una técnica que fuese ella misma su fin, no sería una verdadera técnica".²⁰

La segunda posibilidad, la actitud *puramente conservativa*, puede esconderse no pocas veces detrás de las llamadas a una cierta conservación de la naturaleza, y puede ser la manifestación de un miedo ante lo desconocido o también una resistencia al cambio de mentalidad. Pero estas actitudes negativas, que siempre levantan su no, su resistencia, a aceptar cualquier nuevo paso en la carrera tecnológica, no harían más que sembrar inútiles semillas de esterilidad. Inútiles porque a la larga no podrán ofrecer ningún fruto.

Por tanto, y como dice el mismo Hottois, parece que no queda más alternativa que la tercera posibilidad: el camino intermedio. Pero este camino intermedio tendrá que moverse en una dialéctica de opción y renuncia. Y aquí es donde los criterios ya empiezan a discrepar, porque no son tan claros como parece.

7. EL PODER LIMITADO

Una ética de opción y renuncia ha de empezar por estar dispuesta a no hacer servir todo el poder humano. El conjunto de cuestiones éticas que se plantean se reduce en definitiva a la cuestión del poder. Del hecho que el hombre lo puede prácticamente todo, nacen cuestiones éticas: puede agotar las reservas mundiales de recursos, puede destruir la civilización con una catástrofe atómica, puede provocar una superpoblación mundial, etc. etc. Cada uno de estos problemas tiene una vertiente técnica y una vertiente ética. En el fondo, todo deriva del poder.

Por lo tanto, la reflexión ética se ha de situar a nivel del poder. Y es importante ver la relación que hay entre *poder* y *valores* (no olvidemos que el mundo de la ética será el mundo de los valores). Todo aumento de poder puede cuestionar algunos valores, cuando no hace que se abandone algún valor o que haya una regresión en el mundo de los valores. Al contrario, la afirmación de unos valores cuestiona o limita, muchas veces, el uso del poder.

El mismo ordenamiento jurídico de los Estados es un signo de esta correlación entre poder y valores. Cuando un Estado se fija una Constitución como regla de juego, se limita a sí mismo, quiere decir que no hará todo aquello que podría hacer con la fuerza del poder político. Y no lo hará por respeto a unos valores que hay que promover en la sociedad. Si se niegan los valores, sólo queda el poder; sólo queda la afirmación: *Se ha de hacer todo lo que se pueda hacer*. (Por ejemplo, ¿por qué no utilizar la tortura con los prisioneros de guerra?) El poder solo siempre conducirá a un "siempre más" y a un "siempre otra cosa nueva". Si dejamos el poder solo, no sabremos en qué momento nos hemos de detener, faltará el límite interior, o el límite objetivo. La escalada del poder no tiene fin. Para poner un límite que no sea arbitrario, hay que afirmar un conjunto de valores básicos dignos de respeto. Pero si todos se adhieren a la ideología del poder, entonces todo valor queda sometido a la arbitrariedad del poder y ya no nos hace falta ninguna ética. Pero hay que llegar hasta las últimas consecuencias de esta hipotética situación: hay que preguntarse si el hombre estaría satisfecho aceptando que nada tiene ningún sentido y que nada puede servir para dar un sentido a lo que se hace.

Ciertamente que con lo que acabamos de decir hemos llevado hasta las últimas consecuencias, hasta el límite, un comportamiento que sólo se fundamentara en el poder. Pero esta situación límite nos permite comprender qué queremos decir al hablar de un camino intermedio entre el ensayo de todo lo que sea posible y la renuncia a todo cambio y experimentación. Este camino intermedio es el de la renuncia a ámbitos de poder, pero una renuncia enten-

da como ejercicio de la libertad humana. Por esto se puede decir que será una ética del contrapoder y de la libertad²¹. Una ética que acepte el principio de que muchas veces no hay que hacer lo que se puede hacer. Y ello, no por causa de una coacción externa, sino porque desde el interior de la misma realidad se advierte la imposibilidad de vivir en coherencia, sin renunciar a un cierto ejercicio del poder.

Este es el postulado fundamental. Mientras el hombre se deje guiar sólo por el espíritu del poder y hacia la adquisición de más poder, hacia el crecimiento indefinido (de producción, consumo, etc., etc.), todo es posible. Esta ética no significa sencillamente practicar la impotencia o la pasividad; quiere decir todo lo contrario. Se opone a un espíritu de competitividad que en el campo científico conduce a querer hacer más cosas que el otro, a hacerlas más rápidamente y a ir más lejos en las investigaciones o en los éxitos científicos y en los experimentos punta. En el campo político y económico, esto se traduce en una limitación del poder, a fin que éste no aplaste al débil. Y esto es tanto o más necesario cuanto las nuevas tecnologías están dando fuerza al poder político y económico.

En esta renuncia al poder, la libertad humana sabrá manifestarse señalando unos caminos y fijando unos límites. Cada vez que el científico-técnico sea incapaz de determinar los efectos globales y a largo plazo de un experimento científico, haría falta no comprometerse en este proceso hacia lo desconocido, al menos mientras no se hayan disipado las posibles amenazas. En este sentido iba la famosa moratoria de ciertos experimentos, a la que hemos aludido anteriormente. Hay que tener en cuenta que estamos ante el ejercicio de la libertad. La libertad significa poder decir sí o no ante una posibilidad. Toda renuncia a ámbitos de poder es un signo, y puede ser el máximo, de libertad. De tal forma que, al lado de esta elección fundamental, las pequeñas elecciones de cada día son absolutamente secundarias. El hombre comprende que es libre cuando es capaz de ponerse un límite. Por esto la ética que renuncia a ámbitos de poder es una ética de la libertad.

Tener en las manos unos medios no asegura al hombre ninguna libertad. Hay que evitar el riesgo de que, por más que se diga, el hombre de la era tecnológica pierda su libertad. Y la pierde fácilmente al sustituir la antigua fatalidad de la naturaleza por la moderna fatalidad de la tecnología. El progreso tecnológico puede y debe servir para la liberación de la persona humana. Y esta liberación no se producirá si, a la vez, no se detectan y se desactivan los factores alienantes y esclavizantes implicados en este progreso.

No hemos de negar, con todo, que en la situación actual es difícil poder ejercer un control sobre el sistema tecnológico. La técnica, en cuanto es un siste-

ma, representa el mundo de la necesidad (con unas leyes propias e inflexibles). Por esto una ética de renuncia al poder y de libertad creará tensiones y conflictos. La técnica tiende a uniformar, ofrece las mismas soluciones a las mismas preguntas. La técnica impone sus criterios como únicos y buenos. El pluralismo y el diálogo pierden terreno. Puede ser que una de las tareas de la libertad humana en la era tecnológica sea saber poner la técnica al servicio del pluralismo y del diálogo; saber buscar entre todos los criterios del crecimiento cualitativo, por encima del crecimiento cuantitativo; y, sobre todo, saber que la técnica no es ningún dios ante el cual nos hayamos de postrar y ofrecerle el holocausto de la humanidad.

8. LA AFIRMACION DE LA HUMANIDAD

Estar dispuestos a limitar el poder que la técnica pone en nuestras manos es una actitud válida e irremplazable, pero podría no ser aún suficiente. Nos hace falta un valor objetivo que nos sirva como punto de referencia y criterio para la dialéctica de opción y de renuncia. Este segundo aspecto es el que centró la atención, desde un primer momento, del ya mencionado H. Jonas²².

Más arriba hemos recordado ya las líneas principales de su pensamiento. El hecho tecnológico, nos ha dicho Jonas, es nuevo, entre otras razones, porque la técnica no abraza sólo el círculo de nuestros prójimos. Sabemos que, al utilizar los poderosos medios que cada día tenemos entre manos, las consecuencias de nuestras decisiones llegarán muy lejos de nosotros en el espacio y en el tiempo. El hecho también es nuevo, porque han aparecido nuevos objetivos y nuevas posibilidades, como son las transformaciones en los medios de vida y de trabajo, la capacidad para manipular la persona en la esfera psíquica, biológica o genética y también el riesgo de la degradación de nuestro entorno natural. Esta novedad comporta también una irreversibilidad: hemos puesto en marcha unos procesos que ya no podremos, ni parar, ni rectificar. El sujeto ético es nuevo, porque las decisiones más trascendentales para el presente y futuro de la humanidad dependen de grupos e instituciones. Todo este conjunto de factores ha abierto la puerta a una nueva ética, o a un nuevo *concepto de responsabilidad moral*. Muy a menudo se ha apoyado la responsabilidad moral sobre el amor y el respeto a nuestro prójimo. Y esto vale sobre todo para una ética de inspiración cristiana. Pero ahora nuestro prójimo ya no es aquel hombre que iba de Jerusalén a Jericó; nuestro prójimo son los hombres y las mujeres que vivirán sobre la tierra de aquí a muchos centenares de años, que nosotros no conocemos ni conoceremos. Esta responsabilidad desemboca en un principio ético básico para nuestro autor: "Hace falta que la humanidad sea, y que sea humana"²³. Hasta ahora la presencia de la humanidad sobre la tierra parecía obvia. En todo caso, no creíamos que dependiera de nosotros. Ahora,

en cambio, sabemos que puede depender de nosotros. Esta es la nueva responsabilidad. Para esta nueva responsabilidad, Jonas propone un criterio de conducta, un nuevo imperativo categórico irrenunciable:

“Actúa de forma que las consecuencias de tu actuación sean compatibles con la permanencia de una auténtica vida humana sobre la tierra”.

Este imperativo categórico nos impondría la renuncia a todo poder que pusiera en peligro una verdadera humanidad. Si nos sentimos comprometidos con toda la humanidad presente y futura, hará falta que limitemos nuestro bienestar, o lo que llamamos bienestar, conservando el medio ambiente y no agotando las fuentes de energía limitadas. Si pensamos en el futuro de la humanidad, hará falta frenar nuestra ansia de saber y probablemente no emprender algunos experimentos que puedan comportar la aparición sobre la tierra de nuevas formas de vida amenazadoras para la humanidad, o la generación de seres humanos profundamente modificados en sus estructuras físico-biológicas o psicológicas. Si pensamos en la humanidad futura, tendremos que escoger de entre las muchas posibilidades que nos ofrece la técnica sólo aquellas que garanticen el futuro y un futuro mejor para la humanidad. Por la fuerza de este imperativo tendremos que optar libremente por renunciar a algunas parcelas de nuestro bienestar, a favor del bienestar, y pudiera ser de la existencia, de otras personas o de las generaciones futuras.

Este imperativo ético no tiene valor sino en cuanto presupone una realidad objetiva y una opción personal. Presupone que aceptemos que hay algo real, existente, absoluto e intangible: la persona humana. Y presupone que hemos hecho una opción en favor de esta humanidad. Pero entonces surgen necesariamente otras preguntas. ¿Por qué hemos de asegurar esta vida humana sobre la tierra? ¿Por qué, sobre todo, la hemos de asegurar a costa de limitar nuestro bienestar? ¿Por qué nuestra humanidad es para nosotros un punto de referencia intangible y absoluto? En una palabra: ¿por qué hace falta que la humanidad continúe existiendo humanamente? Aquí se cierra el debate ético, pero nos deja a las puertas de la cuestión metafísica. El ser humano busca un punto de referencia absoluto que garantice su existencia y dé sentido a su obrar libre y a la vez responsable. Desde el mundo de la ética, dejamos aquí esta puerta abierta. La cuestión ética se nos ha convertido en pregunta metafísica. Y hará falta salir de la esfera estrictamente ética para encontrarle una respuesta.

RESUMEN

En la actualidad la pregunta ética está presente en todos los aspectos y situaciones del progreso humano. Por esta razón la búsqueda de respuestas que se acerquen a la justicia y al respeto a las condiciones humana y animal adquiere carácter de urgente.

Se considera que el binomio "teoría-técnica" es la articulación esencial del pensamiento occidental y hoy se habla de un nuevo término: tecno-ciencia que aparece como más beligerante, porque este tipo de unión siempre será modificadora de la realidad.

La intervención y práctica de la ética frente a la tecno-ciencia tiene por objeto discriminar respecto al buen o mal uso del progreso, analizado desde los dos protagonistas de la relación: el investigador y el usuario.

Se trata en definitiva de alcanzar niveles de equilibrio entre el poderío de la tecnología y la conciencia de cada uno de nosotros y de la sociedad en su conjunto. La técnica nos remite siempre a la responsabilidad individual y entonces el rol de la ética y de quienes son responsables de su adecuado debate cobra especial significación en la sociedad, especialmente en los niveles de toma de decisiones.

REFERENCIAS

1. Labor hospitalaria 18 (1996) 239-244; Faith and Science in an unjust World, Gêneve, World Council of Churches, 1980; *Cience sans Conscience, Gêneve, Labor et Fides*, 1980.
2. Prioridad de valores en el mundo técnico y social, dentro de Concilium 11 (1975), vol. III, 445-570; A. Dou (ed.), Aspectos éticos del desarrollo tecnológico, Bilbao, Mensajero, 1979; Ethique et Technique, Annales de l'Institut de Phisosophie et des Sciences Morales, Bruxelles, Université libre de Bruxelles, 1983; Ethique, science et foi chrétienne, Louvaine-la-Neuve, Pax Romana, 1985; A. Dou (ed.) Ciencia y Poder, Madrid, Ed. Universidad de Comillas, 1987; Etica de las ciencias naturales, dentro de Concilium 25 (1989), vol. I, 365-536.
3. G. Hottois, Pour une éthique dans un univers technicien, Bruxelles, *Université libre de Bruxelles*, 1984.
4. J.J.. SALOMON, *Science et Politique, Paris, Le Seuil*, 1970, p. 243.
5. SALOMON, Science 1135.
6. Ver G. ROTURERAU, Conscièncce religieuse et mentalité technique en La technique et l'home (Recherches et Débats du Centre Catholique des Intellectuels Francais 311), París
7. Ver E. McDONACH, Etica y escala de valores, en Conciliun 11 (11975), vol.III, 445-479
8. Ver, p.ex., J. Ellul, Recherches pour une éthique dans une société technique, en Ethique et Technique 7-20.
9. H. Jonas, Ost erlaubt wwas machtbbar ist?, en *Universitas 42* (11987) 103-115.
10. H. JONAS, Technik, Medizin und Ethil, Frankfurt M., Insel Verlag, 1981, pp 1179 ss.
11. Ver A. Hortal, El sujeto ético en la era tecnológica, en Dou (de.) Aspectos éticos 185-212.

12. Ver F. B'kle, Relaciones entre ética tecnológica y ciencias naturales, en *Moralia* 11 (1989) 318-319; E. Kettering, Técnica y responsabilidad. A propósito del "principio de responsabilidad" de Hans Jonas, en *Folia Humanistica* 26 (1988) 193-207, 229-236.
13. PACKARD, L'home remodelé 330, 336.
14. HOTTOIS, Pour une éthique 46-64
15. H. J. MEYER, Die Technisierung der Welt, Tübingen, Niemeyer, 1961, p.207
16. F. BACON, *La nueva Atlántida*, Buenos Aires, De. Losada, 1941, p. 145
17. J. Brun, Les Masques du Désir, París, Buchet-Chastel, 1981, p. 85
18. SALOMON, Science 255-258
19. C.F. von WEIZSCKER, citado por M. STORK, Einführung in die Philosophie der Technik, Darmstadt, WB6, 1977, pp. 177-178
20. Ver J. Ellul, Recherche pour une Ethique dans une société technicienne, en *Ethique et Technique* 15-18.
21. H. Jonas: Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation, Frankfurt M., Insel Verlag, 1979; Macht oder Ohnmacht der Subjektivität? Das Leib-Seele-Problem im Vorfeld des Prinzips Verantwortung, Frankfurt M., Insel Verlag, 1981; Technik, Medizin und Ethik. Zur Praxis des Prinzips Verantwortung, Frankfurt M., Insel Verlag, 1985.
22. Das Prinzip Verantwortung 61.
23. Das Prinzip Verantwortung 36

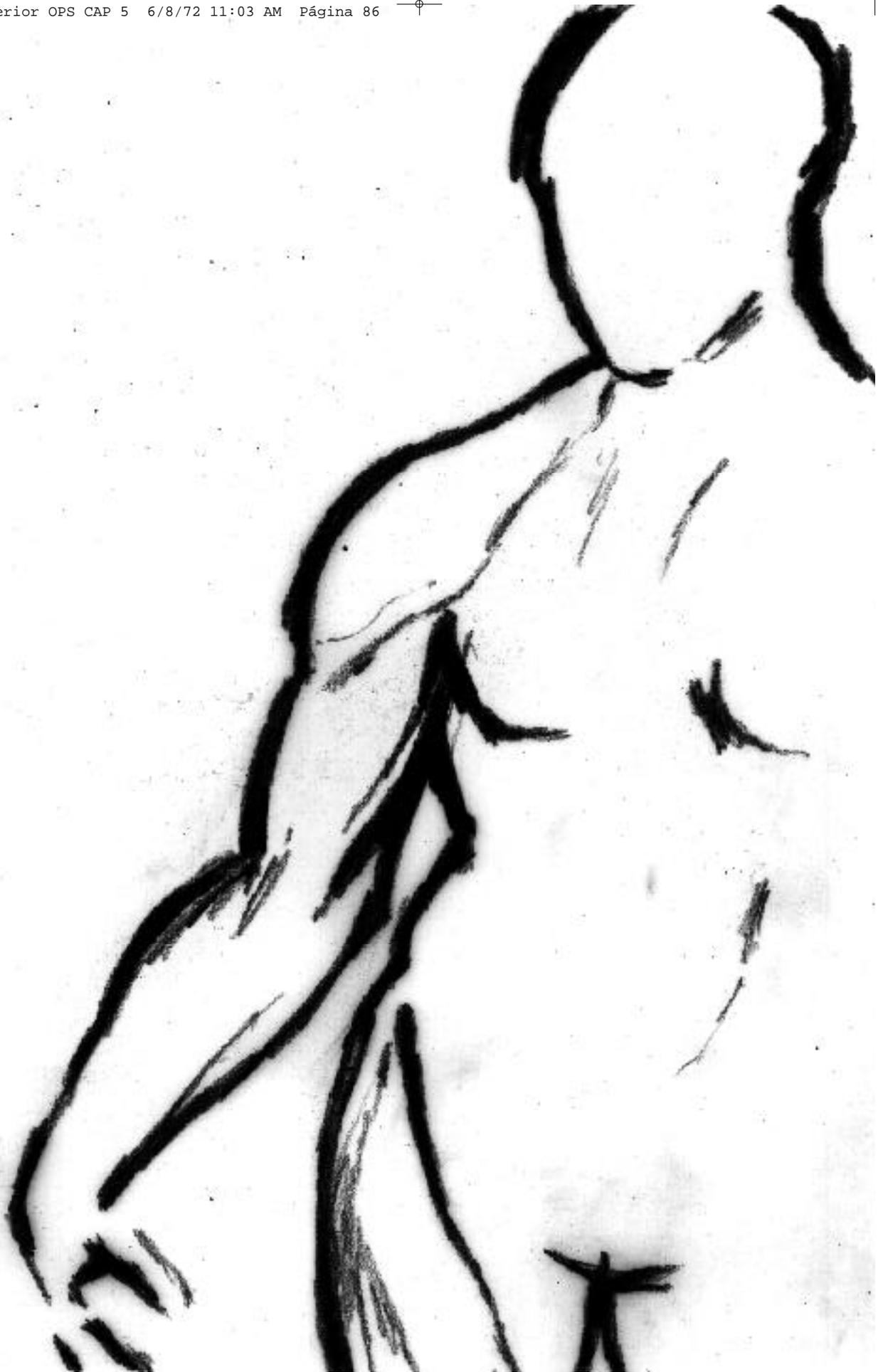


BIOETICA Y PEDIATRIA

PROF. DIEGO GRACIA GUILLEN

CATEDRÁTICO DE HISTORIA DE LA MEDICINA
DIRECTOR DEL MASTER EN BIOETICA
DEPARTAMENTO DE HISTORIA DE LA MEDICINA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE, MADRID

Dirección Postal:
Departamento de Historia de la Medicina, Facultad de Medicina
Universidad Complutense de Madrid
Pabellón IV Bajo, Ciudad Universitaria
Madrid, España



S U M M A R Y

Different moral consequences and positions arise from how we define childhood. This has changed over the centuries, from primitive cultures where appreciation was concentrated on the elders, the ancient Greeks who placed it on adults, to the 18th century when the scholastic revolution changed these concepts. Pediatrics was born in this period, and considered childhood as a physiological stage with more social and scientific value. On the other hand, the child's morals are developed in various stages before they reach the full moral characteristics of the adult. The concept of children and the way children's morals are understood give rise to models upon which pediatric practice can be focused: classic "paternalism" and modern "autonomy". In pluralistic societies, looking out for the child's best interests implies decisions based on values that cannot be imposed by the state or defined by physicians. Parents, the children or adolescents themselves -according to their degree of maturity- must define the contents of their "best interests", but cannot act harmfully. From this we can conclude that, even though traditionally pediatrics has been practiced in a paternalistic way, the doctrine of informed consent has to be strictly applied with the stipulation that the consent must be given by parents, with the minor's participation according to his or her degree of maturity.

R E S U M O

Dependendo do modo como se define a infância surgem conseqüências e posições morais diferentes. Isto vem mudando ao longo da história, desde as culturas primitivas que concentravam a estima no ancião, a cultura grega que o fez no adulto, até o século XVIII onde através da revolução escolar mudaram-se estes conceitos. Nasceu, neste período, a Pediatria que considera a infância como uma etapa fisiológica com valor social e científico. Por outro lado, a infância tem uma moralidade que se desenvolve em diferentes etapas até alcançar as características de plenitude no adulto. Do conceito de infância e de como se considera a moralidade própria da criança surgem os modelos de exercício da Pediatria: "paternalismo" clássico e "autonomismo" moderno. A busca de maior benefício da criança, em sociedades pluralistas, emplica em decisões baseadas em valores que não podem ser impostos pelo Estado ou arbitrados pelo médico. Os pais e as próprias crianças e adolescentes, de acordo com o grau de maturidade, têm que definir o conteúdo da beneficiência, sem contudo, atuar de maneira maleficiente. Dai se deduz que, ainda que a Pediatria tradicionalmente seja exercida de maneira paternalista, a doutrina do consentimento informado deve ser aplicada com a estrita condição de que o consentimento seja dado pelos pais, com a participação do menor segundo seu grau de maturidade.

INTRODUCCION



El ejercicio de la Pediatría plantea numerosos problemas éticos: las decisiones terapéuticas en los casos de recién nacidos prematuros o malformados, los malos tratos infantiles, el consentimiento informado pediátrico, la anticoncepción y el aborto en adolescentes, etc. Cada uno de ellos requiere un tratamiento específico. Pero ese análisis particular sólo adquirirá sentido dentro de unas coordenadas globales o de un marco general de referencia. Es el que yo desearía establecer a continuación. Para ello, lo primero es necesario definir el concepto de niño. No es nada claro qué es un niño o cuáles son sus características definitorias. Esto permite entender por qué la idea de niño no ha sido unívoca a lo largo de la historia, sino que ha ido evolucionando. Tendremos que ver rápidamente los hitos principales de esa evolución, a fin de situar adecuadamente nuestra propia idea del niño.

Pero la composición de lugar no puede acabar aquí. Y ello porque el modo como se defina la infancia acaba teniendo inmediatamente consecuencias morales, que es preciso estudiar. El niño ha sido siempre para la sociedad un problema moral. Este es el segundo punto que necesita ser tratado con alguna detención. Finalmente, y en tercer lugar, veremos cómo a partir de esos presupuestos surgen dos modos muy distintos de enfocar los problemas éticos de la práctica pediátrica, uno que denominaremos paternalista y otro autonomista, bien entendido que con este segundo término no quiere defenderse un autonomismo radical, cosa que si siempre resulta injustificable, en pediatría es de todo punto absurda, sino evitar algunos excesos en que ha caído el modo tradicional de enfocar los problemas éticos de la práctica pediátrica. Nada más.

LA INFANCIA COMO PROBLEMA

Nos encontramos en la época de la historia de «la cultura occidental, y probablemente de toda la historia de la humanidad que ha tenido una mayor estimación por las etapas más tempranas de la vida de los seres humanos: 'Es una de las peculiaridades de nuestra situación histórica. Ciertamente que siempre parece haber existido el intenso sentimiento de protección de los progenitores, y en especial las madres, hacia sus criaturas. Este sentimiento se da en la práctica totalidad de las especies animales, y por supuesto también en la humana. Pero ello no implica un gran concepto de la infancia. De hecho, en las culturas primitivas la mayor estimación social se concentra en torno a la ancianidad, no a la infancia. En las culturas ágrafas, el anciano es el deposita-

rio de las tradiciones del grupo, la memoria viva de la comunidad, y en tanto que tal el núcleo de cohesión de la estructura social. Esto le convierte en el jefe religioso, moral, político y económico. El anciano lo es todo, y los demás participan de su poder según el grado de proximidad que tienen con él. De ahí que los niños, la antítesis de los ancianos, se definan por las cualidades contrarias: en vez de poderosos son impotentes; en vez de sabios, ignorantes; en vez de prudentes, imprudentes; etc.

Esto varió, sin duda, tras la revolución neolítica. El descubrimiento de la escritura permitió fijar las tradiciones, con lo que el anciano perdió una de sus prerrogativas más preciadas. Pero eso no anuló su poder. El paso de la estructura nómada a la sedentaria, y de la caza y pesca a la agricultura y la ganadería, transformó a los grupos humanos de nómadas en sedentarios, lo que obligó a la racionalización de las estructuras sociales, que de ser básicamente familiares o parentares, pasaron poco a poco a convertirse en públicas o políticas. Nacen los Estados, y los ancianos se convierten precisamente en los jefes y gobernantes. No hay más que revisar los grandes testimonios de las culturas egipcia, palestinense, mesopotámica, india, o de la propia cultura griega arcaica, para comprobarlo.

En la Grecia clásica, se inició un cambio importante de actitud. El punto de atención pasó de la ancianidad a la edad madura. Al anciano empieza a considerársele un ser imperfecto, defectuoso, que no es modelo de nada o de casi nada. Sólo en la madurez alcanza la naturaleza su perfección física y moral. La vida humana, como cualquier otro tipo de vida biológica, tiene una primera fase de generación y maduración, otra de expresión plena de sus potencialidades y una tercera de corrupción o desintegración. La infancia corresponde a la primera y la ancianidad a la tercera. Por eso se trata de épocas de imperfección. El niño y el anciano son seres imperfectos, bien por defecto bien por exceso. Sólo en el hombre adulto se encuentra la perfección física y moral.

La cultura griega, matriz de toda la cultura occidental, tuvo una idea muy peyorativa, tanto del anciano como del niño. Pocos textos más significativos que aquél en que Aristóteles describe las cualidades inmoderadas, casi patológicas, de unos y otros. He aquí algunos párrafos de lo que el Estagirita dice a propósito de los niños y adolescentes:

“Los jóvenes son por carácter concupiscentes, y decididos a hacer cuanto pueden apetecer. Y, en cuanto a los apetitos corporales son, sobre todo, seguidores de los placeres del amor e incontinentes en ellos. También son fácilmente variables y en seguida se cansan en sus placeres, y los apetecen con violencia, pero también se calman rápidamente; sus caprichos son violentos pero no grandes, como, por ejemplo, el hambre y la sed en los que están

enfermos. También son los jóvenes apasionados y de genio vivo y capaces de dejarse llevar por sus impulsos. Y son dominados por la ira; ya que por punto de honra no aguantan ser despreciados, antes se enojan si se creen objeto de injusticia. Y aman el prestigio, pero más aún el vencer; porque la juventud tiene apetito de excelencia, y la victoria es una superación de algo"⁽¹⁾.

Esta visión de la infancia y adolescencia ha perdurado durante siglos y siglos en los países occidentales. Estos han considerado al niño como un ser incompleto, defectuoso y, por tanto, de algún modo enfermo. No es que se pueda identificar sin más la niñez con la enfermedad. Sería de todo punto excesivo. Pero la medicina antigua distinguió un estadio intermedio entre la salud y la enfermedad, que llamó "neutralidad". En latín hay un adjetivo, *uter*, que significa uno u otro; otro, *uterque*, que significa uno y otro, y un tercero, *neuter* que como es obvio es la negación del anterior y, por tanto, significa ni uno ni otro. En el caso concreto de la medicina, los dos términos que se niegan en la neutralidad son los de salud y enfermedad. Los médicos antiguos consideraron que no sólo hay sanos y enfermos, sino también sujetos que se hallan en un estado intermedio entre ambos. Esto es lo que sucede en el llamado período de convalecencia, aquél en que el paciente ya no está enfermo, pero sin embargo tampoco está sano. Lo mismo cabe decir del período previo a la enfermedad, el propio del llamado pródromo. Y lo mismo que se dice de las fases primera y última de la enfermedad, cabe afirmar también del comienzo y final de la vida. La infancia y la vejez no constituyen en sí enfermedades, pero tampoco puede afirmarse que el cuerpo humano en esos períodos merezca el calificativo de sano. Más bien se trata de períodos neutros o de neutralidad, en los cuales el sujeto requiere un cuidado muy especial, ya que en caso contrario evolucionará muy probablemente hacia la enfermedad. El niño, en conclusión, no es un enfermo, pero sí una realidad neutra y, por tanto, cuasipatológica.

Esto permite explicar por qué la pediatría como especialidad no pudo desarrollarse en todos estos siglos. Es verdad que entre los escritos hipocráticos se encuentran algunos de contenido claramente pediátrico, como el titulado *De natura puerorum*, sobre la naturaleza de los niños. Pero los niños no tienen patología específica. Deben ser tratados como convalecientes y, por tanto, con remedios suaves. La única obligación de todos los que se ocupan de los niños es cuidar de ellos de tal modo que se evite su propensión a la enfermedad y el desorden y se promueva la salud y el orden. Y esto se consigue haciéndoles pasar cuanto antes al estado adulto. La niñez debe ser vista como un período anómalo y antinatural, que es preciso superar cuanto antes. El niño no tiene entidad en sí; en él no debe verse un niño, sino sólo un hombre en formación, un pequeño adulto, un hombrecito. Por eso, la patología del niño no es otra que la del adulto, bien que disminuida en intensidad. Como ha escrito Ariés, "el niño era diferente del hombre, pero sólo por el tamaño y

la fuerza, mientras que los otros rasgos seguían siendo semejantes. Sería interesante comparar al niño con el enano, el cual ocupa una posición importante en la tipología medieval. El niño es un enano, pero un enano que estaba seguro de no quedarse enano, salvo en caso de hechicería. En compensación ¿no sería el enano un niño condenado a no crecer, e incluso a volverse en seguida un viejo arrugado? ⁽²⁾.

El texto citado pertenece al libro de Philippe Ariés, *El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen*. Este autor, el máximo representante de la historia de las mentalidades, ha resumido el contenido de su libro en las siguientes dos tesis. Primera, que en la sociedad tradicional “no podía representarse bien al niño, y menos todavía al adolescente. La duración de la infancia se reducía al período de su mayor fragilidad, cuando la cría del hombre no podía valerse por sí misma; en cuanto podía desenvolverse físicamente, se le mezclaba rápidamente con los adultos, con quienes compartía sus trabajos y juegos. El bebé se convertía en seguida en un hombre maduro sin pasar por las etapas de la juventud” ⁽³⁾. La segunda tesis del libro de Ariés se refiere al cambio operado desde fines del siglo XVII, como consecuencia, entre otros factores, del fenómeno de la escolarización, que sustituye el aprendizaje en contacto con los adultos por la educación reglada. El niño se separa de los adultos y mantenido, dice Ariés, en una especie de cuarentena, que es el colegio. “La familia comienza entonces a organizarse en torno al niño, el cual sale de su antiguo anonimato y adquiere tal importancia que ya no es posible, sin una gran aflicción, perderle, reemplazarle o reproducirle muchas veces y conviene limitar su número para ocuparse mejor de él. No tiene nada de extraordinario el que esta revolución escolar y sentimental se acompañe a la larga de un malthusianismo demográfico, de una reducción voluntaria de nacimientos, sensible a partir del siglo XVIII. Todo esto es coherente” ⁽⁴⁾.

El nacimiento de la pediatría como especialidad no se produce hasta que esta imagen del niño como hombrecito no cede el paso a esta segunda, que comienza a verlo como puro y simple niño. No hay más que traer a la memoria los grandes capítulos de la historia de la pintura para advertir que, salvo casos muy particulares, en la pintura anterior al siglo XVII el niño aparece siempre como un hombre en pequeño, salvo en el caso particular, absolutamente atípico, del niño Jesús. Sólo con la nueva comprensión de la niñez como etapa propia y natural de la vida, no ya patológica o neutra, sino fisiológica por antonomasia, más fisiológica que cualquiera de las otras dos, podrá nacer una auténtica fisiología, psicología y pedagogía de la niñez, y como consecuencia de todo ello una patología y una medicina específicas. La pediatría es un corolario de la Ilustración y del redescubrimiento de la especificidad de realidades como la del niño o de la mujer, que hasta entonces habían venido teniendo un estatuto social científico y jurídico inferior.

Este segundo modelo encontró su teórico en J. Rousseau. La tesis roussoniana no se limita a decir que el niño no es un ser enfermo o neutro, sino que va más allá y afirma que es el único sujeto realmente sano, es sano por autonomía. El paradigma de humanidad está en la infancia y juventud. Con lo cual se consuma el proceso de traslación que se había iniciado hace ya muchos siglos. Si en la Grecia clásica la estimación social pasó del anciano al hombre maduro, ahora se traslada de nuevo desde la madurez hacia la adolescencia y la juventud. Lo cual tiene no sólo consecuencias médicas o sociales sino también morales. Es el tema que habremos de analizar a continuación.

EL NIÑO Y LA MORAL

Relacionado con el anterior problema hay otro no menos interesante. Se trata de la condición moral del niño. Es un error generalizar la imagen romántica que hizo del niño un ser inocente, puro, ejemplo de bondad. La opinión que ha imperado prácticamente a todo lo largo de la historia de la humanidad ha sido más bien la contraria. Y ello, aunque sólo sea porque la moralidad es característica que va unida siempre y necesariamente al uso y disfrute de la razón, y el niño no la posee en absoluto, o al menos no la posee en plenitud.

La ética se basa, cuando menos, en la puesta en práctica de algunos principios formales, entre ellos el de universalidad y el de imparcialidad o reciprocidad. Pues bien, ambos principios son cualquier cosa menos naturales. La naturaleza no hace al ser humano imparcial sino parcial, de tal modo que le lleva a beneficiar a uno mismo y a los próximos y amigos, aun en detrimento de los lejanos o enemigos. Por eso el niño es incapaz de ponerse en la situación del «observador imparcial». No hay mayor parcialidad que la del niño. Ello explica por qué el principio ético de universalización es tan tardío en la maduración psicológica del niño, como tan contundentemente han demostrado los estudios de Piaget y Kohlberg. Para Piaget (1932) el niño evoluciona desde un estadio amoral a otro de respeto hacia la autoridad de los individuos de más edad. El niño de tres a ocho años identifica las reglas morales con las leyes físicas y, por tanto, considera que las normas morales son predicados físicos de las cosas, que no tienen relación directa con la intención o los valores humanos. El «realismo» del niño pequeño, dice Piaget, le hace identificar lo moral con lo real, y considerar que las normas morales, como las físicas, son absolutas, sagradas e intocables. A partir de aquí comienza un lento proceso de evolución, que poco a poco va interiorizando las normas, de tal modo que acaban distanciándose de las demandas externas en favor de los principios internos. Para Piaget estos criterios internos vienen a identificarse con el principio de equidad, es decir, de igual trato para todos en similares circunstancias. Este cambio acontece, según Piaget, a partir de los ocho o diez años⁽⁵⁾.

Partiendo de estos datos, Kohlberg llevó a cabo un conjunto de estudios empíricos, que en parte le llevaron a confirmar las conclusiones de Piaget y en parte a reformarlas. De este modo, elaboró un sistema de evolución de la conciencia moral del niño de tres niveles y seis grados.

Nivel I: Reconvencional:

- Estadio 1: Moralidad heterónoma.
- Estadio 2: Individualismo, finalidad instrumental e intercambio.

Nivel II: Convencional:

- Estadio 3: Mutuas expectativas interpersonales, relaciones y conformidad interpersonal.
- Estadio 4: Sistema social y Conciencia.

Nivel III: Postconvencional o de principios:

- Estadio 5: Contrato social o utilidad y derechos individuales.
- Estadio 6: Principios éticos universales ⁽⁶⁾.

Los datos reunidos por Kohlberg hacen pensar que el Estadio 5 está casi completamente terminado “para finales de la escuela secundaria” (que en Estados Unidos es dos años anterior a la finalización de la escuela secundaria española), y no parece progresar desde la época de la escuela secundaria hasta los 25 años, y si bien durante esos años la puntuación en el Estadio 6 es ligeramente superior, esa diferencia no es estadísticamente significativa. Parece, pues, que la conciencia moral evoluciona poco después de la veintena. De hecho, los padres de los alumnos encuestados, pertenecientes a la clase media y educados en Universidad, tenían una puntuación ligeramente inferior que sus hijos en los Estadios 5 y 6. Según Kohlberg, el desarrollo adulto es primordialmente un asunto de *estabilización*, un abandono de las formas de pensamiento infantiles, más que de formación de modos de pensamiento nuevos o más elevados.

No es un azar que la teoría de Kohlberg se haya puesto en relación directa con la idea de justicia. Aristóteles dice que la justicia es la virtud general, ya que todas las demás, o son justas o no son virtudes. De ahí que la justicia se identifique, en última instancia, con la propia vida moral. De hecho, justo significa ajustado, correcto, y corrección es igual a vida moral. Hay ciertos idiomas en los que esto es particularmente claro, como el inglés, donde una misma palabra, *right*, sirve para designar lo justo y lo correcto.

Pues bien, la justicia no es una virtud natural, ni tiene sentido decir del niño que es justo. Más bien habría que afirmar lo contrario, que el niño es injusto por naturaleza. Esta fue una de las razones aducidas por la teología clásica en favor del pecado original. Para San Agustín la demostración empírica del pecado original se halla observando la conducta de los niños, que no por azar Freud definió como "perversos polimorfos". Y cuando la cultura Occidental se secularize, en los siglos de la modernidad, la interpretación varía, pero el hecho permanece invariable. Más que relacionarlo con el pecado original, ahora se dirá que la moralidad no es propiedad de la naturaleza, ni animal ni humana, sino producto de la razón, y como tal algo que se conquista a través del tiempo, a lo largo de muchos años, precisamente los propios de la Infancia y la adolescencia. Un autor tan naturalista en ética como David Hume no duda en afirmar, en 1740, en su *Tratado de la naturaleza humana*, que los principios de justicia y equidad son el resultado de un lento y difícil proceso de maduración individual y colectiva de los seres humanos. No me resisto a transcribir las propias palabras de Hume:

"Supongamos que una persona me ha prestado una suma de dinero a condición de que se la devuelva en unos cuantos días, y supongamos también que, al expirar el plazo, el prestamista exige la devolución. Yo pregunto: ¿qué razón o motivo me obliga a devolver el dinero? Cabe responder que mi respeto por la justicia y mi aborrecimiento por la villanía y el fraude tienen que ser ya razón suficiente, con sólo que me quede algo de honestidad o de sentido del deber y la obligación. No me cabe duda de que esta respuesta es justa y convincente para un hombre civilizado, formado según una determinada disciplina y educación. Pero en su condición más ruda y natural (si queréis llamar natural a una condición tal), esta respuesta tendría que ser rechazada por totalmente ininteligible y sofisticada. En efecto, el hombre que se encontrara en tal estado os preguntaría inmediatamente en qué consiste esa honestidad y justicia que encontráis en la devolución de un préstamo y en la abstención de la propiedad ajena" ⁽⁷⁾.

El ser humano no tiende naturalmente a la justicia sino sólo racionalmente. Como dice Hume, la justicia no es una tendencia natural, sino un motivo de la voluntad. "En general, puede afirmarse que en la mente de los hombres no existe una pasión tal como el amor a la humanidad, considerada simplemente en cuanto tal y con independencia de las cualidades de las personas, de los favores que nos hagan o de la relación que tengan con nosotros" ⁽⁸⁾.

Esta imagen no cambia más que con la llegada del romanticismo. Philippe Ariés ha sabido ver cómo ese cambio se encuadra dentro de otro más general, de carácter estrictamente moral. El separar a los niños de sus padres y escolarizarlos, dice Ariés, "debe interpretarse como un aspecto más de la gran mora-

lización de los hombres realizada por los reformadores -católicos o protestantes- de la Iglesia, de la magistratura o del Estado”⁽⁹⁾. Esta moralización pasa por el cambio de actitud ante el niño. En Rousseau, se ve bien el giro total que sufre el planteamiento de este problema. Para él el amor a la humanidad es completamente natural y, por tanto, adorna al niño desde sus mismos comienzos. “Pongamos por máxima incontestable que los primeros movimientos de la naturaleza son siempre rectos; no hay perversidad original en el corazón humano; no se halla en él un solo vicio que no se pueda averiguar cómo y por dónde se introdujo [...]. Es conveniente que un niño no haga nada porque le ven o le oyen, o sea no respecto a los demás, sino que debe actuar según los dictados de la naturaleza, y entonces no hará ningún acto que no sea bueno”⁽¹⁰⁾. La maldad y la injusticia tienen su origen en las relaciones sociales, no en la estructura natural. El niño pasa así de ser un demonio a ser un ángel. Si toda la pedagogía tradicional tuvo por objetivo “educar” (en el doble sentido de *educare*, conducir hacia el fin correcto a un sujeto que no es capaz de conducirse a sí mismo y que tiende a la desviación, y de *educere*, sacar del interior de uno mismo lo mejor que éste lleva dentro de sí), es decir, ayudar a que el niño pase cuanto antes de su peligrosa situación a la de hombre adulto, el único auténticamente natural y moral. El romanticismo roussoniano supone un drástico cambio de mentalidad, de tal modo que la educación va a tener por objeto a partir de entonces hacer vivir al niño como niño, evitando su adultización prematura. Esto, que desde la mentalidad tradicional no puede verse más que como una perversión, ahora aparece como lo único lícito.

Este cambio ha supuesto, una revolución conceptual tan importante como la que se operó en la época de la Grecia clásica. Si entonces se produjo un corrimiento de la estimación social desde la ancianidad hasta la madurez, ahora ha acontecido otro no menor, esta vez, de la madurez a la niñez y juventud. Ahora el paradigma de perfección física y moral pasa a ser el joven, no el adolescente o el niño.

Esto tiene expresiones prácticas muy concretas. Una de ellas ha sido la reducción paulatina de la fecha de mayoría de edad. Las leyes liberales del siglo XIX rebajaron la fecha de la mayoría de edad de los hombres a los veintiún años, y la de la emancipación a los dieciocho. Más adelante, ya en nuestro siglo, se produjo un nuevo recorte, quedando establecida la mayoría de edad en los dieciocho y la emancipación en los dieciséis. Y como la lógica del proceso no puede pararse ahí, en las últimas décadas ha intentado irse aún más allá en esta dirección, lo que ha dado lugar a la doctrina del “menor maduro”. La base teórica se halla en el principio de que los derechos civiles o subjetivos existen en el individuo desde el mismo momento en que éste es capaz de disfrutarlos, y que puede suceder y seguramente sucede con gran frecuencia bastante antes de los dieciocho años. Esto ha llevado a elaborar toda una

doctrina nueva de los derechos del menor, y a establecer en los doce años la fecha en que un menor puede disfrutar, si goza de madurez, de sus propios derechos humanos. De hecho, nuestro Código Civil establecía ya que en ciertos supuestos de patria potestad, el juez deberá tener en cuenta la opinión del hijo "si tuviera suficiente juicio y en todo caso fuera mayor de doce años" (art. 156 CC; cf. art. 159 y 177). Esto tiene importantísimas consecuencias prácticas, por ejemplo en la capacidad o no del menor maduro para disfrutar de su sexualidad libre de la tutela de sus padres. Toda la ambigüedad de los juicios de nuestra sociedad respecto de la conducta moral de los adolescentes tiene como base el conflicto entre los dos modos descritos de entender su vida moral, el modo o modelo "paternalista" o clásico y el "autonomista" o moderno. Estos son los dos grandes paradigmas desde los que se han venido enfocando los problemas morales del ejercicio de la pediatría. Es el punto que hemos de analizar ahora.

¿ES POSIBLE ERRADICAR EL PATERNALISMO DE LA PEDIATRÍA?

Los problemas éticos de la pediatría pueden enfocarse desde distintos criterios éticos. El primero, el más clásico, es el que hemos denominado "paternalista". Consiste éste en considerar al menor de edad como un incompetente completo, incapaz de tomar decisiones sobre su cuerpo y su vida de modo racional y "prudente". Esta tesis se encuentra ya claramente formulada en la *Ética a Nicómaco*, cuando Aristóteles afirma que "los jóvenes pueden ser geómetras y matemáticos, y sabios en cosas de esa naturaleza y, en cambio, no parece que puedan ser prudentes. La causa de ello es que la prudencia tiene por objeto también lo particular, con lo que uno llega a familiarizarse por la experiencia, y el joven no tiene experiencia, porque es la cantidad de tiempo lo que produce la experiencia. Uno podría preguntarse también por qué un niño puede indudablemente ser matemático y no sabio, ni filósofo. ¿No será porque los objetos matemáticos son el resultado de la abstracción, mientras que los principios de los otros proceden de la experiencia, y de cosas así los jóvenes hablan sin convicción, mientras que les es patente el ser de los primeros?"⁽¹¹⁾.

Las decisiones sobre el cuerpo y la vida del niño y el joven deben hacerse siempre buscando su "mayor beneficio", coincida éste o no con el deseo o el criterio del propio sujeto. Naturalmente, siempre que esté en juego la vida, la salud o el bienestar del niño, el mayor beneficio consiste en la defensa de esos valores, aun a costa de contrariar su voluntad. Por tanto, los conflictos entre beneficencia y autonomía han de resolverse siempre en favor de la primera, aunque ello suponga una lesión de la segunda.

Ahora bien, esto plantea un problema de enorme magnitud y es el de saber qué debe entenderse por "mayor beneficio" y quién debe definir algo como tal. La tesis clásica es que lo bueno y lo malo son predicados objetivos, ya que expresan cualidades reales de las cosas y de los actos. La salud es en sí buena y el matar es en sí malo. La salud es buena en sí, y el homicidio malo en sí. Por tanto, determinar cuál es el mayor beneficio es algo que puede hacer cualquier persona en su sano juicio, ya que poseyendo éste todas y cada una coincidirán en la solución. Naturalmente, siempre tendrá que haber una que se haga en cada caso responsable directa de la decisión. Por pura lógica, esa responsabilidad se ha dejado en manos de los padres. Así lo hace, por ejemplo, nuestro Código Civil al hablar de la patria potestad (art. 154 y ss.) y de la tutela (art. 216). La patria potestad, dice el primero de los artículos, "se ejercerá siempre en beneficio de los hijos", y deber de éstos será "obedecer a los padres mientras permanezcan bajo su potestad, y respetarles siempre" (art. 155). En cualquier caso, como puede ser que los padres no interpreten bien el principio del mayor beneficio, o que actúen de modo contrario, es decir, en perjuicio del menor (cf. art. 158.3), el juez tiene siempre la potestad de suspender la patria potestad y promover la tutela del menor (art. 215ss). La función del fiscal y, en última instancia, del juez no es definir lo que es el mayor beneficio del niño, puesto que se supone que esto se halla ya objetivamente definido, sino velar porque los padres respeten ese principio y lo apliquen en su toma de decisiones. Repito, se parte de que el beneficio es objetivo y debe ser cumplido por todos en las decisiones de sustitución sobre menores o incapaces. Este es también el caso del médico. En los casos de enfermedad, la doctrina clásica ha considerado que quien se halla mejor capacitado para comprender de forma objetiva lo que es el mayor beneficio del menor es el médico. De ahí que nadie, ni los padres, tengan la capacidad de interferir en su juicio, cuando la vida, la salud o el bienestar del menor están en juego. Lo contrario sería no sólo un acto inmoral, sino también antijurídico.

Ese modo de razonar es inobjetable siempre y cuando se considere posible definir de modo objetivo el mayor beneficio. Pero esto se ha hecho cada vez más problemático, y el pensamiento liberal moderno lo acepta difícilmente. No hay, en contra de lo que pudiera parecer, un concepto objetivo de salud o de bienestar, porque en su definición intervienen siempre valores; y éstos no sólo no son homogéneos en las sociedades llamadas pluralistas, sino que ese pluralismo axiológico se halla protegido por un derecho humano, el derecho a la libertad de conciencia.

Naturalmente, los derechos humanos son valores, y se supone que valores compartidos por todo el conjunto de los seres racionales. Por tanto, parece que el pluralismo nunca puede ser absoluto, y que tiene que haber un ámbito de algún modo exento de variabilidad. El problema es cómo se determina ese ámbito. La

tesis que se ha ido imponiendo en los siglos modernos es que el mundo de los valores debe ser en principio, de gestión privada, y que los valores públicos, que todos debemos respetar por igual, no pueden surgir más que del consenso racional entre los miembros de la sociedad. Por eso el mundo moderno ha tenido que dividir el viejo constructo de la "beneficencia" o del "mayor beneficio" en dos principios distintos, que se han denominado, respectivamente, de "beneficencia" y de "no-maleficencia". La beneficencia queda, en principio, a la libre gestión de los individuos particulares, de acuerdo con su peculiar sistema de valores y proyecto de vida. Por el contrario, la no-maleficencia se establece por vía de consenso racional, y debe ser siempre gestionada por el Estado.

Esta distinción resuelve muchos problemas del mundo de las personas adultas, pero en el caso de los niños e incapaces plantea otro aún más agudo. Los niños, al menos los muy pequeños, los menores de doce años, no tienen sistema de valores propio, ni por tanto pueden definir su propia beneficencia. Pero por otra parte, el Estado, y en su representación el juez, no pueden cuidar de su beneficencia sino sólo de su no-maleficencia. Y entonces se plantea el problema de cómo definir el contenido de la beneficencia en el caso de los menores e incapaces. Es el asunto conocido en la literatura con el nombre de "decisiones de sustitución".

Según el modelo clásico, las decisiones de sustitución se hacían siempre proyectando sobre el incapaz lo que la familia, el médico, el juez o toda la sociedad consideraban que era su "beneficio" o su "mayor interés". En la situación moderna eso ya no es posible, dado que la sociedad no puede ni debe definir el beneficio de una persona, capaz o incapaz, sino sólo protegerle del perjuicio. Pero eso no significa que no pueda y debe intentarse definir lo que es el mayor beneficio de un niño. Una pista nos la da el propio Código Civil, cuando afirma que estas decisiones les corresponden, en principio, a los familiares. Ello no se debe sólo ni principalmente al hecho de que los padres suelen querer a los hijos, etc. La razón es, a mi entender, más profunda. Se trata de que la familia es desde su raíz una institución de beneficencia. Así como la función del Estado es la no-maleficencia, la de la familia es la beneficencia. La familia es siempre un proyecto de valores, una comunión de ideales, una institución de beneficencia. Lo mismo que los familiares tienen derecho a elegir la educación de sus hijos, o a iniciarlos en una fe religiosa, tienen también derecho a dotar de contenido a la beneficencia del niño, siempre y cuando, naturalmente, no traspasen el límite de la no-maleficencia. Los padres tienen que definir el contenido de la beneficencia de su hijo, pero no pueden actuar nunca de modo maleficente.

En consecuencia, pues, ni el médico ni el Estado tienen capacidad para definir lo que es el mayor beneficio de un niño.

Esta capacidad no les corresponde más que a los padres o a los tutores. La función del Estado no es ésta, sino otra muy distinta, que consiste en vigilar para que padres y tutores no traspasen sus límites y so pretexto de promover la beneficencia de sus hijos no estén actuando en perjuicio suyo, es decir, maleficentemente. El médico, por su parte, tampoco es quién para definir la beneficencia del menor. Por más que tradicionalmente lo haya hecho así, este proceder debe considerarse hoy incorrecto. Eso es lo que se entiende por "paternalismo". De ahí que la doctrina antipaternalista por antonomasia, el consentimiento informado, sea de aplicación estricta en pediatría. La única diferencia con caso de los adultos, es que aquí el consentimiento tienen que darlo los familiares, sobre todo cuando el niño es menor de doce años o no tiene suficiente juicio; el caso contrario, cuando es mayor de doce años y tiene suficiente juicio, la decisión deberá o no tomarla el menor, según los casos, pero de cualquier forma siempre deberá ser oído con antelación. El tema es de una complejidad que no puede ser analizada aquí, pero quede, al menos, enfocado en sus puntos fundamentales.

C O N C L U S I O N

La ética es una propiedad de los seres humanos en tanto que racionales. Sin razón no hay responsabilidad moral posible, ni por tanto ética. Esto ha hecho siempre especialmente problemático el período de la vida en que los hombres no tienen razón, o al menos no la tienen plenamente, sino en fase de desarrollo. Ello supone que también poseen una ética peculiar, de algún modo inmadura, en desarrollo. Esto ha llevado a considerar que sus opiniones no deben ser tenidas en cuenta y que las decisiones sobre su vida, salud y bienestar tienen que ser tomadas por otras personas, aunque ello vaya contra los deseos explícitos del niño. En el texto hemos visto con algún detalle cómo esta opinión ha sido la clásica en el manejo de los problemas éticos en la práctica pediátrica, y cómo en los últimos tiempos ha surgido una teoría alternativa, que intenta poner coto al paternalismo pediátrico, distinguiendo no-maleficencia de beneficencia y concediendo al menor y a sus familiares la capacidad de definir qué entienden por beneficio o por mayor beneficio. Esto ha llevado a modificar muchos de los enfoques clásicos en el manejo de los conflictos éticos surgidos en la práctica pediátrica. Pero ese es ya otro tema.

RESUMEN

Del modo como se defina la infancia surgen consecuencias y posiciones morales diferentes. Esto ha cambiado a lo largo de la historia, desde culturas primitivas que concentraron la estimación en la ancianidad, y la cultura griega que lo hizo en el adulto, hasta el siglo XVIII que con la revolución escolar cambió estos conceptos. Nació en este período la pediatría, que considera la niñez como etapa fisiológica con mayor valoración social y científica. Por otra parte el niño tiene una moralidad que se desarrolla en diversas etapas para alcanzar las características de moralidad plena en el adulto. Del concepto de niño y de cómo se considere la moralidad propia del niño surgen los modelos desde los que se puede enfocar el ejercicio de la pediatría: "paternalismo" clásico y "autonomismo" moderno. La búsqueda del mayor beneficio del niño, en sociedades pluralistas, implica decisiones basadas en valores que no pueden ser impuestos por el Estado o definidos por el médico. Los padres, y los propios niños y adolescentes, según su grado de madurez, tienen que definir el contenido de la beneficencia, pero no pueden actuar de modo maleficiente. De aquí que, aunque tradicionalmente se ha ejercido la pediatría en forma paternalista, la doctrina del consentimiento informado sea de aplicación estricta, con la salvedad de que el consentimiento tienen que darlo los padres, con participación del menor de acuerdo a su grado de madurez.

REFERENCIAS

1. Aristóteles, Retórica 11 12. 1389 al 3-14.
2. Ariés P. El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen, *Madrid: Taurus*; 1987:15
3. Ariés P. Op. cit.. pp. 9s.
4. Ariés P. Op. cit.. p. 12.
5. Kohlberg L. Moral, desarrollo. En: David L. Sills, ed. Enciclopedia internacional de las ciencias sociales. Vol. 7. Madrid: Aguilar, 1975:222-232.
6. Kohlberg L. Psicología del desarrollo moral. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1992:188s.
7. Hume D. Tratado de la naturaleza humana. *Madrid: Tecnos* 1988:646-7.
8. Hume D. Op. cit., 648.
9. Ariés P. Op. cit., 12.
10. Rousseau jj. Emilio o la educación. *Barcelona: Bruguera*; 1979:140-1.
11. Aristóteles. Et. Nic., VI 8: 1142a1 4-21.

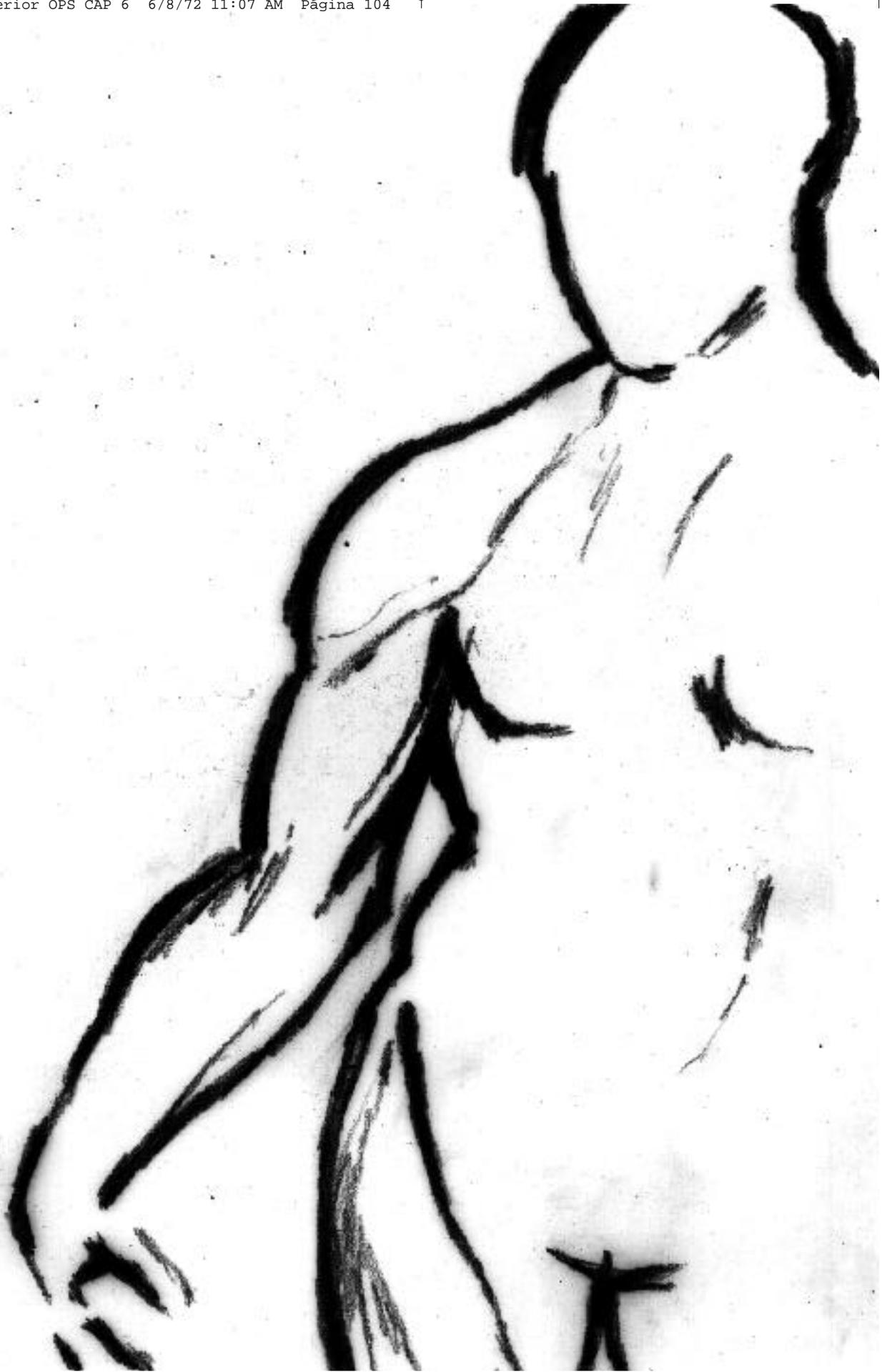


LA ETICA DE UNA PROFESION
SANITARIA EN TRANSFORMACION:
LA FARMACIA

**PROF. SANDRA FABREGAS TROCHE Y
ANA VELEZ CARRASQUILLO**

**PROFESORAS, DEPARTAMENTO DE PRACTICA EN FARMACIA
ESCUELA DE FARMACIA
UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO**

Dirección Postal: Universidad de Puerto Rico
Escuela de Farmacia, R.C.M.
G.P.O. Box 5067
San Juan 00936-5067, Puerto Rico



S U M M A R Y

The new philosophy in professional practice proposed by the World Health Organization (WHO) in 1993 in Tokyo, establishes the patient as the principal beneficiary of pharmaceutical actions¹. Pharmaceutical attention is the synthesis of attitudes, behavior, commitments, worries, ethical values, functions, knowledge, responsibilities, and skills of the pharmacist in the presentation of the pharmaceutical therapy whose aim is to reach therapeutic results defined in the health and quality of life of the patient. The WHO also recognized that pharmaceutical attention is a primordial professional attitude to which every pharmacist should aspire. Taking into account the concrete phases in the development of health care actions and the pharmaceutical services in each country, pharmacists must use their professional discretion to establish priorities. With this philosophy of pharmaceutical attention, ethical values take on a renewed relevance when confronted with the new and tantamount problems arising from scientific and technological advances, for example: genetic engineering, organ transplants, artificially prolonging life, test tube fertilization, abortion, euthanasia, and assisted suicide².

R E S U M O

A nova filosofia da prática profissional proposta no ano de 1993, em Tóquio, pela Organização Mundial da Saúde (O.M.S.) estabelece que o principal beneficiário das ações do farmacêutico deva ser o paciente. A atenção farmacêutica é uma síntese de atitudes, comportamentos, compromissos, inquietações, valores éticos, funções, conhecimentos, responsabilidades e destrezas do farmacêutico na prestação da farmacoterapia, com o intuito de alcançar-se resultados terapêuticos na atenção à saúde e a qualidade de vida do enfermo.

A O.M.S. reconheceu ainda que a atenção farmacêutica é uma atitude profissional fundamental a que todo farmacêutico deve aspirar. Considerando as fases de desenvolvimento da ação assistencial e dos serviços farmacêuticos peculiares de cada país, os profissionais deverão usar de sensatez para o estabelecimento das prioridades.

Ante essa nova filosofia de atenção farmacêutica, os valores éticos voltam a ter relevância ante os novos e críticos problemas apresentados pelos avanços tecno-científicos, como por exemplo, a engenharia genética, os transplantes de órgãos, o prolongamento artificial da vida, a fertilizações, o prolongamento artificial da vida, a fertilização "in vitro", o aborto, a eutanásia e o suicídio assistido, entre outros.

ANTECEDENTES



Anto a Hipócrates (400 A.C) como a Maimónides (1135-1204), se les atribuye el desarrollo de los primeros códigos de ética profesionales. En ambos códigos se hace referencia de forma particular a la práctica médica.

Las primeras reglas que sirvieron de guía profesional a los farmacéuticos se remontan al siglo XVI a Inglaterra, al apotecario Boleyn. Estas reglas eran: "El apotecario debe servir primero a Dios, prever el final, ser limpio y ser compasivo con los pobres. Su lugar de vivienda y trabajo deben estar limpios también para deleite de los sentidos, además su jardín debe estar accesible con abundancia de hierbas, semillas y raíces. Debe leer a Dioscórides. Debe tener sus morteros, destiladores, crisoles, filtros, vidrios y cajas limpias y fragantes. Debe tener dos lugares en su establecimiento: uno limpio para las medicinas y otro para cosas quirúrgicas. No aumentará ni disminuirá la prescripción del médico. No debe comprar ni vender medicamentos dañados. Debe estar apto tanto para abrir una vena como para ayudar en pleuresía. Sólo intervendrá en su propia vocación, y recordará que su ministerio es prepararle los medicamentos al médico".³

Es interesante notar en estas reglas la jerarquía de los deberes del farmacéutico. Por ejemplo, primero: el servicio a Dios, segundo: la compasión por los pobres. Recibe bastante atención también la importancia de la limpieza.

Ya en el siglo XVII se hizo necesario el desarrollo de gremios y asociaciones. Para este tiempo surge el Juramento del Oficial Apotecario en Alemania. En el mismo se enfatiza no sólo el servicio al capitán, sino a los miembros de la comunidad en general. Se añaden dos elementos novedosos: la importancia de observar una buena conducta personal y la de no ausentarse de su farmacia.

Más adelante, en el siglo XVIII, comienzan a surgir los medicamentos de patente y preparaciones serias que llegaron a formar parte de las farmacopeas del mundo.

En el siglo XIX se desarrolla el mayor número de elementos que profesionalizan la práctica de farmacia: escuelas de Farmacia a nivel universitario, leyes y reglamentos, y algunos códigos de ética. Entre los códigos a los cuales las autoras de este trabajo han estado expuestas, está el de E.E.U.U, específicamente el que desarrolló la Asociación Farmacéutica Americana (A.Ph.A), que

sentó las bases para unos estándares de práctica, algunos de los cuales se convirtieron en leyes⁴.

Así pues, los códigos de ética en la profesión de Farmacia, no solamente se adoptaron para establecer los deberes de los farmacéuticos o acciones requeridas a éstos, sino también las virtudes o cualidades de carácter, que se forman por hábito y que le permiten al individuo llevar a cabo su misión profesional. Se debe recordar que una virtud es cualquier cualidad de carácter que es valorada; por lo tanto una virtud moral es una cualidad que tiene valor moral. Algunas de las virtudes morales que aplican a la práctica de farmacia son: bondad, compasión y compromiso para terminar la discriminación injusta⁵.

COMPLEJIDAD DE LA PRACTICA MODERNA DE LA PROFESION DE FARMACIA

La complejidad en aumento de la práctica profesional y los roles en evolución de los profesionales de la salud, determinan un aumento en los retos éticos para los farmacéuticos. A medida que las responsabilidades inherentes a la atención farmacéutica se expanden, el farmacéutico está dirigiendo más atención hacia la práctica centrada en el paciente, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de éste⁶.

Para el campo de la farmacia no es nueva la atención a los asuntos relacionados a la ética. De hecho, se ha dedicado mucho tiempo a la reflexión e intento de comprender las responsabilidades éticas del farmacéutico. En la literatura ya se discuten situaciones que incluyen: mantener la confidencialidad del paciente, la difusión de información para usos cuestionables, distribuir medicamentos muy próximos a expirar, uso de medicamentos para indicaciones no aprobadas e informar a pacientes sobre sus diagnósticos⁶.

El farmacéutico contribuye a los resultados obtenidos por el paciente, asegurando que éste reciba una farmacoterapia efectiva. El reto actual más grande para el farmacéutico es asegurar que cada paciente reciba este nivel de atención, independientemente de las barreras ambientales, profesionales e ideológicas que puedan surgir entre el farmacéutico y el compromiso ético con el paciente.

En la medida en que los farmacéuticos acepten roles que sean intercesionales, aumenten el número e intensidad de los servicios en los cuales encontra-

rán disputas territoriales con otros proveedores de servicios de salud, cuestionen la adecuación de las leyes que gobiernan el sistema de salud y enfrenten mayores reclamos del consumidor, los dilemas éticos serán inevitables.

IDENTIFICACION DE DILEMAS ETICOS EN LA PRACTICA DE FARMACIA

Uno de los aspectos más retadores al considerar un dilema en la práctica de farmacia, es determinar cuándo el problema a la mano tiene un componente ético. Para estar más consciente del rol de la ética en situaciones de la práctica diaria, el farmacéutico debe aumentar su sensibilidad a la humanidad de la atención farmacéutica y volverse más cómodo con el concepto de que puede haber más de una respuesta correcta para un problema particular, idea que parece estar en conflicto con la capacitación científica que los farmacéuticos reciben. Aún cuando los farmacéuticos no tienen un conocimiento formal de los principios éticos, muchos de ellos reconocen que una situación puede conllevar una decisión ética cuando:

1. existe más de una solución,
2. no existe una solución claramente mejor, y
3. hay una referencia directa al bienestar de otros.

En un intento de proveer a los farmacéuticos una herramienta para manejar los conflictos éticos, la Asociación Farmacéutica Americana reunió a un equipo multidisciplinario para una discusión interactiva en mesa redonda, para tratar los dilemas que se presentan en la práctica de Farmacia. El equipo estuvo compuesto por cuatro académicos provenientes de las siguientes disciplinas: ética, farmacia, enfermería y leyes. También había representación de dos farmacéuticos con práctica privada en la comunidad. El propósito que finalmente tuvo el equipo fue:

1. definir los dilemas éticos en farmacia,
2. identificar dilemas éticos de importancia crítica en farmacia, y
3. desarrollar un proceso sistemático que pudiera utilizarse en escenarios de práctica para identificar y resolver problemas.

Se ha estimado que la mejor manera de enseñar a los farmacéuticos a ser más sensitivos a los dilemas éticos, es proveyéndoles ejemplos sobre situaciones de ética, que puedan usarse como herramientas educativas. Algunas de las categorías en que se ubican la mayoría de estas situaciones son:

1. revelación de información al paciente,
2. confidencialidad,
3. interacciones con otras profesiones sanitarias,
4. selección del medicamento,
5. fijación de precios y equidad para el paciente,
6. dispensación de medicamentos de prescripción o sin prescripción médica, en relación a dosis potencialmente letales y la venta de medicamentos de efectividad cuestionable que pueden ser dañinos, y
7. relaciones con la industria farmacéutica⁶.

La revelación de información al paciente se refiere al tipo y extensión de información que el farmacéutico debe proveer al paciente.

La confidencialidad toma en cuenta principalmente la relación que se establece entre paciente-proveedor y quién tiene el derecho a cierto tipo de información.

Las interacciones con otros proveedores de salud abarcan las relaciones de los farmacéuticos con otros farmacéuticos y proveedores de servicios de salud incluyendo a médicos, dentistas y enfermeras, así como la obligación de los farmacéuticos de cuestionar el comportamiento que se perciba como incompetente, ilegal o detrimental al paciente.

En la categoría de selección de producto se incluye el manejo del formulario de medicamentos, la disponibilidad del producto y el uso de genéricos vs bio-equivalentes.

En cuanto a fijación de precios y equidad para el paciente, lo que se pretende es proveer un tratamiento uniforme a los pacientes independientemente de su nivel socioeconómico.

En la dispensación de medicamentos, de prescripción o sin prescripción, se señala el asunto abarcador de las situaciones en las que el farmacéutico debe decidir si debe o no dispensar una receta en particular que pueda ser dañina, (por ejemplo, un medicamento adictivo o potencialmente tóxico) inefectiva o inapropiada. Incluidas en esta categoría existen consideraciones relacionadas a otros productos como alcohol o tabaco.

Por último, en las relaciones con la Industria, se hace referencia a las relaciones que los farmacéuticos deben tener con las compañías farmacéuticas y planes de salud pre-pagados¹⁰.

TOMA DE DECISIONES ETICAS

Una vez que se ha logrado identificar un dilema ético en la práctica de farmacia, se debe responder con una decisión. La toma de decisiones en asuntos de ética es en realidad un proceso de solución de problemas. El proceso debe ser sistemático, pero debe proveer para flexibilidad y consideraciones humanistas. Enfrentarse a dilemas éticos es muy similar a enfrentarse a otros tipos de solución de problemas. El elemento crítico es poder identificar cuándo hay involucrado un asunto de ética y qué opciones y vías alternativas de acción hay disponibles.

El proceso de pensamiento a través de un dilema ético es importante, porque puede haber disponibles una jerarquía de acciones o soluciones posibles. El proceso resulta difícil para los farmacéuticos, que están adiestrados en el método científico de la lógica y el pensamiento crítico, dirigido a obtener una respuesta única.

El primer paso para la solución de un dilema ético es asegurarse que un dilema ético está involucrado. Ciertamente, los farmacéuticos encuentran todo tipo de dilemas, pero no todos contienen un asunto de conflicto valórico.

¿Cuándo se sabe que hay un dilema ético? Un dilema ético surge cuando hay dos o más valores morales o principios éticos en conflicto. Generalmente, los principios de ética se refieren a comportamientos e interacciones entre individuos. Una comprensión básica de los principios de ética aumentará la conciencia y la sensibilidad sobre los asuntos de ética en la práctica de farmacia.

Los principios de ética, que evidentemente juegan un papel clave en la práctica de farmacia, son: autonomía, beneficencia, no-maleficencia, justicia y fidelidad.

La autonomía se refiere al derecho que tiene el individuo a la autodeterminación. Esto incluye su derecho a elegir o rehusar tratamientos, basado en el consentimiento informado.

El principio de beneficencia obliga a remover o prevenir daño y promover o restaurar el bien. Llevado a un extremo, este principio se puede convertir en paternalismo. Informar al paciente sobre interacciones de drogas potenciales entre dos medicamentos que un paciente está tomando, cumple con la obligación del farmacéutico de evitar daño. Llevar educación a los pacientes sobre el uso apropiado de medicamentos también ayuda a prevenir daños.

La no-maleficencia es un corolario de la beneficencia, algunas veces traducido como “no hacer daño”. Un farmacéutico que evite dispensar una prescripción de guanetidina para un paciente que se sabe que sufre de hipotensión ortostática, está cumpliendo con esta obligación moral.

La justicia conlleva la obligación de promover la equidad. Un farmacéutico que decida proveer una cierta cantidad de cuidado libre de costo a pacientes médico-indigentes lo puede estar haciendo sobre las bases de que todo el mundo tiene derecho a un mínimo de cuidado de salud.

Por último, el principio de fidelidad se refiere a guardar las promesas.

La mejor manera de determinar si existe una controversia de carácter ético en una situación determinada es hacerse las siguientes preguntas:

1. ¿Es esto injusto? ¿Para quién?,
2. ¿Rompe esto una promesa?,
3. ¿Causará daño? ¿A quién?,
4. ¿Será esto una amenaza a relaciones existentes o futuras?,
5. ¿Se estará comprometiendo los derechos de alguien? (incluyendo los personales) ¿Con quién?,
6. ¿Beneficiará al paciente desde la perspectiva de éste?,
7. ¿Es esto una falta de respeto? ¿A quién?.

Una vez se determine que existe una controversia de carácter ético, ya se puede entrar en el proceso para la toma de decisiones, aunque no se sepa claramente el principio exacto de ética que está en juego.

El proceso de la toma de decisiones debe abordarse paso por paso. Se sugiere lo siguiente:

1. identificar el problema,
2. recopilar datos, tanto clínicos como de la situación particular,
3. identificar valores,
4. identificar opciones,
5. seleccionar opciones y justificar la acción y
6. evaluar los resultados⁶.

REPERCUSIONES

Tan reciente como en 1996, se ofreció un curso de Bioética en Farmacia en Madrid con los siguientes temas: El farmacéutico y el origen de la vida humana, Relación con el enfermo, La ética profesional y La atención al paciente terminal⁷.

Todas las propuestas recientes de cambios en la educación farmacéutica a nivel de los Estados Unidos han incluido un componente para enseñar ética⁸. También ha habido un aumento de artículos especializados de naturaleza normativa y empírica, que apoyan el argumento de que el campo de ética farmacéutica se ha desarrollado como un área distinta de la ética del cuidado de la salud. Ha llegado el momento de que se requiera para todas las escuelas de Farmacia la enseñanza obligatoria de fundamentos de ética.

CONCLUSION

Es evidente que la profesión de Farmacia necesita ir más allá de la adquisición de un conocimiento especializado en el área de medicamentos. Al ser una profesión sanitaria con una responsabilidad directa con la vida humana y la salud, tiene la obligación moral de: promover el bienestar del paciente, protegerlos de posibles daños y respetar sus derechos para la autodeterminación. Aunque es indispensable ser competente en el área técnica de Farmacia, ha quedado demostrado a través del tiempo, que esta condición no es suficiente para ser un buen farmacéutico. Es importante poner en práctica virtudes morales como: amabilidad, compasión y sentido de justicia.

RESUMEN

La nueva filosofía de la práctica profesional propuesta para la Organización Mundial de la Salud (O.M.S) en 1993 en Tokio, establece que el principal beneficiario de las acciones del farmacéutico es el paciente. La atención farmacéutica es el compendio de actitudes, comportamientos, compromisos, inquietudes, valores éticos, funciones, conocimientos, responsabilidades y destrezas del farmacéutico en la prestación de la farmacoterapia, con el objeto de lograr resultados terapéuticos definidos en la salud y la calidad de vida del paciente¹.

La O.M.S reconoció, además, que la atención farmacéutica es una actitud profesional primordial a la que todo farmacéutico debe aspirar. Teniendo en cuenta las fases concretas de desarrollo de la acción asistencial y los servicios farmacéuticos en cada país, los farmacéuticos habrán de usar su discreción profesional para establecer prioridades.

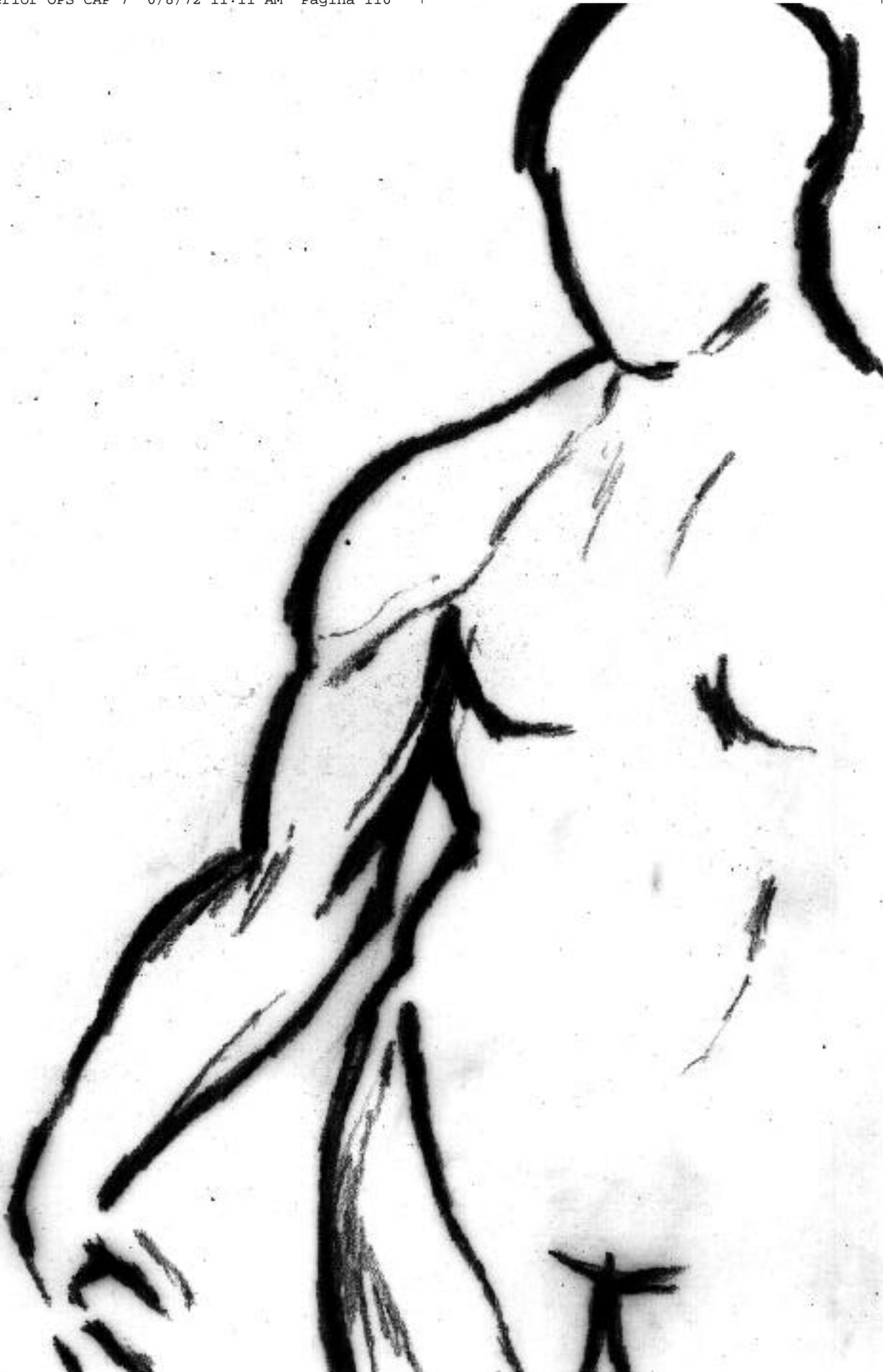
Ante esta filosofía de atención farmacéutica, los valores éticos vuelven a cobrar relevancia ante los nuevos y capitales problemas que plantean los avances científicos y técnicos, por ejemplo, la ingeniería genética, los trasplantes de órganos, la prolongación artificial de la vida, la fertilización in vitro, el aborto, la eutanasia y el suicidio asistido, entre otros².

REFERENCIAS

1. O.P.S "El Papel del Farmacéutico en el Sistema de Atención de Salud", Informe de la Reunión de la O.M.S. Tokio, Japón. 31 de agosto al 3 de septiembre de 1993.
2. Aparisi, M., et Al., "Bioética y ejercicio profesional. La oficina de Farmacia", *Cuadernos de Bioética, Vol. VI*. No. 23 3. 1995.
3. Smith, M., et Al., *Pharmacy Ethics*, Pharmaceutical Products Press (The Haworth Press, Inc) 10 Alice St., *Binghamton, N.Y* 13904-1580. 1991.
4. Buerki, R. et Al., *Ethical Responsibility in Pharmacy Practice*, American Institute of the History of Pharmacy, Madison, Wisconsin, 1994.
5. Abood, R. et Al., *Pharmacy Practice and the Law*, Aspen Publishers Inc., Gaithersburg, Maryland, 1994.
6. American Pharmaceutical Association Ethics Roundtable Discussion, "Ethical Decision Making in Pharmacy Practice", *American Pharmacy*, Vol. NS33, No.4. April 1993.
7. León, F. "Congresos, Seminarios, Cursos", *Cuadernos de Bioética, Vol. VII*, No.27. 3A. Julio-Septiembre 1996.
8. Haddad, A. et Al. "Report of the Ethics Course Content Committee: Curricular Guidelines for Pharmacy Education", *American Journal of Pharmaceutical Education*, Vol.57, Winter Supplement 1993.



NOMBRAMIENTO DEL
PROFESOR DR. DIEGO GRACIA GUILLEN
COMO PROFESOR HONORARIO DE LA
FACULTAD DE MEDICINA DE
LA UNIVERSIDAD DE CHILE



P R E S E N T A C I O N

En una ceremonia realizada el jueves 28 de agosto, al término del período académico Bioética Aplicada del Programa Magíster ofrecido por la Universidad de Chile y el Programa Regional de Bioética, el claustro de la Facultad de Medicina designó como Profesor Honorario al Dr. Diego Gracia Guillén, en consideración a su participación y aporte a la formación de nuevos especialistas.

El significado y las perspectivas futuras para el desarrollo de la Bioética en los países de la región están contenidos en las intervenciones formuladas en el transcurso del acto académico por el Dr. Juan Pablo Beca, Consultor y el propio galardonado, Dr. Diego Gracia Guillén.

P R E S E N T A T I O N

Presentation of the naming of Dr. Diego Gracia Guillén as
Honorary Professor in the School of Medicine, Universidad de Chile

In a ceremony at the end of the academic period "Applied Bio-ethics" of the Master in Bioethics Program offered by Universidad de Chile and the Regional Program of Bioethics, the faculty of Medicine designated Dr. Diego Gracia Guillén as Honorary Professor in consideration for his participation and contribution to the training of new specialists. The ceremony took place on Thursday, August 28, 1997.

The significance and future perspective for the development of Bio-Ethics in the region's countries are contained in the participation of Prof. Dr. Juan Pablo Beca and the celebrated Dr. Diego Gracia Guillén himself during the course of the academic act.

A P R E S E N T A Ç Ã O

Em uma cerimônia realizada em 28 de agosto, ao término do período do Curso de Bioética Aplicada do Programa de Mestrado oferecido pela Universidade do Chile e o Programa Regional de Bioética, o Conselho Superior da Faculdades de Medicina concedeu o Título de Professor Honorário ao Dr. Diego Gracia Guillén, em consideração a sua contribuição na formação de novos especialistas na mencionada área.

O significado e as perspectivas futuras para o desenvolvimento da Bioética nos países da região estiveram contempladas nas intervenções apresentadas no transcurso do ato académico pelos doutores, o Conselheiro Juan Pablo Beca e pelo próprio homenageado Diego Gracia Guillén.

DISCURSO DEL PROFESOR DR. JUAN PABLO BECA



En primer lugar quiero agradecer al Señor Decano, Dr. Eduardo Rosselot, por la distinción que me ha otorgado al permitirme expresar públicamente el significado que tiene para la comunidad universitaria y para la sociedad chilena, la trayectoria y el aporte intelectual del Profesor Diego Gracia Guillén, a quien hoy la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, inviste con el título de Profesor Honorario.

El nombramiento de Profesor Honorario de la Facultad de Medicina es la más alta distinción que puede otorgar una Facultad en esta Universidad. Se otorga como reconocimiento al aporte que un académico ajeno a la Facultad ha realizado al desarrollo de una disciplina y a la contribución que en su campo ha prestado a la Facultad. El Profesor Dr. Diego Gracia Guillén cumple en exceso los méritos para recibir este honroso nombramiento por parte de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Como es sabido, cuando en el nuevo mundo recién nos orientamos por los caminos de la Bioética, ya el Profesor Gracia había consolidado el desarrollo de la disciplina en España y había contribuido sustancialmente a su evolución en Europa, para luego extenderla a los países de América Latina en una perspectiva cultural iberoamericana. Por eso esta designación, más allá de un merecido reconocimiento que se agrega a muchos otros que él ha recibido, debe entenderse como una expresión de la voluntad de acoger al Profesor Gracia como un valioso miembro del claustro académico de la Facultad de Medicina, como un profesor que en cuanto miembro de esta comunidad académica tiene para siempre aquí su casa y la amistad de sus académicos. Los que estamos presentes hoy aquí, profesores de la Facultad y alumnos del primer curso de Magíster en Bioética de la Universidad de Chile, sentimos un orgullo compartido respecto de esta nominación y de la mutua amistad que su estilo personal ha permitido crear.

Permítanme recordar y destacar los hechos más relevantes de su currículum.

Diego Gracia Guillén fue Diplomado en Psicología Clínica en la Universidad Pontificia de Salamanca, luego Licenciado en Medicina y Cirugía en la misma Universidad para obtener después el grado de Doctor en Medicina en la Universidad Complutense de Madrid. Se especializó primero en Psiquiatría y después se dedicó a la Historia de la Medicina y a la nueva disciplina que hoy conocemos como Bioética, realizando estudios e investigación en el Instituto

Arnau de Vilanova, en la Universidad de Heidelberg, en el Centro de Historia Social de la Escuela de Altos Estudios de Paris, y en el Hastings Center en EE.UU.

Su labor de investigación se destaca por numerosos estudios originales y muchos otros que él ha dirigido. Los temas más relevantes han sido los de persona y comunidad, persona y enfermedad, teoría general de la enfermedad durante el siglo XIX, la asistencia sanitaria a los enfermos terminales, la propiedad del cuerpo humano, nuevo enfoque de la ética del desarrollo embrionario, la discapacidad, y los problemas éticos en ginecología y obstetricia. Junto a esta amplia producción en investigación sobre temas de historia de la medicina, antropología y Bioética, se destaca el aporte de Diego Gracia en el campo de la Filosofía, especialmente en la difusión y desarrollo de la filosofía de Zubiri, de quien el Profesor Gracia es su discípulo y quien ha editado sus libros sobre la esencia, la naturaleza, estructura dinámica de la realidad, y sobre el sentimiento y la violación.

La investigación original y las profundas revisiones temáticas realizadas por el Profesor Gracia se han concretado en un largo listado de publicaciones que incluyen, además de numerosas presentaciones en congresos, 192 artículos en revistas médicas y humanísticas de todo el mundo, 28 prólogos o epílogos de libros, 9 libros que ha dirigido personalmente, y 8 libros de los cuales es el único autor.

Los temas más destacados de sus publicaciones abarcan los orígenes e historia de la ética médica, el Juramento Hipocrático en el desarrollo de la medicina, historia del medicamento, historia del aborto, historia de la eutanasia, historia del dolor y el dolor en la cultura occidental, la relación médico - enfermo, la relación clínica, la génesis humana, libertad de investigación y biotecnología, ética e investigación clínica, ética y responsabilidad profesional, ecología y Bioética, principios y metodología en Bioética, la doctrina de los medios ordinarios y extraordinarios, el consentimiento informado, los dilemas éticos del final de la vida, calidad ética y cantidad de tratamientos, trasplantes de órganos, problemas éticos en el SIDA, problemas filosóficos de la ingeniería genética, derechos de los enfermos, derechos y deberes de los usuarios en salud, y muchos otros.

Es necesario destacar las publicaciones del Dr. Gracia Guillén en el volumen dedicado a Bioética del Boletín de la Organización Panamericana de la Salud en 1990, porque ese volumen significó un determinante impulso de la Bioética en América Latina y el Caribe. En ese volumen los artículos de Diego Gracia fueron "La Bioética Médica" y "Qué es un sistema justo de servicios de salud". Igualmente importantes han sido sus artículos publicados en los Cua-

ernos del Programa Regional de Bioética de OPS con los títulos "El qué y el porqué de la Bioética" y "Ética de la Calidad de Vida".

Los libros de Diego Gracia se han agotado rápidamente, debido a que profesores y estudiosos de estos temas los consultan y utilizan como textos de enseñanza. Títulos como "Ética de la calidad de Vida", "Voluntad de Verdad", "Primum non Nocere como fundamento de la ética médica" se han destacado. Sin embargo, sus libros "Procedimientos de decisión en ética clínica" y "Fundamentos de Bioética" constituyen textos de base para la enseñanza y consulta en todos los centros de Bioética de habla hispánica, actualmente como fotocopias del original, ya que sus ediciones están agotadas. Los Fundamentos de Bioética, libro que fue traducido al italiano en 1993, está a la espera de una nueva edición en la cual su autor está trabajando.

Más por sobre todo, Diego Gracia Guillén es un profesor y un maestro. Su labor docente se inició en la Cátedra de Psiquiatría, continuó junto con Lain Entralgo en la Cátedra de Historia de la Medicina de la Universidad Complutense como Profesor Ayudante, después como Profesor Agregado, y desde 1979 como catedrático Titular de Historia de la Medicina.

Junto a su extensa labor docente en la Universidad Complutense, es profesor visitante en la Universidad de Comillas, profesor de Humanidades Médicas en la Universidad Carlos III de Madrid, en el European Bioethics Course de la Facultad de Medicina de la Universidad de Nimega en Holanda, y en numerosas actividades docentes de Universidades latinoamericanas.

Desde su Cátedra de Historia de la Medicina en la Universidad Complutense programa y dirige desde 1988 el Magíster en Bioética y el título de Experto en Bioética Clínica, cursos en los cuales se han titulado varias centenas de profesionales de distintas disciplinas de la salud y de las humanidades. La labor de estos profesionales en los comités de ética hospitalaria y en las universidades españolas es pionera a nivel mundial y se desarrolla con el continuo apoyo del Profesor Gracia, que mantiene con sus discípulos un estrecho y permanente contacto.

Otros cargos y responsabilidades académicas del Dr. Gracia que se deben destacar son: Director del Seminario de Filosofía Xavier Zubiri desde 1972 a 1986, Director del Departamento de Historia de la Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad de Madrid de 1978 a 1994, Vicedecano de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid de 1981 a 1983, Director de la Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid desde 1981 a la fecha, Director de la Biblioteca de Clási-

cos de la medicina española, Director de la Fundación Xavier Zubiri desde 1989 a la actualidad, Consultor del Pontificio Consejo para la Pastoral de los Agentes Sanitarios desde 1991, miembro del Consejo Asesor de Sanidad del Ministerio de Sanidad y Consumo de España, y de la Comisión Científica de la Asociación Española de Derecho Sanitario.

El Dr. Diego Gracia Guillén es miembro numerario de la Real Academia Nacional de Medicina de España y miembro de numerosas sociedades científicas, entre las que se destacan la Sociedad Española de Historia de la Medicina y la Sociedad Española de Historia de la Ciencia. Es además miembro fundador de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, de la Sociedad Española de Bioética, de la International Association of Bioethics, y del comité de ética de la World Psychiatric Association.

En nuestra región ha recibido distinciones como el premio de Humanidades Médicas Dr. Tomás Rojas de la Fundación José María Mainetti en 1974, es miembro de honor de la Asociación Médica Argentina y de la Sociedad Argentina de Humanismo Médico, miembro correspondiente extranjero de la Academia de Medicina de Brasil, y Profesor Honorario de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso.

El aporte de Diego Gracia Guillén para el desarrollo de la Bioética en la Universidad de Chile se enmarca en numerosas actividades organizadas conjuntamente con el Programa Regional de Bioética para América Latina y el Caribe de OPS. Entre ellas están el Seminario de Educación en Bioética, organizado en conjunto con ASOFAMECH en Concepción en 1995, la conferencia sobre calidad de Vida que dictó ese año en esta aula, el Congreso Latinoamericano de Bioética realizado en Sao Paulo en 1995, y las publicaciones que ya he mencionado. Sin embargo, lo más relevante es la dirección académica y conducción personal del Programa de Magister en Bioética que, a través de las Facultades de Medicina y de Filosofía de esta casa de estudios, se está impartiendo. Terminó hace un año el primer curso de Bioética Fundamental y está culminando en estos días su segundo ciclo, dedicado a la Bioética Clínica. Los alumnos de este primer curso de Magister en Bioética de la Universidad de Chile son 42 distinguidos profesionales de la salud y de áreas humanísticas, provenientes de 11 países desde Cuba hasta Chile.

La influencia del Dr. Diego Gracia se proyectará en el futuro cercano en Chile y en toda América Latina a través de este primer grupo de alumnos, quienes al igual que sus discípulos de España están llamados a desarrollar y compartir sus conocimientos y destrezas en variadas y creativas actividades de Bioética en Universidades, en servicios de salud y en comités de ética hospitalaria.

De lo que he podido resumir de la labor de Diego Gracia Guillén se desprende que para esta Universidad constituye un alto honor recibirlo como Profesor Honorario de la Facultad de Medicina, en la convicción de que este nombramiento expresa un merecido reconocimiento por su valioso aporte en Chile y en Ibero América, y es a la vez un signo de nuevos caminos en los cuales esperamos que pueda participar en futuros programas de la Universidad de Chile.

No podría, sin embargo, terminar estas palabras sin expresar que quienes hemos conocido a Diego en estos años de trabajo académico conjunto, podemos atestiguar que su amplia y fructífera producción en el campo de la Bioética es el fruto directo de sus condiciones personales. Diego es un académico pleno, un verdadero maestro de la Bioética en quien hemos apreciado su erudición, su visión profunda y sólida de cada tema, basado en la historia de la Medicina y en una rigurosa base filosófica, lo que siempre genera originales perspectivas y propuestas. Como maestro nos ha aportado, con inmensa generosidad y sencillez, conocimientos, destrezas intelectuales y metodológicas, y ha irradiado sus virtudes personales de honestidad intelectual, tolerancia y prudencia. Por eso, junto con recibir del Señor decano el título de Profesor Honorario de la Facultad de Medicina, le manifestamos hoy públicamente la gratitud y afecto de sus alumnos del Magíster y de los miembros del Programa Regional de Bioética de OPS.

DISCURSO DEL PROFESOR DIEGO GRACIA GUILLEN



Las primeras palabras han de ser de agradecimiento, no exento de profunda emoción, al Sr. Decano de la Facultad de Medicina, al Sr. Vicerrector Académico, a los miembros del Claustro de la Facultad y muy particularmente al Profesor Juan Pablo Beca, por las palabras que acaba de pronunciar. Las cosas que ha dicho sólo tienen una disculpa, y es la amistad que nos une, que nos ha ido uniendo poco a poco a través de estos últimos años, y que hoy es profunda. Dijo Aristóteles que la amistad es lo más necesario de la vida. Así lo siento yo, y con su amistad, Juan Pablo Beca es una de las personas que me han ayudado a vivir.

Recibo el título que me habéis otorgado como un honor inmerecido, como un regalo que, precisamente por su carácter de tal, me mueve a un profundo agradecimiento. Mi único mérito ha sido dirigir durante estos dos últimos años un Título de Magíster en Bioética, bajo los auspicios académicos de la Universidad de Chile. Durante cuatro meses he estado analizando, con profesionales de la salud de Chile y de otros diez países de América Latina y el Caribe, la experiencia ética fundamental, que es la experiencia del "deber". Es una dimensión radical de la vida humana. Ser persona humana es tener conciencia del deber y cumplir con ella. Pero es una "conciencia infeliz", como ya señaló Hegel. Y ello porque resulta absolutamente paradójica; paradójica en un doble sentido. En primer lugar, porque nadie hace todo lo que debe: tal es el origen del fenómeno de la "mala conciencia", tan agudamente estudiado por Scheler, Heidegger y Zubiri. Pero no es esto lo más importante, a pesar de ser fundamental. Lo más sorprendente es que no sólo no hacemos todo lo que debemos, sino que no debemos todo lo que hacemos. No todo es deber en la vida. Más aún, quizá lo más importante de la vida no es deber sino algo previo al deber y fundamento suyo, que es regalo, don, dádiva inmerecida. El deber funda la experiencia del mérito. Pero no todo es mérito, no todo es merecido. Hay cosas que no merecemos, y que por tanto tienen la condición de dones o regalos. La primera de todas esas cosas es, sin duda, la vida. Nadie merece vivir. La vida es un don. Y junto a la vida, tantas cosas más, la belleza, la amistad, el amor. Yo tomo este nombramiento que me hacéis como lo que es, un regalo, fruto de vuestra amistad. Así lo acepto, asumiendo muy gustoso las obligaciones de fidelidad y reciprocidad a que el regalo obliga.

Una vez dicho esto, querría desarrollar brevemente algunas ideas sobre el tema al que he dedicado toda mi vida en la Universidad, la promoción y el desarrollo de las Humanidades en la formación del médico.

Tendemos a confundir la Medicina con las ciencias biológicas, a considerarla una biológica. Pero la medicina no tiene mucho que ver con la biología. La medicina es el arte de ayudar a las personas que están enfermas, cuidándolas y, si es posible, curándolas.

Solemos considerar que la salud y la enfermedad son hechos naturales, biológicos. Nada más erróneo. La enfermedad no es un fenómeno natural sino cultural, una creación humana. Esto es algo que resulta en un principio sumamente extraño, pero que se nos impone a poco que consideremos las cosas con detención.

La naturaleza tiene "recursos", entre otros los microorganismos causantes de las infecciones. Los recursos están ahí, y el ser humano los maneja y manipula hasta convertirlos en "posibilidades" de vida. En eso consiste la historia, en la transformación de los recursos naturales en posibilidades de vida. El petróleo estaba en la naturaleza desde hace muchísimos siglos, pero el ser humano no lo transformó en una posibilidad de vida hasta el invento del motor de explosión. La acción del hombre sobre el medio, la cultura, consiste precisamente en esto, en la transformación de recursos en posibilidades. Las posibilidades no se identifican con los recursos, pero tampoco pueden existir sin ellos. Las posibilidades surgen a partir de los recursos, de tal modo que éstos son condición "necesaria" de las posibilidades, pero no "suficiente". Para que los recursos se conviertan en posibilidades, es necesaria la intervención humana, la inteligencia y el trabajo del hombre.

Pues bien, la enfermedad no es un hecho natural, un recurso, sino un fenómeno cultural e histórico, una posibilidad de vida; concretamente, una "posibilidad negativa" de vida. La salud es la posibilidad de llevar a cabo nuestro plan o proyecto de vida, y la enfermedad, una posibilidad negativa de vida, una posibilidad que "acondiciona" mal la vida de los seres humanos. La salud y la enfermedad son fenómenos culturales, no naturales.

Los ejemplos que confirman esto que acabo de decir son muchos. Basta hojear cualquier libro de historia de las enfermedades epidémicas, por ejemplo, para advertir que éstas no han sido epidémicas siempre o desde siempre. Comenzaron a serlo en un cierto momento, y muchas han desaparecido en otro, las más de las veces, sin que la medicina haya tenido nada que ver en ello. ¿Por qué comenzaron esas enfermedades a ser epidémicas en un momento determinado y en un lugar también determinado? La respuesta es siempre la misma: por la intervención del hombre. El ser humano está siempre cambiando el medio natural, en un intento por incrementar sus posibilidades de vida. Pero no se ha descubierto el modo de hacer esto sin que, colateralmente, surjan otras

posibilidades no queridas que son rigurosamente negativas, que acondicionan mal la vida de los hombres. Abrir rutas comerciales con el Oriente, por ejemplo, fue un modo de enriquecer las posibilidades de vida de los seres humanos. Pero eso trajo como consecuencia, por supuesto no querida, la difusión epidémica de la peste bubónica, primero, y del cólera después. Lo mismo cabe decir de la sífilis a finales del siglo XV, o del SIDA, hace muy pocas décadas.

Las enfermedades no son meros recursos, sino posibilidades negativas de vida. Las malformaciones congénitas, por ejemplo, sólo pueden considerarse patológicas porque acondicionan mal la vida de las personas. No hay errores congénitos per se, sino sólo en tanto acondicionan mal la vida de los hombres y mujeres.

Así las cosas, es obvio que la Medicina es también un fenómeno cultural, que tiene por objeto controlar las posibilidades negativas de vida que llamamos enfermedades, cuidando de esas personas y curándolas cuando ello es posible; es decir, transformando las posibilidades negativas en posibilidades positivas de vida.

De ahí la importancia de las Ciencias sociales y de las Humanidades médicas en la formación del médico, y en general de los profesionales de la salud. Si la salud y la enfermedad no son meros fenómenos naturales o biológicos sino históricos, biográficos, entonces las Ciencias sociales y las Humanidades médicas deberían estar, al menos, al mismo nivel que las ciencias biológicas en la formación de los profesionales sanitarios.

A mi entender, y siguiendo a mi maestro Laín Entralgo, las Humanidades médicas se componen de dos grandes saberes, la Historia y la Filosofía de la salud. La historia nos permite tener una aproximación genética a los fenómenos, absolutamente imprescindible para entenderlos correctamente. No se conoce bien lo que no se sabe cómo se ha formado. Por otra parte, es obvio que si la salud, la enfermedad y la medicina no son fenómenos estrictamente naturales sino históricos, sólo desde la historia podrá esclarecerse adecuadamente su sentido.

Por su parte, la filosofía nos permite tener un conocimiento lógico, sistemático y crítico de nuestra actividad. Esto exige estudiarla, al menos, en tres niveles distintos, el lógico (la lógica de la investigación científica), el metafísico (la filosofía de la naturaleza y del hombre) y el ético (la Bioética).

Sin todo esto, no hay formación mínimamente correcta en el área de las ciencias de la salud. Por eso es necesario trabajar porque estas disciplinas se

enseñen, y se enseñen bien en nuestras Facultades. Este es el objetivo que persiguió mi maestro Laín Entralgo en sus muchos años de docencia universitaria, y ésta es también la tarea a que yo me he dedicado a lo largo de casi tres décadas. Con ese equipaje me presento hoy ante vosotros, y éste es el que puedo ofrecer os en mi actividad como docente en vuestra Facultad. No soy yo el llamado a juzgar su valor. Mi mayor confianza no está en mis méritos, sino en vuestra ayuda y colaboración. Por ella quiero expresar os ya desde ahora mi más sincera gratitud. Gracias, muchas gracias.

CUADERNOS DEL PROGRAMA REGIONAL DE BIOÉTICA INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

Los trabajos enviados para su publicación en Cuadernos del Programa Regional de Bioética deberán ajustarse a las siguientes instrucciones:

1. El trabajo debe ser mecanografiado en doble espacio en hojas tamaño carta, dejando un margen de 2,5 cm en todos los bordes. La extensión del texto no debe sobrepasar las 20 páginas. Debe enviarse el original y un disquete señalando el procesador de texto en el cual fue grabado.
2. La página de título que debe contener: 1) Título del trabajo, 2) el o los autores identificándolos con su nombre completo e inicial del segundo apellido, 3) nombre de las instituciones a las que pertenece cada autor, 4) dirección del autor con el cual los lectores puedan establecer contacto, 5) instituciones a las que deba citarse dando crédito por la ejecución del trabajo.
3. El formato del texto deberá estar ordenado con subtítulos claramente señalados.
4. Resumen: la segunda página debe contener un resumen de no más de 200 palabras que describa el contenido y las conclusiones del trabajo. Es deseable enviar el resumen en español, inglés y portugués.
5. Las referencias bibliográficas deberán citarse en la modalidad de las publicaciones científicas. Sólo excepcionalmente se podrá incluir un reducido número de notas al pie de página. Las citas bibliográficas deben enumerarse en el orden en que se citan por primera vez en el texto. Se identificarán las referencias en el texto mediante numerales arábigos, colocados entre paréntesis al final de la frase o párrafo en que se las alude. Se repetirá este número las veces en que se cita la misma referencia.

Los nombres de las revistas deben abreviarse en el estilo del Index Medicus. No se debe incluir como referencias "comunicaciones personales" ni "observaciones no publicadas", las que pueden insertarse entre paréntesis en el texto. Si se citan trabajos oficialmente aceptados y en vías de publicación se citarán indicando la referencia completa y entre paréntesis la frase "en prensa".

El orden de anotación de cada referencia debe ser el siguiente:

 - a) Artículos en revistas: Apellido e inicial del autor o los autores (si son más de seis se citan sólo los tres primeros y luego "et al"). Se sigue el título completo del artículo, en su idioma original. Luego el nombre de la revista en que apareció, abreviando de acuerdo a la nomenclatura internacional, año de publicación, volumen de la revista, página inicial y final del artículo. Por ejemplo: 16. Pellegrino E.D., Intersections of western biomedical ethics and world culture: Problematic and possibility. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 1992; 3: 191-196.
 - b) Capítulos de libros: Ejemplo 19. Gracia D. La tradición jurídica y el criterio de autonomía: los derechos del enfermo. En: Gracia D. Fundamentos de Bioética, Madrid: Eudema S.A., 1989: 121-190.
Ejemplo 11. Callahan D. An Ethical Challenge to Prochoice Advocates. En: Shannon T.A. ed. Bioethics, New Jersey: Paullist Press. 1993: 21-35.
6. El Comité Editorial podrá hacer correcciones formales o de redacción sin ulterior revisión de los autores.
7. Se recomienda a los autores conservar en su poder copia de los artículos ya que no se devolverá ningún tipo de material, procediendo a su destrucción una vez que el artículo se encuentre impreso, o en los casos en que fuera rechazado por el Comité Editorial.