

Vectores

de Investigación

ISSN 1870-0128 VOL 18 N° 18

E-ISSN online 2255-3371

Journal of Comparative Studies of Latin America

CIEAL **BIOÉTICA-SOCIAL**
SOCIAL-BIOETHICS

Segunda edición

PRÓLOGO *FOREWORD*

Crisis mundial de salud 2020

Global Health Crisis 2020

INTRODUCCIÓN *INTRODUCTION*

The bioethical complex at the end of life

El complejo bioético en el final de la vida

+José Alberto Mainetti

MONOGRAFÍA BIOÉTICA

BIOETHICS MONOGRAPH

Alfonso Llano Escobar

Algunas consideraciones en torno a la

epistemología de la bioética *Some considerations around the epistemology of bioethics*

James F. Drane

Métodos de ética clínica estadounidense,

européa y latinoamericana *American,*

European and Latin American Clinical Ethics Methods

+José Alberto Mainetti, José Luis Mainetti

Introducción a la muerte médica

Introduction to death in medicine

MONOGRAFÍA BIOÉTICA-SOCIAL

BIOETHICS-SOCIAL MONOGRAPH

Miguel-Héctor Fernández-Carrión et al.

Bioética y educación, desde su implicación

social *Bioethics and education, from its social implication*

Francisco Javier León Correa

Bioética social, responsabilidades social y participación e instituciones de salud *Social bioethics, social responsibility and participation in health institutions*

Miguel-Héctor Fernández-Carrión

El factor de la vulnerabilidad en la práctica de la bioética-social *The vulnerability factor in the practice of social-bioethics*



vectores

de Investigación

REVISTA MULTI Y TRANSDISCIPLINAR INDEXADA

Journal of Comparative Studies of Latin America

V
i **BIOÉTICA-SOCIAL**
i **BIOETHICS-SOCIAL**

Vol. 18 No. 18 *2b SEMESTRE 2020 2 edición 2024*

Vectores

de Investigación

REVISTA MULTI Y TRANSDISCIPLINAR INDEXADA

Journal of Comparative Studies of Latin America

EDITOR-DIRECTOR

DR. MIGUEL-HÉCTOR FERNÁNDEZ-CARRIÓN

Director del Centro de Investigación de Estudios Comparados de América Latina

CONSEJO EDITORIAL

NOAM CHOMSKY

Massachusetts Institute of Technology (MIT) Estados Unidos

EDGAR MORIN

Sociólogo y filósofo, Francia

ALAIN TOURAINE

École des Hautes Études en Sciences Sociales, París, Francia

DR. ENRIQUE DUSSEL

EXrector de la Universidad Metropolitana de la Ciudad de México, UNAM, UAM Unidad Iztapalapa, México, SNI Emérito

DR. BASARAB NICOLESCU

Presidente del Centre International de Recherches et Etudes Transdisciplinaires, París, Francia

DR. ANTONIO GARCÍA ZENTENO

Instituto de Ciencias Nucleares, UNAM, México, SNI II

DR. JAVIER LINDENBOIM

Universidad de Buenos Aires, Argentina

DR. ALFONSO GALINDO LUCAS

Universidad de Cádiz, España

COMITÉ COLABORADOR

DRA. CARMEN MARTÍNEZ MARTÍN

Universidad Complutense de Madrid, España

DR. FELIPE LARA-ROSANO

Centro de Ciencias de la Complejidad, UNAM, México, SNI III

DRA. ISABEL SANZ VILLARROYA

Universidad de Zaragoza, España

DRA. M^a ELENA GONZÁLEZ DELUCA

Universidad Central de Venezuela, Caracas, Venezuela

COMITÉ EMÉRITO

+ DR. RUBÉN H. ZORRILLA

Universidad de Buenos Aires, Argentina

+ DR. MIGUEL LEÓN-PORTILLA

Universidad Nacional Autónoma de México, México

+ DR. CIRO F. CARDOSO

Universidade Federal do Fulminense, Brasil

Printer México/Online España

E-ISSN online 2255-3371 ISSN 1870-0128

VOL 18 N° 18 2b SEMESTRE 2020

Segunda edición 2024

BIOÉTICA-SOCIAL **BIOETHICS-SOCIAL**

La ***Revista Vectores de Investigación***

Journal of Comparative Studies of Latin America

es editada por el Centro Internacional de Investigación y de Estudios de América Latina en conjunto con el Centro de Investigación de Estudios Comparados de América Latina, Academia Iberoamericana de las Ciencias e Instituto Libre de Educación Digital, México y en colaboración con el Instituto de Estudios Históricos y Económicos, Centro Internacional de Estudios e Investigaciones Científicas y Centro de Estudios y de Creación Artística y Literaria, con sedes académicas en la Universidad Complutense de Madrid, España

Los manuscritos propuestos para su publicación en esta Revista deberán ser inéditos o contar con cambios sustanciales y no haber sido sometidos a consideración a otras revistas al mismo tiempo

Los manuscritos son analizados para su selección por dos lectores anónimos (pares ciegos) y a su aceptación los derechos de reproducción se transfieren a la Revista

Vol. 18 No. 18 2B SEMESTRE 2020 2 edición 2024

PRODUCCIÓN EDITORIAL Fernández-Carrión

TRADUCCIÓN David Pérez Guerra

DISEÑO, MAQUETACIÓN, CUBIERTA H&fCarrión

REVISTA VECTORES DE INVESTIGACIÓN
JOURNAL OF COMPARATIVE STUDIES OF LATIN AMERICA
INDEXADA

BASES DE INDEXACIÓN

- **DOAJ Directory of Open Access Journals**, SUECIA. DOAJ.org
<https://doaj.org/toc/2255-3371>
- **LATINDEX Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal**, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), MÉXICO
<http://www.latindex.org/latindex/ficha?folio=21921>
- **SCIELO Scientific Electronic Library Online**, MÉXICO
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_serial&pid=2255-3371&lng=es&nrm=iso
- **DIALNET Plataforma de recursos y servicios documentales** Fundación DIALNET, Universidad de la Rioja, ESPAÑA
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=21282>
- **CLASE Citas Latinoamericanas en Ciencias Sociales y Humanidades**. Dirección General de Bibliotecas UNAM, MÉXICO
http://132.248.9.1:8991/F/5UAHX8R314QGVXI8TPTKDNF56NRSCIXUG8LLTLHCH21PV7KD4-05791?func=find-b&request=Revista+Vectores+de+Investigaci%C3%B3n&find_code=WAU&adjacent=N&local_base=CLA01&x=70&y=6&filter_code_1=WLN&filter_request_1=&filter_code_2=WYR&filter_request_2=&filter_code_3=WYR&filter_request_3=
- **CRUE REBIUM Reb de Bibliotecas Universitarias**, ESPAÑA
<http://rebiun.absysnet.com/cgi-bin/abnetop/O7606/IDfce9ffb4?ACC=161>
- **GENAMICS JOURNALSEEK**, A Searchable Database of Online Scholarly, ESTADOS UNIDOS
<http://journalseek.net/cgi-bin/journalseek/journalsearch.cgi?field=issn&query=1870-0128>
- **OLC WORLD CAT**, Estados Unidos
http://www.worldcat.org/search?q=Revista+Vectores+de+Investigaci%C3%B3n&qt=owc_search
- **PARADIGM SHIFT INNOVATIONS, LLC**, Denver, ESTADOS UNIDOS
<http://www.psithority.com/Library/Periodical/Revista-Vectores-de-Investigacion/1063036>
- **REDIAL Red Europea de Información y Documentación sobre América Latina CEISAL** Consejo Europeo de Investigaciones Sociales de América Latina (Consejo Superior de Investigación Científica CSIC), ESPAÑA
<http://www.red-redial.net/revista-vectores,de,investigacion-389.html>
- **REDIB Red Iberoamericana de Innovación y Conocimiento Científico**, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Ministerio de Economía y Competitividad, Gobierno de España, ESPAÑA
[https://www.redib.org/recursos/Search/Results?lookfor=Vectores%](https://www.redib.org/recursos/Search/Results?lookfor=Vectores%20de%20investigaci%C3%B3n)

20de%20Investigaci%C3%B3n&type=AllFields&submit=Buscar&limit=20&sort=relevance&lng=es

- **RIRCyC Red Iberoamericana de Revistas de Comunicación y Cultura**, ARGENTINA

<https://www.facebook.com/RIRCYC>

- **SELF BUILDING INFORMATION SERVICE (SBIS)**, CHINA

<http://sbis.sciinfo.cn/sbis/content/Revista-Vectores-de-Investigacion-1870-0128-2255-3371>

- **SPRINTKNOWLEDGE, SprintKnowledge. Digital Library and Database of Academic Research**, RUMANÍA

<http://www.sprintknowledge.com/journal-details/2255-3371>

BASES DE IMPACTO

- **NAVER ACADEMIC**, KOREA

https://academic.naver.com/journal.naver?journal_id=3264199

- **MIAR** Universitat de Barcelona, Departament d'Economia i Co-neixement de la Generalitat de Catalunya, Agència de Gestió d'Ajuts Universitaris i de Recerca, ESPAÑA

<http://miar.ub.edu/issn/1870-0128>

BASES DE DOCUMENTACIÓN

- **PRINCETON UNIVERSITY LIBRARY**, Nueva Jersey, ESTADOS UNIDOS

<https://catalog.princeton.edu/catalog/9836143>

- **UNIVERSIA**. Fundación Universia, Madrid, ESPAÑA

http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/title/revista-vectores-investigacion/id/64672785.html

- **AJMAN UNIVERSITY LIBRARY**, Ajman, EMIRATOS ÁRABES

<https://library.ajman.ac.ae/eds?query=%22Revista%20Vectores%20de%20Investigaci%C3%B3n%22&catalog=eds>

- **BIBLAT Bibliografía Latinoamericana en revistas de investigación científica y social**, MÉXICO

<http://biblat.unam.mx/es/buscar/vectores-de-investigacion>

- **BIBLIOTECA ELECTRÓNICA DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA**, Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, ARGENTINA

https://www.biblioteca.mincyt.gob.ar/revistas/index?browseType=db&db%5B0%5D=16&Journals_page=1167

- **BIBLIOTECA NACIONAL DE ESPAÑA**, Madrid, ESPAÑA

<http://catalogo.bne.es/uhtbin/cgisirsi/MeR5MRwwKg/BNMAMA-DRID/113060227/123>

<http://datos.bne.es/edicion/a5304937.html>

- **Biblioteka Uniwersytecka we Wrocławiu**, POLONIA

<https://www.bu.uni.wroc.pl/e-zrodla/czasopisma-elektroniczne?page=46&litera=r>

- **E-JOURNALS**. National Taiwan Normal University, Taiwan, China
<http://www.lib.ntnu.edu.tw/database/dbview.jsp?id=1725-0927&type=1>

- **E-JOURNAL DETAILS, SCD-SFX.U**, Strasbourg, FRANCIA

https://scd-sfx.u-strasbg.fr/sfx_test/cgi/core/azlista-z_retrieve.cgi?function=get_info&obj_id=371000000520824&-issn=1870-0128&profile=SID&exclude_issn=&exclude_note=&exclude_lccn=&exclude_coden=&exclude_availability=&exclude_categories=

- **EXLIBRIS GROUP**, ESTADOS UNIDOS

https://julac.hosted.exlibrisgroup.com/primoplo-re/fulldisplay?docid=HKUST_IZ51147968310003412&vid=HKUST

- **GOOGLE SCHOLAR**, ESTADOS UNIDOS

http://scholar.google.es/scholar?q=%22Revista+Vectores+de+Investigaci%C3%B3n%22&btnG=&hl=es&as_sdt=0%2C5

Hellenic Academic Libraries Link | ICOLC Website

National Technical University of Athens, Poytechnic, GRECIA

<https://www.heal-link.gr/alpha.php?lt=R>

- **HELKA LIBRARIES**, Helsinki University Library, FINLANDIA

<https://helka.finna.fi/Record/helka.2889118?lng=en-gb>

- **KYUSHU UNIVERSITY**, JAPÓN

<http://catalog.lib.kyushu-u.ac.jp/en/recordID/1551094?hit=1&-caller=xc-search>

- **LAREDO COLLEGE**, Library, Texas, ESTADOS UNIDOS

<http://eds.b.ebscohost.com/eds/results?vid=0&sid=bff2ac2e-37dd-4ecf-bacd-27a3d5a4a39d%40pdc-v-sessmgr03&bquery=%2522Revista%2BVectores%2Bde%2BInvestigaci%C3%25b3n%2522&-bdata=JkF1dGhUeXBIPWlwLHNzbyZjbGkwPUZUMSZjbHYwPVkm-dHlwZT0wJnNIYXJjaE1vZGU9QW5kbnNpdGU9ZWZrLWxpdmU%3d>

- **LIBRARIES OF UNIVERSITY OF SUSSEX**, University of Brighton and Brighton and Sussex Medical School, INGLATERRA

<http://sabre.lib.sussex.ac.uk/vufindsmu/Record/18700128>

- **LIBRARY CATALOGUE UNIVERSITY OF BRIGHTON**, INGLATERRA

<http://capitadiscovery.co.uk/brighton-ac/items/1402244>

- **LIBRARY USASK**, CANADÁ

<http://library.usask.ca/find/ejournals/view.php?id=3710000005-20824>

- **LINCOLN UNIVERSITY**, ESTADOS UNIDOS

<https://library2.lincoln.ac.nz/tools/newitems/index.php?age=1-215&type=all>

- **MASSEY UNIVERSITY LIBRARY**, University of NEW ZEALAND

<http://link.massey.ac.nz/portal/Revista-Vectores-de-Investigaci%C3%B3n-electronic/aKk25IGOJjk/>

- **MIR@BEL**, La Région Auvergn-Rhône-Alpes, Lyon, FRANCIA

[http://www.reseau-](http://www.reseau-mirabel.info/revue/5362/Vectores_de_investigacion)

[mirabel.info/revue/5362/Vectores_de_investigacion](http://www.reseau-mirabel.info/revue/5362/Vectores_de_investigacion)

- **OPAC**, Toyama University, JAPÓN

<http://opac.lib.u-toyama.ac.jp/opc/recordID/catalog.bib/OJ00821-111?hit=-1&caller=xc-search>

- **PARADIGM SHIFT INNOVATIONS, LLC**, Denver, ESTADOS UNIDOS

<http://www.psithority.com/Library/Periodical/Revista-Vectores-de-Investigacion/1063036>

- **PISTOTN**, CNUDST, Portail de l'Information Scientifique et Technique, Centre National Universitaire de Documentation Scientifique et Technique, TUNEZ

<http://www.pist.tn/search?ln=ar&p=recid%3A25146&rm=wrd>

- **RIJE Universiteit Bussel**, BÉLGICA

<https://biblio.vub.ac.be/vlink/EList.csp?Sort=alpha&trigger=R&Language=eng&DocumentType=Journal>

- **JOURNALTOCS**. School of Mathematical and Computer Sciences, Heriot-Watt University, Edinburgh, INGLATERRA

http://www.journaltoocs.ac.uk/index.php?action=search&subAction=hits&journalID=44395&userQueryID=5453&high=1&ps=30&page=1&items=0&journal_filter=&journalby=

- **SEARCH**, University of Wisconsin-Madison Libraries, Wisconsin, ESTADOS UNIDOS

<https://search.library.wisc.edu/catalog/9911485129502121>

- **SOUTHEAST UNIVERSITY LIBRARY**, BANGLADÉS

<https://library.seu.edu.bd/journal/revista-vectores-de-investigacion-centro-de-investigacion-de-estudios-comparados-de-america>

- **STANFORD UNIVERSITY**, ESTADOS UNIDOS

<https://searchworks.stanford.edu/view/11522571>

- **STATE LIBRARY OF NEW SOUTH WALES**, AUSTRALIA

<http://library.sl.nsw.gov.au/search~S1?/tRevista+unipluriversidad/trevista+unipluriversidad/-3%2C-1%2C0%2CB/frameset&FF=trevista+vectores+de+investigacion&1%2C1%2C>

- **THE HONG KONG UNIVERSITY OF SCIENCE AND TECHNOLOGY**, Hong Kong, CHINA

<https://library.ust.hk/collections-resources/ejournals/?searcharg=R&pa=41&sub=&sort=title&atoz=true>

- **UNIFIND**, JAPÓN

<http://uni.lib.shizuoka.ac.jp/Record/SZ10016863>

- **UNIVERSITÄTSBIBLIOTHEK WROCLAW**, POLONIA

<http://www.bu.uni.wroc.pl/de/e-quellen/elektronische-zeitschriften?litera=r&strona=70>

- **UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES**, FRANCIA

<http://www.biusante.parisdescartes.fr/chercher/revues.php?p=20&do=rec&alp=RE&let=R&typ=rev>

- **UNIVERSITEITS BIBLIOTHEEK GENT**, Universiteit Gent, Gante, BÉLGICA

<https://lib.ugent.be/catalog/ejn01:371000000520824>

- **UNIVERSITY OF GLASGOW**, Escocia, INGLATERRA

<http://m.lib.gla.ac.uk/record=b3256851~S6>

- **UNIVERSITY OF BRIGHTON LIBRARY Catalogue**, Brighton, INGLATERRA

<https://capitadiscovery.co.uk/brighton-ac/items/1402244>

- **UNIVERSITY OF LIVERPOOL**, INGLATERRA

<http://link.liverpool.ac.uk/portal/Revista-Vectores-de-Investigaci%C3%B3n-electronic/aKk251GOJjk/>

- **UNIVERSITY OF PENNSYLVANIA**, ESTADOS UNIDOS

<http://onlinebooks.library.upenn.edu/webbin/book/browse?type=title&index=1277113&key=revista%20trimensal%20do%20instituto%20historico%20geografico%20e%20ethnografico%20do%20brazil&c=x>

- **UNIVERSITY OF SASKATCHEWAN**, University Library, Saskatoon, CANADÁ

<https://library.usask.ca/ejournals/view.php?id=371000000520824>

- **UNSW Library Sydney NSW 2052 Australia University of New South Wales**, AUSTRALIA

http://primoa.library.unsw.edu.au/primo_library/libweb/action/-search.do?fn=search&ct=search&initialSearch=true&mode=-Basic&tab=default_tab&indx=1&dum=true&srt=rank&vid=-UNSW&frbg=&v%28freeText%29=%22Revista+Vectores+de+Investigaci%C3%B3n%22&scp.scps=scope%3A%28UNSW_Digital_ALMA%29%2Cscope%3A%28UNSWWorks_ALMA%29%2Cscope%3A%28UNSW_ALMA%29%2Cprimo_central_multiple_fe

- **UTS Library University of Technology**, AUSTRALIA

http://find.lib.uts.edu.au/search;jsessionid=5B10872ED5825D-01CDB42987E50BDD8C?R=OPAC_b3053588

- **VANCOUVER PUBLIC LIBRARY**, CANADÁ

http://vpl.bibliocommons.com/item/show/5866050038_vectores_de_investigaci%C3%B3n

- **VRIJE UNIVERSITEIT BRUSSEL (VUB)**, BÉLGICA

<http://biblio.vub.ac.be/vlink/EList.csp?Sort=alpha&trigger=R>

- **WESTERN THEOLOGICAL SEMINARY**, MI, HOLANDA

<http://ingentaconnect.com.proxy.westernsem.edu/CJDB4/EXS/journal/202307>

Índice

PRÓLOGO FOREWORD	13
Crisis mundial de salud 2020	13
<i>Global Health Crisis 2020</i>	24
Fernández-Carrión	
INTRODUCCIÓN INTRODUCTION	31
<i>The bioethical complex at the end of life</i>	31
El complejo bioético en el final de la vida	31
+José Alberto Mainetti	
MONOGRAFÍA BIOÉTICA BIOETHICS MONOGRAPH	37
Alfonso Llano Escobar	
<i>Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia</i>	
Algunas consideraciones en torno a la epistemología de la bioética	37
<i>Some considerations around the epistemology of bioethics</i>	37
James F. Drane	
<i>University of Pennsylvania, Estados Unidos</i>	
Métodos de ética clínica estadounidense, europea y latinoamericana	43
<i>American, European and Latin American Clinical Ethics Methods</i>	43
+José Alberto Mainetti, José Luis Mainetti	
<i>Fundación Mainetti, La Plata, Argentina</i>	
Introducción a la muerte médica	63
<i>Introduction to death in medicine</i>	63
MONOGRAFÍA BIOÉTICA-SOCIAL	95
BIOETHICS-SOCIAL MONOGRAPH	
José Carlos Bermejo Higuera	
Sobre eutanasia y otras cuestiones bioéticas del final de la vida	95
<i>On euthanasia and other bioethical questions at the end of life</i>	95
Miguel-Héctor Fernández-Carrión, Octavio Márquez Mendoza	
<i>Universidad Autónoma del Estado de México, México</i>	
Bioética y educación, desde su implicación social	125

<i>Bioethics and education, from its social implication</i>	125
Francisco Javier León Correa <i>Universidad Central de Chile, Santiago de Chile, Chile</i> Bioética social, responsabilidad social y participación e instituciones de salud	155
<i>Social bioethics, social responsibility and participation in health institutions</i>	155
Miguel-Héctor Fernández-Carrión <i>Academia Iberoamericana de las Ciencias</i> El factor de la vulnerabilidad en la práctica de la bio- ética-social	169
<i>The vulnerability factor in the practice of social-bioethics</i>	169
Damián del Percio <i>Estudio Maglio y Asociados Abogados, Buenos Aires, Argentina</i> Investigación clínica en los contextos sociales de pobreza	225
<i>Clinical research in the social contexts of poverty</i>	225
CURRICULUM DE LOS AUTORES	218
NORMAS DE PUBLICACIÓN	240
<i>INFORMATION FOR CONTRIBUTORS</i>	242

Crisis mundial de salud 2020**Introducción a la crisis mundial de salud 2019-2020**

A lo largo de la historia de la humanidad, el bien ha estado casi siempre alejado y enfrentado al mal, así como la bondad de la maldad; pero, en la actualidad, durante el primer tercio del siglo XXI, se ha impuesto la confusión, por parte del estado y las organizaciones criminales globales (Global criminal organizations, GCO), con las que conforman un contubernio de poder, con el apoyo de la incidencia de las nuevas tecnologías de la comunicación, en torno a internet, con las que se ha impuesto el individualismo (el sujeto en sí mismo) y la diferenciación social en la incipiente sociedad red; con la conformación de identidades personales y colectivas esporádicas y cambiantes, establecidas fundamentalmente por medio de las redes sociales, que de forma creciente se ha impuesto como el principal medio de intercomunicación humana, pasando a un segundo plano las relaciones presenciales; al mismo tiempo que lo hace por igual, el comercio, la información pública... y las búsquedas documentales, entre otras actividades que se desarrollan en la vida diaria.

En menos de un siglo se ha pasado de redactar escritos e intercomunicarse a mano o a máquinas a hacerse a través de ordenador/computadora, tablet, telefonía inteligente e internet. Este proceso de inicio de la era digital ha sido aprovechado con intencionalidad más que maliciosa, criminal, por parte de los gobiernos/políticos de todo el mundo, que confabulados en algunos casos y en ciertos países más que en otros con las denominadas “Corporaciones”, que ocultan otra realidad: organizaciones globales del crimen, que son encubiertas por los estados y en algunos casos, como el que se alude en el presente “Prólogo”, Rusia, Estados Unidos y China llevan a la práctica conjuntamente el genocidio del covid-19, que se inició “oficialmente” en diciembre 2019 y está perdurando a

lo largo de todo el año de 2020¹, en la gran mayoría de los países del mundo.

14

En un principio se podría pensar en un origen incierto del covid-19 y de las múltiples consecuencias dramáticas que viene produciendo a nivel mundial, pero cada mes que pasa se pone en evidencia a los organizadores y las consecuencias económicas, de salud, de vigilancia y mando “oficial” sobre la población, con el genocidio cometido y que aún persiste contra la mayor parte de la humanidad.

Pandemia del covid-19

En la denominada crisis mundial de salud, a causa del covid-19, que está sufriendo la mayoría de los países con sus poblaciones en cuarentena, y están causando graves problemas económicos y laborales, así como miles de muertos durante meses consecutivos.

Existen varios motivos, de entre los cuales uno se erige como el causante de este problema actual:

- 1 Que los virus hayan evolucionado tanto que no existen medicamentos para su curación.
- 2 Que el virus se haya "escapado" de un laboratorio de bacteriología.
- 3 Que sea consecuencia de una guerra bacteriológica mundial.

Visto el desarrollo de la pandemia, hay que pensar en esta última opción y analizando las estadísticas de fallecidos diarios por países y continentes, durante esta primera mitad del 2020, habría que precisar que la iniciadora de esta guerra debe haber sido Rusia (para su confirmación solo basta apreciar la cifra de contagiados de varios cientos de miles -362.342- de un virus casi inofensivo dentro de ese país, a consecuencia de una extraña letalidad, pues solo les ha causado 3.807 muertos -a 26 de mayo de 2020-, porcentajes que se ha mantenido a lo largo de estos meses que pasan), no

¹ Según Bill Gates la pandemia se acabará en el “mundo rico” a finales de 2021 y en el resto de países en los últimos meses de 2022 (Gates, 2020), tiempo suficiente para desarrollarse e inyectarse la “vacuna” en la población junto con la implantación del microchip con el “certificado digital”.

sería totalmente extraño que hubiera participado también en el complot Estados Unidos (con otro personaje político con muy mala reputación ética -por decirlo de alguna forma suave-: Trump que junto a Putin, forman un dúo peligroso para la humanidad. Trump se favorece de estos 98.223 muertos -a 26 de mayo-² pues entre ellos mueren principalmente la clase baja afroamericana y latinos, y con estos últimos se evita la construcción del famoso muro de la vergüenza). Estos dos países principalmente, como organizadores junto a China y algunas “Corporaciones”/Fundaciones específicas, que actúan como organizaciones criminales globales (GCO), de entre los que destacan seis nombres propios, aunque estos actúan en representación de la organización criminal a la que pertenecen (se reitera en señalar la criminalidad de dichas instituciones privadas, paraestatales con repercusión global, porque ellas actúan, en toda su extensión, en contra la mayoría de la humanidad) unido a nueve elementos constitutivos del presente genocidio. Entre estas organizaciones, sobresale, la Fundación Bill y Melinda Gates que junto a la Fundación Naciones Unidas (FNU), creada y presidida por el también multimillonario Ted Turner, controlan la Organización Mundial de la Salud -OMS- (Lorenzo, 2015), además Gates (BG) es miembro de la organización Bilderberg; estos dos en conjunto con George Soros, fundador y presidente de la Open Society Foundations (OSF, antiguo Open Society Institute; así como de la Soros Fund Management y miembro del consejo directi-

² Se está considerando las cifras de mortalidad que aportan oficialmente los distintos gobiernos del mundo, tal como la recopila Johns Hopkins University&Medicine, entre otras instituciones, sabiendo que esta información es incompleta o más bien son falsos los datos ofrecidos por los políticos, que controlan de forma maniquea la información nacional del covid-19; pero a pesar de este inconveniente científico, se ha elaborado la prospectiva, estimando que no es muy distinto, en proporción equitativa al conjunto a lo que sucede en realidad. En Mexico se puede pensar que, en el estado actual de circunstancias, cuanto antes alcance la cifra de 100.000 fallecidos por el coronavirus y se llegue a finales del año 2020 en ese momento acabará probablemente la pandemia en el país, y así sucederá por igual en el resto de naciones: cuando alcancen la cifra que le ha establecido las organizaciones-países que están provocando, manipulando y gestionando el covid-19; finalice el presente año, así como se almacene la información suficiente y se “vacune” con el microchip del “certificado digital” al mayor número de población.

vo del Council on Foreign Relations en New Yor), Sundar Pichai (Pichai Sundarajan, presidente de Google), la Grand lodge, FAAM, of the District of Colombia (“Gran logia, FAAM, del distrito de Columbia”, o en su defecto la “Gran logia de la libertad y libertad” -Grand lodge of liberty and liberty- u otra próxima a la Casa blanca), y el Fondo Monetario Internacional (FMI, presidido actualmente por Kristalina Georgieva).

Los nueve elementos constitutivos del genocidio, por bacteriología infecciosa, aparenta actuar de forma independiente con las acciones seguidas por las GCO, pero todos ellos tienen un objetivo final común, durante el desarrollo de la pandemia: los mandatos que imponen los gobiernos de cumplir la cuarentena a toda la población; la vigilancia con las computadoras cuánticas, videovigilancia y G5 y el proceso de vacunación con implantación oculta del microchip del “certificado digital”. Todas estas medidas obligatorias e impuestas por la fuerza y ocultas tras discursos políticos del miedo y con imperativos legales, consisten en última instancia en la vigilancia, en el control físico y mental y en la “esclavización” de toda la población mundial a sus fines políticos y económicos de los gobiernos confabuladas con las GCO.

- Primero, Bill Gates, a través de los gobiernos del mundo o en su defecto directamente a través de la Fundación Bill y Melinda Gates pretenden implantar en todas las personas un “certificado digital” (microchip implementado o inyectado a través de la “vacuna” contra el covid-19 en el cuerpo humano). Con este “certificado digital” en la mayoría de las personas, menos en los miembros de estas organizaciones criminales globales y gobernantes, constaría de códigos abiertos para ser cargados, con el tiempo, de mayores demandas de información personal: comenzaría con la localización, movimiento, conversación, hábitos de comida, enfermedad... y posteriormente podría incidir sobre la conducta y el comportamiento de los mismos individuos. Esto tiene la gravedad suficiente, como para ser tratado con mucha atención por la bioética y por la justicia ciudadana (no la justicia política implicada por los respectivos gobiernos)³.

³ Esta situación, que se vive actualmente de forma global, supera los crímenes cometidos, anteriormente, en el segundo tercio del siglo XX, por la Alemania nazi durante la segunda guerra mundial en la

- Segundo, Sundar Pichai preside de Google, que cumplió los plazos que le impusieron estas organizaciones criminales globales aludidas anteriormente, de poner en funcionamiento la computadora cuántica, tal como lo hacen público en el blog oficial de Google (Google al blog, 2019). Con esta supercomputadora y con la población en cuarentena, obligada por los gobiernos, han podido almacenar toda la información posible, a lo largo de los muchos meses que perdura el encierro (es un plan criminal “perfecto”). Todos estos datos digitales recopilados, se pueden completar y contrastar con la información que se pueden obtener posteriormente con el certificado digital, conjuntándose los planes maléficis propuestos por Google, Bill Gates y el resto de organizaciones GCO.
- Tercero, Bill Gates y Ted Tuner et al. a través de la Organización Mundial de la Salud (OMS) públicamente “retrasaron la información sobre el inicio y la gravedad” de la pandemia, y actualmente haciendo uso del empleo de información confusa han cambiando el grado de incidencia, períodos de desarrollo de la pandemia y efectos de la “vacuna” del covid-19.
- Cuarto, la “corporación” Bilderberg, apoya con su logística y sus vínculos de poder establecidos con multinacionales, gobiernos, mundo financiero y organismos de ámbitos internacional la organización de la pandemia y el desarrollo de las “políticas de salud y seguridad” de los distintos gobiernos del mundo contra su población.
- Quinto, como complemento de las actividades “criminales” de la organización Bilderberg, la Gran logia, FAAM, del distrito de Columbia y probablemente en unión con otras logias nacionales e internacionales, hacen uso de los vínculos organizativos propios y sus relaciones con grupos y organismos de poder (justicia y finanzas...) de todo el mundo, favoreciendo la “política de salud y seguridad” que está aplicando la mayoría

que se experimentó con seres humanos, especialmente contra los judíos por razones raciales, mientras que en Estados Unidos y en la Unión Soviética se hizo fundamentalmente por motivos políticos, en el primero para mejorar la defensa nacional, así como para obtener patentes médicas; mientras que en el segundo país, se emepleaba contra los adversarios del régimen político. Asimismo, en Dinamarca, les guiba, por la misma época, la adecuación a las costumbres sociales imperantes.

de los países del mundo (incluido China).

- Sexto, siguiendo la línea de trabajo “criminal” de las dos anteriores organizaciones indicadas (puntos cuarto y quinto) la Fundación Naciones Unidas (FNU) y Soros por medio de la Open Society Foundations (OSF) y las relaciones de dependencia que han creado en su entorno con los gobiernos de los diferentes países del mundo (Argentina, España, y un largo etcétera), por una parte han completado su incidencia directa sobre los estados en el establecimiento de las respectivas “políticas de seguridad y salud” (por este orden) aplicadas sobre sus respectivas poblaciones, y al mismo tiempo, esa fundación “criminal” de Soros organiza manifestaciones manipuladas, que aparenta ser protestas libres y están totalmente controladas y son mal intencionadas, como el Black Lives Matter (BLM) en las protestas a favor de George Floyd en Estados Unidos y en otras naciones, en mayo de 2020, así como otras muchas manifestaciones a favor de minorías y motivos diversos, con la intención de desestabilizar a distintos gobiernos con los que no mantienen vínculos de dependencia, así como conocer desde la propia organización a los miembros de las protestas (con los que firma una especie de contrato y les paga a la cuenta bancaria que previamente hacen público estos mismos) y seguidamente le pasa a la policía la información personal de estos manifestantes para que sean “fichados” o detenidos. La manipulación de las protestas y el control masivo de la información digitalizada durante el período de cuarentena y tiempos venideros, consolidan a las GCO frente al creciente debilitamiento de la libertad individual; de esta forma, los organismos públicos: gobiernos, justicia y aparato policial “esclaviza” a la ciudadanía antes de iniciarse el proceso del establecimiento criminal del “nuevo orden global”, que con la pandemia se ha puesto en marcha.
- Séptimo, el Fondo Monetario Internacional está atento a la gran crisis económica que sufre actualmente el mundo, durante la pandemia del covid-19, para ofrecer la “recuperación” o mejor dicho el aprisionamiento económico de los gobiernos, y cuanto más dure la crisis de salud mundial mayor impacto será la crisis económica de los países; pues, como hizo público la presidenta del FMI, Georgieva, “el mundo ha entrado en una recesión tan mala o peor que la de 2009”. La titular del DMI “anticipó que será necesario una multimillona-

ria inyección de fondos [de 2,5 billones de dólares, sólo para los “para las necesidades financieras generales de los mercados emergentes”] para amortiguar el impacto de la caída provocada por la pandemia de coronavirus” (*Infobae*, 2020).

- Octavo, los gobiernos de los países, mediatizados por su dependencia política con la Open Society Foundations et al., que representa públicamente Soros, en cuanto a la salud con la OMS; económicamente con la deuda pública que mantienen o tendrán en un próximo futuro con el FMI, así como los vínculos de algún miembro del poder... y medios de comunicación del país en cuestión con la organización Bilderberg, y del aparato de justicia nacional con la masonería, están favoreciendo el desarrollo de una política de salud y de seguridad que puede ser criminalizada, como el resto de actividades ejecutadas por las GCO, ante la justicia civil
- Noveno, frente a las prácticas “criminales” de las GCO para el establecimiento del “nuevo orden global”, con todo lo que ello conlleva contra la libertad de la población civil y con lo que están realizando de forma pública y evidente, es necesario, sin odio alguno, solo en demanda de la justicia de la humanidad (no la justicia política de las naciones en la onda de las GCO).

Haciendo una prospectiva del covid-19 se ha podido concluir que para el mes de julio de 2020 habría finalizado esta primera guerra bacteriológica producida presumiblemente por Rusia, Estados Unidos, China (las tres primera potencias políticas y económicas del mundo) en confabulación con las GCO enunciadas previamente; pero no ha sido así, y hay que esperar a diciembre del mismo año o en el peor de los casos del año siguiente. Según esta previsión se considera que habrá una gran perdedora, con el mayor número de fallecidos: Estados Unidos (que alcanzará para el final de la pandemia 200 a 400.000 de defunciones), seguida de Brasil (200.000 a 350.000 muertos), en tercer lugar la India o México (100.000 a 250.000)..., y se mantendrá con menor intensidad, con sucesivos rebrotes, hasta finales de 2021 o del 2022, hasta que el control y vigilancia de la población mundial haya podido haberse realizado por las GCO en su totalidad, en una primera fase; así, como se haya “vacunado” al mayor número

de individuos; los gobiernos se hayan endeudado con el FMI, con prestamos que les ate durante décadas, y la dependencia de los gobernantes con las GCO se hayan consolidado, para que sirvan de “intermediarios obedientes y útiles” de sus intenciones criminales contra sus propias poblaciones, hasta lograr establecer las GCO unilateralmente el “nuevo orden global”.

La vigilancia en público y en la intimidad y el control, con órdenes y mandatos continuos, de la población a gran escala, ha sido impensable hasta este momento; lo que está claro es que la maldad de los políticos no tiene límite: unos han causado la catástrofe bacteriológica y otros -e incluso también los mismos- se han beneficiado económicamente, pero ha sido la población de la tercera edad en Europa y joven en América la que han sufrido su impacto de forma negativa sobre sus propias vidas, falleciendo, e igualmente ha repercutido fatídicamente contra la económica de cientos de miles de pequeñas y medianas empresas y millones de economías familiares o personales (al haber perdido los puestos de trabajo... y al reducirse de forma significativa el consumo) fundamentalmente. También es sorprendente, como algunos políticos han contraído la enfermedad, y al poco tiempo, han vuelto sin secuelas algunas a la actividad política, y como muchos gobernantes y políticos se presentan en actos públicos sin mascarilla (o cubre bocas), mostrando con esta actitud, que no le da importancia al contagio, pues cuentan con información privilegiada, que el resto de la población desconoce.

También llama la atención la poca incidencia que ha tenido la pandemia en África, así como países como Nicaragua, antiguas naciones del extinto bloque soviético, etc. Igualmente es muy sorpresivo como países en la frontera de algunos otros que han tenido gran impacto de la pandemia, apenas han tenido una repercusión de mortandad, como se constata en Canadá, Irlanda del Norte, Portugal, etc. Tras el coronavirus, con las características de incidencia de mortalidad indicadas anteriormente, se ha desarrollado un período de rebrotes, que sorpresivamente está repercutiendo en muchos países de forma inversa a la sucedida previamente, durante la pandemia: afectando ahora jóvenes, cuando antes había sido a personas mayores, y viceversa; esto es una muestra clara que el

virus está siendo manipulado de forma permanente.

Ni a la "buena" humanidad en su conjunto (pues existe otra numerosa población contraria al bien común), ni a Dios o los Dioses (dependiendo de la religión, del pensamiento espiritual o desde el agnosticismo, que se tenga) le interesa la destrucción de la vida en la Tierra.

Los gobiernos "de la maldad" y las organizaciones criminales globales (CGO) no pueden intentar desolar la existencia humana, a excepción de ellos, tras el poder "democrático dictatorial" ("democratorial") y esconderse en construcciones subterráneas o fuera de la vista del resto de la población. En algún momento serán juzgados, en un macro juicio global por la "humanidad del bien" (contraria a hacer el mal al prójimo) extraparlamentaria (autogestionaria).

En general se puede concluir que se ha producido un empobrecimiento (reflejado en el PIB nacional) de un gran número de países del mundo, mientras que se ha beneficiado de esta situación Rusia y China, indirectamente Estados Unidos y principalmente las CGO.

A manera de conclusión

Con el presente texto, no se ha pretendido hacer una simple crítica política, ni tampoco se ha querido mostrar odio contra nadie, ni mucho menos, sino que se trata de un trabajo teórico sobre bioética y quiere hacer público la situación dramática que comienza a vivir la población de la mayoría de los países y para ello demanda que se ejercite la justicia social en beneficio de la humanidad indefensa ante tantos criminales que existen en el mundo, y que además quiere esclavizarla. Toda la población de la Tierra no puede dejarse martirizar (vigilar, atemorizar y perseguir) por una cada vez más numerosa e intrincada aglomeración de organizaciones criminales globales (CGO), cuyo proceso de trabajo delictivo sigue el presente esquema general:

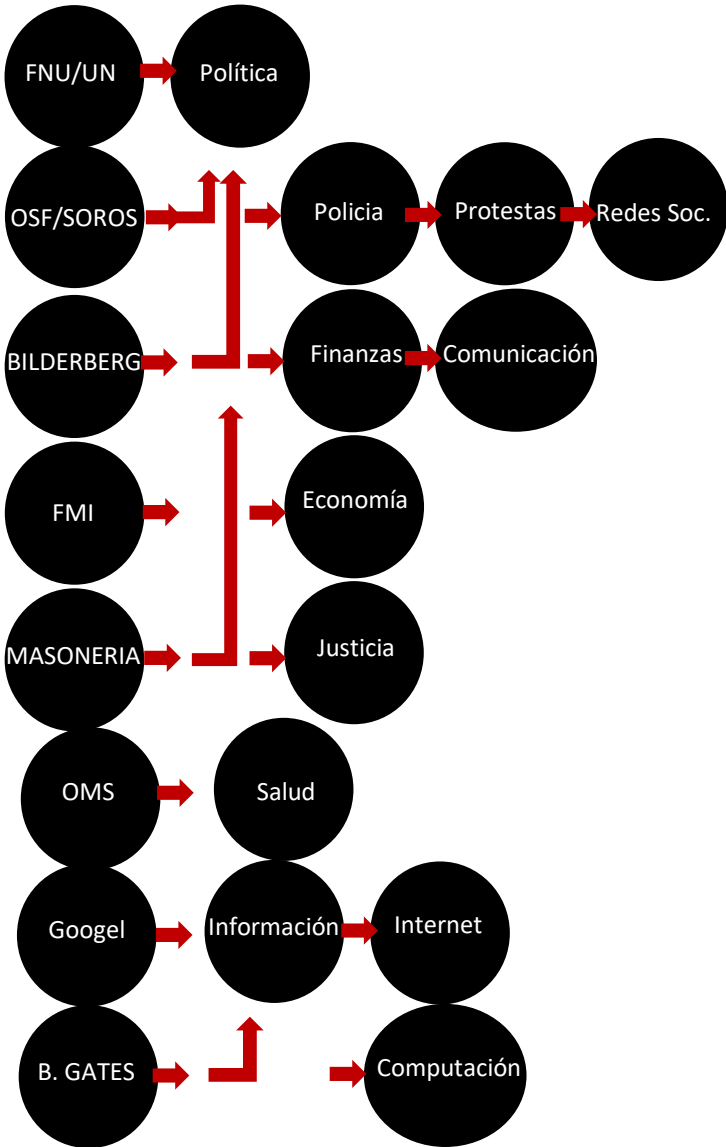
Cuadro 1. Proceso delictivo de las CGO

CGO	Intermediarios criminales (IC)	Organismo públicos dependientes de los IC	Víctimas
OMS	Gobiernos	Salud	Sociedad

			honestas, no delictivas (no políticos, financieros, justicia, policía e informantes)
FMI	Idem	Economía	Idem
FNU/UN	Idem	Política	Idem
Bilderberg	Idem	Políticos, grandes empresarios, medios de comunicación	Idem
Masonería	Idem	Justicia, política	Idem
OSF	Idem	Políticos, Policía, protestas, redes sociales	Idem
BG	Idem	Información, computación	Idem
Google	Idem	Información e internet	Idem

FNU/UN= Fundación Naciones Unidas, Naciones Unidas. OSF= Open Society Foundations. FMI= Fondo Monetario Internacional. OMS= Organización Mundial de la salud. BG= Bill Gates.

Esquema 1. Proceso delictivo de las CGO en los estados-nación



FNU/UN= Fundación Naciones Unidas, Naciones Unidas. OSF= Open Society Foundations. FMI= Fondo Monetario Internacional. OMS= Organización Mundial de la salud. Computad.= Computadoras/ordenadores.

El virus del covid-19 no ha actuado de forma normal, sino que lo ha hecho de manera anormal, haciéndolo de forma selectiva sobre unos países y unas ciudades en específico, por un tiempo determinado, y en cambio en otras zonas y ciudades del mundo, colindante con las más afectadas apenas ha repercutido, entendiéndose en este caso: Canadá, Portugal, África, por ejemplo. Era un virus "casi" (significa en este supuesto que aún falta por demostrarse) programado informáticamente o robotizado con nano chip. Aún no se ha escrito sobre el origen causante del gran impacto mortífero mundial del covid-19, habrá que esperar a las indagaciones independientes de las políticas oficiales, por parte de investigadores libres, seguramente a partir de finales del 2020. La gran sorpresa de la investigación podría ser demostrar que la causante principal fue varias organizaciones criminales secretas global (CGO), desarrolladas inicialmente en China y difundida por el mundo a través de los agentes rusos, con el apoyo de las agencias igualmente secretas norteamericanas, en contubernio, con el apoyo económico de las CGO y con el beneplácito e intermediación política de un número indeterminado de estados. La causa se descubrirá con el tiempo, esperándose, en ese momento, que sus organizadores sean juzgados por el genocidio cometido. Mientras tanto sólo basta desear mucha suerte a la humanidad honesta y solidaria.

"Humanidad contra el crimen organizado global"

Bibliografía

- Gates, Bill (2020) "Bill Gates le puso fecha al fin del coronavirus...", *El país*, 11 agosto, elpais.com.uy/vida-actual/bill-gates-le-puso-fecha-coronavirus-cree-sera.html.
- Google al blog (2019) "Quantum supremacy using a programmable superconducting processor", ai.googleblog.com/2019/10/quantum-supremacy-using-programmable-.html, 23 octubre.
- Infobae (2020) "Kristalina Georgieva, presidenta del FMI, dijo que el mundo ha entrado en una recesión tan mala o peor que la de 2009", *Infobae*, infobae.com/america-mundo/2020/03/27/kristalina-georgieva-presidenta-del-fmi..., 27 marzo.

Lorenzo, Jorge de (2015) "Los multimillonarios Bill Gates y Ted Turner controlan con sus donaciones la Organización Mundial de la Salud", *La celosía*, lacosia.com/los-multimillonarios-bill-gates-y-ted-turner-controlan...

Global health crisis 2020

Throughout the entire history of humanity, good has almost always been very far from evil, as well as goodness from evil; But, at present, during the first third of the 21st century, confusion has prevailed, with the support of the incidence of new communication technologies, around the internet, and what this entails of individualism and social differentiation, with the conformation of sporadic and changing personal and collective identities, established fundamentally through social networks, which has increasingly become the main means of human intercommunication, with face-to-face relationships taking second place; at the same time that it does the same, commerce, public information ... and documentary searches, among other activities in daily life.

Bioética teórica y práctica

El número 18 de la *Revista Vectores de Investigación* bajo el título “Bioética-social”, está compuesto en primer lugar por un “Prólogo” general [sobre] la “Crisis mundial de salud 2020”; seguidamente, se presenta la “Introducción. El complejo bioético en el final de la vida” elaborado por el bioeticista José Alberto Mainetti, desde la perspectiva antropológica, filosófica, médica y ética.

27

Posteriormente, se integra un “Monográfico sobre bioética”, constituido, inicialmente, con el escrito de Alfonso Llano Escobar que muestra “Algunas consideraciones [generales] en torno a la epistemología de la bioética”. Prosigue, el texto de James F. Drene sobre los “Métodos [comparativos] de ética clínica estadounidense, europea y latinoamericana”, en atención al principialismo bioético, que sirve de ejemplo metodológico para el estudio y la comprensión de la aplicación de la ética clínica en todos los casos médicos.

A continuación, José Alberto y José Luis Mainetti presenta la “Introducción a la muerte en medicina”, fundamenta bibliográficamente, desde el pensamiento de la Grecia antigua, pasando por los escritos bíblicos hasta alcanzar las publicaciones actuales. En el texto de los hermanos Mainetti destaca la diferenciación que establecen entre los distintos tipos de fallecimientos y sus consecuencias: muerte biológica, celular y clínica; tema que resume, como la idea expresada con elocuencia, con los siguientes términos:

Sería ilusorio, incluso en medicina, la posibilidad de la muerte no ya como problema habitual sino como solución o liberación excepcional de la existencia. La sabiduría popular afirma que el único mal que no tiene remedio en la vida es la muerte, pero también que ésta es el remedio para todos los males de la vida (Mainetti, 2000: 84).

Le prosigue el escrito de José Carlos Bermejo Higuera “Sobre eutanasia y otras cuestiones bioéticas del final de la vida”, analizada fundamentalmente desde la perspectiva de la religión católica; que, aunque, no es la única forma de referirse a la eutanasia, es la imperante actualmente en un gran número de países con cultura occidental.

A continuación, se presenta el “Monográfico de bioética-

social”, en el que se incluye un texto de Octavio Márquez Mendoza y Miguel-Héctor Fernández-Carrión que trata sobre la “Bioética y [la] educación, desde su implicación social”, para ello atienden a la enseñanza intercultural, que incide sobre las las poblaciones menos favorecidas económica y socialmente o son más vulnerables.

Igualmente, desde la perspectiva de la bioética-social, Francisco Javier León Correa trata sobre la “Bioética social, [a partir de la] responsabilidad social y [la] participación en instituciones de salud” en América Latina. Asimismo, Fernández-Carrión analiza “El factor de la vulnerabilidad en la práctica de la bioética-social”, diferenciándola de la práctica clínica que se efectúa con el empleo el principalismo y la teoría personalista, y lo realiza en torno al factor de la vulnerabilidad en los casos específicos que conlleva la ausencia de identidad de filiación y/o civil, que repercute negativamente en la psicología (en el apartado de las emociones, estado de ánimo...) de la persona que lo sufre, y es lo que se intenta mitigar con la aplicación de la teoría de bioética-social.

Por último, se incluye un texto de Damián del Percio que consiste en una “Investigación clínica en los contextos sociales de [la] pobreza”, en Argentina. El análisis se centra en deliberar sobre el concepto de vulnerabilidad, ofreciendo una posible clasificación de las diferentes poblaciones e introduciendo el concepto de “contexto social” como un elemento a tener en cuenta en la determinación de una población especialmente vulnerable, en situación de pobreza. Todo ello, con la intención de

brindar una mirada distinta teniendo en cuenta la posibilidad de renovar y adaptar determinadas conceptualizaciones con el fin de reducir el efecto de exclusión social que produce la pobreza, específicamente en el ámbito de la investigación clínica multinacional (Percio, 2020: 234).

Fernández-Carrión

Introduction



+ José Alberto
Mainetti

The bioethical complex at the end of life

We can start that story in December 1967, when the first human-to-human heart transplant was performed. Although the era of transplants, foreshadowed in the myth of the Chimera and the miracle of Cosme and Damien, dates back to 1954 in Boston, with the first kidney transplant between twins - and by 1967 there were 5000 transplants in the world -, with its symbolic and tragic reality of life and death, sets the inaugural stage of thanatoetics in bioethics. The following year (1968) of the "Cape Town Miracle", a Harvard committee enabled the definition of brain death and with it the ablation of organs from the corpse, which together with the advances in immunosuppression to avoid rejection, consummated the conquest of the A transplantable body, that cannibal struggle that Thomas Starzl recounts in his book *The Puzzle People* and illustrates with the Goyesca Club Fight (Starzl, 1992). Transplant morality is exemplary of the bioethical model of principles, with the novelty of a third party in the doctor-patient relationship (RMP), the donor as a person and society. In inter-living transplantation, non-maleficence and benefi-

cence mean the harm-benefit proportionality, respectively, for the donor and the recipient that justifies a supererogatory or altruistic act of the first and a beneficial result for the second, contrary to the classic professional duty of non-maleficence or "primum non nocere". Autonomy is expressed here as a right of the person to the availability of his body, under certain moral and legal conditions. Justice is understood then by criteria of micro-allocation of a unique, vital and personal, scarce and expensive resource, such as organs. For cadaveric transplantation, the principle model extends respectively to the determination of death, the ownership of the corpse and the system of procurement or macro-allocation.

Introducción

32



+ José Alberto
Mainetti

El complejo bioético en el final de la vida

Podemos iniciar esa historia en diciembre de 1967, cuando se realizó el primer trasplante de corazón entre seres humanos. Si bien la era de los trasplantes, prefigurada en el mito de la Quimera y el milagro de Cosme y Damián, data de 1954 en Boston, con el primer trasplante de riñón entre gemelos -y para 1967 se registraban 5000 trasplantados en el mundo-, con su carga simbólica y trágica realidad de vida y muerte, configura el escenario inaugural de la tanatoética en la bioética. Al año siguiente (1968) del "Cape Town Miracle", un comité de Harvard habilitó la definición de muerte encefálica y con ella la ablación de órganos del cadáver, que junto a los avances de la inmunosupresión para evitar el rechazo, consumaron la conquista del cuerpo trasplantable, esa lucha caníbal que cuenta Thomas Starzl en su libro *The Puzzle People* e ilustra con la goyesca *Riña a garrotazos* (Starzl, 1992). La moralidad trasplantológica es ejemplar del modelo bioético de los principios, con la novedad de un tercero en la relación médico-paciente (RMP), el donante como persona y sociedad. En el trasplante inter-vivos, no-maleficencia y beneficencia significan la proporcionalidad daño-beneficio, respectivamente, para el donante y el receptor que justifica un

acto supererogatorio o altruista del primero y un resultado benéfico para el segundo, contrariando el clásico deber profesional de no-maleficencia o "primum non nocere". La autonomía se expresa aquí como un derecho de la persona a la disponibilidad de su cuerpo, bajo ciertas condiciones morales y jurídicas. La justicia se entiende entonces por criterios de microasignación de un recurso único, vital y personal, escaso y costoso, como son los órganos. Para el trasplante cadavérico, el modelo de principios se extiende respectivamente a la determinación de muerte, la propiedad del cadáver y el sistema de procuración o macroasignación.

Pero también la novedad antropológica (bio-psico-social) de los trasplantes es emblemática del complejo bioético, correspondiente al triángulo de los principios según las posiciones de sus protagonistas: el médico, el paciente y la sociedad. Pigmalión o la medicina del deseo, se ejemplifica como contranatura en la inmunosupresión para evitar el rechazo del cuerpo extraño, un fenómeno "natural" de la individualidad biológica (y acaso también psicosocial). Narciso, o la utopía de la salud, se manifiesta por el desdoblamiento del yo-donante-receptor en las relaciones de intercorporeidad, vale decir el intercambio de partes del cuerpo entre seres humanos. Knock o la medicalización de la vida, se traduce en la instrumentalidad de los cuerpos por el cuerpo político, con plausibles intereses ajenos al valor de las prácticas sociales que sirven al bien común e incrementan la solidaridad humana (Mainetti, 2007: 63-66).

La asociación tanatología y trasplantología marcaron así mis primeros pasos en la bioética "avant la lettre", y dos publicaciones de entonces lo atestiguan: el artículo aparecido en *El día médico*, "El médico frente al derecho del hombre sobre su cuerpo" (1969, 41(10): 225-230) y el libro editado en Quirón, *La muerte en medicina* (1977). Este último fue un adelantado en nuestra región de la profusa literatura sobre la muerte surgida esa década en el primer mundo y cuyo principal disparador sin duda fuera el fenómeno cultural que llamamos "la medicalización de la muerte y la mortificación de la medicina". Un evento de esos años señaló entre nosotros dicho nuevo tratamiento de la muerte. En la Academia Nacional de Medicina tuvo lugar una mesa redonda sobre el tema en

cuestión con distinto enfoque al médico-positivista tradicional (la muerte como hecho biológico, dato estadístico o artículo "mortis legal"). Participamos los señores académicos de turno con representantes de la filosofía, la religión, las letras y las artes (las clásicas humanidades tanatológicas), entre los cuales recuerdo a Jorge Luís Borges, Julián Marías y Beatriz Guido. Comprendí que se abría la pupila bioética sobre el fin de la vida.

Mi itinerario hacia las sombras de la muerte tiene varios capítulos. El primero es la historia de la muerte en occidente, inspirada en el conocido libro de *Ariès* con ese título, y que presta una matriz argumentativa al concepto de medicalización de la muerte y el respectivo proceso cultural. Su reverso es la mortificación de la medicina, con las nueve figuras de la nueva danza macabra (definición, participación, apropiación, transposición, postergación, paliación, administración, procuración y personalización) (Mainetti, 2000: 169-191).

Un segundo capítulo es el de la filosofía de la muerte, con sus contradicciones o paralogías (antinomía de la realidad, aporía del fenómeno y paradoja del sentido mortales), aplicada al tránsito de una muerte domiciliada hacia otra muerte hospitalizada, con la pérdida de naturalidad, autenticidad y dignidad (Mainetti, 2000: 169-191).

Un tercer capítulo y central, es el de la caracterización como complejo bioético de las decisiones al final de la vida, la muerte tecnológicamente intervenida (Pigmalión), moralmente autónoma (Narciso) y socialmente construida (Knock). Una humorografía de Quino sobre la escena clásica del lecho del moribundo, ilustra la nueva dramatización macabra por parte de sus actores (Mainetti, 2005).

Un cuarto capítulo ejemplifica el complejo bioético al final de la vida con los avatares del criterio de muerte encefálica desde que fuera formulado hasta hoy, en plena revisión por su analogía con la moraleja del cuento "El traje nuevo del emperador". En efecto, los miembros del comité de Harvard fueron los "pícaros" tejedores de la tela invisible que es la muerte cerebral y que todos consensuamos por conveniencia hasta comprobar que ella no existe en realidad. ¿Cómo es posible que hayamos sustituido la verdadera muerte (cardiorrespiratoria) por otra artefactual (encefálica) cuando el neomuerto

no está a la vista muerto, signos vitales mediante? Pero esta constatación, lejos de ser un obstáculo epistemológico para el criterio de muerte encefálica es por el contrario su auténtico fundamento. Porque si algo enseña el referido cuento consiste en que una cosa es el orden de la verificación y otra cosa es el orden de la legitimación. Lo que está realmente en juego con los criterios de muerte cerebral no es la verificación de la muerte (porque esos criterios no pueden aspirar nunca a ser ciertos) sino la legitimación de administrarla o procurarla conforme a los nuevos límites del esfuerzo terapéutico (Veatch, 2009 y Miller et al., 2009)⁴.

El quinto capítulo epitomiza los anteriores oyendo las últimas palabras de Sócrates relativas a la ofrenda de un gallo a Esculapio, porque amén de curar a los hombres y de resucitar a los muertos (lo que le valió el castigo de Zeus) les libraba por la muerte de todos los males de la vida. Nos preguntamos si no ha llegado el momento de pagar esa deuda, reconociendo a la medicina entre sus fines el de procurar un buen morir, incluyendo los medios extremos de la eutanasia y el suicidio asistido, hoy crecientemente oficializados en países centrales. Nuestro argumento consiste en que la medicalización de la muerte y la mortificación de la medicina conducen inevitablemente a una muerte intervenida y discreta, no-natural y convencional. Estaría entonces moralmente justificada la figura socrática de la "muerte sabia" en medicina, como alternativa a los modelos tradicionales de la "muerte heroica" y la "muerte sacralizada".

Sabido es que como modelo de muerte trascendida, espiritualmente sublimada, se distinguen la muerte del héroe, la muerte del santo y la muerte del sabio. La muerte heroica significa el sacrificio de la propia vida en la lucha por los valores con valor defendidos. La muerte sacra representa la rendición por el sufrimiento, encarnada en la agonía y resurrección de Cristo. La muerte sabia enseña la filosofía como terapéutica, decisión racional de autoconsumar y ennoblecer la vida.

⁴ De la abundantísima literatura reciente sobre el tópico, destaco dos referencias: Veatch, 2009 y Miller et al., 2009.

En la historia de la medicina occidental, el primer modelo -la muerte heroica- ha sido el dominante desde el positivismo: el paciente es el campo de batalla donde se libra el "bellum" contra "morbi et mortis" del arte de curar. El segundo modelo -la muerte santa- es una adquisición reciente en la medicina científica: los cuidados paliativos aceptan la mortalidad conservando el sentido cristiano, cirenaico, del sufrimiento. El tercer modelo -la muerte sabia, elegida- adviene como epítome de la muerte medicalizada: eutanasia y suicidio asistido blasonan la muerte digna y el buen morir como parte del derecho a la vida humana. Las últimas palabras de Sócrates conceden al dios de la medicina y sobre el arte que este ya tenía de curar e incluso resucitar a los mortales, el arte de morir por propia voluntad conforme a la tradición consagrada por su maestro Quirón, el centauro inmortal.

Bibliografía

- Mainetti, José Alberto (2007) "Trasplantes de órganos: vida, muerte y resurrección", *Quirón*, 38(3-4), 63-66.
- (2005) *Agenda bioética*, La Plata, *Quirón*.
 - (2000) "Medicina y humanidad", *Compendio bioético*, La Plata, *Quirón*, 169-191.
- Miller, Franklin G., Truog, Robert (2009) "The incoherence of determining death by neurological criteria: a commentary on Controversies in the determination of death, a white paper by the President's Council on Bioethics", *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 19(2), 185-193.
- Starzl, Thomas (1992) *The Puzzle People. Memories of a Transplant Surgeon*, Pittsburg, University of Pittsburg Press.
- Veatch, Robert M. (2009) "Defining and redefining life and death", *The Cambridge World History of Medical Ethics*, Robert Baker, Laurence B. Mccullough (edición), Cambridge University Press.

MONOGRAFIA BIOÉTICA

BIOETHICS MONOGRAPH

Algunas consideraciones en torno a la epistemología de la bioética

Some considerations around the epistemology of bioethics

DEMANDADO 10-3-2020 **REVISADO** 30-4-2020 **ACEPTADO** 12-5-2020

Alfonso Llano Escobar

Bioeticista
Instituto de Bio-
ética Pontificia,
Universidad
Javeriana, Bo-
gotá, Colombia

Palabras claves
*Bioética, epis-
temología, inter
y transdisciplina-
riedad*

Key Words
*Bioethics,
epistemology,
inter and trans-
disciplinary*

RESUMEN Quien entienda qué es epistemología sabrá que hablar de la epistemología de la bioética es ocuparse de un tema central de la misma, ya que la epistemología se ocupa de la naturaleza de la bioética, de su estructura interna, de su fundamentación y su método.

ABSTRACT Let's start with the etymology of the word as it sheds light on the subject. Epistemology comes from the Greek verb "epi-stemi": to be on, to dominate. The ancient Greeks distinguished opinion from deep knowledge -"episteme"-, understanding by "opinion" a superficial and doubtful knowledge and by "episteme" a rational knowledge, well-founded, which makes the knower of the object superior to it; owner and lord of it to use it properly. We become masters of bioethics to the extent that we fully understand its "episteme". Whoever dominates the epistemology of bioethics dominates bioethics, of which we

1 Introducción

Empecemos por la etimología de la palabra, pues arroja luz al tema. *Epistemología* viene del verbo griego “epi-stemi”: estar sobre, dominar. Los griegos antiguos distinguieron la opinión del conocimiento profundo –“episteme”–, entendiéndose por “opinión” un conocimiento superficial y dudoso y por “episteme” un conocimiento racional, bien fundado, que hace al conocedor del objeto superior a éste; dueño y señor de él para usarlo de una manera apropiada. Nos hacemos dueños de la bioética en la medida en que conozcamos a fondo su “episteme”. Quien domina la epistemología de la bioética domina la bioética, de la que hablamos como disciplina.

Daniel Callahan es posiblemente el primer autor que le prestó atención al problema epistemológico de la bioética. En su interesante artículo "The Bioethics as a discipline", publicado en 1973, en el primer número de la revista *The Hastings Center Report*, cuenta cómo en el diálogo con estudiantes de medicina se encontraba a distancia de ellos pues ocupados en distintas materias –ellos en medicina, él en ética como filósofo moralista– la naturaleza del conocimiento específico o “episteme” impedía la plática, ya que incluso la jerga utilizada era diferente. Fue necesario que pasaran varias décadas para que se desarrollara un estudio epistemológico a fondo, sobre las disciplinas que entraban en juego al hablar de bioética. Posteriormente, el filósofo francés Jean Gayon advirtió el problema epistemológico de la bioética y presentó en el *Congreso Internacional de Bioética* -organizado en México en el año 1994, por el profesor Manuel Velasco Suárez-, una ponencia sobre la epistemología de la bioética en donde preguntaba quién debía enseñar la bioética. A lo que respondió acertadamente: ni un médico ni un filósofo, sino un bioeticista.

Muchos estudios se han publicado en el último tercio del siglo XX sobre epistemología de la bioética; del que merece mención especial el seminario convocado por la Unesco en el 2005, en Montevideo, Uruguay, publicado después bajo el título: *Estatuto epistemológico de la bioética*. Asimismo, destacan los escritos elaborados sobre este tema por parte de Díaz De Kóbila, en *Para una geneología de la epistemología*

(1995); Garrafa, Kottow y Saada en *Estatuto epistemológico de la bioética* (2005); Bellino, en "Bioética-fundamentiepistemologicici" (19-93) y Reichlin en "Observations on the Epistemological Status of Bioethics" (1994).

Si querernos entender la Bioética no podemos sacarla del contexto ideológico de donde surgió. Se trató de un cambio del paradigma de cientificidad, de un paso del concepto moderno de ciencia o epistemología de primer orden, al concepto actual, que dio origen a la epistemología de segundo orden. Veamos las características de cada una de ellas.

2 Epistemología de la modernidad o de primer orden

2.1 Características

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

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

Este modo de pensar y de entender la ciencia creó un estado de cosas que, tras una aparente solidez, escondía una cada vez menos disimulada fragilidad. De allí se pasa a la epistemología de segundo orden, la actual. Dicho cambio cualitativo puede expresarse como el proceso en marcha de cons-

trucción colectiva de un ideal nuevo de racionalidad. Tales cambios conciernen a los modos de concebir y producir conocimientos, a la comprensión del sentido y alcance de dicho conocimiento ya su relación con los valores humanos: por ende, a la relación entre ciencia y ética. Por lo mismo, semejante contextualización temporal es imprescindible para aprehender y caracterizar adecuadamente, en todo su alcance, el estatuto epistemológico de la reflexión y práctica de la bioética.

3 Ruptura con el ideal clásico de la racionalidad

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

La reflexión y la práctica bioéticas están siendo condicionadas por una amplia y profunda mutación cualitativa que está teniendo lugar en el pensamiento y en la praxis de nuestra época. Tales circunstancias no son aun suficientemente comprendidas ni aceptadas por todos:

- Marco, cambio de paradigma cósmico, planetario y antropológico. Superación de la división entre materia y espíritu, entre cuerpo y alma, entre sujeto y objeto... Estas nuevas circunstancias epistemológicas en que nació la bioética produjeron una profunda transformación de la vida cotidiana, a partir de ella se impone la multiculturalidad, la tolerancia, el respeto y el recurso a la deliberación interdisciplinaria. Se consolida, igualmente, la necesidad de recurrir al pensamiento complejo, que idea Edgar Morin.

Algunos de los temas en tomo a la epistemología de la bioética, destacan:

- Reflexividad (Sotolongo, 2003), por reflexividad se entiende el tener en cuenta, a la hora de hacer bioética, el contexto del sujeto y del objeto de dicha disciplina, ya que influyen ambos en la valoración y deliberación, lo cual lleva a superar la dicotomía entre objeto y sujeto. Se dan grados en la reflexividad: de la naturaleza y seres sin vida; a seres con vida; con vida intelectual y a la sociedad. Todo esto lleva al reconocimiento de la interacción entre sujeto y objeto,

además, conviene notar que la reflexividad enfatiza el carácter activo del conocimiento.

- Libertad en la bioética en cuanto ciencia social. Otro elemento esencial de la epistemología de la bioética es tener en cuenta que se trata de una ciencia social, por lo que comprende la libertad para la deliberación, escoger la fundamentación, entre otras decisiones de este estilo. La libertad enriquece mucho, pero a la vez problematiza el ejercicio de la bioética. Por ejemplo, algunas de sus deficiencias se deben al ejercicio de la libertad, como su imprecisión y cierta vaguedad o el no poder recurrir a afirmaciones absolutas, sino relativas y aún provisionales. La bioética es una disciplina social, inter y transdisciplinaria, que se usa para deliberar y valorar múltiples problemas generales y casos concretos. En ellos entra la libertad, por lo tanto, ésta se inscribe no sólo en la selección de la fundamentación y del método sino en el ejercicio de ella misma.
- Deliberación como medio de superación de los fundamentalismos. Según Aristóteles, una forma de superar los fundamentalismos es la deliberación: aquí entra la sensatez y el equilibrio. Máxime cuando coexiste la discusión y deliberación en un grupo inter y transdisciplinario.

3.1 La inter y transdiscipliniedad en bioética

Otro elemento esencial, como el que más, al tratarse de la epistemología de la bioética, es la inter y la transdiscipliniedad. La interdiscipliniedad apela a la comunicación profunda entre los dos saberes fundacionales de la bioética y los muchos que han entrado en juego con los años. Se debe entablar el diálogo entre profesionales y miembros de una clase, o cualquier grupo de bioética, que quieran valorar científicamente algún problema general o particular. Para esto se tiene que dar influjo mutuo entre los dos saberes y entre los diversos miembros de un grupo o comité que quiera trabajar bioéticamente.

En este diálogo interdisciplinario es donde aparece lo esencial de la bioética y su gran aporte a la solución de los problemas planteados por la biotecnología al hombre contemporáneo. Cuando es profunda la interrelación, surge la vida que no se da pura, sola, sino fecundada por la ética y viceversa. Algo parecido a lo que sucede en química: H₂O no es

hidrógeno más oxígeno sino agua, algo nuevo que no es suma sino combinación química de dos elementos puros. Con este tipo de diálogo interdisciplinario cada profesional entra y actúa como tal, desde su disciplina pero tratando de repercutir en las otras, al dejarse relacionar por ellas.

La condición *sine qua non* de la transdisciplinariedad, como su nombre lo indica, es la trascendencia y conjunción de saberes. Los participantes trascienden sus propias disciplinas; ya no actúan como médico o abogado exclusivamente, sino como bioeticista médico o abogado: debe prevalecer la búsqueda del elemento agrupador trascendental. Entrar en el mundo de los valores, principios y fundamentos es trascender la propia disciplina, en busca de un valor que ilumine el problema o el caso desde un nivel superior: el valor moral. Dígase lo mismo cuando la discusión es filosófica, por ejemplo cuando leemos las obras de Aristóteles o bien hoy día, las de Hans Jonas, que invitan a trascender hacia el ser no abstracto sino hacia el que subyace en los entes u objetos concretos, como el caso del organismo y del metabolismo, visto además de la perspectiva de los distintos saberes.

4 Institucionalización de la bioética como disciplina

Exige por lo menos cuatro elementos o condiciones para la institucionalización de la bioética como disciplina, a saber:

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

Un discurso crea su objeto, fija su método, se enseña y establece un diálogo con la sociedad, se convierte en disciplina, lo cual ya está sucediendo con la bioética. El estatuto se va perfilando y parece muy cercano el día en que se pueda hablar de él como de algo ya aceptado, de forma generalizada, por la academia.

Bibliografía

Bellino, F. (1993) "Bioetica-fondamentiepistemologici" en

- Bellino, F., *I fundamentidella Bioetica-aspettiantropologici, ontologici e morali*, F. Bellido, Roma, Città Nuova.
- Díaz De Kóbila, E. (1995) *Para una genealogía de la epistemología*, Rosario, Editorial UNR.
- Garrafa, V., Kottow, M., Saada, A. (2005) *Estatuto Epistemológico de la Bioética*. México, Universidad Nacional Autónoma de México, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética de la Unesco.
- Reichlin, M. (1994) "Observations on the Epistemological Status of Bioethics", *The Journal of Medicine and Philosophy*, No. 19, 79-102.
- Sotolongo, PL. (2003) "Los retos de los cambios cualitativos en el saber contemporáneo y el pensamiento social crítico. El modelo cultural en construcción por el enfoque 'de la complejidad', la bioética global, el holismo ambientalista y la epistemología hermenéutica", *Conferencia Internacional La obra de C. Marx y los desafíos del siglo XXI*, La Habana, mayo (ponencia).

MONOGRAFIA BIOETICA

BIOETHICS MONOGRAPH

Métodos de ética clínica estadounidense, europea y latinoamericana

American, european and latin american clinical ethics methods

DEMANDADO 9-6-2020 **REVISADO** 30-6-2020 **ACEPTADO** 7-7-2020

James F. Drane
Bioeticista
Edinboro University of Pennsylvania,
Estados Unidos

Palabras claves
Bioética, ética clínica, Estados Unidos, Europa y América Latina

Key Words
Bioethics, clinical ethics, United States, Europe and Latin America

RESUMEN Las decisiones de ética médica entrañan siempre cierta dificultad. En el ámbito clínico se plantean disyuntivas que dificultan mucho la adopción de decisiones acertadas. Cada caso es diferente y no se puede determinar con anticipación cuál es la decisión correcta. Si se sigue un método adecuado al efectuar evaluaciones de índole moral, casi siempre se evitan los errores más graves y se adoptan decisiones defendibles. La ética médica es muchas cosas, pero en esencia es, necesariamente, una estrategia o método. La verdadera ética médica profesional requiere un método que conduzca tanto al discernimiento moral como a decisiones que sean uniformemente acertadas. Una de las funciones más importantes de un método es mantener las normas de evaluación vinculadas con los hechos. Los buenos métodos impiden que la ética médica caiga en la trampa de las falsas generalizaciones y la mantiene arraigada en las situa-

ciones de la vida real.

ABSTRACT Medical ethics decisions always entail a certain amount of difficulty. Clinical alternatives make the adoption of well-founded decisions quite difficult. Each case is different and does not lend itself to a predetermined decision. If a satisfactory method is used to make moral evaluations, serious mistakes can almost always be avoided and defensible decisions made. Medical ethics is many things, but in essence it is necessarily a strategy or method. True professional medical ethics requires a method that leads to moral discernment as well as uniformly appropriate decisions. One of the most important functions of a method is to keep standards of evaluation linked to facts. Good methods prevent medical ethics from falling into the trap of false generalization and keep it rooted in real-life situations.

1 La dificultad de adoptar decisiones de índole ética

La ética médica se ocupa de decisiones que entrañan cierta dificultad. Los existencialistas nos recordaron la dificultad que supone el acto mismo de decidir, dado el efecto que las opciones tienen en la constitución del yo. Los profesionales de la medicina y de la ética son conscientes de esta dificultad, al menos en el sentido de que cada decisión difícil los obliga a renunciar a importantes posibilidades y a comprometerse con una opción determinada a la cual deben dirigir sus recursos.

Las tomas de decisiones en el ámbito clínico también pueden ser difíciles porque podemos sentirnos inclinados a hacer algo que es moralmente incorrecto. Las tentaciones no existen únicamente fuera de los hospitales. De hecho, el medio clínico no solo ofrece tentaciones que están fuera de lo común, sino que a veces también intensifica las tentaciones ordinarias y amplía su alcance.

En el ámbito clínico, aún más que en la vida corriente, se plantean disyuntivas que dificultan mucho la adopción de decisiones acertadas. Muchos casos clínicos son trágicos en el sentido de que todas las opciones parecen ser malas, y sin embargo hay que hacer algo. En muchos casos los riesgos son grandes y las consecuencias son difíciles de prever y de aceptar.

Una última dificultad característica del medio clínico deriva del hecho de que cada caso es diferente y no se puede determinar con anticipación cuál es la decisión correcta. En cada situación clínica nueva es imprescindible analizar cuidadosamente los datos pertinentes.

2 ¿Puede la ética médica ser algo más que relativista?

La medicina moderna está estrechamente relacionada con las nuevas tecnologías y muy poderosas que ofrecen posibilidades sin precedentes. En consecuencia, abundan los nuevos problemas morales. Estos acontecimientos se produjeron al mismo tiempo que la secularización socavaba el antiguo orden moral basado en creencias religiosas ampliamente difundidas. El problema es no solo que cada adelanto de la medicina crea nuevas opciones de índole moral, sino también que la elección debe ahora efectuarse en un clima de pluralismo.

Esta situación ha llevado a muchos a desistir de la ética, pues afirman que en el clima moral de la actualidad es imposible llegar a un acuerdo sobre lo que está bien y lo que está mal, y consideran que el subjetivismo y el relativismo radicales son inevitables. Sin embargo, esta corriente parece ser innecesariamente pesimista. Aunque las opiniones contrarias se basen en creencias que parezcan incompatibles, es posible negociar y llegar a soluciones intermedias. A pesar de que las creencias sean diferentes, pueden conducir a principios idénticos, y las personas de buena voluntad pueden llegar a un acuerdo sobre lo que está bien aunque tengan distinto parecer en cuanto a los significados últimos o a las bases filosóficas de la ética. El utilitarismo de John Stuart Mill dista mucho de la ética de Jesús; sin embargo, el propio Mill afirmó: "La regla de oro de Jesús de Nazaret encierra la esencia completa de la ética utilitaria. 'No hagas a los demás lo que no quieres que te hagan a ti' y 'Ama al prójimo como a ti mismo' constituyen el ideal de perfección de la moral utilitaria" (Mill, 1987: 24-25)⁵. De hecho, la tendencia de distintos fundamentos teóricos hacia una lista similar de normas éticas (verdad, santidad de la vida, fidelidad, autonomía,

⁵ Thomas Hobbes (1839, II: 144-145), que se aparta aun más de los fundamentos religiosos de la ética, hace la misma observación que Mill en *Uhlitanamsm* (1987).

beneficencia, justicia, igualdad, respeto por las personas, racionalidad, etc.) derriba todo pesimismo indebido en cuanto a la posibilidad de superar el relativismo radical.

Las personas de buena voluntad, entre ellas los médicos comprometidos, pueden llegar a un acuerdo en la mayoría de las situaciones clínicas. En vista del importante compromiso de hacer lo que está bien y del acuerdo bastante amplio que existe en tomo a los principios éticos rectores, el problema fundamental se reduce al pensamiento moral competente, es decir, pasar por ciertas etapas intelectuales para llegar a una decisión.

3 Método y discernimiento en ética

El amor que carece de estrategia no es nada más que un sentimiento efímero, y lo mismo ocurre con la ética. El paso de los sentimientos morales a la ética se realiza por medio de una estrategia para efectuar evaluaciones morales. No todos los profesionales comprometidos llegan a la misma conclusión en cada caso clínico, pero la mayoría de las veces evitan los errores morales más graves y adoptan decisiones defendibles y respetables si siguen un proceso adecuado al realizar evaluaciones de índole moral. Aunque exista un amplio acuerdo de tipo general en cuanto a los principios morales, la aplicación de estos a un caso concreto es una tarea difícil y delicada, y es aún más compleja determinar qué principio tiene prioridad cuando se pueden aplicar dos o más a la vez. La ética médica es muchas cosas, pero en esencia es, necesariamente, una estrategia o método.

Al igual que la ciencia, la ética médica debe sopesar, evaluar, analizar y estudiar las relaciones entre datos empíricos. A diferencia de muchas escuelas de la ética filosófica, la filosofía aplicada en forma de ética médica se basa en situaciones concretas de la realidad en que los seres humanos viven y mueren. En consecuencia, los que ejercen la ética clínica deben, al igual que los científicos, recopilar hechos y analizarlos sistemáticamente. El profesional de la ética clínica competente es consciente de las premisas y presuposiciones básicas que intervienen incluso en la etapa inicial de recopilación de datos. La objetividad es una de las metas de la ética médica, pero se trata de una objetividad bien fundada, que tiene en

cuenta las dimensiones subjetivas aun en la observación y la descripción, y no de una objetividad ingenua.

Ninguna estrategia ni método puede compensar el retraso de la madurez ética o las fallas del carácter de la persona que toma decisiones. Los individuos que se dejan llevar por impulsos o que tienen una personalidad antisocial o narcisista no pueden distanciarse lo suficiente de sus propios intereses para realizar evaluaciones objetivas, y menos aún para tomar medidas que beneficien a los pacientes. Las personas que toman decisiones en el ámbito clínico deben al menos haber alcanzado una etapa de madurez del carácter que les permita responder basándose en principios e ideales. De los médicos se espera que actúen ciñéndose a ciertos principios, pero son muy numerosos los casos de personas que han alcanzado una excelente reputación profesional sin un grado concomitante de madurez ética.

Sin embargo, un obstáculo mucho más común para el discernimiento ético es el hábito de tomar decisiones de índole moral sin la ventaja que ofrece un método adecuado. Cuando esto ocurre, lo que falta es la claridad en el discernimiento moral y no la capacidad caracterológica de discernimiento. Algunos profesionales que, con toda razón, se consideran personas decentes y rectas en realidad toman a las ligeras decisiones de gran importancia ética. Otros carecen de una estrategia sistemática o de un método reflexivo y adoptan decisiones en una forma más pragmática. Algunos acuden a las autoridades en la materia en busca de orientación moral, mientras que otros confían en su propia comprensión intuitiva de lo que es correcto. Con frecuencia se toman decisiones según las expectativas de ciertos grupos. Para que la ética médica sea adecuada, no debe basarse en actos irreflexivos. La verdadera ética médica profesional requiere un método ético que conduzca tanto al discernimiento moral como a decisiones que sean uniformemente acertadas.

El método proporciona el marco para la adopción de decisiones de índole ética que garantiza que se tengan en cuenta los datos pertinentes. Aclara los derechos y responsabilidades y asegura a una sociedad cada vez más desconfiada que las decisiones que son importantes para los pacientes y sus familiares se toman tras la debida reflexión. Sin embargo, el

método no garantiza la infalibilidad. No siempre se tomará una decisión correcta. A pesar de ello, los errores más graves se pueden evitar sistemáticamente, y este es un objetivo importante. La autoridad del método se basa en las determinaciones razonadas y respetuosas que resultan de su uso. A veces se necesita asesoramiento jurídico antes de tomar una decisión de tipo ético, pero la mayoría de las veces los jueces quedan satisfechos cuando las personas que intervienen debidamente en la adopción de una decisión lo hacen de manera cuidadosa y sistemática. Esto es algo que un buen método puede garantizar.

4 Métodos históricos y el énfasis en la situación

Las estrategias o métodos éticos clínicos recientes no son completamente nuevos, sino que en el curso de la historia han sido precedidos por otras versiones de cómo llegar a conclusiones defendibles que se encuentran en la ética religiosa. La teología moral del catolicismo, en particular, se interesó en estas estrategias para orientar las decisiones de los directores espirituales o para usar en la confesión. De hecho, se ha comprobado que los métodos históricos han influido mucho en las estrategias más ampliamente utilizadas en la ética clínica.

Cada modelo o estrategia tiene dos fases:

- 1 Dirige la atención a la recopilación de datos.
- 2 Aplica las normas de evaluación.

El modelo en sí refleja explícitamente una separación entre ambas fases. Con su método clásico, por ejemplo, santo Tomás de Aquino aplicaba las normas cristianas ordinarias, pero solo después de prestar mucha atención a los hechos. Llegó incluso a decir que las acciones humanas se consideran buenas o malas según los hechos o las circunstancias: “*Actio-nes humanae secundum circumstantias sunt bonae vel mae*” (Tomás de Aquino, 1988). Santo Tomás de Aquino considera que las circunstancias o los hechos del caso no son accidentales o de importancia secundaria. El juicio, sea correcto o no, no deriva exclusivamente de la estructura de un acto ni de la intención que lo informa. De los hechos o las circunstancias peculiares y particulares en las cuales se ejecuta un

acto humano depende directamente que dicho acto sea considerado bueno o malo. Los hechos y las circunstancias son tan importantes como las normas o principios de evaluación para determinar cuál es el camino acertado.

Lo que se aplica a la teología moral clásica se emplea también a la ética médica moderna. La ética médica surge del ámbito clínico y toda decisión está vinculada a un conjunto determinado de circunstancias llamado "caso". Algunos tipos de ética se complacen en generalidades y abstracciones, pero eso no ocurre con la ética teológica clásica ni con la ética médica contemporánea. Todos los métodos modernos útiles ponen claramente de relieve la explicación de los factores médicos, humanos y económicos que cambian y se entrecruzan en cada caso clínico.

La ética médica es, inevitablemente, situacional, y a fin de que un método sea viable debe ser útil para explicar las circunstancias propias del caso. Sin embargo, el carácter situacional no la convierte en una ética de situación. Ni la teología católica clásica ni la ética médica moderna constituyen una ética de situación en el sentido de ser radicalmente relativistas. En ambas tradiciones existen normas objetivas y determinaciones fundamentales de índole moral que han sido aceptadas. No obstante, en ambas un acto que en ciertas circunstancias sería considerado como un homicidio y como un acto indebido, en otras circunstancias podría considerarse que no es un homicidio y, por cierto, que no es incorrecto.

En la teología clásica se presta atención a los elementos de la evaluación que se relacionan recíprocamente con las explicaciones de los hechos o las circunstancias clínicas: códigos, leyes, precedentes, principios éticos, experiencias colectivas o individuales, argumentos racionales, normas culturales, autoridades en la materia y finalmente la fe. Para los creyentes hay autoridades religiosas; para los seculares hay autoridades filosóficas. Una de las funciones más importantes de un método es mantener las normas de evaluación vinculadas con los hechos. Los buenos métodos impiden que la ética médica caiga en la trampa de las falsas generalizaciones y la mantienen arraigada en las situaciones de la vida real.

5 La casuística y la ética clínica

Un ejemplo maravilloso de la manera en que el método organiza la inteligencia para arribar a decisiones defendibles es la casuística, método que se originó en el estoicismo y en Cicerón y floreció durante los siglos XV y XVI, principalmente entre los teólogos jesuitas. La casuística es

la interpretación de problemas morales, empleando procedimientos del razonamiento basados en paradigmas y analogías, que conduce a la formulación de una opinión calificada sobre la existencia y el rigor de ciertas obligaciones particulares, expresada en términos de normas o máximas generales, pero no universales ni invariables, dado que se aplican con certeza únicamente en las condiciones características del agente y las órcunstancias de la acción (Jonsen y Toulmin, 1988: 257)⁶.

Las suposiciones teóricas (derecho o teoría natural) influyeron ciertamente en el pensamiento casuístico, al igual que en la ética médica moderna (deontología y utilitarismo), pero cuanto más se acerca uno a la solución de un problema clínico, más se aleja de consideraciones teóricas explícitas e implícitas.

Un caso (de "cadere", caer) de ética clínica es una declaración de los actos o asuntos que incluye una referencia a lo que la teología clásica llama las circunstancias: ¿quién?, ¿qué?, ¿cuándo?, ¿dónde?, ¿por qué?, ¿cómo? y ¿por qué medios? En el método casuístico, las circunstancias (de "circum", alrededor, y "siare", estar) literalmente estaban alrededor de los elementos centrales que se llamaron máximas (normas o directrices morales que orientan la adopción de decisiones de índole moral). Las máximas, consideradas como normas morales, más que una teoría, siguen siendo los principales elementos para la evaluación en el ámbito de la ética clínica. Por ejemplo, "los pacientes legalmente competentes tienen derecho a decidir"; "los médicos deben actuar en función de lo que es bueno para el paciente desde el punto de vista médico"; "los médicos no deben matar a los pacientes". El valor práctico de una máxima radica en su utilidad para adoptar rápidamente decisiones defendibles.

⁶ Esta es una referencia útil para cualquiera que esté interesado en la casuística y espeaalmente para los expertos en ética clínica. Los autores presentan argumentos convincentes en defensa de la idea de que la ética médica moderna se basa en la casuística.

Lo más común es que a un caso se aplique más de una máxima y la función del profesional de la ética clínica es determinar qué norma debe prevalecer. Cualquier cambio en las circunstancias conducirá a la aplicación de otras máximas, de manera que hay que prestar constantemente mucha atención a las características del supuesto. La casuística en el pasado y la ética clínica en la actualidad se centran en casos, y las circunstancias son imprescindibles para determinar qué está bien y qué está mal.

En la casuística clásica ciertos casos servían de paradigma y ejemplificaban las máximas que prevalecían en un conjunto de circunstancias determinadas. En la medida en que se demostrara que un caso era similar al del paradigma o se apartaba de él, la decisión o fallo en cuanto a su corrección o incorrección adquiriría mayor o menor certidumbre. Todo dependía de la influencia recíproca de las circunstancias y las máximas. Lo mismo ocurre con la ética en el ámbito de la medicina clínica. Las decisiones en cuanto a la corrección o incorrección de las mismas en un caso clínico se basan en circunstancias y se justifican según una máxima o una norma. Por consiguiente, la casuística, que Voltaire y otros creyeron haber destruido con la crítica cínica, parece estar en vigencia en la ética médica contemporánea.

La ética médica clínica no tiene tiempo para la consideración abstracta de la ética teórica, ni muestra ningún interés o inclinación por esta actividad. Además, la teoría abstracta no redundará en ningún beneficio para la adopción de decisiones clínicas. En cambio, la casuística se centra en las circunstancias del caso y prefiere emplear directrices concretas (máximas). En el ámbito clínico contemporáneo, al igual que en el contexto histórico en el cual se desarrolló la casuística, existen presiones para tomar decisiones así como la necesidad de justificar dichas decisiones. El experto en casuística se enfrentaba con un caso confesional o un dilema de orientación espiritual; el experto en ética médica se enfrenta con distintas opciones en un caso médico que se deben evaluar rápidamente a fin de tomar una conclusión oportuna. Hay ciertos temas o consideraciones que siempre se deben tener en cuenta y se indican en los distintos métodos que orientan a la ética médica clínica.

6 Métodos de ética clínica aplicados en los Estados Unidos⁷

Poco después de que comenzó a difundirse el concepto de la ética médica contemporánea, a fines de los años sesenta y durante los setenta, David Thomasma preparó un programa de ética clínica en la Universidad de Tennessee, en Memphis, El programa estaba inmerso en el medio clínico y el método que estableció para la adopción de decisiones de índole ética era similar al empleado para tomar decisiones médicas. Este autor desglosó el proceso de razonamiento moral en relación con los casos en seis pasos y enseñó a los médicos a seguirlos. Con el correr de los años modificó un poco los pasos, pero básicamente son los siguientes:

55

- 1 Describir los hechos médicos del caso.
- 2 Destacar los valores (metas, intereses) de todas las partes involucradas en el caso: médicos, pacientes, personal, hospital.
- 3 Indicar cuál es el principal conflicto de valores.
- 4 Determinar las posibles medidas que podrían proteger el mayor número de valores en el caso.
- 5 Escoger una forma de actuar.
- 6 Defender la decisión tomada (Thomasma, 1978: 36)⁸.

Thomasma defendió su método y la necesidad de que los médicos clínicos aprendan los procedimientos del razonamiento ético en un libro que escribió en 1981 junto con Edmund Pellegrino (Pellegrino y Thomasma, 1981). Posteriormente, en 1982, Albert Jonsen, Mark Siegler y William Winslade publicaron un libro sobre ética médica, dirigido específicamente a los médicos con el fin de facilitar la adopción de decisiones clínicas (Jonsen, Siegler y Winslade, 1982 y Siegler, 1982). En esa obra reducen los seis pasos de Thomasma a cuatro, en los cuales incorporan numerosas consideraciones complejas. Reconociendo que los médicos están acostumbrados a tomar decisiones de índole médica siguiendo un méto-

⁷ Los métodos presentados en este texto son versiones resumidas de los originales. Los textos completos se puede encontrar en los libros y artículos citados.

⁸ El esquema citado es una versión actualizada de la publicada en 1978, es la que Thomasma usa en la Louola University Chicago stritch School of medicine.

do determinado, pero se sienten incómodos con las decisiones de tipo ético, los autores analizan las razones de la incomodidad de los médicos y proponen resolverla por medio de un enfoque sistemático de los problemas éticos. El objetivo de su método es proporcionar a los médicos una lista comprobatoria a fin de garantizar que tengan en cuenta todos los elementos pertinentes: cuáles son los hechos más importantes del caso, cómo se deben organizar los hechos a fin de que conduzcan a consideraciones críticas, y cómo se deben sopesar las distintas consideraciones de índole ética. Los cuatro pasos son los siguientes:

- 1 Indicaciones médicas (el ámbito del médico): diagnóstico, pronóstico, opciones terapéuticas, estrategia clínica basada en los riesgos y beneficios de los distintos tratamientos, y características particulares del paciente.
- 2 Preferencias del paciente (decisión adoptada por el paciente basándose en indicadores médicos): cómo manejar un conflicto entre las indicaciones médicas y las preferencias del paciente: consideraciones sobre competencia; cómo pasar por alto la negativa del paciente; qué hacer cuando el paciente no es legalmente competente y se está muriendo.
- 3 Consideraciones sobre la calidad de la vida: cuando un paciente no puede tomar decisiones por sí mismo, otra persona debe decidir en su lugar si un tratamiento será beneficioso o creará una carga adicional (es decir, ¿vale la pena la operación, el tratamiento con radiaciones, el régimen médico, etc.?). Se asigna un valor a las características de la experiencia humana (conciencia, funciones de relación, dolor, función). La calidad de la vida se evalúa únicamente cuando el paciente no puede elaborar sus propios juicios, no se conocen sus preferencias y las metas médicas son limitadas (por ej., enfermedades terminales, pacientes en estado de inconsciencia permanente, neonatos discapacitados, casos en los que se ha dado la orden de no aplicar la reanimación cardiopulmonar).
- 4 Factores socioeconómicos (cuando las decisiones afectan a terceros): las decisiones clínicas tienen repercusiones que no se limitan a la tríada médico/paciente/representante, sino que abarcan también la familia, la escasez de recursos, los fondos disponibles, las necesidades en el campo

de la enseñanza de la medicina, la seguridad y el bienestar de la sociedad. Estos factores se sopesan en último término y en la adopción de las decisiones ordinarias no se les atribuye la misma importancia que a los anteriormente mencionados, pero cada día son más importantes.

Este método no solo orienta a las personas que deben tomar decisiones en el examen de los temas básicos, sino que también les indica cuándo deben tener en cuenta cada elemento y cuánta importancia deben atribuir a cada uno. Los cuatro temas generales son relativamente sencillos, pero cada categoría incluye muchos elementos y niveles diferentes de reflexión ética. Un modelo ético elaborado por James F. Drane trata de separar los distintos elementos y niveles discursivos y mostrar la manera en que las personas que toman decisiones proceden en forma lógica de un elemento o nivel a otro. Al igual que el modelo anterior, consta de cuatro partes principales:

- 1 Fase expositiva: guía para señalar los hechos pertinentes.
 - A Factores médicos: diagnóstico, pronóstico, opciones terapéuticas, metas médicas acordes con la realidad, eficacia del tratamiento, incertidumbre relacionada con la comprensión científica en el ejercicio de la medicina.
 - B Factores personales: ¿quién es el paciente y qué quiere? ¿cuáles son los intereses, deseos, sentimientos, presentimientos y preferencias del paciente, los médicos, el personal, los administradores del hospital y la sociedad?
 - C Factores socioeconómicos: costos para el paciente, la familia, el hospital, la entidad proveedora de atención médica, la compañía de seguros, el gobierno nacional y la comunidad local.
- 2 Fase racional: guía para el análisis de los datos pertinentes.
 - A Categorías relacionadas con la ética médica: expresiones tales como consentimiento con conocimiento de causa, rechazo del tratamiento, confidencialidad, experimentación y eutanasia son ejemplos de una taxonomía general para la organización de los datos y la consulta de publicaciones. El lenguaje de la ética médica proporciona los instrumentos para reflexionar sobre los casos.

- B Principios y máximas: la beneficencia, la autonomía, el respeto, la verdad, la fidelidad, la santidad de la vida y la justicia son normas ampliamente aceptadas. Existen también directrices más concretas expresadas en forma de normas específicas: no prolongar la agonía, aliviar siempre el sufrimiento, respetar los deseos de los pacientes legalmente competentes.
- C Decisiones de índole jurídica y códigos profesionales: los casos que constituyen paradigmas jurídicos orientan la reflexión sobre otros: por ejemplo, un caso como el de Karen Ann Quinlan. Los códigos profesionales, actualizados por las organizaciones profesionales, también orientan la reflexión.
- 3 Fase volitiva: el paso de los hechos y la reflexión a la adopción de decisiones.
- A Ordenamiento de los beneficios: cuando se puede proporcionar más de un beneficio o satisfacer más de un interés, hay que preparar una lista según el orden de precedencia. Por ejemplo, las preferencias de los pacientes legalmente competentes tienen prioridad sobre las del médico o los familiares; en una epidemia, el bienestar de la sociedad tiene precedencia frente al bien individual.
- B Ordenamiento de los principios: cuando entran en juego principios incompatibles, hay que ordenarlos según las creencias personales y los compromisos profesionales. La prioridad de los médicos es la beneficencia (atender al paciente, curarlo, salvarle la vida, aliviarle el dolor). Existen otros principios que también se respetan, pero que no tienen prioridad sobre la beneficencia.
- C Adopción de una decisión: los profesionales toman decisiones con la mayor prudencia y sensibilidad que su madurez personal les permite. Hay que tomar precauciones especiales en los casos en que una decisión dé por resultado la muerte del paciente.
- 4 Fase pública: preparación para el escrutinio público y la defensa de las decisiones.
- A Explicitar las hipótesis y tomar conciencia de los factores subjetivos y de las creencias fundamentales.
- B Establecer una correlación entre las razones y los sentimientos. Esforzarse por aplicar los principios, las máximas y las normas en forma coherente.

- C Organizar los argumentos para el discurso público. En una sociedad pluralista, para que la ética sea aceptable debe estar respaldada por razones convincentes (Drane, 1988: 64-67).

Los métodos de Thomasma (1978), Jonsen et al. (1982), Siegler (1983) y Drane (1988) abordan los mismos puntos básicos, pero difieren en la explicitud con que se indican los elementos clave en el esquema. Ninguno de los autores estaría en desacuerdo con los elementos incluidos en el modelo de los demás. Cada modelo trata de promocionar un procedimiento que se pueda emplear para tomar decisiones clínicas independientemente de las creencias teóricas (utilitarias o deontológicas, religiosas o seculares) del individuo que tome las decisiones (Brody, 1981)⁹. Por consiguiente, los métodos difieren en cuanto a la selección de términos, el ordenamiento de temas, la importancia de estos y la secuencia temporal.

7 El método europeo y el latinoamericano

Hans-Martin Sass, director del Centro de Ética Médica de Bochum, Alemania, es el autor principal del "Protocolo de Bochum". José A. Mainetti, director del Instituto de Humanidades Médicas de la Universidad de La Plata, Argentina, apoya fervientemente este método como alternativa frente a los enfoques estadounidenses de la bioética, que -según Mainetti- reflejan la cultura, la sociedad y la medicina de dicho país. Mainetti considera que la bioética estadounidense, como la vida de este pueblo, tiene una orientación tecnológica, secolar y pluralista. Sin embargo, en opinión de Mainetti la ética médica estadounidense se ha acercado últimamente a los estilos europeo y latinoamericano. La tradición médica de Europa y América Latina es más humanista, y la ética médica en ambas regiones no está tan fuertemente vinculada a las teorías deontológica y utilitaria. Según Mainetti, como es menos formalista y está menos sujeta a teorías y normas, puede contribuir a una renovación del ejercicio de la medicina.

⁹ En este libro, el autor presenta un esquema de distintos métodos, según las creencias teóricas de cada uno: utilitaristas, deontológicas, etc.

La ética médica europea presta más atención a las consideraciones sobre las virtudes y está menos sujeta a los principios. Por lo tanto, requiere un método propio que evite incluso la apariencia de una estrategia técnica aplicada por técnicos expertos para obtener soluciones socialmente aceptables. Mainetti encuentra un método de este tipo en el “Protocolo de Bochum”, que al igual que otros que hemos visto consta de cuatro fases, cada una de las cuales se divide en apartados. Este método se compone básicamente de preguntas:

- 1 Identificación de los datos científicos médicos: ¿cuál sería el mejor tratamiento teniendo en cuenta los datos científicos-médicos?
 - A Reflexiones generales: ¿diagnóstico, pronóstico, opciones terapéuticas, beneficios o resultados del tratamiento, pronóstico en caso de que no se administre tratamiento?
 - B Reflexiones especiales: ¿cómo se aplican a este paciente en particular las opciones terapéuticas con sus distintos beneficios y responsabilidades?
 - C Tarea del médico: ¿existen las condiciones clínicas necesarias para proporcionar un tratamiento apropiado? ¿es el médico competente? ¿son claros los conocimientos médicos en este campo? ¿Se reconoce lo que la medicina ignora?
- 2 Identificación de los datos ético-médicos: ¿cuál sería el mejor tratamiento teniendo en cuenta los factores ético-médicos?
 - A La salud y el bienestar del paciente: ¿cuáles son las cargas de responsabilidad (física y espiritual) de cada opción terapéutica?
 - B Autodeterminación del paciente: ¿qué valores, actitudes y grado de comprensión tiene el paciente? ¿se puede respetar la participación del paciente y sus propias decisiones o se hará caso omiso de ellas y se aceptará la decisión que otra persona tome en su lugar?
 - C Responsabilidad del médico: ¿se puede mediar en los conflictos entre el médico, el paciente, el personal hospitalario y la familia sin socavar la confianza, el carácter confidencial y la verdad? ¿qué grado de claridad, certeza o duda existe en tomo a la idoneidad de las categorías éticas y la relación entre ellas?

- 3 Manejo del caso: ¿Cuál es la mejor decisión en vista de las consideraciones precedentes?
- A ¿Cuáles son las opciones más aceptables teniendo en cuenta los datos ético-médicos? ¿Se necesitan más consultas o se debe trasladar al paciente?
- B ¿Cuáles son las obligaciones concretas del médico, el paciente, el personal y la familia teniendo en cuenta el tratamiento seleccionado?
- C ¿Existen argumentos contrarios a esta decisión? ¿Se conversó sobre la decisión con el paciente? ¿Se obtuvo su consentimiento?
- 4 Preguntas adicionales sobre la evaluación ética:
- A En los casos que requieren tratamiento prolongado: revisión regular del tratamiento médico y la evaluación ética. ¿Es flexible el plan de tratamiento? ¿Se tienen en cuenta las medidas paliativas si el pronóstico es sombrío? ¿Se garantiza que se tengan en cuenta los deseos expresos y presuntos del paciente?
- B Cuando existen factores sociales: complicaciones familiares, emocionales, profesionales y económicas. ¿Puede el paciente, la familia o la comunidad hacer frente a las complicaciones? ¿Se fomenta la integración social, la felicidad y el desarrollo de la personalidad del paciente? ¿Cómo se deben evaluar estos factores sociales desde el punto de vista de las consideraciones científico-médicas y ético-médicas?
- C En los experimentos terapéuticos y de otro tipo: ¿qué efecto tiene el experimento en las consideraciones médico-éticas? Si no se proporciona información completa al paciente o si este no comprende la información recibida, ¿se justifica el experimento? Si el paciente no ha dado su consentimiento, ¿se justifica el experimento?, ¿fue justa la selección de pacientes?, ¿pueden los pacientes abandonar el experimento en cualquier momento?

8 Semejanzas y diferencias entre los métodos bioéticos estadounidenses, europeos y latinoamericanos

Las similitudes entre los métodos europeo, latinoamericano y estadounidense son muchas, pero el primero tiene varias características distintivas. Aunque los principios son los mismos, en el sistema de Bochum se atribuye menos importancia

a la autonomía. Por ejemplo, el apartado sobre autodeterminación del paciente refleja el punto de vista del médico. El Protocolo pregunta qué sabe el médico sobre el sistema de valores, las actitudes y el grado de comprensión del paciente. Este enfoque lleva a la siguiente pregunta: "¿En qué medida se puede tener en cuenta al paciente o en qué medida se puede hacer caso omiso de él?" (Sass, Viefhues y Mainetti, 1988). Un planteamiento de este tipo sería inimaginable en el método estadounidense, que por razones culturales hace gran hincapié en la autonomía del paciente. En el "Protocolo" de Bochum, las decisiones relativas al tratamiento incumben principalmente al médico, a quien se le pide que considere la posibilidad de conversar sobre ello con el paciente y que después decida si respetará o no las preferencias de este. La misma diferencia que existe en la importancia que se atribuye a la autonomía del paciente respecto de los valores del médico se observa en el apartado sobre experimentación. El Protocolo incluye preguntas sobre la justificación de las investigaciones en los casos en que no se informa al paciente o en que este no ha dado su consentimiento. En los Estados Unidos, un comportamiento de este tipo por parte de un médico sería ética y jurídicamente indefendible.

El Protocolo de Bochum es tan formalista y técnico como los modelos estadounidenses, pero presenta elementos que no figuran en los últimos. Se encuentran referencias más explícitas a asuntos epistemológicos: "¿Qué factores importantes ignora el médico?" "¿Son los conceptos médicos suficientemente claros?" Tener en cuenta la ignorancia y la falta de claridad de los médicos son conceptos ajenos al estilo estadounidense. De hecho, los médicos jóvenes se esfuerzan mucho durante su formación para dar una impresión de certidumbre y confianza en sí mismos (algunos dirían de infalibilidad). Cualquier sugerencia en el sentido de que se informe a los pacientes sobre las limitaciones cognoscitivas o técnicas del médico sería considerada contraria a la realidad y hasta antiterapéutica por la mayoría de los facultativos de los Estados Unidos.

El método de Bochum pasa de lo sencillo a lo complejo. Mientras, que el modelo de Thomasma ofrece el esquema más sencillo de asuntos críticos. Siegler enumera solo cuatro temas, pero en cada uno de ellos incluye varias consideraciones

más complejas. Drane desglosa algunos de los asuntos complejos y los organiza según un plan epistemológicamente gradual. El Protocolo de Bochum incorpora asuntos clínicos, éticos y epistemológicos y abarca distintas situaciones clínicas. Para evaluar los distintos modelos se necesitaría hacer una prueba de su eficacia y utilidad para los profesionales: ¿en qué medida tiene en cuenta los elementos cruciales la persona que toma una decisión? ¿percibe los problemas cruciales? ¿se señalan los asuntos que podrían pasar inadvertidos? ¿es el modelo pragmático o clínicamente viable? En mi opinión, cada modelo tiene sus ventajas y desventajas, y tengo la impresión de que cada profesional decidirá por sí mismo cuál da mejor resultado y de qué manera se puede perfeccionar el modelo más viable.

9 Conclusiones

En conclusión, los distintos enfoques para la adopción de decisiones de índole ética son más que comprensibles. La medicina europea y la latinoamericana son más humanistas en el sentido de que la formación médica continúa incluyendo filosofía de la medicina, historia de la medicina, antropología médica y, actualmente, ética médica. Con una formación de este tipo es más fácil optar por un enfoque menos técnico y más complejo desde el punto de vista filosófico para tomar decisiones. En los Estados Unidos, en cambio, los médicos y la medicina tienen una orientación más clínica que no tiene tanto en cuenta los aspectos filosóficos del ejercicio de la medicina. Sus aspectos positivos son más bien de índole pragmática. En condiciones ideales, un método debería ser a la vez clínicamente práctico y filosóficamente complejo. Si existiera una mayor cooperación entre los expertos en ética clínica de los Estados Unidos, Europa y América Latina, nos acercaríamos más a la consecución de ambas metas.

Bibliografía

- Aquino, Tomás de (1988) *Suma de teología*, Madrid, Biblioteca de Autores Cristianos, 1 y 11, cuestión 18, art. 3.
- Brody, H. (1981) *Ethical Decisions in Medicine*, Boston, Little Brown, 2 edc.
- Drane, JF. (1988) "'Ethical workup' guides clinical decision making", *Health Progress*, 69(11), 64-67.

- Hobbes, T. (1839) "Leviathan", The English Works of Thomas Hobbes, William Molesworth, London, John Bohn, t. II y III, cap. XV, 144-145.
- Jonsen, A., Siegler, M., Winslade, W. (1982) *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decision in Clinical Medicine*, New York, Macmillan.
- Jonsen, AR., Toulmin, SE. (1988) *The Abuse of Casuistry*, Berkeley, University of California Press,
- Mill, JS. (1987) *Utilitarianism*, London, Longmans and Green, cap. 11, 24-25.
- Pellegrino, E., Thomasma, D. (1981) *A Philosophical Basis of Medical Practice: Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions*, New York, Oxford University Press.
- Sass, HM., Viefhues, H., Mainetti, JA. (1988) *Protocolo de Bochum para la práctica ético-médica*, Bochum, Zentrum für Medizinische Ethik, 2 edc.
- Siegler, M. (1982) "Decision-making strategy for clinical-ethical problems in medicine", *Arch Intern Med.*, 142(12), 2178-2179.
- Thomasma, D. (1978) "Tramming in medical ethics: an ethical workup", *Forum on Medicine*, 1(12), 36.

MONOGRAFIA BIOETICA

BIOETHICS MONOGRAPH

Introducción a la muerte en medicina **Introduction to death in medicine**

DEMANDADO 18-6-2020 REVISADO 27-6-2020 ACEPTADO 20-7-2020

**+ José Alberto
Mainetti
José Luis
Mainetti**

*Fundación
Mainetti, La
Plata, Argentina*

Palabras claves:
Bioética, medicina, muerte, mortificación

Key Words:
Bioethics, medicine, death, mortification

RESUMEN Aunque la muerte es quizás, junto al nacimiento, el hecho más natural del mundo, como preocupación humana siempre es cosa nueva: "Todos los hombres son mortales", pero ni individual ni genéricamente nos habituamos a nuestra mortalidad. El sentimiento de la muerte domina la condición humana, el hombre y la mujer es el animal mortal -en el sentido de que sabe ha de morir: toma de conciencia trágica que define a la vez nuestro privilegio esencial y nuestra inquietud fundamental. Es necesario recordar que el trato del hombre y le mujer con la muerte varía considerablemente en el curso de los tiempos; ella no plantea los mismos problemas a todas las sociedades históricas conocidas, lo que depende de las diversas formas de representarla, vivirla y padecerla. ¿Cuál es el lugar de la muerte en nuestra civilización? ¿Qué pasa hoy cuando tanto se habla de ella? En la última década asistimos en occiden-

te a una resurrección intelectual de la muerte, olvidada tras la moda existencialista de entreguerras, que se expresa profusamente a través de publicaciones, reuniones y sociedades u organizaciones tanatológicas en escala internacional. La novedad del presente discurso sobre la muerte estriba en su pretendido carácter científico, más allá de la mentalidad dicial de la "meditatio mortis", hasta ahora patrimonio del arte, la religión y la filosofía. Pero en el intento contemporáneo de "copernizar" la muerte, o sea la voluntad de marla para comprenderla, se entremezclan el objeto científico y los fantasmas políticos, la aspiración al conocimiento teórico y la consabida ideologización del pensamiento contemporáneo. Es curioso comprobar, dicho sea de paso, el contraste entre la antigüedad "reaccionaria" y la actualidad "revolucionaria" de la muerte humana, signo de que ésta tiene la vida dura también para los intelectuales tanatólogos que escribimos sobre ella.

ABSTRACT Although death is perhaps, along with birth, the most natural fact in the world, as a human concern it is always new: "All men are mortal", but neither individually nor generically do we get used to our mortality. The feeling of death dominates the human condition, man and woman is the mortal animal - in the sense that it knows it has to die: a tragic awareness that defines both our essential privilege and our fundamental concern. It is a truism to remember that the treatment of men and women with death varies considerably in the course of time; it does not pose the same problems to all known historical societies, which depends on the various ways of representing, living and suffering from it. What is the place of death in our civilization? What happens today when so much is said about it? In the last decade in the West we have witnessed an intellectual resurrection of death, forgotten after the existentialist fashion of the interwar period, which is expressed profusely through publications, meetings and thanatological societies or organizations on an international scale. The novelty of this discourse on death lies in its alleged scientific character, beyond the traditional mentality of "meditatio mortis", until now the heritage of art, religion and philosophy. But in the contemporary attempt to "copernize" death, that is, the will to transform it in order to under-

stand it, the scientific object and political phantasms, the aspiration to theoretical knowledge and the well-known ideologization of contemporary thought intermingle. It is curious to see, incidentally, the contrast between the "reactionary" antiquity and the "revolutionary" present of human death, a sign that it has a hard life also for the thanatological intellectuals who write about it.

1 La experiencia de la muerte en medicina

1.1 La muerte hoy día¹⁰

La mayor parte de la espectacular literatura reciente sobre el tema proviene de las ciencias humanas, las que en general coinciden en denunciar la negación y encubrimiento de la muerte en la cultura contemporánea, al par que postulan una suerte de "revolución mortal" para la humanidad de nuestros días. La muerte, en efecto, se ha borrado en gran medida de las actitudes psicológicas y comportamientos sociales del hombre moderno, fenómeno éste que en sí mismo nada tendría de anormal, pues como decía Bossuet en su sermón sobre la muerte de 1666, no enterramos menos los pensamientos de la muerte que los muertos mismos. Podemos admitir que tanto la función de la conciencia como de la sociedad frente a la muerte consiste en no hacer de ésta asunto nuestro, realidad auténtica o personal. La única manera de hablar de la muerte es negarla, afirmó Freud, y no hay novedad en la tesis de que si el ser humano es el animal político, ello resulta precisamente como protección contra su ultimidad inaceptable. Pero la preocupación actual por la muerte no se limita a señalar tal fenómeno de la naturaleza humana de todos los tiempos, y a proponer un no menos antiguo remedio individual moralizante. Por otra parte, sería paradójico que las ciencias humanas se interesen en la muerte cuando justamente ésta comienza a evacuarse de su objeto de estudio. En rigor, lo que ahora se cuestiona es la eficacia del tabú

¹⁰ Sobre este tema destacan los trabajos de Aries, *Essai sur l'histoire de la mort en Occident, du Moyen Age á nos jours* (1975); así como de Heuse sobre la *Guide de la mort* (1975); Potel y la *Mort a voir, mort á vendre* (1979); *Les vivants et les morts* de Ziegler; *The american way of death* de Mitford (1963); la *Anthropologie de la mort* de Thomas (1975), y los escritos de Clarke (1972), Fuchs (1969), Gorer (1963, en el que incluye el artículo precursor de este autor "The Pornography of Death" -1955-) y Vovelle (1973).

de la muerte para reprimir el impulso tanático y conjurar su dominante realidad colectiva, el gran hecho social de nuestro tiempo, y la posibilidad del discurso para levantar dicha interdicción y aplicarse a una política de la vida, la gran urgencia de nuestro futuro o supervivencia. Debemos, entonces, atender a la realidad de la muerte, a las danzas macabras que, de siglo en siglo, nos vuelven siempre presente el "memento mori".

Al tomar conciencia de la muerte en nuestra circunstancia, alarma el carácter mortífero de la vida contemporánea. No cabe duda que el siglo XX es por lejos el más violento de la historia humana, el que ha conocido la expresión de todas las pulsiones mortíferas del hombre en escala planetaria: dos guerras mundiales, el poder nuclear (que significa por primera vez la posibilidad del homicidio colectivo), el etnocidio, el genocidio y las tantas formas modernas de la violencia. Podríamos sospechar la existencia de un inconfesado culto de la muerte, antes bien que de una represión de la misma, en nuestra cultura. "El duelo desaparece -escribe André Malraux en *Lazare*- pero un día sin homicidio en la Tv. sería un día sin pan" (VVAA, 1965). Claro está que en los tiempos bélicos la muerte se borra de la conciencia colectiva y hasta se ha dicho que aquélla es una idea civilizada, del bienestar y el progreso. Pero la civilización aporta las nuevas Parcas, con lo que la muerte está extrañamente presente -y omnipresente- en nuestras sociedades desarrolladas. Si ella por un lado se ha batido en retirada ante el avance de la medicina, por el otro aprovecha de la civilización misma, de sus hábitos patógenos (¡enfermedades de la civilización!), sus frutos venenosos (ecocidio), sus medios mecánicos (accidentes). La muerte está al acecho, y si ya no tememos a la tuberculosis, tenemos que temer la mala maniobra en la carretera o la bala perdida, el atentado a mano armada o el error policial, el secuestro o el infarto. Los problemas que la muerte plantea no nos afectan tan sólo individualmente sino que sacuden las raíces mismas del mundo histórico y constituyen un eficaz correctivo al anquilosamiento de la cultura. Como para las generaciones transicionales de la Antigüedad al Medioevo y de éste a la Modernidad, también para las nuestras quizá el tema de la muerte anuncia una resurrección o un renacimiento, en todo

caso una conquista de la vida, un nuevo triunfo sobre el último enemigo. Al menos comenzamos por poner las cosas en su lugar, el "ars moriendi" en el "ars vivendi" y la muerte en medicina, donde ella siempre es el problema y nunca la solución.

1.2 La medicalización de la muerte y la mortificación de la medicina¹¹

La muerte ha cambiado y su modelo actual sufre, al parecer, una profunda crisis. La transformación es sensible desde la primera guerra mundial con su brusca influencia en todas las costumbres. Pero la historia de la muerte en occidente muestra cómo ésta ha pasado, lenta y progresivamente, de la muerte familiar, "domesticada" en la Edad Media, a la muerte rechazada, prohibida hoy día. Tal proceso está ligado al desarrollo de la civilización científica-técnica-industrial y se manifiesta en el orden de las ideas, en las actitudes psicológicas y hábitos sociales respecto de la muerte y en las formas aceptables de morir. La idea secularizada de la muerte, al abandonar el más allá de las creencias por el más acá de la ciencia, se ha vaciado de contenido, negativizado o irrealizado, de todos modos empobrecido. No se sabe qué pensar de la muerte y por tanto no se tiene nada que decir de ella ni se puede hacer otra cosa que disimularla públicamente: el duelo, dolor por excelencia que se ponía al abrigo del mundo y perpetuaba la memoria del desaparecido, es rechazado; las condolencias

¹¹ Sobre la problemática de la medicalización de la medicina como sobre la mortificación de la medicina destacan los trabajos de Fabien (1975), Glaser y Strauss (1965 y 1968), Illich (1975), Menahen (1973), Natanson (1977), Schneidman (1976), Sudnow (1967) y especialmente *La mort a changé* de Fabre-Luce. Este último título expresa mi intención de orientar al lector en la frondosa literatura sobre la muerte. Las indicaciones aquí consignadas no pretenden, naturalmente, ser exhaustivas, pero si selectivas conforme las "pistas" generales que hemos frecuentado en nuestra pesquisa médico-tanatológica. El lector interesado en aspectos más técnicos, deberá consultar el *Cumulated Index Medicus*, en el cual el número de trabajos indexados bajo el título "Death" ha sufrido un espectacular acrecentamiento desde el último tercio del siglo XX, según lo hemos comprobado con la profesora Nelly Nowinski al confeccionar un repertorio bibliográfico de estudios sobre el tema (que queda a disposición del lector en la Biblioteca de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP, o el Instituto de Humanidades Médicas de la Fundación Mainetti).

ruborizan, las "pompas fúnebres" se neutralizan, desaparecen los signos externos del rito funerario (flores, ornatos, cortesjos, luto, participaciones), todo es lo más simple e higiénico, incluso en la "última morada" –"De mortuis nil". En cuanto a la mejor forma de morir- "Un bel morir tutta la vita onora" - ella también ha variado;- hoy tal sería la muerte súbita, la que nos sorprende en pleno impulso sin sufrimiento ni deterioro al modo del epidémico infarto; la buena muerte ya no es más la muerte consciente, preparada, sino el "exitus letalis" desapercibido, el partir sin ruido en punta de pie. Este es el modelo de la muerte impuesto por la sociedad contemporánea y que comienza a ser cuestionado justamente allí donde ha nacido, en EEUU y la Europa del noroeste. La historia se repite como en la revolución sexual, ahora relevada por Thanatos. Para nosotros importa señalar la participación de la medicina en aquel modelo de la muerte y en su problematización actual.

La medicalización de la muerte (sobreentiéndase, ante todo, de la vida) consiste en el hecho de que ésta ha caído progresivamente en el dominio de la medicina, asimilándose a su modelo tanatocrático científico, técnico y profesional (la muerte medicalizada). Esta metamorfosis histórica desde una muerte "padecida" a otra muerte "dominada" se inicia en el siglo XV con la anatomía vesaliana, cuando el deseo de los hombres por prolongar sus vidas suscitó la investigación científica e hizo del cuerpo humano punto de apoyo a la palanca técnica. A medida que la creencia en la inmortalidad del alma se debilita, va surgiendo el mito compensador de la supervivencia corpórea. La imagen de la muerte abandona el orden moral (el pecado), para instalarse en el terreno natural y su transgresión (la enfermedad). La medicina podría curar todas las enfermedades, incluso la última; la patología, anormalidad provisional, reemplaza a la muerte (el cáncer, por ejemplo, ha tomado hoy todos los rasgos de las antiguas representaciones letales). El rechazo de la muerte se refugia en la relación médico-enfermo, confesionario donde se impone la mendacidad terapéutica, la necesidad técnica de evacuar informativamente la posibilidad de la muerte; el médico renuncia a su antiguo rol de "nuncius mortis", la clínica declina el juicio lapidario, muy lejos ha quedado el consejo quijotesco

al moribundo de ocuparse de su alma. Poco a poco el morir curado, la virtud salutífera de la profesión médica, descuenta la capacidad del agonista para afrontar la propia muerte y consagrarse a ella, y la intervención del aparato terapéutico abre el trayecto hospitalario de la buena muerte alienada. Pero a pesar de la confianza que se guarda en la eficacia de la medicina -donde la muerte debe de ser dominada- también ella inspira una inquietud que empieza a manifestarse por la "rebelión del sujeto" (como lo había sido respecto de la enfermedad) contra la muerte medicalizada.

La medicina está "mortificada" porque se ha vuelto un problema la "facies hipocrática" del morir, fenómeno central de la presente crisis tanatológica. La muerte ha cambiado, en definitiva, porque la medicina ha conseguido transformar el morir, arbitrando el pasaje de la vida a su extinción. Siempre ha sido del resorte médico determinar el deceso de una persona, participar de su agonía y procurarle el mejor fin. Pero hoy, paradójicamente, cuando mayor es la eficiencia anti-tanática, se ha complicado lo que resultaba tan sencillo y reina la indefinición, incomunicación e inapropiación de la muerte en medicina. La prolongación mecánica o artificial de la vida -"extra-cuerpo" o "suplemento de alma" para nuestra reanimación o resucitación- ha borrado el cuadro clínico tradicional de la muerte y el instante clásico, hipocrático del deceso (detención del corazón, último suspiro) pierde dramatismo al diluirse y fragmentarse en pequeñas muertes (aparente, clínica, cerebral); la inconciencia excluye al moribundo de la posibilidad de ver venir su muerte, quien muere sólo y clandestinamente, y al terapeuta dispensa de compartir las necesidades emocionales y espirituales de aquél; la muerte sobreviene por decreto cuando se han consumido todos los tratamientos disponibles y se hace necesario poner un precio a la vida (racional, animal o vegetativa). Sería fácil aprovechar de esta circunstancia para prestarse al juego de la antimedicina y la protesta contra el poder médico como reflejo de las falencias de nuestra civilización positivista, tecnificada y mercantilizada. Pero aunque no es tal nuestra intención, comprendemos que la medicina ya no puede permanecer neutral frente a los problemas teóricos, técnicos y pragmáticos que plantea hoy la muerte humana a nuestro saber, habilidad y moralidad médicas. Los tres problemas tanatológicos apunta-

dos -definición, comunicación y apropiación de la muerte- son en rigor límites, respectivamente, del conocimiento, el arte y el ethos médicos. Debemos empezar pues por la toma de conciencia de esos límites, o sea el autoanálisis de las relaciones del médico con la muerte.

1.3 El medico y la muerte¹²

En el contexto médico la referencia implícita a la muerte es de intensidad comparable al de otras situaciones límite, como la guerra o la religión. El médico, el enfermo y la enfermedad protagonizan, sin embargo, un drama de "parca" expresión: no se menciona la soga en casa del ahorcado. La medicina se muestra "muta ars", sin palabras sobre la muerte; ésta se conjuga en primera, segunda y tercera personas (muerte intrapersonal, interpersonal e impersonal), al parecer ausentes del discurso médico. La vocación médica lleva la muerte en el alma, reprimida porque en el fondo negada, porque entre sus motivaciones figura en primer término la de sobrellevar la amenaza final. Hay en esto similitud, clásicamente entrevista, de la profesión médica con la religiosa: ambas coinciden en protegerse de la muerte, mediante la curación o la salvación. Actitudes contrafóbicas (contratanatofóbicas) y hábitos de sensibilización delatan la existencia de una angustia profunda por la propia muerte en el médico. Desde el anfiteatro anatómico a la guardia hospitalaria, el humor negro (Thanatos) y el verde (Eros), junto al mutismo y la perifrasis, canalizan la psicología tanática del médico, sus fantasmas que remiten siempre al originario, el cadáver, primer paciente, y a la sala de disección, el primer consultorio. Al esqueleto de la cátedra dábamos un nombre, personalizábamos, todo un símbolo de nuestro deseo por exteriorizar la muerte en el muerto. Saber es poder, el conocimiento inmuniza y la muerte del doctor es acaso en el subconsciente de todos más paradójica e inimaginable que la de cualquier otro mortal. Nos resistimos a comprender o admitir el suicidio del psiquiatra, el cáncer pancreático del cirujano o el infarto miocárdico del internista. La medicina protege, ella alimenta la omnipoten-

¹² En esta temática destacan los escritos de Freud (1948), M'uzan (1972), Escoffier-Lambiotte (1975), Sarano (1968), Sournia (1969) y Valabrega (1962).

cia. "Yo no puedo enfermar, yo lo sé todo", afirmaba confidencialmente el célebre Von Weizsäcker. Tal vez la vocación de inmortalidad, tan arraigada en el hombre, llega a su colmo en el médico. De cualquier modo éste como enfermo y como moribundo ofrece peculiaridades dignas de un capítulo aparte.

Pero no es la muerte del médico sino la del paciente lo que está en juego en medicina, profesión animada como ninguna otra por esa presencia tan pasional y dramática. La muerte del prójimo en tanto paciente es la prueba más dura, el rito de pasaje que consagra médico al doctor, sin que la frecuentación de aquélla signifique para éste una pretendida indiferencia o insensibilidad; el médico no se acostumbra a la muerte, con los años ella se vuelve, por el contrario, más difícil de sobrellevar. Para la mirada científica, técnica y profesional, en el rostro de la muerte se conjugan, como en el de toda vida humana, rasgos de destino, fracaso y culpabilidad, pues el médico siempre está implicado en el término de su relación con el enfermo, ya se considere el exitus letalis de causalidad natural (muerte biogénica), patológica (muerte patogénica) o terapéutica (muerte iatrogénica). Se dice que el médico muere con cada uno de sus pacientes, lo cual es verdad en el sentido de un "ars moriendi" cuyo aprendizaje es fundamental para controlar los sentimientos de angustia, fracaso y culpa que suscita la muerte del otro. De lo contrario la relación o comunicación terapéutica se distorsiona; la culpa y el fracaso se vuelven efectiva evasión de responsabilidad y frustración profesional, y el temor a la propia muerte frente al moribundo determina que el médico no atienda las reacciones de aquél sino a las suyas personales, lo cual explica frecuentes actitudes como la resistencia a informarse sobre la muerte, el deber de mentir, el "gusto" por la eutanasia precoz y brutal de los "condenados" o bien el embrutecimiento medicamentoso. Pero la medicina en sí misma racionaliza la muerte -la objetiva, manipula y normatiza-, convierte el destino en ciencia, el fracaso en técnica y la culpa en profesión.

En el transcurso de su formación académica el médico aprende a tomar contacto impersonal con la muerte, desde el nivel de las ciencias básicas donde se convierte en mortalidad nosológica, pasando por las disciplinas clínicas en las que interviene como riesgo terapéutico y sobrevida, hasta alcanzar las

especialidades médicas con la noción de responsabilidad profesional. La medicina es la facultad de "experimentar" con la muerte humana, de saber, operar y valorar respecto de ella, tanatocracia a la vez teórica, técnica y pragmática. Dominio científico de la muerte porque la biología mata a la vida -"su nombre es vida, pero su trabajo es muerte" al decir de Heráclito- y los saberes médicos se edifican sobre el cadáver. Dominio técnico porque toda cura desafía la muerte y entraña el peligro de vida. Dominio profesional porque la norma médica en defensa de la vida arbitra el rechazo o la aceptación de la muerte. Se comprende de qué manera la medicina confiere "poderes" sobre la muerte y por qué el médico se siente más dueño de ella, como lo ilustra el llamado "juego del doctor" que practican los niños. El médico es el hombre que tiene hiper desarrollados los tres "antropinos tanatológicos" o características humanas en relación con Thanatos: el conocimiento y el riesgo de la muerte, así como el dar muerte directamente. Pero aquellos poderes y estos antropinos como condiciones de posibilidad de la experiencia médica - fundamento del saber, hacer y actuar-, a priori científico, técnico y profesional no debe ocultarnos el fenómeno tanático como límite del conocimiento, el arte y el ethos médicos. De ahí el papel crítico-reflexivo, filosófico, de una tanatología médica o teoría de la muerte en medicina.

2 La teoría de la muerte en medicina

La experiencia omnipresente y multifacética de la muerte en medicina constituye el fundamento para una tanatología médica, o tanatoiatria, el estudio sistemático e inter disciplinario de los problemas que plantea la muerte humana en el orden de la ciencia, la técnica y la praxis médicas. No cabe duda respecto de la posición privilegiada que guarda la medicina en el conjunto de los saberes tanatológicos, debido a su trifronte estatuto epistémico: científico-natural, científico-humanista y axiológico. Ella tiene competencia en los tres posibles niveles de la disciplina tanática: biología, antropología y axiología. La teoría de la muerte en medicina comprende, pues, un capítulo biomédico (biotanatología o tanatobiología), otro antropomédico (antropotanatología o tanatoantropología) y un tercero deonticomédico (deontotanatología o tanatodeontología). En nuestra concepción, la tanatología

médica es una teoría a la vez científica y filosófica de la muerte, que resulta en una técnica aplicada a fines pragmáticos. Por eso nuestro sentido de orientación en el planteamiento de esta disciplina responde al hilo de los tres problemas tanatológico-médicos actuales, que hemos llamado el de la definición, la participación y la apropiación de la muerte en medicina. Por lo demás el presente tratamiento del tópico se inscribe en el marco general de la filosofía médica y sus reflexiones epistemológicas, antropológicas y axiológicas.

2.1 Biotanatología medica¹³

¿Qué es la muerte? ¿Se la puede definir científicamente? El concepto de muerte no es unívoco y el uso analógico del término se presta a confusión. Hablamos de "muertes" en plural -para designar toda forma de acabar, cesar o terminar- y en múltiples sentidos figurados (muerte de Dios, de las civilizaciones, de nuestros sentimientos). Deliberadamente excluirémos del presente problema la muerte "metafísica", sinónimo de temporalidad o finitud, opuesta a la idea de eternidad, y la muerte "semántica", la tanatosemiología del imaginario humano, la muerte "real", ontológica, única que ahora nos interesa -ser real es ser mortal, por lo que la mortandad es uno de los "universales" y hay una analogía mortis así como una analogía entis- pues se diversifica conforme a los diferentes estratos ónticos de la realidad: muerte física o inorgánica (fenómeno de la entropía, la homogeneización o degradación de la energía de acuerdo al Segundo principio de la termodinámica); muerte biológica u orgánica (propia de los seres vivos, el morir a diferencia del *simpe cesar* inorgánico, aun cuando los límites entre uno y otro pueden ser imprecisos, como en el caso de las estructuras cristalinas); muerte humana (referente a priori para toda idea de muerte, representación del par vida-muerte como conceptos opuestos, analógicos y normativos). Pero *stricto sensu*, sólo en las ciencias de la vida tiene la muerte un valor categorial y operacio-

¹³ Sobre la muerte biológica, destacan los trabajos de Chauchard (1960), Dobzhansky (1957), Ettinger (1964), Morin (1973) Rosenfeld (1950) y Simson (1965). En cambio, sobre la muerte celular sobresalen los escritos de Lavia y Hill (1971), Luria (1975) y Robbins (1975). Sobre la muerte clínica han trabajado de forma destacada Bernard (1972), Richter (1958) y especialmente el clásico *De morbis* de Hipócrates (1717).

nal. Es curioso, sin embargo, lo poco que aquéllas nos dicen sobre ésta, como si la noción de muerte no tuviera lugar en biología, del mismo modo que la idea de salud es la que menos interesa al médico, conforme a un esquema mental de abstracción de lo positivo a partir de lo negativo. De ahí la disonancia en la expresión biotanatología o tanatobiología. Con todo, es preciso abordar la muerte en biología y la biología de la muerte, en razón del interés médico por clarificar su definición conceptual y operativa.

2.1.1 Muerte biológica

Para definir la muerte quizás sea preciso definir previamente la vida, pero ésta suele expresarse en fórmulas negativas, que remiten a aquélla, como la clásica de Bichat ("la vida es el conjunto de funciones que resisten a la muerte") y la no menos célebre de Claude Bernard ("la vida es la muerte"). La característica del ser vivo parece consistir en la organización con un programa, un camino determinado a seguir (nace, crece, se reproduce, envejece y muere), que lo identifica y diferencia de toda otra organización en la que los cambios obedecen al azar. Entre las propiedades vitales contamos, en efecto, la teleonomía, la morfogénesis autónoma y la invariante reproductiva. ¿Pero es la naturaleza de la vida, y de la muerte, el azar o la necesidad, la "existencia" o la "esencia"? Teorías mecanicista y vitalista se oponen desde el inicio de la filosofía biológica, y de ellas se desprenden, respectivamente, dos contrapuestas filosofías tanatológicas:

- 1 "La vida qua vida" es infinita en el sentido de un proceso sin término, la vida sería tangencial al ciclo biológico y la muerte un mecanismo o realidad extraña a la vida.
- 2 La muerte no es accidental sino esencial e inherente a la vida, el ser viviente alcanza, por una especie de necesidad interna, su fin o destino mortal.

Apuntamos una paradoja: el mecanicismo simula un vitalismo, este vitalismo simula un mecanicismo frente al problema teórico y abstracto de la muerte biológica.

Pero situémonos en el terreno empírico, de bulto, que nos ofrece el cadáver como parámetro del viviente-mortal (desde el punto de vista biológico, lo vivo sólo puede oponerse a lo

que carece de vida, y no a lo que está muerto. Un cadáver es producto de la vida; como la materia inorgánica falta de vida, un cadáver no puede generarse a partir de ella y por sí mismo). Así como la naturaleza púdicamente nos ahorra de ordinario el espectáculo incesante de la muerte (es algo insólito tropezar con un animal muerto en el espacio abierto y natural, prácticamente ello sólo ocurre en medio urbano y es signo de anomalía -recuérdese el sorpresivo encuentro del doctor Rieux con la rata muerta en *La peste*, de Camus-), también para la mirada biológica, macro y microscópica, en escala específica y en escala elemental, desaparecen las huellas de la muerte. Las especies naturales se extinguen o transforman en la evolución por selección adaptativa (más del 99% de todas las especies vivientes han desaparecido del planeta desde el comienzo de la vida) y los organismos inferiores o unicelulares conocen una suerte de amortalidad reproductiva. Tanto la especie como el gene, parecen gozar de una vida casi inmortal o continua. La muerte visible, cadavérica, abrupta es patrimonio de los organismos superiores y responde a su complejidad estructural y diferenciación sexual. La muerte no sería una fatuidad de la vida en general, ni biotécnicamente irremediable para el hombre.

A partir de estos planteos, en "Ensayos para establecer parámetros de muerte biológica", extrae Iturriza una luz de esperanza que el conocimiento ulterior de la vida podría arrojar sobre la lucha contra la muerte. Una respuesta a ésta desde la praxis científica revela cuánto hay de común entre nuestra preocupación por la muerte, el deseo de inmortalidad y la investigación de laboratorio.

2.1.2 Muerte celular

La actual consideración biomédica de la muerte reconoce un primado de la mortandad celular en el mecanismo general del deceso. Se muere "en detalle", como afirmaba Bichat, porque la desaparición del individuo consiste fundamentalmente en la pérdida definitiva de la actividad protoplasmática de las células que lo constituyen. Es preciso hoy día (con la reanimación, los trasplantes y los cultivos) establecer niveles de muerte y secuencias del morir: muerte biológica, clínica, celular; morir del organismo, órganos y células. La muerte celular sería así el último escalón de la vida o resabio de toda organi-

zación anterior, un mecanismo de mortandad residual que nuestra ciencia no puede hasta el momento reparar.

Se distingue una muerte celular accidental o patológica, a la que está expuesta la célula por la fragilidad de su organización, y otra muerte genética, natural o programada en el ciclo biológico celular. De acuerdo a su comportamiento o programa "mortal", en el cuerpo humano hay tres tipos de células: somáticas, nerviosas y sexuales. Todas ellas parecerían exhibir, a su manera, cierta propiedad potencial de mortalidad protoplasmática: las primeras por su simple poder de multiplicación (así en nuestros organismos mueren sin cesar células que son reemplazadas por otras); las segundas, que han perdido la facultad de dividirse y son irremplazables como el individuo, transmiten el "código cultural", por lo que se ha podido hablar de la inmortalidad del neocortex; las terceras, a condición de fusionarse con la célula germinal opuesta, tendrían un destino amortal como portadores de la matriz biológica. En rigor, el ADN, molécula de sustancia hereditaria o molécula viva genética, constituye el único portador de la vida, el resto de la célula no sería más que "medio ambiente".

La teoría de la muerte celular tiene un interés básico para la patología general y la investigación gerontológica. El envejecimiento, etapa previa a la muerte "natural", que tiene lugar generalmente en el período posreproductivo, obedece a cambios intracelulares que conducen a una disminución de la capacidad de supervivencia del organismo, a una limitación en el rango de variación de las funciones, creando un sistema más rígido que en cierto modo es un paso intermedio hacia la quietud total de la muerte. A propósito de la senescencia se reiteran las dos teorías sobre la naturaleza de la muerte en biología, la empirista y la apriorística, la epifenoménica y la esencialista. La senectud ¿es normal o patológica? ¿Muere el organismo porque ha sufrido lesiones o ha sufrido lesiones porque ha envejecido y estaba ya, consiguientemente, amenazado de muerte? Justamente en este carácter equívoco del envejecimiento, la moderna gerontología vislumbra la posibilidad de "deprogramar" o modificar la actual condición de nuestra declinación y muerte, puesto que no existe ningún principio absoluto en la naturaleza.

En "Conceptos actuales de muerte celular", analiza Drut la dinámica de un proceso cuya naturaleza bioquímica nos es en última instancia desconocida. Pero cualquiera sea el mecanismo que sobrepasa la capacidad de adaptación celular, entrañando daño subletal o letal, reversible o irreversible (transición difícil de marcar), el resultado final es la asimilación de la entidad biológica con su medio, es decir una incapacidad para conservar su individualidad, característica fundamental de todo ser vivo.

2.1.3 Muerte clínica

El interés y controversia recientes sobre la muerte se centra fundamentalmente en su definición clínica, esto es en la determinación médica del deceso de una persona (muerte clínica= muerte humana *stricto sensu*). Las técnicas de reanimación y la práctica de trasplantes han modificado el "instante mortal" o "the point of death", si se prefiere el uso anglosajón de la fórmula sintáctica del espacio para expresar el tiempo y los criterios clásicos de muerte. La representación tradicional del morir como corte de tijera de las Parcas, y sus índices igualmente seculares, la ausencia de signos vitales respiratorios y circulatorios, perdieron vigencia desde que es posible sostener las funciones celulares y orgánicas del cuerpo merced a un "extracuerpo" o "episorna" artificial, sobre todo en presencia de coma irreversible por daño cerebral.

Surge de este modo el problema de distinguir niveles o estados de vida humana. En el pasado, con el fallo respiratorio o cardíaco, la desintegración de los órganos y la descomposición celular seguían gradualmente. Pero con la disponibilidad de mecanismos artificiales para mantener las funciones cardio-pulmonares, se plantea la cuestión acerca de la naturaleza de la vida remanente en el caso extremo de destrucción masiva de tejido cerebral. Nunca hasta hoy el espectro de la muerte se había mostrado a tal punto como "ontorragia" humana, como regresión o involución del ser del hombre y la mujer, este microcosmos que la muerte analiza en sus diversos estratos: vida racional (autoconciente), vida animal (sensoriomotriz), vida vegetativa (inconciente).

Tras la declaración de Harvard ha venido imponiéndose en la última década la teoría de muerte cerebral, que constituye sin duda una revolución tanatológica desde el punto de vista

conceptual y operativo. Para la clínica clásica, la muerte se presentaba como la simple constatación de un acontecimiento natural. Por el contrario, la clínica moderna se enfrenta a ella como un fenómeno hasta cierto punto convencional, susceptible de definición y determinación. Es indudable que el concepto de muerte cerebral ha respondido al interés en los trasplantes; el corazón y los pulmones, bases de los signos vitales tradicionales, se transplantan sin "transplante" de características personales del donante; el cerebro, sin embargo, aparece como no hecho sin transplantar la persona misma. De todos modos, la definición cerebral de la muerte tiene presupuestos filosóficos discutibles (la autoconciencia como única realidad personal, la vida vegetativa como carente de derechos, el cerebro como órgano de la mente).

En "Clínica de la muerte" realiza Manzano la descripción fenomenológica de los signos de la muerte (tanato semiología) y la interpretación de los mismos, analiza los actuales criterios tanatológicos y apela al consenso del buen sentido clínico.

2.1.4 Tanatopraxia

Este término de tanatopraxia del diccionario de la muerte se refiere al "tratamiento" del cadáver, para la medicina "el incurable provisorio", protagonista de las modernas técnicas de criogenización. En una perspectiva menos ambiciosa, *sub specie cadaveris* no sólo consideramos formalmente la fuente de los saberes médicos, su secreto *sepulcretum* (anatomía normal y patológica, disección y autopsia), sino también materialmente las actuales posibilidades de la tanatopraxis terapéutica (trasplante de órganos, cultivos tisulares, etc.). Pero del espectro cadavérico acotamos en el presente texto el interés de dos disciplinas médicas "tanatocráticas" por excelencia: la Medicina Legal y la tanatomorfosis como cuerpo del delito, la Anatomía y la morfología como cuerpo restaurado.

En "Tanatocronodiagnóstico" autopsia Moirano el cuerpo en descomposición, ese "no sé qué sin nombre en lengua alguna" al decir de Bossuet. Ninguna metamorfosis, en efecto, es comparable a la tanatomorfosis, espectáculo macabro que cuestiona la habitual sinecuria o "ligereza metafísica" del ser humano. Se comprende entonces el generalizado escamoteo

del cadáver en el estudio de la muerte, y en particular la reducción de la tanatología al "artículo mortis" de la medicina legal. Sin duda la experiencia más desagradable de la muerte compete al médico legista, enfrentado profesionalmente a un problema de descifrar lo inidentificable. La tanatomorfosis abarca dos tiempos, la cesación de la vida (muerte cerebral) y la digestión o acción de los bacteriófagos e insectos necrófagos ("trabajadores de la muerte"). En el interregno de la vida y la muerte, desde la detención del corazón o del cerebro hasta la putrefacción, la tanatomorfosis es obra de la vida (necrobiosis) y como tal signo de sospecha, cuerpo del delito, soma= sema, tumba y signo acusador.

Ambigüedad de la anatomía, equívoco que consagra su nombre (anatemnein, disecar) es tener su estudio por objeto material el cadáver y por objeto formal el cuerpo humano en la plenitud de la forma. Por un lado la práctica anatómica descompone el todo en sus partes (análisis), por el otro la teoría morfológica lo recompone desde ellas, reconstruye lo que la naturaleza construye y destruye. Tal ambivalencia de cuerpo "abierto" y "cerrado", "somatoclastia" y "somatoplastia" pertenece al genio de la anatomía, del cual data la partida de nacimiento de la medicina científica moderna. La historia del saber morfológico ha debido franquear dos "obstáculos epistemológicos", la interdicción o tabú de disecar el cadáver y la acción de la tanatomorfosis que devuelve al polvo el sustrato material del hombre y la mujer. Arrancar aquel derecho a la sociedad y este otro a la naturaleza mediante las técnicas de conservación o preparado -él formol es el incienso del santuario morfológico- son los dos presupuestos materiales de la eidología o anatomía descriptiva, su ideología reparadora del cuerpo, su significación originaria desde los tiempos faraónicos.

En "La anatomía y la imagen de la muerte" estudia Gallice, desde el punto de vista histórico, las relaciones entre la teoría científica del cuerpo y la iconografía artística macabra. Si bien el cadáver o sus partes (el esqueleto, la calavera con las tibias cruzadas) son signos "naturales" de la muerte (*soma sema*) y de difusión, por tanto, universal, la personificación de la muerte por el cadáver es un fenómeno del último período gótico, época excepcionalmente rica en el imaginario somatoscópico macabro. La interpretación de este tema artístico y

literario de los siglos XIV, XV y XVI, harto conocido por los historiadores del arte y de las "mentalidades", relaciona el horror de la muerte física y la descomposición con las pandemias pestíferas y la crisis de creencias que señalan el paso hacia el mundo moderno. Pero quizás no se ha subrayado suficientemente la significación de la anatomía en este proceso multiseccular, no se ha insistido demasiado en los fantasmas que movilizó el mundo oscuro, críptico y extravagante de la práctica anatómica. A partir de 1400 comienza en Italia, y luego se extiende por toda Europa, la abertura de cadáveres; el cuerpo es vaciado de sus misterios, el sexo, la vida y la muerte son "secretados". La melancolía tan característica de la época es, ante todo, la melancolía de la anatomía, cuyo desarrollo -el tiempo histórico que llevó el descubrimiento y disección del cuerpo- fue modulando las expresiones iconográficas e iconológicas macabras, desde las momias o *transís* de las danzas de la muerte del siglo XIV, que desaparecen para dar lugar al esqueleto en el siglo XV, luego a los desollados vesalianos del siglo XVI y por último a las anatomías, "lecciones" y "ceras" del Barroco. A partir del siglo XVIII se extingue la muerte macabra y el reinado anatómico de la "bella forma" restaurada, esa admirable confluencia histórica en el cuerpo de la curiosidad científica, la delectación estética y la fascinación mórbida. Las representaciones de la muerte en los siglos XIX y XX abandonan el cadáver y anuncian una nueva visión del cuerpo humano.

2.2 Antropotanatología médica¹⁴

La antropotanatología médica es el estudio de la muerte como fenómeno distintivamente humano y según éste se manifiesta en el contexto de situaciones médicas (relaciones médico-enfermo y medicina-sociedad). Con el empleo general del término "antropología", abarcamos distintas "antropologías"

¹⁴ Sobre la antropología y etnomedicina destaca los escritos de Freud (1970), Frazer (1927), Herzog (1927) y Toynbe (1977). De la antropología bíblica se puede aludir a los trabajos de Boros (1972), Wachter (1967) y la *Enciclopedia de la biblia* (1962). Sobre la sociología médica se destaca Berger y Mortala (1975), Brim et al. (1970), Mehl (1956), Veil (1974) y Vignat (1970), y sobre psiquiatría, Eissler (1968), Kastenbaum y Aisenberg (1972), Kúbler-Ross (1969), Laplanche (1970), Moody (1975) y Weicman y Kastenbaum (1968).

de la muerte: antropología científica *stricto sensu* (física y cultural), ciencias humanas (historia, psicología, sociología) y las antropologías filosófica y teológica. En la perspectiva antropológica común a estas disciplinas la consideración de la muerte se refiere no ya a su realidad (biológica, natural) sino a su sentido (humano, cultural). Se ha observado la curiosa ausencia, al menos hasta hace poco tiempo, del tema de la muerte en antropología, como si el mismo estuviera interdicto por vergonzante. En verdad ocurre que las ciencias del hombre no pueden menos que asimilarse a su objeto-sujeto de estudio en cuanto a negación y racionalización de la realidad de la muerte; lo propiamente humano o cultural se origina en la negación de la naturaleza, y de la muerte como negación de la negación en dialéctica hegeliana. Toda cultura significa un contexto de protección contra la muerte, ésta siempre ha sido negada, en todo caso nunca aceptada plenamente como la simple cesación biológica de la vida, el hombre de todos los tiempos ha mostrado tendencia a desgravar la muerte en lo que ella tiene de definitivo, y así se han elaborado concepciones defensivas en el curso de la historia, para recusar esa realidad inaceptable. Por otra parte, como todas las antropologías son esencialmente disciplinas históricas, pues histórico es el ser humano mismo, su racionalidad siempre significa "ensayo de resurrección": tal parece ser ellógos del *anthropos* y de la antropología.

2.2.1 Antropología y etnomedicina

Del copioso material etnológico que hoy disponemos, se desprenden algunos datos que configuran un fondo antropológico común en relación con la muerte. *Homo sapiens ephemeralis, mortalis*: en el antropino tanático o ser mortal del hombre y la mujer se entremezclan una conciencia objetiva, un sentimiento de angustia y una voluntad o deseo de transmortalidad. Expresión cultural de este concernimiento o preocupación por la muerte son los ritos de funebria y necrolatría, cuya existencia comprobada se remonta por lo pronto al hombre del Neanderthal. El hombre y la mujer es el animal que sabe ha de morir, se inquieta por ello y atesora sus muertos. Aunque la moderna etología podría cuestionar la exclusividad, de tal comportamiento, y la simbiosis zooantrópica está presente en todos los sistemas culturales, la elaboración imaginaria de mitos y concepciones de ultratumba es sin du-

da algun patrimonio de sapiens, hasta el punto de sostenerse que toda creación humana responde originariamente a la necesidad de supervivencia extrabiológica. Las sociedades tradicionales o primitivas sorprenden por la riqueza de su idea de la muerte y sus expresiones *protei-formes* en el lenguaje y el campo simbólico y ritual (tanatosemiología), signo o efecto de una muerte "cultivada", integrada en la vida del grupo. La antropología, por su método comparativo, señala el contraste de esas culturas con la nuestra -donde la muerte es negada o rechazada y reducida en sus manifestaciones- y se pregunta si acaso no hay en ello un síntoma o una causa del desarreglo del hombre y la mujer occidental hoy día, quien privado de su finitud lo estaría también de su libertad e individualidad. El antropólogo, que es el médico de su tribu, toma a conciencia la iniciativa en la reivindicación humanista de la muerte para cambiar saludablemente nuestra vida socio-cultural. En este sentido apunta *vivante* sus "Reflexiones críticas sobre la conceptualización de la muerte desde el punto de vista antropológico".

La imagen de la muerte en el contexto etnomédico revela también su latencia como constante antropológica en nuestra cultura médica. La actitud primitiva hacia la muerte (lo mismo que para la enfermedad) se caracteriza por la representación ontológica y axiológica de aquella, la concepción de una realidad extraña a la vida y de intención maléfica, es decir, la ausencia de toda idea de "muerte natural". El enfermo es un penitente, que ha recibido un castigo por transgredir una norma y expía su culpa, pero está condenado a morir en caso de que el suyo sea "pecado mortal". El hombre-médico encarna la paradoja de los antropinos tanáticos -horror de la muerte, riesgo y poder o derecho de muerte- que ejercidos sobre el otro como "paciente" permiten la autoafirmación de aquél, cuyo prestigio está ligado a la superación de ciertos tabúes. En suma, la relación terapéutica (médico-enfermo-enfermedad) se organiza en torno a una imagen arcaica de la muerte que hoy cobra vigencia a la luz de la interpretación psicoanalítica, tal como lo muestra el estudio de Pérez de Nucci "La imagen de la muerte en el hombre primitivo".

2.2.2 Antropología bíblica

En la cultura occidental, la tradición judea-cristiana constituye el modelo y marco más universal de referencia para nuestra antropología de la muerte. Se ha afirmado que el cristianismo se encuentra frente a la muerte, respecto de otras religiones salvíficas, en la misma situación que el hombre en relación a los antropoides. Sin pretensión de penetrar en la teología cristiana de la muerte, corresponde pues a nuestra investigación examinar las fuentes bíblicas como documento antropológico de una experiencia humana milenaria en un problema doblado por el misterio de la "revelación" y la promesa de la "resurrección".

La *Biblia* se preocupa por la muerte porque reconoce que es el gran problema de la vida, suprema realidad de la existencia del ser humano. Desde los primeros capítulos del "Génesis" aparece como el máximo mal que amenaza la humanidad, al tiempo que punza la mente del hombre y la mujer como la incógnita más aguda y espinosa. El dato bíblico central al respecto es el origen de la muerte en el pecado de Adán, la ruptura moral del hombre con Dios que describe el primer libro ("Génesis"), y el plan divino de redención que se da como consumado en el último ("Apocalipsis"), íntegramente dedicado a la muerte humana. El hombre y la mujer bíblica parece evolucionar, en sus actitudes frente a la muerte, de un "tipo Edipo", de aceptación del destino mortal, a un "tipo Job", de rebelión contra la injusticia del mismo; del pecado sin redención en la conciencia patriarcal -concepción jurídica y penal del "Génesis", sin otra perspectiva casi que la muerte total (por eso llama la atención la ausencia de imaginario sobre el más allá en el pueblo de Israel, según el "Antiguo testamento")- a la redención del pecado en la conciencia del hombre nuevo que postula san Pablo, la resurrección en el "Nuevo testamento", la reflexión "crucial" en la persona de Cristo, que como "Hombre sabe y como Dios no sabe" -porque los dioses no mueren- de la muerte. Se ha hablado de la "agonía del cristianismo", de su lucha contra la muerte y su esperanza triunfal. En "El misterio de la muerte en la Biblia" persigue Ruta este itinerario cristiano en el que estamos particularmente comprometidos los médicos.

2.2.3 Sociología médica

La muerte como hecho social ofrece interés para la medicina

desde un triple punto de vista:

- 1 La muerte "padecida", mortalidad, la variable demográfica más especialmente relacionada con el campo de la salud, objeto de la demografía y la epidemiología (medición de la mortalidad, sus tipos, causas y características actuales, etc.)
- 2 La muerte "vivida", o conjunto de actitudes y comportamientos médico-institucionalizados respecto de la muerte y el morir (asistencia del moribundo, muerte hospitalaria, vejez y asilamiento, etc.).
- 3 La muerte "representada", o sea como objeto del discurso científico, revelador de mentalidades y de la ideología médica de la muerte (sociotanatología desde el punto de vista del saber, quehacer y deber médicos).

La articulación de estos tres aspectos sociomédicos de la muerte tiene que intentarse, en aproximación inicial, diacronicamente, utilizando el método histórico, siguiendo por etapas la historia de la muerte en occidente, desde la Antigüedad clásica a la época contemporánea. Tal aproximación procura una reflexión crítica sobre la realidad, el fenómeno y el misterio de la muerte humana, e ilumina la actual problemática de la definición, la comunicación y la apropiación de la muerte en medicina. Queda pendiente el interrogante de la existencia de una sociopatía de la muerte en nuestra sociedad que racionalmente la niega, pero que de hecho no ofrece cumplidamente la necesaria protección física, psíquica y moral contra ella. Quizá el abandono de una cultura de la muerte conduce a su culto irracional, a su retorno obsesional en la angustia del hombre de nuestro tiempo. Freud habló como profano de la función de lo sagrado, de la religión como neurosis obsesiva institucionalizada. En "La medicina y la sociedad frente a la muerte", Barragán traza el cuadro histórico en el que tienen cabida y enalzamiento nuestros presentes interrogantes.

2.2.4 Psiquiatría

El estudio del psiquismo normal y patológico frente a la muerte, el vasto capítulo de la psicología médica y la psiquiatría tanatológicas, tiene una importancia fundamental en la relación terapéutica. Como es sabido, este delicado tema de la

comunicación o participación de la muerte entre médico y enfermo, clásicamente quedaba formulado por la alternativa de la veracidad o mendacidad médicas, la necesidad o el deber de revelar u ocultar la gravedad de su estado al paciente, y las razones en pro y en contra de una y otra posición, finalmente sin mayor alcance práctico. Hoy se ha empezado a comprender la enorme significación psicoterapéutica del problema, que recibe más cumplido tratamiento en la asistencia psicológica del paciente moribundo o terminal -atención a sus necesidades humanas y personales, interpretación de la agonía y los estados de conciencia de la misma- y el interés por las experiencias "perimortales" de los nuevos Lázaros o resucitados, con lo que la actual fenomenología clínica del morir viene a confirmar el mapa póstumo, la eidología de ultratumba común a la mayoría de las culturas y a la experiencia mística.

La propia muerte no existe en tanto experiencia, nadie entre nosotros la ha "vivido". En su inmenso y perpetuo esfuerzo por dar sentido y coherencia al mundo, la conciencia ensaya con analogías dibujar un rostro de lo desconocido: la muerte sería el abandono y el aislamiento, pero también el descanso y la paz, la liberación y la pasividad, el sueño (Hypnos, la hermana de Thanatos según Homero), el extinguirse de nuestro cuerpo vivido y todas las interiorizaciones posibles de la imagen cadavérica. El estudio médico-psicológico y psiquiátrico tiene entonces por fuerza que arrancar de las vivencias elementales en la conciencia o "fenómeno" de la muerte humana (angustia de muerte y miedo de morir -del mal morir, del después de la muerte, de los muertos- inseguridad, pérdida, etc.). Tal el cometido de Saurí en su trabajo "Sobre la vivencia de la muerte", del cual concluimos en la necesidad de flexibilizar la comunicación sobre la muerte en medicina y evitar las consecuencias patológicas e iatrógenas de su represión psicosocial, como antes las hubo con la sexualidad.

2.3 Deontotanatología médica¹⁵

¹⁵ En torno a la deontotanatología, y en particular sobre la práctica de la muerte (eutanasia), sobresalen los trabajos de Barreré y Lalou (1962), Foot (1977), Baedler (1975), Durkheim (1897), Marón (1975), Meynard (1970), Soubrier y Vedrines (1974) y Souris et al. (1975). Sobre la responsabilidad médica destaca los escritos de Boyer Chammard y Monzein (1974), Consorcio de médicos católicos

La deontología (término acuñado por el filósofo inglés Bentham a comienzos del siglo XIX; literalmente "ciencia del deber") es la disciplina que trata de la moral profesional. Toda acción humana implica una ética, esto es una referencia a valores (axiología); se actúa en vista de un fin considerado bueno o valioso, aunque por supuesto el contenido de dichos valores sea variable. Por deontotanatología médica entendemos el conjunto de valoraciones filosóficas, jurídicas y religiosas que plantea la muerte en medicina. En tal sentido hemos hecho referencia a la actualidad de un problema de "apropiación" -manteniendo el sentido ambiguo del vocablo, "hacer propio" y "enajenar"- del morir en condiciones terapéuticas. Rilke, el poeta de la muerte "propia", fue quien pegó el grito en el cielo frente a la impersonalidad del morir en los hospitales de principios de siglo ("Señor, concede a cada uno su propia muerte, el morir que emana de esa vida en la que el hombre ama, cumple su destino y sufre"). Hoy es aún mayor la necesidad de restituir a la muerte la dignidad de antaño. Por muerte propia y digna podría entenderse el derecho a morir con lucidez respecto al propio estado, participando de las decisiones que a uno le conciernen, sin sufrimiento innecesario y sin temor. Del amplio espectro de situaciones médicas deóntico-tanatológicas nos detenemos a considerar cuatro principales, que denominaremos: práctica de la muerte, responsabilidad médica, derechos sobre el cuerpo y automatanasia.

2.3.1 Práctica de la muerte

Sería ilusorio ignorar, incluso en medicina, la posibilidad de la muerte no ya como problema habitual sino como solución o liberación excepcional de la existencia humana. La sabiduría popular afirma que el único mal que no tiene remedio en la vida es la muerte, pero también que ésta es el remedio para todos los males en aquella. La práctica médica de la muerte no nos interesa en nuestro problema por la realidad de su ejercicio más o menos clandestino sino por sus pretensiones

de Buenos Aires (1971), Glover (1977), Hund y Arras (1977) y Rahner et al. (1972). De los derechos sobre el cuerpo han trabajado Debray (1965), Dierkens (1960), Mainetti (1970), Malherbe (1968) y Vitani (1962), y sobre la automatanasia ("eutanasiaología"), lo ha hecho Mollaret y Vernejoul (1970), Sarda (1975) y Sporken (1974).

de moralidad y legalidad (derecho a matar). Ya hemos señalado la paradoja de un culto de la muerte en una cultura que racionalmente la rechaza, donde la vida aparece como un mal necesario, pero susceptible de aniquilamiento oportuno. Desde el principio de la existencia humana hasta su extinción, la administración de la muerte es posible como contracepción, aborto, infanticidio por razones disgenésicas, eliminación de disminuidos físicos y mentales, suicidio, gerontocidio y eutanasia. La justificación o la condena de tales prácticas constituye sin duda uno de los capítulos más espinosos, controvertidos y persistentes de toda la ética médica. Sin embargo, el hecho de que esas argumentaciones se apoyan por lo general en consideraciones extra-terapéuticas, nos exige de darles lugar en el presente estudio. Lo cual no quiere decir que pensemos que un problema como el de la eutanasia, por ejemplo, debería desaparecer de la conciencia médica.

2.3.2 Responsabilidad terapéutica

La más grave responsabilidad personal del médico es la muerte de su paciente, en la medida que los "actos médicos" implican un riesgo de vida. Dicha responsabilidad no se limita al plano jurídico que consagra el código penal en la fórmula consabida de impericia, imprudencia y negligencia. La muerte "iatrogénica" desborda ese marco legal para cuestionar también la conciencia moral del médico, siempre involucrada en el deceso del enfermo. El caso del cirujano es sin duda el más ilustrativo, el ejercicio de la cirugía exige más que ningún otro la virtud de la prudentia latina. "La ley reconoce -dice Jean Gosset"- el homicidio voluntario, el homicidio involuntario o por imprudencia. En cirugía conocemos también el homicidio por orgullo y por suficiencia, el homicidio por ignorancia o por inhabilidad, por lucro o por brutalidad, por fama o por amor propio. ¿Hay una profesión en que el ejercicio sea moralmente, éticamente más inconciliable con la bestialidad, la incompetencia y la ignorancia? Aquel que osara comparar lo poco que sabe con todo lo que debería saber... no tomaría el bisturí sino con una angustia esterilizante, que sería ella misma condenable moralmente... porque hay también los homicidios por timidez, por abstención. Reconozcamos francamente que desde nuestro punto de vista el cirujano no puede tener, haga lo que haga, más que una mala conciencia". El dilema de los cirujanos -gustaba decir Unamuno- consiste en dejar morir al

enfermo por miedo a matarlo, o en matarlo por miedo de que se les muera. Admitimos que estas apreciaciones delatan una aprehensión por la imagen un tanto mitológica del cirujano y la cirugía. El primero estaría en una relación mucho más estrecha con la muerte que los otros médicos. El acto quirúrgico, en su desarrollo y ceremonial -mucho más ritualizado que las prácticas médicas corrientes- simula una muerte seguida de resurrección (anestesia). El enfermo se encuentra, simbólicamente y realmente, entre la vida y la muerte (Debray, 1965: 72).

En "Muerte en el quirófano" propone Navajas reflexiones sobre una forma significativa de mortalidad que poco y mal registran las estadísticas. Y en "La muerte vista por el cirujano cardiovascular", expone Favalaro las experiencias originales de una cirugía que ha suscitado la controversia tanatológica.

2.3.3 Derechos sobre el cuerpo

El progreso de la medicina está ligado a la conquista de derechos sobre el cuerpo y el cadáver humanos, y en este sentido se podría hablar de una historia de la "apropiación" médica de la muerte, desde la disección y la necropsia a los trasplantes de órganos y la experimentación en "neo-muertos" o "cadáveres vivos". El destino del cadáver en medicina es su rescate del otro mundo para el mundo de los vivos: "Hic locus est ubi mors gaudere succurrere vitae". La revolución tanatológica de los trasplantes consiste en la utilización del cuerpo y el cadáver del hombre y la mujer como materiales terapéuticos. Pero un tabú no es nunca, en el fondo, definitivamente superado, y como ocurrió (y ocurre) con la práctica anatómica y autopsica, los trasplantes despiertan también resistencias irracionales que les asimila a formas de sacrificio, canibalismo o antropofagia. Si bien en el contexto deontológico-médico las técnicas de trasplante tropiezan con límites éticos, jurídicos y religiosos, nada despreciables en sí mismos, los trasplantes como actos de disposición sobre el cuerpo y el cadáver son hoy universalmente aceptados. Aún más, con algunos repasos en favor del individuo y sus derechos, la idea de "socializar" el cuerpo humano no nos parece hoy tan alucinante como pocos años atrás ("bancos" de tejidos y órganos, "bioemporios").

En "Aspectos jurídicos de la muerte y de los trasplantes de

órganos", Salessi analiza la ley argentina 21.541 "de trasplantes de órganos y material anatómico" (2-3-1977), la que acaba de ser reglamentada exhaustiva y minuciosamente por el decreto NQ 3011.

2.3.4 Automatanasia

Parecería que el principio tradicional de respeto a la vida ya no responde plenamente a las nuevas situaciones terapéuticas y debe ser complementado por un principio de aceptación de la muerte y de los derechos del moribundo. En particular la alternativa de proseguir o interrumpir el mantenimiento oficial de la vida bajo terapia intensiva, ha "reanimado" el viejo debate en torno a la eutanasia, el "buen morir" y la "buena muerte". Sin embargo, para el caso en cuestión no se trata del gesto eutanásico *stricto sensu*, (acto, por comisión u omisión, de inducir u optar la muerte como un bien para el que muere), ni de plantearse si el médico tiene el derecho o aun el deber de dar muerte, o si un paciente tiene el derecho de reclamarla en ciertas circunstancias. Mas bien debería hablarse en los presentes casos (coma excedido, coma irreversible y aun pacientes simplemente "conectados") de "automatanasia", abstención o renunciamiento terapéuticos, como alternativa al encarnizamiento o activismo cuando éste no está racionalmente fundado ni humanamente inspirado. Sin duda carecemos al respecto de definiciones claras, nuestros criterios de hoy no son los de ayer y quizá ya no lo serán mañana para "determinación" de la muerte, y una zona crepuscular de la conciencia médica torna igualmente defendibles o condenables el activismo y el abstencionismo terapéuticos. Pero lo que en última instancia está realmente en juego es la calidad de la vida y la dignidad de la muerte, la humanidad del morir como responsabilidad médica (¿atrotanasia?). En "Límites éticos de la reanimación", a la luz de la deontología médica cristiana, Trotta formula principios para una "eutanasiología" o "ars bene moriendi" en medicina.

Bibliografía

- Ackerknecht, EH. (1968) "Death in the history of medicine", *Bulletin of the History of Medicine*, vol. 42.
- Aries, Ph. (1975) *Essai sur l'histoire de la mort en Occident, du Moyen Age á nos jours*, París, Seuil.
- Baedler, J. (1975) *Les suicides*, París, Calman-Lévy.

- Barreré, I. Lalou, Et. (1962) *Le dossier confidentiel de L'euthanasie*, París, Stok.
- Berger, M., Mórta, F. (1975) *Mourir á L'hópital*, París, Le Centurió.
- Bernard, J. (1972) "L'homme et la mort", *Maîtriser la vie*, París, Desdée de Brouwer.
- Brim, Orville, G. et al. (1970) *The Dying Patient*, New York, Russell Saga Foundation.
- Boros, L. (1972) *Mysterium mortis. El hombre en su última opción*, Madrid, Ediciones Paulinas.
- Boyer Chamard, G., Monzein, P. (1974) *La resnonsabilité médicale*, París, PUF.
- Chauchard, P. (1960) *La muerte*, Buenos Aires, Paidós.
- Clarke, R. (1972) *La course á la mort ou la technocratie de la guerre*, Seuil, París 1972.
- Consortio de médicos católicos de Buenos Aires (1971) *Responsabilidad médica y persona humana*, Buenos Aires, Guadalupe.
- Debray, TR. (1965) *Le malade et son médecin*, París, Flammarion.
- Dierkens, R. (1960) *Les droits sur le corps et le cadavre del l'homme*, París, Masson.
- Dobzhansky, T. (1957) *Las bases biológicas de la libertad humana*, Buenos Aires, El Ateneo.
- Durkheim, R. (1897) *Le suicide, étude de sociologie*, Patris, Alean.
- Eissler, KR. (1968) *The Psychiatrist and the Dying Patient*, New York, International University Press.
- Enciclopedia de la Biblia (1962) "Muerte", Barcelona, Ediciones Garriga
- Escoffier-Lambiotte, C. (1975) "Le médecin devant la mort", *Le Monde*, París.
- Ettinger, RWC. (1964) *L'homme est-il immortel?*, París, Laffont.
- Fabien, S. (1975) *Messieurs les médecins, rendez-nous notre mort*, París, Michel.
- Foucault, M. (1966) *El nacimiento de la clínica*, México, Siglo XXI.
- Fabre-Luce, A. (1966) *La mort a changé*, París, Gallimard.
- Frazer, JG. (1927) *Man, Gad and Immortality*, London, Macmillan.
- Freud, S. (1970) *Tótem et Tabou*, París, Payot.

- (1948) *Thoughts for the times of war and death*, London, Hogarth Press.
- Fuchs, W. (1969) *Todesbilder in der modernen Gesellschaft*, Frankfurt am Mainz, Suhrkamp.
- Giomar, M. (1967) *Principes d'une esthetique de la mort*, París, J. Corti.
- Glaser, BG., Strauss, AL. (1968) *Time for Dying*, Chicago, Aldine.
- (1965) *Awareness of Dying*, Chicago, Aldine.
- Glover, J. (1977) *Causing Death and Saving Lives*, New York, Penguin.
- Gorer, G. (1963) *Death, Grief and Mourning in Contemporary Britain*, New York, Doubleday.
- Guerry, L. (1950) *Le thème du triomphe de là mort dans la peinture italienne*, París, Librairie Orientale et Américaine.
- Herzog, E. (1927) *Psyche und Tod. wandlungen des Todes bilden in Mythos und in den Tráumen heutiger Menschen*, London, Macmillan.
- Heuse, G. (1975) *Guide de la mort*, París, Masson.
- Hipócrates (1717) *De morbis popularibus liber primas&tertivs*, London, Impensis.Gul.Innys, lib. 11.
- Huizinga, J. (1932) *Le declin du Moyen Age*, París, Payot.
- Hund, R., Arras, J. (1977) *Ethical issues in modern Medicine*, California, Mayfield.
- Illch, I., "La mort escamotée", *Némesis Médicóle*, París, Seuil.
- Kastenbaum, R., Aisenberg, RB. (1972) *The psychology of Death*, New York, Springer.
- Kúbler-Ross, E. (1969) *On Death and Dying*, London, Tavistock.
- Laplanche, J. (1970) *Vie et mort en Psychanalyse*, París, Flammarion.
- Lavia, M., Hill, B. (1971) *Principies of Pathobiology*, New York-Oxford University Press.
- Luria, SE. (1975) *La vida, experimento inacabado*, Madrid, Alianza Editorial.
- Mainetti, J. A. (1970) "El médico frente al derecho del hombre sobre su cuerpo", *Quirón*, 1(3).
- Malherbe, T. (1968) *Médecine et droit moderne*, París, Masson.
- Maron, P. (1975) *Le suicide*, París, PUF.
- Mehl, R. (1956) *Le vieillissement et la mort*, París, PUF.
- Menahen, R. (1973) *La mort apprivoisée*, París, Ed. Universi-

taires.

- Meynard, L. (1970) *Le suicide*, París, PUF.
- Mitford, J. (1963) *The american way of death*, New York, Simón and Schuster.
- Mollaret, P., de Vernejoul, R. (1970) *Réanimation et éthique médicale*, París, Arnette.
- Moody, RA. (1975) *Life after Life*, New York, Bantam Books.
- Morin, E. (1973) *Le paradigme perdu: la nature humaine*, París, Seuil.
- M'uzan, M. (1972), "Freud Y la Muerte", *Interpretación freudiana y psicoanálisis*, Jean Laplanche et al, Buenos Aires, Paidós.
- Natanson, M. (edición) (1977) "The Nature of Death", *Journal of Medicine and Philosophy*, 3(1).
- Potel, J. (1970) *Mort a voir, mort á vendre*, París, Desdée.
- Rahner, K. et al. (1972) *Ética y Medicina*, Madrid, Guadarrama
- Richter, CP. (1958) "The phenomenon of unexplained sudden death in animals and man", *Physiological bases of psychiatry*, WH. Gantt (edición), Springfield, Charles C. Thomas.
- Robbins, S. (1975) *Patología estructural y funcional*, Buenos Aires, Interamericana.
- Rosenfeld, A. (1950) *L'homme futur*, París, Grasset.
- Sarano, J. (1968) "L'échec et le médecin", *Les hommes devant L'échec*, París, PUF.
- Sarda, F. (1975) *Le droit de vivre et le droit de mourir*, París, Seuil.
- Schneidman, ES. (1976) *Death: Current Perspectives*, California, Mayfield.
- Simpson, G. (1965) *El sentido de la evolución*, Buenos Aires, Eudeba.
- Soubrier, JP., Vedrines, J. (1974) *Epidemiologie du suicide*, París, Masson.
- Sournia, JO. (1969) "Le médecin devant la mort", *Mythologies de la médecine moderne. Essai sur le corps et la raison*, París, PUF.
- Souris, M. et al. (1975) *Prevention du suicide*, París, Masson, Paris 1975.
- Sporken, P. (1974) *Le droit de mourir*, París, Desclée de Brouwer.
- Sudnow, D. (1967) *Passing on, the Social Organization of Dying*, Prentice Hall.

- Tenenti, A. (1952) *La vie et la mort a travers l'art du XVe siècle*, Paris, Colin.
- Thomas, LV. (1975) *Anthropologie de la mort*, Paris, Payot.
- Toynbe, A. (1977) *La vida después de la muerte*, Buenos Aires, Sudamericana.
- Valabrega, JP. (1962) "L'image consciente et inconsciente du malade. La mort", "Le cas du Dr. Rene Allendy et son interprétation", *La relation thérapeutique*, Paris, Flammarion.
- Veil, C. (1974) Los problemas de la muerte. Informe del Grupo de Trabajo del Ministerio de Sanidad de Francia, Madrid, Sala.
- Vignat, JP. (1970) *Le vieillard. L'hospice et la mort*, Paris, Masson.
- Vitani, Ch. (1962) *Legislation de la mort*, Paris, Masson.
- Vovelle, M. (1973) *Mourir autrefois*, Paris, Gallimard.
- VVAA (1965) *La mort et l'homme du XXe Siècle*, Paris, Spes.
- Weicman, AD., Kastenbaum, R. (1968) *The Psychological Autopsy Study of the Terminal Phase of Life*, New York, Behavioral Pub.
- Ziegler, J. (1975) *Les vivants et les morts*, Paris, Seuil.

MONOGRAFÍA BIOÉTICA-SOCIAL

BIOETHICS-SOCIAL MONOGRAPH

Sobre eutanasia y otras cuestiones bioéticas del final de la vida

On euthanasia and other bioethical questions at the end of life

DEMANDADO 22-1-2020 **REVISADO** 18-5-2020 **ACEPTADO** 30-7-2020

José Carlos Bermejo Higuera

Bioeticista

Centro de Humanización de la Salud, Tres Cantos, Madrid, España

Palabras claves

Bioética, final de la vida, eutanasia

Key Words

Bioethics, end of life, euthanasia

RESUMEN En las últimas décadas se ha alargado la vida, especialmente en los países que llamamos desarrollados. Los pro-gresos de la medicina han sido extraordinarios, pero también se ha prolongado el tiempo de agonía, porque un buen número de las medidas que se adoptan solo consiguen alargar la vida biológica de los pacientes y, a veces, incrementar sus padecimientos propios del final, así como los de los seres queridos y profesionales que acompañan el proceso de morir. Las decisiones, en este contexto, se han ido complejizando.

ABSTRACT In recent decades, life has lengthened, especially in the countries we call developed. The progress of medicine has been extraordinary, but the time of agony has also been prolonged, because a good number of the measures that are adopted only manage to leng-

then the biological life of patients and, sometimes, increase their final ailments, as well as those of loved ones and professionals who accompany the process of dying. The decisions, in this context, have become more complex.

1 Introducción

El debate en torno a la eutanasia, el suicidio médicamente asistido, la limitación/adequación del esfuerzo o las medidas terapéuticas, los cuidados paliativos, las voluntades anticipadas, y otras cuestiones que pudieran surgir en relación al final de la vida, tiene que ver con la necesidad que tiene los seres humanos de evitar el sufrimiento, de paliar el mal, el dolor, tanto propios como de los seres queridos en el contexto de la muerte, que inevitablemente acontece como límite del ciclo biológico.

La muerte ocurre en medio de una biografía concreta, de una familia, de un contexto social, de una cultura concreta, y todo ello mediatiza el hecho de morir. Las formas de explicar el hecho biológico del fin de la vida, de darle un sentido, un encaje en el proceso de la existencia; los valores, las creencias y las actitudes a que dan lugar, confieren a este momento una significación particular. Se debe ser consciente del momento histórico y cultural en el que se vive que aleja de cualquier dolorismo y todo lo que se tiene alrededor se convierte en una llamada al bienestar y al placer que alcanza hasta la mismísima muerte, depositando con fuerza este grito en la conciencia, y que da título al libro: *“¡No quiero sufrir!”*, con toda la parte positiva que supone de lucha contra cualquier dolor evitable, pero también con la cierta negación que se incorpora sin querer, la de los límites, así como la inevitable tendencia a despejar la llamada a hacer una lectura trascendente (no necesariamente creyente en el marco de una determinada confesión religiosa) de los acontecimientos vitales.

Las grandes palabras, con las que se trata de justificar los pareceres ante qué hacer para no sufrir, han de ser rumiadas, desgranadas, debatidas, para llegar a aproximar posturas que permitan respetar al otro y convivir pacíficamente, a la vez que estimuladamente, ya que los puntos de vista pueden ser ampliados, matizados, remodelados, gracias al diálogo sobre los diferentes planteamientos, y así disfrutar de una visión

con relieve (es decir, no plana) de la existencia. Por otra parte, la comunidad humana y la Tierra que se comparte, invitan a salir de la individualidad y asumir juntos los problemas y sus soluciones.

¿Qué es la dignidad? ¿A qué se llama sufrimiento? ¿Qué es la libertad? ¿Qué son los valores? Son las primeras grandes cuestiones en las que se asientan los argumentos para defender unas u otras posturas. Si se entra con más conocimiento en las grandes palabras ya no se podrá nombrarlas a la ligera, o al menos se podrá preguntarse, ¿y qué se entiende por...? Las palabras son llaves y también trampas.

El proceso legislativo en el estado español, ha pasado por diferentes etapas, desde el Convenio de Oviedo, la ley de autonomía del paciente, la legislación de las voluntades anticipadas, las leyes de muerte digna y cuidados paliativos, y en estos momentos la cuestión de la eutanasia, ya encima de la mesa, con propuestas de despenalización y de legalización.

Como telón de fondo, el deseo de humanizar el morir es lo que está detrás de la reflexión y el estudio, promoviendo una cultura de la responsabilidad ante el límite de la vida biológica. Atender humanamente el morir, es nuestro desafío, y hemos de subrayar este “humanamente”, ya que solo los humanos sabemos/podemos ser inhumanos. Esto es lo que deseamos: acompañar la realidad única e irrepetible del ser humano que muere. Y de paso, prepararnos nosotros para atravesar este misterioso acontecimiento.

2 Sobre los conceptos

El Grupo de trabajo de atención médica al final de la vida de la Organización Médica Colegial (OMC) y la Sociedad Española de Cuidados Paliativos han elaborado la declaración “Atención médica al final de la vida: conceptos y definiciones” (refrendada en la Asamblea General el 19 de septiembre 2015) donde consideran que morir con dignidad supone vivir con dignidad hasta al último momento.

La Asociación Médica Mundial, tanto en 2005 como en 2015, afirma: “la eutanasia, que es el acto de poner fin deliberadamente a la vida de un paciente, aun a petición del propio paciente o a petición de familiares cercanos, no es ética”.

La reflexión ética en el cambio de la medicina, la bioética, se ha ido secularizando a final del siglo XX y en este siglo. Engelhardt, católico ortodoxo afirmará con contundencia desde su bioética principialista: “La bioética, allí donde tiene éxito, muestra que no necesita de la teología”. Y Calahan, director del Hasting Center, afirma que el cambio más llamativo en las últimas décadas del siglo XX ha sido la secularización de la bioética. Se ha pasado del predominio de la medicina y la tradición religiosa al dominio de los conceptos filosóficos y legales (cfr. De la Torre, 2011: 515).

Es muy frecuente que, en un campo como el de la reflexión y el diálogo sobre la eutanasia, las personas estén imbuidas por sentimientos ante los procesos de muerte de los pacientes y constituye un serio riesgo el caer en el mero emotivismo. En ese espacio, los juicios morales se convierten en mera conclusión de los sentimientos, sin sustrato argumental ni razón suficiente). Es necesaria una reflexión racional que oriente a los sentimientos para que no sea una mera compasión superficial la que reclame el reconocimiento efectivo de la dignidad del sufriente. Si algo se puede constatar en medio del debate es que unos y otros, lo que más comparten, es el deseo de que las personas no sufran, y quizás también la indignación ante sufrimientos evitables que se producen por falta de buena praxis en el tratamiento y cuidado de las personas al final de la vida.

“Desde la década de 1950, por lo menos, se habla de ‘alгоfo-bia’ o fobia al dolor para designar la nueva actitud burguesa cada vez más extendida” (Le Breton, 1999: 203). Es posible que cada vez sea más verdad que la gente quiere adjetivar su propia muerte (Bermejo, 2010: 106-108), no vivirla expropiada, ni siquiera por la misma naturaleza humana, por paradójico que pueda resultar esto. Hans Küng, cuyo pensamiento sigue en evolución al respecto, invitaba en 1997 a considerar que a la vez que se ha conquistado la mayor conciencia de responsabilidad en el inicio de la vida, se ha de conquistar mayor conciencia de responsabilidad al final de ella (cfr. Küng y Walter, 1997).

3 Sufrimiento y final de la vida

La gente no quiere sufrir. Al final tampoco. Se observa cómo viven el final los seres queridos y, en ocasiones, parece que largo tiempo. Se conoce, se ve cine o se habla de quienes conviven mucho tiempo con enfermedad, sufrimiento y dependencia, y aumenta fácilmente el rechazo a imaginarse uno en una situación semejante.

Se vive, en realidad, en una sociedad que anhela analgesia para el sufrimiento presente y futuro. Hoy, superadas las terminologías de eutanasia activa, pasiva, directa, indirecta, voluntaria, involuntaria, junto con aquellas otras palabras como distanasia, ortotanasia, cacotanasia..., etc. Se tiende a hablar de contexto eutanásico, situación eutanásica. Para Vidal, la situación eutanásica sería:

aquella situación en la que el valor de la vida humana parece encontrarse en una condición tal de oscurecimiento u ocaso que una terapia de anticipación de la muerte aparece como alternativa mejor (Vidal, 1980: 95).

Ciertamente, el pasado de la humanidad no ha sido como el actual. ¡Cuánto dolor no ha sido calmado en la historia por falta de conocimientos y medios! Hoy solo hay que imaginar qué ha supuesto un simple dolor de muelas durante siglos, y su forma de tratarlo, pone los pelos de punta.

Imaginar que tenemos que esperar a que pase un dentista itinerante por el pueblo para que nos lo arranque sin anestesia, o bien acudir al herrero para que haga la labor con una tenaza... O imaginar que nos realizan una mastectomía con la única anestesia de una copita de vino dulce, quizás con un poco de láudano, y siendo agarradas a la cama por varios hombres vestidos de negro, mientras el cirujano corta con un cuchillo venas, arterias, carne, nervios lo más apresuradamente posible (Morris, 1991: 50).

Situaciones semejantes harían exclamar a cualquier contemporáneo un "¡antes la muerte!", y en muchos casos no sería una mera expresión retórica. Y es que, evidentemente, el umbral de tolerancia al dolor decrece a medida que se generaliza el uso de los analgésicos y de los demás tratamientos terapéuticos, y, claro está, desde que se ha perdido el sentido del para qué habría que sufrir tanto.

Por otro lado, la cultura judeo-cristiana ha influido mucho en la significación del sufrimiento debido al dolorismo que ha atravesado parte de la historia, es decir, a la tendencia a dar

sentido al sufrimiento por sí mismo, en clave redentor, en clave de expiación, en clave de satisfacción o de prueba divina. Hoy es difícil encontrar argumentos contrarios a la eutanasia en ámbito cristiano apoyados en este sentido, como ha sido en el pasado. La religión también se ha humanizado y va aprendiendo, con la psicología, la antropología, la medicina, que dolor y sufrimiento no son lo mismo y que el mensaje evangélico contextualizado, no puede llevar a ensalzar el dolor como un valor en sí mismo.

Los mismos conceptos cambian. Hoy se entiende el sufrimiento como el “malestar inducido por la amenaza de la pérdida de integridad o desintegración de la persona, con independencia de su causa”, según la definición de Cassell (1982: 306, 339-345). Se valora mucho más las posibilidades de combatir el sufrimiento asumiendo que no todo es eliminable, puesto que no todo es mero síntoma que se pueda controlar. El sufrimiento forma parte consustancial de la experiencia humana.

Al principio del siglo XX, cobra espacio, de la mano de la logoterapia especialmente, la hipótesis de asignar sentido al sufrimiento, dando por descontado que el dolor se elimina junto con los otros síntomas que producen displacer. Pero no se ensalza el sufrimiento en clave dolorista, no se describe como bueno.

Cuando Lévinas, filósofo judío, niega la posibilidad de que el sufrimiento tenga utilidad o justificación alguna para el que sufre, lo que sobre todo tiene en mente es la experiencia del Holocausto.

La desproporción entre el sufrimiento y toda teodicea se manifiesta en Auschwitz con una claridad cegadora... Pero este fin de la teodicea que se impone ante la prueba más desmesurada del siglo, ¿no revela, al mismo tiempo, y de una forma más general, el carácter injustificable del sufrimiento del otro hombre, el escándalo en que consistiría que yo justificase el sufrimiento de mi prójimo? Porque para una sensibilidad ética, la justificación del dolor del prójimo es ciertamente el origen de toda inmoralidad (Lévinas, 2001: 122).

De ahí la conclusión de que el único sufrimiento no inútil y que tiene sentido pleno, es el sufrimiento por el sufrimiento

del otro hombre, siempre que este vaya efectivamente dirigido a curar, aliviar o ayudarlo.

Marcos Gómez Sancho libera a la tradición de la Iglesia, que en parte ha sido acusada de justificar planteamientos doloristas. Y así ha sido, en realidad. Pero dice al respecto:

Bien a las claras, en todas las tradiciones religiosas hay bastante acuerdo en que no estamos moralmente obligados a conservar la vida en todos los casos. La defensa ético-religiosa de la mal llamada eutanasia pasiva (evitar el encarnizamiento terapéutico) está mucho más aceptada por pastores, sacerdotes y rabinos de lo que los médicos están dispuestos a reconocer e incluso a aceptar (Gómez, 2005: 188).

El sufrimiento sería aceptable solo como consecuencia inevitable de una opción por la alteridad (Barbero, 2004).

La reflexión introducida por Illich en su conocido trabajo *Némesis médica* (1975) ayuda a comprender el contexto de la sociedad. Némesis es el castigo inevitable de por los intentos inhumanos de ser un héroe en lugar de un ser humano. Representa la respuesta de la naturaleza a *hubris*: la arrogancia del individuo que busca adquirir los atributos de un dios. La *hubris* higiénica contemporánea ha conducido al nuevo síndrome de némesis médica. Se vive en una sociedad analgésica en la que parece razonable liberarse de las incomodidades impuestas por el dolor a toda costa, pudiendo caer en el riesgo de dar paso a una sociedad anestesiada. Illich define el concepto de yatrogénesis social como la excesiva medicalización de la sociedad que fomenta las dolencias reforzando una sociedad enferma que multiplica exponencialmente la demanda del papel de paciente. En este contexto cabe la hipótesis de eliminar todo sufrimiento con un marco legal que da seguridad al ser humano de la cultura anestésica.

Por otro lado, Marx será clarísimo señalando, que

el problema planteado por el sufrimiento no consiste en darle un sentido, sino en suprimirlo, en transformar las condiciones políticas, económicas y sociales que lo han originado y perpetuado. Y condena, como es sabido, a la religión por resignar los hombres a su suerte, haciéndoles creer que no se puede hacer nada contra ese sufrimiento (cfr. Altuna, 2005: 222).

En todo caso, la búsqueda de sentido en medio de sufrimientos inevitables no es solo algo que pueda proponerse y, en su

caso, alcanzar el individuo. La vida no es una peripecia solitaria. Los hombres y las mujeres ayudan al hombre y a la mujer a buscar y encontrar el sentido para su vida, o lo alejan del camino.

El hombre no puede ni debe buscarlo a solas. Ni como hombre ni como cristiano. Pero también la muerte es una aventura que se realiza en compañía. Ayudar a morir no puede ser sinónimo de dar la muerte (Flecha, 2007: 380).

En el cristianismo “algo ha cambiado, y esto es probablemente la esperanza de que el dolor, el sufrimiento y la muerte tengan un sentido y estén abocados a desaparecer en un futuro de bendición” (Ramírez, 2011: 131).

No hay que olvidar, en el debate sobre el sufrimiento y sobre la hipótesis de “escaparse de él”, que hay mucho sufrimiento en el mundo que lleva a la muerte contra la voluntad de las personas y de los pacientes. El concepto de mistanasia reclama todas esas situaciones en las que se da una eutanasia social, que incluye a las víctimas de los sistemas médicos, sociales y políticos que dejan fuera a los pobres, sin acceso a procesos diagnósticos, terapéuticos o, en todo caso, víctimas de las exclusiones del sistema de protección social y sanitaria (Pessini, 2004: 210). De este sufrimiento se es, en gran medida, menos conscientes cuando se debate en torno a la eutanasia.

4 Eutanasia y rechazo del sufrimiento

La Organización Médica Colegial (OMC), en sus recientes manifestaciones en contextos de debates sobre la eventual legalización de la eutanasia, afirma que poner fin deliberadamente a la vida de un paciente es algo que va “totalmente en contra” de las buenas prácticas de la medicina. Así lo advirtió su presidente, Serafín Romero, en la presentación del libro *Doctor, no haga todo lo posible* (Requena, 2017). En el debate¹⁶, el presidente de la Comisión central de deontología de la OMC, Juan José Rodríguez, indicaba que podría haber motivaciones económicas en la despenalización de la eutanasia,

¹⁶ Celebrado el 8 de mayo 2018, <http://www.alfayomega.es/1520-97/la-gente-no-quiere-morir-lo-que-pide-es-no-sufrir>.

puesto que el 75% del gasto sanitario se lo llevan los últimos cinco años de vida.

Por otro lado, un problema en los debates sobre la eutanasia, es que suelen centrarse en casos en parte raros que, si se generalizaran y se tomaran como norma, perjudicarían a la inmensa mayoría de los pacientes. En realidad, en general, la gente no quiere morir si tiene unas condiciones dignas para poder vivir. La práctica de la no adecuación de tratamientos (encarnizamiento técnico, diagnóstico o terapéutico), puede llevar a sufrimientos no deseados por nadie. Lo que realmente la gente quiere es no sufrir. Con el paso del tiempo abunda más el modo tecnológico de morir en relación al modo natural, lo que lleva consigo un incremento del tiempo que se convive con las enfermedades en su fase avanzada y terminal.

Una de las situaciones más difíciles, como se sabe, tiene que ver con la cuestión de la nutrición e hidratación por vías artificiales. Hoy hay un mayor consenso en considerarlas como tratamiento que como medida de soporte vital, en tanto que son procedimientos que requieren los conocimientos y participación de los profesionales de la sanidad y cuya instauración supone una invasión corporal. Asimismo hay un creciente conocimiento de que los pacientes al final de la vida no suelen experimentar sed y si lo hacen, suelen sentir más beneficios tratados con pequeños trozos de hielo para combatir la sequedad de la boca, sorbos de líquido, humectantes labiales y cuidados de la boca, sin que sea necesario acudir a la hidratación parenteral (Couceiro, 2004: 272-273). Es necesario, en este sentido, modificar la idea del sufrimiento hipotético como consecuencia de la sensación de hambre y sed, al menos en líneas generales. Es claro que la no administración de este tratamiento o su retirada, no entran en la categoría del concepto de eutanasia, puesto que la muerte no se produciría como consecuencia de la intención, sino que tiene lugar mientras es acompañada en medio de los cuidados y control de síntomas. Entre los objetivos de los cuidados paliativos no está la nutrición y la hidratación en sí mismos, sino el control de síntomas, acompañando también el valor simbólico de todos los gestos de cuidados en la cultura actual.

Es interesante analizar los textos conocidos como testamentos vitales en sus formatos genéricos, promovidos por institu-

ciones como la iglesia católica y la Asociación por el derecho a una muerte digna. Ambos, desde posiciones opuestas, recogen el deseo de que se alivien los sufrimientos. La fórmula del testamento vital de la Conferencia episcopal española indica: “que se me administren los tratamientos adecuados para paliar los sufrimientos”. La fórmula de la ADMD española señala: “que se me suministren los fármacos necesarios para paliar al máximo mi malestar, sufrimiento psíquico y dolor físico causados por la enfermedad o por falta de fluidos o alimentación, aun en el caso de que puedan acortar mi vida”. Como es sabido, en virtud del conocido principio del doble efecto, esta segunda parte fue la tesis fundamental de la respuesta del papa Pío XII a la cuestión de los analgésicos¹⁷, pero en aquel documento se decía también (aunque menos conocido) que “la aceptación de los sufrimientos sin mitigación no representa ninguna obligación y no responde a una norma de perfección” (Pío XII, 1957).

En este contexto reflexivo en torno al sufrimiento y la eutanasia, hay que indicar que el argumento de que los cuidados paliativos anulen el deseo de la eutanasia en todas las personas, no se sostiene ni ideológicamente ni en la práctica. Una buena asistencia a los enfermos en fase avanzada no hace que se anulen totalmente las peticiones de eutanasia y suicidio asistido. Es evidente que si no se realizan buenas prácticas clínicas, además de ser maleficientes con los pacientes, se está colocando en situaciones que abocan con facilidad hacia este tipo de peticiones. Pero lo contrario también es cierto. No puede negarse que haya pacientes que tomen tales opciones no por razones de mala asistencia, sino porque su valoración de la situación puede ser totalmente distinta a la de los profesionales que les prestan cuidados (Couceiro, 2004: 284).

Según algunos estudios, lo que lleva a las personas a desear la muerte y pedirla, no es el dolor ni otros síntomas, sino la preocupación sobre la pérdida del control de las funciones cor-

¹⁷ La afirmación más conocida al respecto es: “Si la administración de narcóticos produjese por sí misma dos efectos distintos, por una parte el alivio de los dolores y por otra la abreviación de la vida, entonces es lícita”. Nótese, no obstante, que tal afirmación se produce incluso en un contexto en que la teología de la expiación era aún muy importante.

porales, la reducción de la autonomía debida a la enfermedad, el miedo a ser una carga y la dependencia de los demás (Couceiro, 2004: 284).

El problema no es –según Adela Cortina- si el estado tiene derecho a eliminar a enfermos y personas con discapacidad, sino si el reconocimiento de la autonomía de las personas puede conducir, dado que la vida no se mide solo por la cantidad, sino también por la calidad, al derecho a pedir a otros, especialmente al médico, que les quiten la vida (Cortina, 2004: 349). Y añadirá que reconocer como derecho humano el “derecho a elegir el momento y forma de la muerte” es, a su juicio, “innecesario y desaconsejable”.

Engrosar el catálogo de derechos humanos con la protección de deseos tan minoritarios resulta totalmente desaconsejable –según Cortina-. El porcentaje de la población que puede desear elegir la forma y momento de su muerte, en el caso de que le quepa tal posibilidad, es mundialmente ridículo. Y no solo porque las gentes no piensan en él, sino porque los seres humanos desean ante todo vivir y poder contar a la hora de la muerte con seres queridos, el mínimo sufrimiento posible, buenos profesionales de la salud, capaces de dilucidar en diálogo con el paciente cuando determinados tratamientos traspasan el umbral de la buena práctica y pisan el terreno de lo no oportuno técnica ni éticamente (Cortina, 2004: 359). Existe el claro riesgo de instrumentalizar a la persona enferma, convirtiéndola en medio para otros fines, que es lo propio de un trato indigno, en el sentido kantiano.

Callahan señala, que:

Una vez que una sociedad permite que una persona quite la vida a otra, basándose en sus mutuos criterios privados de lo que es una vida digna, no puede existir una forma segura para contener el virus mortal así introducido. Irá a donde quiera (Callahan, 1991: 12-16).

5 La cuestión de la dignidad

Una de las grandes paradojas al hablar de la eutanasia es, precisamente que el uso de la palabra dignidad es hecho tanto para apoyarla como para ir en contra. Se reclama el derecho a una muerte digna. Se dice que no es digno vivir en ciertas condiciones y sí lo es vivir en otras. Está claro que la pala-

bra dignidad es polisémica. De la dignidad parece derivar la necesidad de ser respetado, la autonomía de cada persona, los derechos universales... En ella justificamos la necesaria humanización de la asistencia sanitaria (Bermejo, 2014). En efecto, se cree que la fundamentación más honda de toda propuesta humanizadora es la dignidad intrínseca de todo ser humano (Quintero, 2003). Y quizás nada más difícil que definir lo que es la vida humana y fundamentar su dignidad.

No resulta fácil hablar de dignidad cuando ya el mismo sentido etimológico presenta acepciones tan dispares para la reflexión como la relacionada al merecimiento (“que merece algo, en sentido favorable o adverso”) y la relacionada con la naturaleza de la persona o cosa (“correspondiente, proporcionado al mérito y condición de una persona o cosa”) (Real Academia Española, 2014). La exploración del significado de la dignidad humana como fundamento de la humanización del mundo de la salud y de la enfermedad, es lo que se evoca cuando se habla de eutanasia: la promoción de una muerte digna. La misma asociación más conocida que trabaja por la promoción de la legalización de la eutanasia, adquiere este nombre: Asociación de muerte digna.

Recientemente se habla también “terapia de la dignidad”. Con ella se evoca el modo como se cuida. Indica Chochinov: “El modo en que los pacientes perciben la manera que son vistos es un poderoso mediador de su dignidad” (Chochinov, 2002: 2253-2260).

Más allá de las diferentes acepciones que el diccionario de la Real Academia presenta hoy, el término “dignidad” designa en latín lo que es estimado o considerado por sí mismo, no como derivado de algo otro. Cuando se aplica la palabra dignidad a la persona humana, se la está considerando como fin en sí misma, como primer criterio de contrastación para la valoración ética de los fines perseguidos.

Una de las expresiones más célebres, en este sentido, aparece en una de las formulaciones del imperativo categórico kantiano: “Actúa de tal modo que trates a la humanidad, tanto en tu persona como en la persona del otro, no como un mero medio, sino siempre y al mismo tiempo como fin”.

La dignidad humana, como comparten numerosos autores, significa el valor interno e insustituible que le corresponde al hombre en razón de su ser, no por ciertos rendimientos que sea capaz de prestar, sino por ser un fin en sí misma (Ferrer, 1996: 191).

La dignidad, que como tal es un atributo de la persona:

posee una dimensión social, colectiva, en el sentido de que va acompañada de la necesidad de que las demás personas y la comunidad en que el individuo se integra respeten su libertad y sus derechos (Alegre, 1996: 19).

Por otra parte, como nota Millán Puelles, la palabra “dignidad” admite, al menos, dos acepciones: “como forma de comportarse (portarse digna o indignamente), o como superioridad e importancia de un ser independientemente de su comportamiento” (Millán, 1973: 15). Son, ciertamente, acepciones complementarias porque una persona se comportará dignamente cuando su conducta se adecue a la condición superior suya y del destinatario de su relación. De lo contrario, el trato será inhumano.

Cabría pensar, inmediatamente, que el concepto de dignidad es universal, válido para todos. Sin embargo, como señala Peces Barba, conviene tener en cuenta la dificultad presente en la pluralidad de manifestaciones de la dignidad, y la existencia de numerosas perspectivas desde las que se manifiesta la necesidad del respeto a la misma: así, podrá tomarse en consideración la dignidad individual, la del género humano, la del individuo para consigo mismo, la que la persona debe respetar y reconocer a los demás, la que el estado tiene que respetar y reconocer a sus ciudadanos, etc. (Peces, 1984: 111).

Una de las dificultades concretas, experimentada sobre todo por las personas que se encuentran con la vulnerabilidad humana en el límite (sobre lo que se reflexionará después), cuando la dignidad parece escondida entre las imposibilidades efectivas de ejercer las características más singulares humanas, está en la identificación de la especificidad de tal dignidad y de su origen. En el fondo, en numerosas ocasiones, tras la toma de decisiones y estilos de relación interpersonal de ayuda, así como en la elaboración de programas de integración de diferentes colectivos excluidos o en el cuidado a

las personas frágiles, subyace la pregunta: ¿es siempre la persona (o lo que se presenta como figura humana ante los ojos o ante el microscopio), digna de ser respetada y cuidada sin límite? La pregunta, formulada ahora de manera compleja quizás, contiene detrás muchos y complicados elementos.

6 ¿En qué consiste la dignidad humana?

En las diferentes ideologías y culturas, el respeto a la vida aparece como uno de los principios más fundamentales y evidentes. Como si se estuviera ante una realidad cuya fundamentación no necesitara ningún esfuerzo racional, ante una exigencia básica del sentido común que todo el mundo comprende. Es obvio que sin conservar el valor de la vida (considerada, pues, digna de ser respetada), no hay ninguna posibilidad de convivencia y armonía entre los seres humanos.

Como indica López Azpitarte (1990: 11), sin condenar con énfasis todo atentado injusto contra este bien primario de la existencia, no es posible ningún tipo de relación humana, y resultan inútiles todas las demás exigencias y obligaciones si falta este presupuesto primario y fundamental. No obstante, a pesar de la evidencia común que encierra este principio, como uno de los universales éticos presentes en la conciencia de la humanidad, los hombres y las mujeres han intentado siempre buscarle una justificación racional, como si esa intuición generalizada no fuera del todo convincente o pudiera ser demasiado ambigua, sin argumentaciones más concretas.

Santo Tomás ha argumentado en defensa de la vida sobre todo porque todo ser se ama por una inclinación natural a sí mismo, que le lleva a luchar por su propia conservación; por su dimensión social, viendo la vida de cada individuo como un patrimonio común y en tercer lugar por considerarla como un “regalo de Dios, el único que tiene poder sobre la existencia humana” (Aquino, 1990: II-II, q. 64, a5).

Otros autores consideran que es la posibilidad de actuación moral, -por ejemplo Martínez Pujalte- basada en la racionalidad y en la libertad, el fundamento de la exigencia de respeto incondicionado a la persona humana, responsabilidad que se puede denominar dignidad humana. Esta dignidad humana

radicaría, entonces, en la potencialidad de las cualidades espirituales que definen al ser humano, y tal potencialidad se encuentra en todo su ser biológico, incluso si todavía se encuentra en el primer estadio de su desarrollo —es decir, en la gestación— o, si por cualquier razón se halla privado de las habilidades correspondientes a un desarrollo psicológico moral. Naturalmente, el fundamento último de una dignidad humana así entendida no puede ser sino metafísico (Martínez-Pujante, 1995: 135-153).

Se dice que la dignidad procede de la capacidad de la persona de dirigirse por sí misma hacia el bien y de su aptitud para autodeterminarse (Ferrer, 1996: 192), y que está por encima de cualquier circunstancia externa y propia. La persona tiene un valor básico, que le lleva a no ser considerado y tratado nunca como mero medio, a pesar de que esta capacidad de dirigirse por sí misma esté eclipsada, cuando no negada (como pudiera ser en algunos enfermos mentales, enfermos al final de la vida (García, 1998: 96-97), personas sin formación adecuada o no desarrolladas todavía —niños—).

La reflexión más inmediata sobre lo específico que le hace al hombre y a la mujer digno sería aquella que ve a la persona por encima de los demás seres en virtud de su racionalidad, lo cual determina a la vez su sociabilidad, su libertad, su responsabilidad y su dimensión trascendente (Sánchez Agesta, 1987: 91). En este sentido, Feuerbach señala:

Razón, amor y voluntad son perfecciones, son facultades supremas, constituyen la esencia absoluta del hombre en cuanto hombre y el fin de su existencia. El hombre existe para conocer, para amar, para querer (Feuerbach, 1975: 52).

El problema surge, una vez más, cuando el individuo no es capaz de desarrollar estas facultades supremas que le distingan del resto de los seres vivos y que le confieren la particular dignidad que calificamos de *humana*. Si

lo peculiar de la vida humana es ser estrictamente biográfica, según la caracterizó Ortega, en su sentido más literal de escrita y relatada por el propio sujeto que la vive, por contraposición al vivir meramente biológico (Ferrer, 1996: 199)¹⁸,

¹⁸ Niceto Blázquez escribe: “Según la formulación del artículo 1º de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, “la idea de dignidad humana presupone el estar dotados de razón y conciencia, no

se encontrará numerosas dificultades a la hora de defender la dignidad de individuos y colectividades cuya vida no es posible ser “escrita y relatada” por el propio sujeto que la vive. Quizás habría que considerar, entonces, que la dignidad humana –más allá del reconocimiento de ser criatura, desde una visión religiosa, se escribe y se construye también subsidiariamente o, dicho de otro modo, la dignidad de quien no es capaz de gobernarse por sí mismo está también en la dignidad con que los demás seres de la misma condición sustituyen las carencias.

Quizás la gloria de la persona no se escribe solo cuando el individuo es capaz de pensar, decidir, amar, (como facultades supremas), sino también cuando un semejante piensa “en el que” y “por el que” no es capaz de hacerlo por sí mismo; decide para y por aquel que no es autónomo psicológica o moralmente y ama a aquel que si bien conscientemente no es sujeto de afectos, es destinatario del amor: amable por sí mismo, por su semejanza (aunque hubiera que reducirla a la condición “biológica”) al amante y por su potencialidad (aunque no desarrollada, educada o ya desgastada), por su vulnerabilidad y pertenencia a la comunidad humana.

Cuanto se viene apuntando, pues, lleva de manera progresiva, una vez más, a considerar que la dignidad humana está en estrecha relación con su condición de vulnerabilidad. Una vez más se acude a la llamada “ética de la fragilidad” (Gracia, 1998: 33 ss.). El *hombre lábil*, como dijera Paul Ricoeur expresando de manera precisa la naturaleza de la realidad humana que fundamenta una ética humanizadora a partir de la comprensión de la persona como vulnerable, débil, perteneciente a la comunidad humana capaz de hacerle ser y subsistir. La vida humana, especialmente frágil y siempre en el límite, que se expresa (como ha escrito Helmuth Plessner) especialmente en la risa y en el llanto. Y esta expresión del llanto, como símbolo de la fragilidad humana, constituye un rasgo fundamental que revela que la condición de vulnerabilidad desencadena la dimensión ética.

Desde la fe, la fundamentación de tal argumentación sobre la dignidad humana, se encuentra en la concepción de esta del

necesariamente en buen uso” (1982: 9).

ser criatura¹⁹. Pero desde la fe cristiana, la gran paradoja es que “Dios mismo haya asumido la condición humana” (dignificándola así), y que haya hecho triunfar al amor precisamente en la debilidad presente en una cruz. Interpela particularmente a la razón el testimonio de un hombre que la contradice permanentemente mediante la dinámica del amor: contradice la “razonabilidad” de las situaciones de exclusión de enfermos y marginados, contradice la “razonabilidad” de la dinámica del poder mediante el ablandamiento que produce la *mirada al rostro humano frágil* como criterio para encontrar en él la dignidad incondicional.

Para el creyente, la dignidad humana, entonces, se fundamenta en su origen: es “el haber sido creado a imagen y semejanza de Dios”, y pertenecer a la naturaleza en la que “Dios mismo se ha encarnado humanizándose”, asumiendo su fragilidad e indicando que cuanto sea hecho a uno de los más débiles es hecho a él mismo (Mt 25, 31-46, cfr. Pablo VI, 1965), lo que fundamenta últimamente la dignidad humana. Así, el Concilio Vaticano II, en la *Constitución gaudium et spes*, señala que en Cristo “la naturaleza humana ha sido levantada a una sublime dignidad” (Pabo VI, 1965).

7 Dignidad humana y derechos humanos

Es precisamente la dignidad el concepto central en que se fundamentan los derechos humanos. La idea de dignidad está basada, como se indica, en su ser, más que en el modo de existir (Lacambra, 1951: 15-46). Así, el artículo 10.1 de la Constitución española establece como fundamento del orden político y de la paz social, ante todo, la dignidad humana²⁰.

¹⁹ Anticipándose a la “Declaración universal de derechos humanos”, Pío XII, en su mensaje navideño de 1944 señalaba que “el misterio de la Navidad proclama esta dignidad inviolable del hombre con un vigor y una autoridad sin apelación, que excede infinitamente de aquellas que pudieran provenir de todas declaraciones posibles de los derechos del hombre”. El catecismo de la iglesia católica afirma: “El respeto de la persona humana implica el de los derechos que se derivan de su dignidad de criatura. Estos derechos son anteriores a la sociedad y se imponen a ella” (n. 1930).

²⁰ “La dignidad de la persona, los derechos que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás, son fundamento del orden político y de la paz social” (Cortes generales, 1978, Art. 10.1 de la *Constitución española*).

Así también, la “Declaración universal de los derechos humanos” de la Asamblea general de las Naciones Unidas del 10 de diciembre de 1948, tiene como primer considerando: “que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la *dignidad intrínseca* y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana”.

Lo que no presenta la “Declaración de los derechos humanos” es el porqué de los mismos, su fundamento y razón de ser, su origen y razones trascendentes. Se tiene la impresión de que se apela a la dignidad humana llegando a decidir los votos mayoritarios los derechos que se derivan de la misma, pero sin fundamentarla. Quizás eso explique que en nombre de la dignidad se llegue a soluciones radicalmente contrarias sobre la eutanasia (González, 1997: 358)²¹.

El sentido de la expresión “dignidad humana”, que aparece cinco veces en la “Declaración universal de los derechos humanos”, no fue discutido por los votantes. La situación histórica en que se produce la Declaración (el deseo de proclamar algo en común y evitar que se repitieran los horrores de las dos guerras mundiales), llevó a no definir técnica o filosóficamente lo que se considera como “dignidad humana”. Se afirma la dignidad del hombre y de la mujer de una manera descriptiva, señalando los presuntos derechos que le corresponden (la libertad, la justicia y la paz). La apelación a la “dignidad humana” significa no más que una llamada solemne al sentido común de los pueblos para que opten por la vía de la razonabilidad y no de la guerra en la solución de los problemas humanos a escala internacional (Blázquez, 1982: 11). No obstante, en la redacción y discusión del texto de la Declaración, no faltaron propuestas de incluir el fundamento de tal dignidad como seres “creados a imagen y semejanza de Dios” (Blázquez, 1982: 18).

²¹ Entre los principios éticos que apoyan la constitución de los Estados de derecho, se cuenta la indisponibilidad de determinados bienes, que no pueden convertirse en mercancías ni pueden comercializarse. Esto se aplica, por ejemplo, a la dignidad humana y a partes del cuerpo humano”. Mieth, *La dignidad del hombre es inviolable. ¿Qué significa el “mercado” para este principio? Exposición según el ejemplo de la tecnología biomédica*, Concilium 270 (1997a) 358.

La Constitución alemana de 1949, añade un elemento nuevo, afirmando, en el artículo 1.1 que “la dignidad de la persona humana es intangible”. En efecto, el concepto de dignidad trasciende y supera los límites del ámbito jurídico. La dignidad no solo es lo que el derecho dice que es. Lo único que podrán lograr las diversas versiones del reconocimiento a nivel jurídico de este tipo de consideración será una aproximación, un retrato más o menos fidedigno de la dignidad de la persona (Alegre, 1996: 21).

Niceto Blázquez, en su estudio sobre el texto de la “Declaración sobre los derechos humanos”, afirma que

teniendo en cuenta el momento histórico en el que el texto de la Declaración fue redactado, la categoría de las personas que intervinieron en la redacción y aprobación, así como el uso o aplicación práctica que se ha venido haciendo después, se puede decir que nos encontramos ante un documento esencialmente político sin base ética suficiente por faltarle la fundamentación metafísica. Esta fue descartada al rechazar toda alusión vinculativa del hombre a Dios, al Creador o a la Naturaleza. La dignidad humana queda así abandonada al consenso democrático de voluntades e intereses de los países miembros de la ONU que quieran ratificar la Declaración. Pero al no surgir una necesidad objetiva racional de respetar esos presuntos derechos y libertades proclamados, cada cual es libre para interpretarlos en función de los intereses políticos concretos de su país y de su cultura (Blázquez, 1982: 23).

Una reflexión sobre los valores superiores y su vinculación a un ordenamiento jurídico lleva a la conclusión de que es “difícil construir modelos puros” (Peces, 1993: 319-320). Maritain, filósofo que, dentro del catolicismo, más ha creído y trabajado en la preparación de la “Declaración universal de los derechos humanos”, afirma que es muy difícil, pero aun así siempre posible, encontrar una fórmula común de verdades prácticas sobre la vida en común de todos los seres humanos; es posible formular algunos derechos que afectan a las personas en su existencia social. A la inversa, sería vano buscar una común justificación racional de estas conclusiones prácticas y de estos derechos. Empeñándose en seguir este camino se correría el riesgo tanto de querer imponer un dogmatismo arbitrario como de verse irremediamente estancados por divisiones irremediables ([Paulinas], *Nuevo diccionario de teología*, 1992: 255).

8 Dignidad humana y calidad de vida

Desde finales del siglo XX se está prestando una particular atención a la relación existente entre dignidad y calidad de vida. Si bien se está ante un discurso nada novedoso, puesto que siempre ha estado presente (piénsese en la búsqueda de lo bueno, bonito y barato, expresión con la que la sabiduría popular ha sintetizado valores importantes), resulta que el progreso de las tecnologías puestas al servicio del ser humano interpelan de manera más acuciante hoy, cuando se es capaz de prolongar la vida, pero no siempre en condiciones que al sujeto o a los responsables de la distribución o aplicación de recursos, les parece que tal vida sea digna.

En principio, como dice Diego Gracia:

parece natural pensar que es bueno todo aquello que va a favor de la vida y malo todo lo que va en contra suya o la pone en peligro. Pero la vida sin más no es un criterio de moralidad. El criterio surge cuando se califica o cualifica esta vida de cierta manera (Gracia, 1984: 19).

En efecto, la ética de la calidad de vida constituye hoy en día una aportación fundamental en la reflexión bioética. El problema es que no existe una única definición simple ni completa del término, como señala García Férez. Los diferentes autores parecen estar de acuerdo en que su significado es esencialmente subjetivo, en el sentido de que es cada persona la que debe apreciar y enfatizar si su estilo de vida satisface plenamente sus propios deseos y necesidades. Es por tanto una aspiración ideal que ha de llenarse de contenido en un determinado contexto (personal, social, cultural, económico, humano, médico...). Los juicios sobre calidad de vida son siempre relativos a un marco de referencia concreto (García, 1998: 99-100)²². Pero existe el problema de que la calidad no siempre puede ser valorada por el sujeto que la percibe, precisamente porque no es dueño de algunas de las característi-

²² A partir de finales del siglo XX, "el interés se ha proyectado sobre la calidad que merece la vida humana. El hecho de existir no parece digno ni apetecible, si no va acompañado de otra serie de cualidades y exigencias que lo hagan más apreciable y gustoso. El progreso ha hecho posible una cultura de bienestar, y la vida no merece vivirse si ella no alcanza también un nivel mínimo de satisfacción para que resulte agradable" (López-Azpíarte, 1990, 18).

cas más específicamente humanas que permiten la experiencia subjetiva y la conceptualización de tal experiencia.

De la importancia que se le dé al concepto de calidad de vida dependen no pocos argumentos en torno a la eutanasia. Algunos despejan la incógnita diciendo que tiene tal valor para el hombre y la mujer la dignidad, que lo que se plantea es hasta qué punto vale la vida sin dignidad y hasta qué punto merece la pena vivir si no se vive como hombre o como mujer, en suma como persona humana (Alegre, 1996: 83). Pero enseguida argumentan que no puede existir la vida humana sin dignidad, ya que, en ningún momento de su vida, y en ninguna circunstancia, la persona deja de ser persona: mientras hay vida, hay condición humana, en cuanto tal y, por tanto, hay dignidad. En relación a la segunda de estas preguntas, hasta qué punto merece la pena vivir si no se hace como hombre o como mujer, es decir, si no es posible vivir de modo conforme a la propia dignidad, la discusión presenta mayor complejidad. Si, como se ha podido comprobar, el concepto mismo de dignidad es extremadamente difícil de definir por su gran dosis de relatividad, estas mismas dificultades, y el consiguiente riesgo, se plantean para determinar en qué punto se produce esa ruptura o falta de adecuación entre la vida y la propia dignidad, y a quién corresponde decidir sobre esa falta de adecuación.

Los obispos de la Comisión episcopal de pastoral social de España, al reflexionar sobre el 50 aniversario de la "Declaración universal de los derechos humanos", llamaron la atención sobre una posible visión individualista de los derechos humanos y por tanto de una referencia de la calidad a la mera subjetividad, al margen del desarrollo de los derechos de las colectividades. Indican:

No sería digno del hombre un tipo de desarrollo que no respetara y promoviera los derechos humanos personales y sociales, económicos y políticos, incluidos los derechos de las naciones y de los pueblos (Juan Pablo II, 1987, *Solicitud rei socialis*).

Claro está que para un desarrollo integral no es suficiente un progreso económico si no atiende a las otras dimensiones de la persona. "Solo tomando conciencia de pertenecer al universo como miembros de la única familia humana, y tratando de vivir y actuar coherentemente, nuestro desarrollo nos

humaniza” (Comisión Episcopal de Pastoral Social, *La declaración universal de los derechos humanos*, 1998). Esta reflexión puede introducir aquí el reclamo a los derechos de los demás cuando se pretende discernir sobre la calidad de vida de un individuo y la evidente relación entre derechos y obligaciones.

Atender a la calidad de vida –afirma Elizari– es una exigencia moral innegable, si con ello se refiere a cualquier tipo de acción orientada a crear condiciones más favorables para la expansión y desarrollo de cualquier ser humano... Una comprensión global de la calidad de vida que mire a las condiciones de vida que respondan a la dignidad humana para el mayor número posible de personas, sí merece una consideración moral, aunque su utilización en casos conflictivos es muy delicada y difícil (Elizari, 1988: 65-66).

De hecho, hay quien habla de la vida humana como un valor “absoluto relativo”, para aclarar que no es el sentido supremo y absoluto, aunque tenga valor por sí misma y posea una inviolabilidad axiológica de carácter apriorístico. Entre esta visión de inviolabilidad absoluta y el concepto de calidad de vida se debate la reflexión (García, 1998: 98).

La calidad de vida nos hace referir la vida, verla de manera comparativa consigo misma en otras circunstancias o con otros. Diego Gracia dice que la calidad de vida consiste “en el conjunto de propiedades que hacen esa vida apreciable y mejor que la de otras personas” (Gracia, 1984: 8).

Pero el discurso es tan delicado que hay una polémica abierta entre las nociones de “sacralidad” y “calidad de vida”. Mientras la primera afirma que la vida es algo sagrado, absoluto e inviolable en cualquier situación o estado, la segunda considera que la vida varía de “cualidad” según las actitudes ante ella o los valores que la impregnan y pueden verse realizados.

Creo, no obstante, que se puede afirmar con Forcano, que “somos testigos de que está naciendo un nuevo humanismo en el que el hombre queda definido principalmente por la responsabilidad hacia sus hermanos y ante la historia” (Gómez, 2005: 55). Este incremento en la comprensión y aprecio de la persona humana hay que buscarlo en las nuevas ciencias humanas, en los originarios descubrimientos, en la

antropología, en los estudios filosófico-religiosos, como también en los nuevos movimientos socio-políticos y culturales (Forcano, 1981: 127).

120

En este sentido, se podría afirmar que la calidad no es el referente último. Allí donde se presenta ofuscada o mermada, quizás haya que referir el deber ético del cuidado humanizado no solo a la experiencia subjetiva de las propias condiciones de vida, sino también a la dignidad humana intrínseca. Entonces habrá también que referirse a la calidad del cuidado en función de las cualidades y valores que se viven en la atención de la vida visiblemente poco “cualificada”.

A juicio del autor del presente texto, la introducción del concepto de calidad en la reflexión sobre la dignidad de la vida, sobre todo cuando ésta se presenta frágil y mermada en algunas cualidades específicas del ser humano, ha de considerar que el uso de los recursos existentes para luchar por una vida digna –de calidad- constituye un permanente reto al discernimiento entre la experiencia individual y las necesidades de la colectividad²³ y su correspondiente priorización.

El concepto de calidad no se reserva entonces exclusivamente a la experiencia individual, sino también al proceso seguido para conseguir tal aprendizaje o para cuidar a la persona respetando su dignidad, a la eficacia y eficiencia de los procesos, que han de estar impregnados de excelencia ética en el uso de los recursos y en el discernimiento sobre su idoneidad (referidos también en términos de justicia –pensada con criterios universales-) y la necesaria evaluación de la adecuación de tales procesos para la satisfacción de necesidades reales y de respeto por la dignidad humana.

9 Dignidad al final

El pensador contemporáneo Robert Spaemann sostiene que, si la determinación de la dignidad del ser humano viene dada por la aparición de alguna determinación cualitativa, enton-

²³ Hay que mantener el principio de ética social según el cual una disposición debe valorarse en la medida en que produzca los máximos beneficios a los más perjudicados, Mieth. La dignidad del hombre es inviolable. ¿Qué significa el “mercado” para este principio? Exposición según el ejemplo de la tecnología biomédica (Mieth, 1997b, *Concilium* 270: 361).

ces, se desprende la posibilidad de poner precio a la vida humana (Spaemann, 2003: 411). Algún otro autor afirma:

Parece que los que están a favor de la eutanasia hacen depender la dignidad humana de su calidad de vida. Si el enfermo carece de la misma, parece ser, entonces, que esa vida no merece la pena. Y eso no es verdad (Zurrairáin, 2018: 34).

Diego Gracia, por su parte, afirma:

Cuando decimos que las personas tienen dignidad, estamos pensando en aquellas que son inteligentes, adultas, autónomas, capaces de llevar a cabo sus propios fines, etc. En ellas es en las que la dignidad se percibe fácilmente, sin problemas. Hay situaciones, por el contrario, en que la dignidad parece oscurecerse. Son aquellas que humillan, que degradan al ser humano. Algo de esto sucede con la enfermedad en general, y con ciertas enfermedades graves y mortales en particular. En estos casos, o al menos en algunos de ellos, la propia naturaleza puede poner al ser humano contra las cuerdas, haciéndole pasar por situaciones que muchos han descrito como humillantes, y aun como peores que la propia muerte (Gracia, 1996).

Las situaciones límite al final, suelen tener al menos, tres características comunes (Souto, 2003: 53-59). El carácter irreversible de la situación, al menos, dentro de los límites de la certeza diagnóstica; la cercanía de la muerte, que constituye el horizonte más próximo y probable del paciente; y, por último, la degradación biológica, fisiológica y psicológica del paciente, que se encuentra, según algunas versiones, inmerso en una vida indigna de un ser humano. La degradación de las circunstancias que rodean la vida del paciente pueden plantear la cuestión más profunda, que establece una línea divisoria entre los partidarios pro-eutanasia y los pro-vida. Hay que referirse a la dignidad de la vida humana y al hecho de su posible pérdida por razón de la enfermedad o de la ancianidad.

¿Se puede perder la dignidad humana como consecuencia del sufrimiento, la debilidad, la dependencia de otros, el deterioro de la ancianidad o la enfermedad terminal? La dignidad de la persona humana, en la concepción pro-vida, tiene una base ontológica: la dignidad es intrínseca, universal, inalienable, inmune a las influencias de fortuna o de gracia, refractaria al proceso de morir. Desde la otra orilla, los defensores de una mentalidad pro-eutanasia, construyen su noción de morir con

dignidad asignando al sufrimiento moral, al dolor físico, a la incapacidad, a la dependencia de otros, a la enfermedad terminal, un valor negativo, destructor de la dignidad humana. La muerte digna es la única solución para poner término a la permanente indignidad de vivir esas vidas sobrecargadas de valores negativos, carentes de valor vital (Herranz, 2002: 184).

Ciertamente, la dignidad como valor intrínseco de la persona es inalienable, universal e inmune a las influencias externas, de tal manera que exige la igualdad y no discriminación entre las personas. Sin embargo, la dignidad como valor extrínseco tiene que ver con las condiciones sociales, económicas, físicas, etc. Esta acepción revela la calidad de vida de las personas, que puede ser excelente o degradante, es decir, indigna. El uso de la palabra dignidad para referirse a los valores intrínsecos del ser humano, de toda persona, y a las circunstancias extrínsecas de ella particular no entrañaría ninguna contradicción. A lo sumo, el uso de un término polisémico utilizado con significados distintos en cada caso. El problema reside, no en el término utilizado, sino en la justificación pretendida.

Así, el derecho a morir con dignidad se invoca como un derecho que garantiza la posibilidad de vivir y morir con la inherente dignidad de una persona humana, y como recurso para liberarse de la agonía de vivir en un estado de miseria emocional o psicológica. El decaimiento biológico, el no valerse por uno mismo y depender de otros para las acciones y funciones más comunes, son considerados, en la mentalidad de la muerte con dignidad, como razón suficiente para reclamar el derecho a morir a fin de impedir que la dignidad humana sea socavada y arruinada por la invalidez extrema, la dependencia y el sufrimiento.

En todo caso, "dar un paso en pro de la eutanasia significa, en realidad, consagrar la idea del valor relativo y subjetivo de la dignidad humana" (Montero, 1999: 1722-1729). Provocar la muerte, aunque sea solicitada por el paciente, constituye una decisión ética y legal sancionable.

Señala Adela Cortina que el término dignidad es, en principio, bien una expresión valorativa, bien una indicación de ser digno de algo que se merece. Como expresión valorativa, signifi-

caría que los seres humanos se comportan con decoro (dignamente) o que tienen un valor absoluto y por tanto, no pueden ser intercambiados ni instrumentalizados, sino solo ser respetados. De ahí que, para no meterse en las sendas del emotivismo cabe traer a cuento lo que quieren decir los que promueven el derecho a “morir con dignidad” (Simon y Cuceiro, 1996: 313-354):

- 1 Conocer, si lo desea, la verdad acerca de su diagnóstico y tratamiento posibles, así como los riesgos y beneficios de cada uno de ellos.
- 2 Recibir, si lo desea, tratamientos curativos o claramente beneficiosos.
- 3 Rechazar, si lo desea, todo tipo de tratamientos.
- 4 Recibir, si lo desea, los cuidados necesarios para vivir confortablemente el proceso de enfermedad y muerte.
- 5 Recibir, si lo desea, tratamiento correcto del dolor físico, alivio del malestar psicológico y apoyo adecuado para el dolor espiritual.
- 6 Vivir el proceso de la enfermedad y la muerte familiar y comunitariamente, si así lo demanda, y recibir los apoyos psicosociales necesarios para ello.
- 7 En última instancia, escoger, si lo desea, el momento y forma en que se producirá la muerte.

A este respecto, indica Cortina, si no se busca solo el decoro, sino la posibilidad de elegir el momento y forma de la muerte, como derecho humano, resulta a su juicio, innecesario y desaconsejable (Cortina, 2004: 359).

La Organización Mundial de la Salud, a través de su Comité de expertos, llega a la conclusión de que es necesario promover modernos cuidados paliativos y que cualquier legislación sobre la eutanasia es completamente innecesaria: “Los gobiernos deben asegurar que han dedicado especial atención a las necesidades de sus ciudadanos en el alivio del dolor y los cuidados paliativos antes de legislar sobre la eutanasia” (OMS, 1990). La *Euthanasia Society of America*, que pidió la inclusión del “derecho a morir” en la “Declaración universal de los derechos del hombre” en 1950, hasta hoy no ha conseguido su objetivo.

Bibliografía

- Alegre Martínez, MA. (1996) *La dignidad de la persona como fundamento del ordenamiento constitucional español*, León, Universidad de León.
- Altuna, B. (2005) "Los sentidos del sufrimiento", *Alivio de las situaciones difíciles y del sufrimiento en la terminalidad*, Astudillo, Casado da Rocha, Mendinueta, San Sebastian, Sociedad Vasca de Cuidados Paliativos.
- Aquino, T. (1990) *Suma Teológica*, III, parte II-II, Madrid, Biblioteca de autores cristianos.
- Barbero, J. (2004) "Sufrimiento, cuidados paliativos y responsabilidad moral", *Ética en cuidados paliativos*, Couceiro, Madrid, Triacastela.
- Bermejo, JC. (2014) *Qué es humanizar la asistencia sanitaria*, Bilbao, Desclee de Bruwer.
- (2010) *Humanizar el sufrimiento y el morir. Perspectiva bioética y pastoral*, Madrid, PPC.
- Blázquez, N. (1982) "La dignidad humana en la Declaración universal de los derechos humanos", *Studium. Cuadernos de Filosofía*, No. 22.
- Callahan, D. (1991) "Aid-in-Dying", *The Social Dimensions*, No. 14, 12-16.
- Cassell, EJ. (1982) "The nature of suffering and the goals of medicine", *N. Engl. J. Med.*, No. 306, 639-345.
- Chochinov, HM. (2002) "Dignity conserving care", *Jama*, No. 287, 2253-60.
- Comisión episcopal de pastoral social (1998) *La declaración universal de los derechos humanos. Un signo del Espíritu en nuestro tiempo*, Madrid, Edice.
- Cortes Generales (1978) *Constitución española*, Madrid, Boletín Oficial del Estado (BOE).
- Cortina, A. (2004) "Morir en paz", *Ética en cuidados paliativos*, Couceiro, Madrid, Triacastela.
- Couceiro, A. (2004) "El enfermo terminal y las decisiones en torno al final de la vida", *Ética en cuidados paliativos*, Couceiro, Madrid, Triacastela.
- De la Torre, J. (2011) "Las religiones en el nacimiento y desarrollo de la bioética en Estados Unidos", *Enfermedad, dolor y muerte desde las tradiciones judeocristiana y musulmana*, De la Torre, Madrid, Comillas.
- Elizari, FJ. (1988) *Praxis Cristiana II. Opción por la vida y el amor*, Madrid, San Pablo.
- Feuerbach, L. (1975) *La esencia del cristianismo*, Salamanca,

- Edicionews Sigueme.
- Ferrer, U. (1996) "La dignidad y el sentido de la vida", *Cuadernos de bioética*, 16(2).
- Flecha, J.R. (2007) *Bioética. La fuente de la vida*, Salamanca, Sigueme.
- Forcano, B. (1981) "El aborto", *El respeto a la vida humana*, VVAA, Bilbao, Mensajero.
- García Férrez, J. (1998) *Ética de la salud en los procesos terminales*, Madrid, San Pablo.
- Gómez Sancho, M. (2005) *Morir con dignidad*, Madrid, Arán.
- González Pérez, J. (1999bb7) *La dignidad de la persona*, Madrid, Civitas.
- Gracia, D. (1998) *Bioética clínica*, Bogotá, Búho.
- (1996) *Morir con dignidad. Dilemas éticos en el final de la vida*, Madrid, Fundación Ciencias de la Salud.
 - (1984) *Ética de la calidad de vida*, Madrid, Fundación Santa María.
- Herranz, G. (2002) "Eutanasia y dignidad de morir", *Vivir y morir con dignidad*, Elena Postigo Solana et al. (coordinación), Pamplona, Universidad de Navarra, 173-190.
- Illich, I. (1975) *Némesis médica, Expropiación de la salud*, Barcelona, Barral.
- Juan Pablo II (1987) *Sollicitudo rei sociales*, Roma, Vaticano, vatican.va/content/John-paul-ii/es/encyclicals/documents/ht_jp-ii_enc30121987-sollicitudo-rei-socialis.html.
- Küng, H., Walter J. (1997) *Morir con dignidad. Un alegato a favor de la responsabilidad*, Madrid, Trotta.
- Le Breton, D. (1999) *Antropología del dolor*, Barcelona, Seix Barral.
- Legal Lacambra (1951) "La noción jurídica de la persona humana y los derechos del hombre", *Revista de Estudios políticos*, No. 55, 15-46.
- Lévinas, E. (2001) *El sufrimiento inútil*, en: *Entre nosotros. Ensayos para pensar en otro*, Valencia, Pre-Textos.
- López-Azpitarre, E. (1990) *Ética y vida. Desafíos actuales*, Madrid, Paulinas.
- Martínez-Pujalte, AL. (1995) "Hacia un concepto constitucional de persona", *Cuadernos constitucionales de la Cátedra Fadrique Furió Ceriol*, No. 11-12, 135-153.
- Mieth, D. (1997a) *La dignidad del hombre es inviolable. ¿Qué significa el "mercado" para este principio? Exposición según*

- el ejemplo de la tecnología biomédica*, Madrid, Verbo Divino.
- (1997b) *Concilium 270. ¿Fuera del mercado no hay salvación?*, Pamplona, Editorial Verbo Divino.
- Millán Puelles, A. (1973) *Persona humana y justicia social*, Madrid, Rialp.
- Montero, E. (1999) "Hacia una legalización de la eutanasia voluntaria. Reflexiones acerca de la tesis de la autonomía, La Ley", *Revista Jurídica española de doctrina, jurisprudencia y bibliografía*, No. 2, 1722-1729.
- Morris, C. (1991) *La cultura del dolor*, Santiago de Chile, Andrés Bello.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1990) *Cancer Pain Relief and Palliative Care, Report of a WHO Expert Committee*, Ginebra, OMS.
- Pablo II (1965) *Gaudium et spes*, Roma, Vaticano, vatican.va/archive/hist_councils/ii_vatican_council/documents/vat_oo_const_19651207_gaudium-eet-spes_sp.html.
- [Paulinas] (1992) *Nuevo Diccionario de Teología Moral*, Madrid, Paulinas.
- Peces Barba, G. (1993) *Derecho y derechos fundamentales*, Madrid, Centro de Estudios Constitucionales.
- (1984) *Los valores superiores*, Madrid, Tecnos.
- Pessini, L. (2004) *Eutanásia. Por que abreviar a vida?* Sao Paulo, Loyola.
- Pío XII (1957) *Discurso del Santo Padre Pío XII sobre las implicaciones religiosas y morales de la analgesia*, Roma, Vaticano.
- Quintero, DI. (2003) "Propuestas para la humanización de la salud: cuestión de dignidad", *El Pulso*, <http://www-periodicoelpulso.com/html/dic03/general/general-15.htm>.
- Ramírez, F. (2011) "Dolor, enfermedad y muerte en el nuevo testamento", *Enfermedad, dolor y muerte desde las tradiciones judeocristina y musulmana*, De la Torre, Madrid, Comillas.
- Real Academia Española (2014) *Diccionario de la lengua española*, Madrid, Real Academia Española, 23 edc.
- Requena, P. (2017) *Doctor, no haga todo lo posible*, Granada, Comares.
- Sánchez Agesta, L. (1987) *Sistema político de la Constitución española de 1978*, Madrid, Edersa.

Simon, P., Couceiro, A. (1996) "Decisiones éticas conflictivas en torno al final de la vida: Una introducción general y un marco de análisis", *Eutanasia hoy. Un debate abierto*, S. Urraca (edición), Madrid, Noesis, 313- 354.

127

Souto Paz, JA. (2003) *Dilemas éticos en el final de la vida. Cuadernos*, Madrid, Hermanas Hospitalarias.

Spaemann, R. (2003) *Límites. Acerca de la dimensión ética del actuar*, Madrid, Eiuinsa.

VidaL, M. (1980) *El discernimiento ético*, Madrid, Cristiandad.

MONOGRAFIA BIOÉTICA-SOCIAL

BIOETHICS-SOCIAL MONOGRAPH

129

Bioética y educación, desde su implicación social

Bioethics and education, from its social implication

DEMANDADO 19-11-2019 **REVISADO**
21-1-2020 **ACEPTADO** 14-2-2020

**Miguel-Héctor
Fernández-
Carrión**

**Octavio
Márquez
Mendoza**

Universidad
Autónoma del
Estado de Méxi-
co, México

Palabras claves:
*Bioética, educa-
ción, bioética
con implicación
social*

Key Words:
*Bioethics, educa-
tion, bioethics
with social in-
volvement*

RESUMEN Frente a la idea generalizada sobre la relación de la bioética y la educación, como única alusión a la formación de esta disciplina; en el presente texto, al plantearse desde la perspectiva social, se interrelacionará la bioética con la inter y la multiculturalidad, así como con la diversidad y la vulnerabilidad social; con la intención, de poner énfasis con la experiencia en la materia de Márquez y la aplicación de la teoría de bioética-social, ideada por Fernández-Carrión (2020), en el apoyo a la población más desfavorecida

ABSTRACT Faced with the generalized idea about the relationship between bioethics and education, as the only allusion to the formation of this discipline; In this text, when raised from a social perspective, bioethics will be interrelated with inter and multiculturalism, as well as with diversity and

social vulnerability; with the intention of placing emphasis on Márquez's experience in the matter and the application of the bioethics-social theory, devised by Fernández-Carrión (2020), in supporting the most disadvantaged population.

1 Breve visión de la educación a lo largo de la historia

La educación ha evolucionado a lo largo de toda la historia, en un proceso de persistencia, con algunos cambios, de valores políticos y/o religiosos (cuadro 1). En la cultura occidental, en general, hasta principios del siglo XIX: en México, hasta la primera constitución federal de 1824 y en España, por ejemplo, hasta la constitución democrática de 1978, se mantiene el tipo de educación tradicional; a partir, de las fechas indicadas se inicia un proceso de cambio hacia una educación “contemporánea”, lo que en otros países europeos (Alemania, Francia²⁴, etc.) empezó con anterioridad. Aunque, este cambio se inicia, y por tanto se desarrolla principalmente en los estudios superiores, no en los estudios primarios o medios. A lo largo del siglo XX, a partir de la segunda guerra mundial, cuando Estados Unidos se establece como primera potencia del mundo, se da origen a la educación “contemporánea”, en el mundo occidental, en la educación superior y media, y en la primaria, también, en algunos países (Francia, etc.) o localidades (México...).

Durante siglos, desde la baja Edad Media (siglos XIV y XV), y especialmente a partir del siglo XIV en adelante, se ha mantenido la educación tradicional, casi inamovible, en su pedagogía y en el modelo formativo “tradicional”, le prosigue un cambio significativo en beneficio de una educación laica, desde 1789, en Francia; 1824, en México... y 1978, en España, como se apuntó anteriormente, en la educación denominada “contemporánea” (FC), donde el poder religioso en el ámbito educativo da paso al poder político, cambiando igualmente, de seguir los dictados de la iglesia a obedecer la autoridad de la administración pública y de ser miembros del “rebaño divino” a constituirse en “ciudadanos”, piezas del sistema económico capitalista. Posteriormente, en el último tercio del siglo XX, a partir de la tercera revolución industrial, se da paso

²⁴ En Francia, en 1789, con la revolución francesa, se termina con el monopolio educativo religioso

a la educación actual, en el mundo occidental, en la que es patente la conjunción de los tipos educativos “tradicional” y “contemporáneo”, es decir, los modelos formativos que parecían irreconciliables, conviven: el denominado “contemporáneo” de ámbito público laico frente al “tradicional” desarrollado en el entorno principalmente privado, de carácter primordialmente religioso.

Atendiendo a las características que conlleva el propósito de la educación habida a lo largo del tiempo, se constata que en la formación de ámbito religiosa se desarrolla de forma permanente bajo el criterio unificador de la enseñanza y del alumnado, mientras que la educación laica, en el momento presente, desde la última década del siglo XX, han cambiado (cuyo proceso de modificación, en torno a los aspectos culturales, pedagogía y de autoridad institucional, se especifica en el cuadro 3) de la búsqueda de la unificación a la diversificación cultural-social, y es precisamente esta última característica de propósito el que posibilita la formación inter y multi-cultural, en las que son posibles la aplicación de la teoría bio-ética-social.

El criterio de unificación es concomitante con la idea de *La escuela cotidiana* de Elsie Rockwell et al., al señalar, que:

Permanecer en la escuela, en cualquier escuela, durante cinco horas al día, 200 días al año, seis o más años de vida infantil [y que se puede hacer extensible al resto de grados de formación], necesariamente deja huellas en la vida. El contenido de esta experiencia varía de sociedad a sociedad, de escuela a escuela. Se transmite a través de un proceso real, complejo, que sólo de manera fragmentaria refleja los objetivos, contenidos y métodos que se exponen en el programa oficial. El contenido de la experiencia escolar subyace en las formas de transmitir el conocimiento, en la organización misma de las actividades de enseñanza y en las relaciones institucionales que sustentan el proceso escolar (Rockwell, 1996: 13).

En este tipo de escuela cotidiana de Rockwell et al., característica de una formación contemporánea laica, se muestra dependiente de la política; muestra un cambio con la educación tradicional, donde la repercusión era político-religiosa, mientras que en la actual se presente esta misma influencia política, pero unido a la incidencia de la moda cultural de cada momento. En cambio, en la formación religiosa, del pa-

sado y actual, en todos sus modelos: tradicional y presente, la repercusión es exclusivamente religiosa (cuadro 4).

De acuerdo con la comprensión de la influencia y la influencia de la educación en los estudiantes (cuadro 4) la bioética puede aplicarse principalmente sobre la opción de repercusión social, especialmente en la formación inter y multicultural, y solo de manera muy excepcional sobre la educación religiosa presente, pues esta última generalmente lo hace desde una perspectiva exclusivamente religiosa; todo ello, se analiza en los apartados 2 sobre las “Características generales de la educación inter y multicultural”.

Cuadro 1. Tipos de educación a tendiendo a factores políticos, culturales y pedagógicos

Autoridad	Sociedad	Pedagogía	Fines
Educación tradicional			
Religiosa	Feudal y semi-feudal (estamental)	Tradicional	Seguir los dictados de la iglesia (como miembros del “rebaño divino”)
Educación contemporánea			
Política	Clasista	Positivismo	Obedecer la autoridad política y ser piezas del engranaje capitalista
Educación actual			
Política (educación pública)	Clases sociales	Positivismo y pedagogía plural	Obeder la autoridad política como ciudadanos, dentro del capitalismo como sistema económico
Religiosa o en su defecto capitalista (educación privada)	Clases sociales	Tradicional o pedagogía plural	Seguir los dictados de las respectivas iglesias

Fuente: Elaboración propia a partir de Fernández-Carrión, propuesta

Cuadro 2. Evolución de la educación actual

Tipo	Autoridad	Característica del propósito
Tradicional	Religiosa	Unificación
	Laica (política)	Unificación
Contemporánea	Laica (política)	Unificación
	Religiosa	Unificación
Actual	Laica (política)	Unificación
	Religiosa	Unificación
Presente	Laica (política)	Diversidad
	Religiosa	Unificación

Fuente: Elaboración propia a partir de Fernández-Carrión, propuesta

Cuadro 3. Proceso de cambio de la educación actual

Cultura	Autoridad	Pedagogía
Mead	Fanfani	Dussel
Posfigurativa (clásica XIX y ½ XX)	Autoridad por vinculación institucional (XIX-1/2 XX)	Pedagogía clásica, fundamenta en una educación religiosa y laica XIX y XX
Mead		Dussel
Cofigurativa (igualitaria ½ XX)		Pedagogía moderna fundamentalmente laica positivista 1/1 XX
Mead	FC	FC
Prefigurativa (pares ¼ XX)	Pluralismo pedagógico, diversidad de autoridad (1/2 XX)	Pedagogía pluralista y en conflicto con algunos estamentos religiosos o sociales
FC	FC	FC
Ultrafigurativa (individualismo XXI)	Crisis de la autoridad XXI	Nueva pedagogía “preaula invertida”, cambio en la gestión del aula

Fuente: Elaboración propia a partir de Mead, 1997; Dussel y Southwek, 2009, Fanfani, 2010 y Fernández-Carrión, 2018 a

Cuadro 4. Influencia y repercusión de la educación en los estudiantes

Tipo	Autoridad	Influencia	Repercusión
Tradicional	Religiosa	Interna	Religiosa
	Laica (política)	Interna	Política-religiosa
Contemporánea	Laica (política)	Interna	Política
	Religiosa	Interna	Religiosa
Actual	Laica (política)	Interna	Política

	Religiosa	Interna	Religiosa
Presente	Laica (política)	Externa	Política- modas cultu- rales
	Religiosa	Interna	Religiosa

Fuente: Elaboración propia a partir de Fernández-Carrión, propuesta

2 Características generales de la educación inter y multicultural

2.1 Diversidad

La humanidad ha vivido casi toda la historia –como apunta Fernández-Carrión- bajo el yugo religioso y político predominante en la búsqueda de una unificación por estamentos en la Edad Media y por clases sociales en la Edad Moderna y Contemporánea, dictada desde los púlpitos de la iglesia y los discursos políticos hasta la segunda mitad del siglo XX; a partir de entonces con el apoyo de los medios de comunicación, el cine y la televisión, y posteriormente, desde principios del siglo XXI, con la ayuda también de las redes sociales. Es precisamente, desde este último período, con el desarrollo de las nuevas tecnologías, en torno a internet, en el que se ha fomentado desde la administración pública la diversificación y el individualismo, como analiza Alain Touraine en *¿Podremos vivir juntos? Iguales y diferentes* (2001), *Igualdad y diversidad...* (2002) y junto a Farhad Krosrokhavar en *A la búsqueda de sí mismo* (2002) y Fernández-Carrión en la “Identidad, la defensa de lo propio...” (2015: 77-99).

Touraine parte de la idea de que todos los seres humanos (sujetos sociales) son diferentes entre sí, pero deben ser tratados como iguales; coincidiendo este planteamiento con el lema de la revolución francesa: “libertad, igualdad y fraternidad” (“liberté, égalité, fraternité”)²⁵; mientras, Fernández-Carrión profundiza en la diferenciación, hasta aludir el extremo de la “defensa de lo propio”, pero al mismo tiempo –actualmente trabaja– en la “Crítica a la defensa de lo propio” para completar con la consideración hacia el otro, distinto a

²⁵ Lema de la república francesa, y divisa del Gran oriente [masón] de Francia, y que fue impresa por primera vez por el Club de los Cordeliers, en mayo de 1791, y que desde entonces “forma parte de nuestro patrimonio nacional” (MEAE, sf).

uno mismo, que puede o no gustar o coincidir más o menos con la propia identidad, etc.

En esta disyuntiva, de la diversidad, Touraine defiende un tipo de institución académica que tenga como objetivo la igualdad, pero a partir de corregir las desigualdades sociales; para resolver esta cuestión, desde la práctica, Oliver Vera propone una serie de *Estrategias didácticas y organizativas ante la diversidad* (2003), a partir de la composición de una escuela y un modelo educativo “comprensivo”, que “ofrece la forma integradora un mismo currículum a todos los alumnos desde la diferenciación en los procesos de enseñanza y de aprendizaje” (Oliver, 2003: 55), poniendo “atención a la diversidad como principio educativo”, con énfasis en los conceptos de diversidad, normalidad, integración e inclusión, con la pretensión de convertir en cotidianidad la educación de la diversidad, hasta lograr con ella dar paso a la creación de una especie de “educación especial”, inicialmente; que integre, dentro de la institución, a todas aquellas personas “cuyos parentizajes requieren unas medidas específicas para superar algunos obstáculos relacionados con sus capacidades cognitivas” (Oliver, 2003: 68); pero, también acoger a alumnos con características sociales, étnicas... muy distintas a la de la mayoría de los alumnos (FC), por ello, al final se termina aludiendo a la inclusión, entendida como:

La integración total de todos los alumnos en el aula normal del centro ordinario de una comunidad con independencia de su natrurezaleza o grado de necesidad que se presenten (Murphy, 1996),

lo que produce un cambio estructural en la educación, como apunta Sebba, al considerar que “la inclusión es un proceso que lleva a los centros a intentar responder a todos los alumnos reconsiderando su organización, currículum y servicios” (Sebba y Sachdev, 1997). Por ello, se parte de una “escuela comprensiva” que con el uso de la “educación especial” atiende conjuntamente en los mismos espacios formativos a los alumnos que ha venido haciendo con anterioridad estudiantes con algunas diferencias cognitivas, culturales o étnicas; pero a este modelo “de agrupación” general (FC), le sigue la creación de una institución académica “integradora”, con la conjunción práctica de las diferencias) y finaliza con una or-

ganización formativa “inclusiva” (entre iguales).

2.2 Educación intercultural y multicultural

136

En el establecimiento de la relación de la bioética con la educación lo normal es trabajar simplemente sobre la impartición de esta materia como asignatura; pero, en esta ocasión se ha atendido a las implicaciones que aporta la bioética en la enseñanza y se centra el tema en torno a los tipos de educación más adecuados; pues, por encima de la formación convencional, homogeneizadora y “dominante”, adquiere mayor sentido y valor hacerlo con la educación intercultural y multicultural.

2.2.1 Interculturalidad y educación

El interculturalismo se puede definir como la interrelación entre varias culturas distintas, dentro de un mismo territorio nacional, así como en una localidad o dentro de una institución académica (FC). Promueve los derechos individuales y colectivos de un grupo en concreto, y al mismo tiempo, se opone al racismo, a la xenofobia, a la segregación y a la discriminación. Mientras que, en el multiculturalismo coexiste una diversidad y pluralismo cultural, que en la actualidad se ha extendido a la conjunción de grupos étnicos minoritarios, colectivos con discapacidades, migrantes, etc. (FC). Frente a esta realidad última, se encuentra el monoculturalismo oficial (Bissoondath, 2002).

Al nivel investigativo, en la primera década del siglo XXI, el Instituto internacional de la Unesco para la educación superior en América Latina y el Caribe (Unesco-IESALC) pone en marcha un “Proyecto [de investigación sobre] diversidad cultural e interculturalidad en educación superior en América Latina”, orientado a documentar y analizar las experiencias realizadas por distintas instituciones académicas del subcontinente americano, cuyo

campo de referencia(...) comprendía tanto casos de IES principal o completamente dedicadas a atender necesidades, demandas y propuestas de educación superior de comunidades de pueblos indígenas y afrodescendientes, como programas específicos desarrollados desde IES cuyo campo de acción era más amplio, y/o alianzas entre IES y otros tipos de instituciones, como, por ejemplo, organizaciones indígenas o afrodescendientes y/u organismos de cooperación internacional (Mato, 2009a: 5);

pero, estos análisis sobre distintas experiencias, tienen claras intenciones políticas, y se realizan de forma inconexas en distintos países de América Latina, respondiendo

a circunstancias contextuales particulares, necesidades, proyectos y dificultades concretas. Evaluar qué se puede aprender de estas innovadoras experiencias, así como contribuir a mejorarlas, es una tarea compleja que exige analizarlas y valorarlas con relación a las diferencias entre los diversos pueblos y comunidades indígenas, sus experiencias históricas y organizativas, así como a los también diversos procesos históricos y contextos sociales, políticos, económicos y educativos propios de los diferentes países (Mato, 2009b: 11)²⁶.

Desde la perspectiva del modelo “de agrupación” general –estipulado por Fernández-Carrión, apuntando en el apartado 2.1 Diversidad-, Schmelkes (2006) se cuestiona la interculturalidad en la educación básica, que la considera constituida por tres factores:

- 1 La aceptación y respeto a la diversidad.
- 2 La educación bilingüe (“el derecho a los estudiantes de educación primaria de recibir educación en su propia lengua”).
- 3 La introducción de “lo indígena de manera transversal en todas las asignaturas de todos los grados”,

esto último no lo explica la autora como se podría llevar a la práctica; pero, estos tres elementos de la educación intercultural Schmelkes la equipara fundamentalmente con una formación bilingüe. De igual forma, Schmelkes trata de la “Educación superior intercultural. El caso de México”²⁷, en el que

²⁶ Pero este posicionamiento político de cooperación, ha sido el planteamiento característico de los organismos internacional de “cooperación y desarrollo” imperantes en la segunda mitad del siglo XX, que consistía en primer lugar realizar un estudio in situ de la situación a intervenir, y tras la interpretación de los datos obtenidos, se da lugar a un tercer paso, de modificación puntual sobre la realidad, de cada lugar cuestionado. Mientras que, en el siglo XXI, el posicionamiento científico guiado con pensamiento humanista propone un cambio de la situación a modificarse de forma general y en común con el resto del mundo, en igualdad de circunstancias (FC).

²⁷ Tema que desarrolla más extensamente Schmelkes en “Las universidades interculturales en México: ¿Una contribución a la equidad en educación superior? ([2008]), pero que en el fondo coincide

centra el tema exclusivamente en torno al acceso de los indígenas a la educación superior, para lo que propone tres estrategias:

- 1 Aumentar el número de becas para favorecer los estudios superiores de los indígenas.
- 2 Acercar la educación superior zonas densamente poblada por comunidades indígenas.
- 3 Transformar las instituciones académicas convencionales a unas nuevas en las que no existan discriminación, y la creación de “mecanismo” de seguimiento de los estudios y de la deserción académica de los mismos (Schmelkes, 2003: 7)²⁸.

La propuesta de Schmelkes tiene poca opción de llevarse a cabo en su totalidad, pues por una parte los problemas no son siempre iguales y en otro sentido, la práctica de la interculturalidad parte actualmente de la resolución de cuestiones pendientes, como se explicará más adelante, al aludir a la educación pluricultural. En la misma línea; pero más reduccionista, se expresa la Red de Universidades Interculturales (Redui), señalando, que:

Las nuevas instituciones educativas diseñadas a partir de los principios de este enfoque intercultural' contribuirán al rescate y a la difusión de expresiones culturales diversas y trabajan por establecer estrechos vínculos de comunicación directa entre las culturas ancestrales con el mundo moderno (Redui, sf).

en el planteamiento general del proceso de integración de los indígenas en la educación, manteniendo fundamentalmente su lengua, para contraponerlo al “modelo educativo dominante durante los primeros 60 años de existencia de la Secretaría de Educación Pública fue el homogeneizar: se trataba de castellanizar a los indígenas para que abandonaran su cultura y se integraran, asimilándose, a la cultura mestiza nacional” (Schmelkes, [2003]: 1-2).

²⁸ Asimismo, existe un grupo de autores que dentro del “Proyecto diversidad cultural e interculturalidad en educación superior en América Latina” de Unesco-IESALC en *Educación superior, colaboración intercultural y desarrollo sostenible/buen vivir. Experiencias en América Latina* (Mato, 2009a) y en *Instituciones interculturales de educación superior en América Latina. Procesos de construcción, logros, innovaciones y desafíos* (Mato, 2009b), aluden y analizan teóricamente una serie de experiencias interculturales que se vienen desarrollando en distintos países de América Latina (México, Colombia etc), a lo largo de la primera década del siglo XXI.

En el análisis de las universidades interculturales, se atenderá a su desarrollo nacional: en México, de acuerdo a la “Declaración mundial de la educación superior” en relación a la “Declaración de los derechos humanos”, señala que “este tipo de instrucción debe ser equitativamente, accesible para todos sobre la base del mérito” académico (Bracho, et al., 2004), lo que unido al informe del “Programa nacional de educación 2001-2006”, indica que mientras el 45% de los jóvenes de entre 19 y 23 años, que residen en zonas urbanas y pertenecen a familias con “ingresos medios o altos” realizan estudios superior, sólo el 11% de quienes habitan en sectores urbanos y tienen ingresos bajos o “residen en sectores pobres” y el 3% de los que viven en zonas rurales “pobres”, y de todos ellos los estudiantes indígenas representan un número “mínimo” (PNE, 2001: 189, cfr. Bracho et al., 2004); todo ello, cuando, en 2005 –según información de INEGI- el 10% de la población, más de diez millones de personas, son hablantes de alguna de las 68 lenguas indígenas originarias mexicanas (INEGI, 2005; cfr. DOF, 2008), y para tratar de revertir esta situación

la actual administración creó la Coordinación General de Educación Intercultural Binlingüe (CGEIB) que tiene entre sus principales funciones diseñar la política de educación intercultural (Bracho et al, 2004).

Por ello, entre 2003 a 2004, se crean instituciones de estudios superiores de este tipo: Universidad Autónoma Indígena de México Mochicahui, en Sinaloa; la Universidad Totonacapan, en Veracruz; Universidad Comunitaria Intercultural de San Luis Potosí²⁹ y la supuestamente primera universidad intercul-

²⁹ Azulena Estrada Castillo, licenciada en derecho de esta institución, miembro del grupo étnico “pames norte” o “xi’luy”, en la localidad El Piruche, con el título de “La universidad intercultural y el fortalecimiento de nuestra identidad” (sf), presenta un canto a favor de este tipo de enseñanza, exponiendo, que: “Al principio tenía dudas de ingresar a esta universidad ya que escuchaba comentarios que ponían en duda el que esta universidad fuera real, porque se vía raro que en un municipio estuviera un centro de estudios superiores cuando ese tipo de educación sólo podíamos encontrarlo en la capital del Estado o alguna de las ciudades grandes(...). La Universidad Comunitaria ha sido para mí algo que nunca imaginé; yo sabía de una licenciatura en derecho y sabía que eso era lo que yo quería, pero llegando aquí me encontré con que la carrera era [de] derecho pero con una orientación en asuntos indí-

tural indígena, en San Felipe de Progreso, en el Estado de México.

Pero, frente a la creación de este tipo de universidades interculturales, en el estado de Chiapas, uno de los que cuenta con mayor número de población indígenas y altos niveles de pobreza, Diana Guillén lo relaciona con la reivindicación política a favor de la autodeterminación o acaso independencia al aludir al “Redimensionamiento de una frontera largamente olvidada: Chiapas 1973-1993”, en alusión al movimiento zapatista, por encima de los estudios interculturales, defiende indirectamente, pues no lo expone textualmente, pero lo deja entrever, una educación autóctona indígena.

En esta misma línea de pensamiento se muestra Susana Andrade en “El reto de la interculturalidad...” en Ecuador (2008) al indicar que la interculturalia “tiene que ser un instrumento de descolonización” frente a las “nuevas forma de colonización [que] están regidas por la economía del mercado” (Andrade, 2008: 22 y 16), pues según la autora:

En la carrera hacia la modernidad y el progreso, buscando ser más occidentales y blancos fuimos despreciando nuestro conocimiento y negando nuestro color de piel. Sin embargo, los pueblos indígenas, negros y montubios, quienes más han soportado el peso de la opresión, la discriminación y la injusticia, han sabido resistir los procesos de destrucción cultural a través de respuestas creativas; unas veces activas (sublevaciones), otras pasivas (conversión religiosa, migración). Su lucha continua, perseverante y optimista ha alcanzado por fin el reconocimiento, respeto y valoración cultural con la declaración constitucional del Ecuador en 2008 como país pluriétnico e intercultural (Andrade, 2008: 13).

Al igual que la propuesta realizada por Schmelkes en México, Silvia Hirsch y Ariana Serrudo proponen, en Argentina, *La educación intercultural [como una opción] bilingüe...* en poblaciones indígenas (2010). Como apunta Ana Carlona Hecht (2015), en el momento presente en Argentina:

“se define como un país plirétnico y multilingüe, compuesto por veinte pueblos indígenas (...) y done, además del español y las lenguas de migración, se hablan catorce lenguas indígenas con

genas, al saber esto me interesó aún mas, porque veo que ahora con ello, puedo ser un factor de cambio para mi comunidad” (Estrada, sf: 2-3).

diferentes grados de vitalidad” (Hecht, 2015: 21).

Asimismo, atendiendo a la información aportada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) aproximadamente el 2% de la población argentina “se [auto]declara indígena o descendiente de algún pueblo originario” y un 5% oriundo del extranjero, principalmente del resto de América Latina y Europa, seguido de Asia y en menor número de África (INDEC, 2010).

Según el Consejo Federal de Cultura y Educación, este tipo de formación es “una educación atenta a la diversidad de culturas y lenguas de las poblaciones(...)” (CFCE, “Resolución 107, 1999: 5-6), para un país que es principalmente de descendencia europea, donde a todo lo “indígena” es despreciado culturalmente; el planteamiento de CFCE, es por tanto una muestra de un avance hacia la igualdad y el reconocimiento a la diversidad étnica, dando lugar a nueva realidad político-cultural-social, a que la Educación intercultural bilingüe (EIB) se muestre como una “oposición a las políticas homogeneizadoras” a favor de la “diversidad sociocultural” (Hecht, 2015: 23). En Argentina, actualmente, la EIB “se trata de un tema en incipiente expansión como campo de debate teórico” (Hecht, 2015: 25), tal como hace, por ejemplo, Gabriela Novaro al cuestionarse la interculturalidad “como un concepto descriptivo y la interculturalidad como una utopía a construir” (2006), y a partir de ese punto hasta alcanzar lo que propone Acuña y Dietz de que la EIB “no debe comprenderse como un fin en sí mismo, sino un medio para producir cambios en la sociedad” (Acuña, 2005 y Dietz, 2012) hay un gran trecho, o queda mucho por andar.

Otro tema distinto sería las políticas educativas sobre la interculturalidad, como hace por ejemplo, Sergio A. Flores al tratar de la “Situación actual de las políticas públicas en relación a la interculturalidad” (2000: 21-26) en Guatemala; lo que se puede hacer extensible al resto del mundo, concluyéndose en ese aspecto que una cuestión es la teoría y otra distinta es la práctica, pues la política demagógicamente puede adornar los propósitos, por razones exclusivamente demagógicas, sobre un tema que tiene actualidad.

2.2.2 Multiculturalidad y educación

La discusión sobre educación multicultural surge en el momento en que ciertos aspectos de la variable cultura, en tanto variable representativa de la diversidad, se introducen en el aula y en la escuela. Cuando existe una presencia de grupos étnicos claramente diferenciados por razones del color de piel, lengua materna, valores y comportamientos religiosos, y, junto a todo ello y otros elementos más, diferencias socioeconómicas, se reconoce la necesidad de una educación 'especial' para tener tales diferencias. Aparece una nueva forma de conceptualizar la discriminación que se practica a través de la escuela: la discriminación por la diferencia cultural. La vieja (¿) escuela discriminatoria y reproductora de las diferencias de sexo y clase [social] también discrimina ahora (siempre lo hizo) a quienes pertenecen a grupos culturales diferentes a lo dominante y hegemónico en ella, y ambas discriminaciones, lógicamente, caminan juntas (García Castaño et al., [1993]).

Según Verma, la formación multicultural, consiste, en:

un sistema de educación que debe tratar de atender a todas las necesidades culturales (privadas y públicas), afectivas y cognitivas de los grupos y de los individuos de todos los grupos étnicos dentro de una sociedad. Esta educación busca promover la paridad de logros educacionales entre grupos y entre individuos, el respeto y la tolerancia mutuos entre diferentes grupos étnicos y culturales (Verma, 1984: 140).

Para lograr estos fines, Quintana (1992: 471-472), propone la no jerarquización de las culturas, la valoración [por igual] de todas ellas, y que la educación multicultural no se reduzca a la escuela, "sino que se implique en ella, y se realice, [en] toda la sociedad".

La finalidad de la educación, según la OCDE (1987), es:

- La preparación del estudiante para afrontar la complejidad sociocultural (próximo al tipo de educación intercultural) (Vasquez e Ingle, 1982: 1267).
- Programar el desarrollo formativo de minorías desfavorecidas (desde la perspectiva de la multiculturalidad, FC).
- Conjuntar las medidas que impulsan o amenazan la unidad nacional.
- Establecer una nueva tentativa de control estatal de una dimensión cultural o interculturalidad conflictiva (Verne, 1987: 32).

Pero frente a esta teoría más política que educativa, se puede

traer a colación el planteamiento que hace sobre el tema García Castaño et al. basándose en Gibson (1984), Banks (1986) y Sleester y Grant (1987), establecen los siguientes seis modelos de educación multicultural:

- 1 Educación para la igualdad: la asimilación cultural, con la pretensión de equiparar las oportunidades formativas para estudiantes culturalmente diferentes. Se parte de la idea de que los alumnos culturalmente distintos a la mayoría experimentan “desventajas” en el aprendizaje en las instituciones académicas normales que desarrollan aprendizajes “dominantes”; para su solución desde la perspectiva de la multiculturalidad, “se debe aumentar la compabilidad escuela/hogar” (García Castaño et al., [1993]: 2).
- 2 Entendimiento cultural: el conocimiento de la diferencia, en el que se “apuesta” por una formación “acerca” de las diferencias culturales y “no de una educación de los llamados culturalmente diferentes”: enseñando a todos los alumnos a valorar las diferenciaciones culturales. La multiculturalidad como contenido curricular, por el que

hay que preparar a los estudiantes para que vivan armoniosamente en una sociedad multiétnica, y para ello habrá que abordar en el aula las diferencias y similitudes de los grupos, con objeto de que los alumnos comprendan esa pluralidad (García, 1978; Seifer, 1973 y Solomon, 1988).

El fundamento teórico de este modelo –según Sleetar y Grant, 1988- está presente en la psicología social, como la teoría sobre el prejuicio y el grupo de referencia o auto-concepto.

- 3 El pluralismo cultural, consiste en preservar y extender este tipo de pluralismo,

surge de la no aceptación por parte de las minorías étnicas de las prácticas de aculturación y asimilación a las que se encuentran sometidas en el contacto con las culturas mayoritarias” (García Castaño et al., [1993]: 4).

Para que se pueda desarrollar el pluralismo cultural debe darse cuatro condiciones:

- A La existencia de diversidad cultural.
- B Interacción inter e intragrupos distintos.
- C Los grupos que coexisten en el mismo territorio deben compartir aproximadamente las mismas o parecidas oportu-

tunidades políticas, económicas y educativas.

- D La sociedad en cuestión debe valorar la diversidad cultural (Stickel, 1987).

Este modelo se fundamenta en teorías sociológicas, antropológicas y del aprendizaje social (Sleeter y Grant, 1987).

- 4 La educación bicultural consta de las competencias en dos culturas.

Para estos grupos [minoritarios] la cultura nativa debería mantenerse y preservarse y la cultura dominante debería adquirirse como una alternativa o segunda cultura" (García Castaño et al., [1993]: 4);

de esta forma las minorías mantienen su identidad y al mismo tiempo adquieren conocimientos de las características de las mayorías, que les posibilita más opciones de trabajo o "participar de lleno en la sociedad dominante" (Burger, 1969).

- 5 La educación transformadora a partir de la formación multicultural (o modelo pluralista de Gibson), la reconstrucción social (enunciada por Sleeter y Grant) y el paradigma "radical" de Banks, con la que se concibe la educación multicultural como un

proceso encaminado a lograr un desarrollo de los niveles de conciencia de los estudiantes de minorías, de sus padres y de la comunidad en general acerca de sus condiciones socioeconómicas, con objeto de capacitarles para la ejecución de acciones sociales basadas en una comprensión crítica de la realidad (García Castaño et al., [1993]: 4).

Según Sleeter y Grant (1988) en el presente modelo confluyen tres tipos de teorías disparejas:

- A Teoría sociológica, como la propuesta del conflicto y de resistencia.
- B Teorías sobre el desarrollo cognitivo, vinculadas con el constructivismo del aprendizaje (Piaget y Vygotsky), unido a la propia experiencia adquirida en dicho proceso formativo.
- C Teorías de la cultura, que se

contempla como una adaptación a circunstancias vitales determinadas en gran parte por la competición entre grupos por la posesión de recursos. Se rechaza el acento en los aspectos de ideación (conocimientos, valores, creencias) de la cultura y en la concepción estática presente en las teorías

sobre su transmisión, enfatizándose, por el contrario, los aspectos materiales (...), así como el carácter 'improvisado' de la creación de la cultura a partir de la base del día a día (...), similar al que sigue la construcción individual del conocimiento" (García Castaño et al., [1993]: 5).

- 6 Educación antirracista. Existen autores, como Leicester (1992) que son partidarios de que la educación multicultural se vincule con la formación antirracista; pero, existen otros, que consideran que hay diferencia entre la educación multicultural antirracista y una formación abiertamente antirracista; en este sentido, Moodley, señala que la educación antirracista conlleva un cambio

de una preocupación por las diferencias culturales a un énfasis en la forma en que tales diferencias se utilizan para albergar la desigualdad (Moodley, 1986: 64).

En el establecimiento de la educación multicultural puede surgir una serie de problemas, que según Churchill (1989), se vinculan a tres momentos de su desarrollo:

- 1 En un primer estadio, de socialización, a la minoría le cuesta adaptarse a la cultura dominante, de la mayoría. En ese momento, el objetivo de este tipo de educación es lograr su inserción social.
- 2 Discriminación por parte de la mayoría; por lo que, el objetivo en este caso será eliminar los casos de prejuicio e injusticia.
- 3 En el tercer estadio, de integración, en el que la minoría se ha adaptado y ha sido aceptada por parte de la mayoría; pero, sufre a causa de una disparidad de status y por la falta de valoración de la propia cultura, y entonces, el objetivo será reforzar en dichos estudiantes su autovaloración.

Pero esta propuesta realizada por Churchill, es aproximativa, no completa, pues las situaciones, las fases de desarrollo y objetivos varían dependiendo de cada caso, como propone Fernández-Carrión (cuadro 5) y se explica a continuación.

Cuadro 5. Situación, fase y objetivos para el desarrollo correcto de la multiculturalidad

Situación	Fase	Objetivo para la solución del problema
Mayoría contra	Xenofobia	Antirracismo

minoría		
Minoría contra mayoría	Xenofobia	Antiracismo
Minoría discriminada por la mayoría	Discriminación	Igualdad
Mayoría discriminada por la minoría	Idem	Idem
La minoría es reconocida y tratada como igual por la mayoría	Igualdad de facto	Multiculturalidad de consenso
La mayoría es reconocida y tratada como igual por la minoría	Idem	Idem
La mayoría y la minoría conviven en igualdad de condiciones sociales, política, económicas y culturales	Multiculturalidad de consenso	Mantenimiento de la situación optima

Fuente Elaboración propia

La situación normal en las instituciones académicas convencionales es que la mayoría de los alumnos no reconozca y desprecie a la minoría, en una situación plenamente xenófoba, en ese caso, las fases a seguir en el proceso de la educación multicultural, debería ser –según Fernández-Carrión- la siguiente:

- 1 Reconocimiento de las diferencias y puesta en marcha de un proceso de asimilación y aceptación de las coincidencias.
- 2 Conocimiento en su totalidad y profundidad de los elementos característicos y más destacados de las culturas entre diferentes.
- 3 Construcción de un mundo cultural, y una apreciación cognitiva común, tendente a una identidad conjunta, afin a las realidades ancestrales y actuales de los grupos en conexión.
- 4 Paso de la teoría a la praxis, por lo que todo lo acordado idealmente debe practicarse dentro de las instituciones académicas y extenderse a la sociedad.
- 5 Mantener el ideal y la identidad común, acrecentándola en el tiempo, con nuevos valores que introduzcan cada colec-

tivo en concenso siempre con el resto de componentes del colectivo escolar y social.

En esta línea, Quintana (1992: 473-475), considera que la educación multicultural, cuenta con una serie de características que le distingue de los otros tipos formativos:

- 1 La dificultad inicial a su aceptación, a causa de la hostilidad hacia lo que resulta "extraño".
- 2 Se logra el humanismo.
- 3 "Implica una madurez humana individual y social".
- 4 "Fomento del 'diálogo' como instrumento de comprensión mutua y de descubrimiento del valor de lo diferente".
- 5 "El multiculturalismo pedagógico requiere una peculiar 'formación de los profesores' implicados" en este tipo de formación.
- 6 "Se requiere que la educación multicultural cuente con el apoyo de una cooperación internacional", pero esto no es totalmente necesario, pues lo que haría esta organización es mediatizar su desarrollo y adaptaría los fines a sus necesidades instituciones y de política imperante (FC).
- 7 "Necesidad" de que la sociedad adopte un modelo multicultural formativo, "como instrumento educativo general".
- 8 Pero este tipo de formación cuenta con un peligro –como apunta Soëtard (1985: 105), que se constituya en una "nueva forma de ideología" del poder, a nivel nacional o global (FC).

Igualmente, Quintana (1992: 475-477, exceptuando el punto 8, indicado anteriormente), considera que la pedagogía multicultural, cumple los siguientes objetivos:

- 1 Contribuir a edificar una sociedad multicultural.
- 2 Ayudar a suprimir los conflictos entre culturas.
- 3 Favorecer la formación de una identidad cultural "en los hijos de inmigrantes".
- 4 Desarrollar en los individuos su capacidad humana de relación social entre diferentes.
- 5 Superar las dificultades propias del bilingüismo.
- 6 "Empleo de un método adecuado" interdisciplinar, mediante unas "unidades de aprendizaje intercultural (UAI)".
- 7 Creación de un ambiente pedagógico multicultural "total", lo que se puede lograr, con las siguientes prácticas:

- A Presencia en el aula de una diversidad étnica.
 - B Eliminación del material didáctico que contenga prejuicios raciales.
 - C Intervención activa de los educadores con vista a evitar la marginación étnica y “estimular la relación entre grupos distintos y ayudar a sus alumnos a adquirir hábitos multi-culturales”.
- 8 El multiculturalismo ha de concebirse como “aditivo”, en el sentido de que fomenta las experiencias culturales diversas y próximas como fuente socializadora (Quintana, 1992: 475-477).

A nivel de políticas educativas, la multiculturalidad puede contar con los criterios, que se exponen a continuación:

- 1 Adopción del plan de agrupar en clases a los alumnos de las minorías.
- 2 Eliminación, tanto en la enseñanza como en los libros de texto, de elementos que resultan negativos para las minorías étnicas.
- 3 Establecer programas para los maestros que les preparen para actuar en conformidad con las características y necesidades de una educación multicultural.
- 4 Actuar igualmente extraescolarmente. A los grupos mayoritarios se les sensibiliza y se les dan las informaciones pertinentes del multiculturalismo.
- 5 Para la atención escolar de minorías étnicas se escogen maestros pertenecientes a su misma cultura, sobre todo cuando esos grupos cuentan con lenguas propias.
- 6 Introducción de nuevas materias y nuevos contenidos, atendiendo la realidad de las subculturas propias de los alumnos.
- 7 Reconocimiento, en el país y en la escuela en cuestión, de la lengua hablada por las minorías (Churchill, 1989).

Pero esta política educativa propuesta por Churchill (1989) tiene más de interculturalidad bilingüe que de propia multiculturalidad, para esta última se propone en particular las fases a seguir en el proceso de la educación multicultural, indicada anteriormente por parte de Fernández-Carrión, para su correcto desarrollo e implementación en la sociedad.

En la actualidad, la multiculturalidad no sólo tiene lugar dentro de las fronteras de un país, sino que trasciende de forma

creciente, en unión a las nuevas tecnologías de la comunicación, al ámbito global, como analiza García Canclini al tratar sobre los “Conflictos multiculturales de la globalización”, indicando, que:

Las teorías del ‘contacto cultural’ han estudiado casi siempre los contrastes entre los grupos sólo por los que los diferencia. El problema reside en que la mayor parte de las situaciones de interculturalidad [y multiculturales] se configura hoy no sólo por las diferencias entre culturas desarrolladas separadamente sino por las maneras desiguales en que los grupos se apropian de elementos de varias sociedades [y culturas], los que combinan y transforman [en otras nuevas culturas eclécticas] (...). El objeto de estudio no debe ser entonces sólo la diferencia, sino también la hibridación (García Canclini, 1995).

La multiculturalidad puede ser una solución o un problema a la diversidad, tal como se lo cuestiona Vázquez Gómez (1990 y 1983: 406-410), al señalar que en la relación entre las mayorías y las minorías, la identidad puede conllevar un conflicto, y de esta forma establece las siguientes interrogantes:

- ¿Es legítimo determinar las finalidades educativas en una sociedad pluralista?
- ¿Es posible la comunidad de metas dentro de un organismo que cuenta con un origen plural y diverso?
- ¿Es viable y deseable la armonía entre homogeneidad y pluralidad?

Sobre éstas y otras preguntas que puede hacerse, responde afirmativamente, que se demanda la

actitud de la búsqueda en común de los que nos une y nos diferencia, de la búsqueda de más radicales y más amplias identidades culturales(...). La armonía en las respuestas podrá lograrse si situamos las preguntas, no sólo en el marco de las dualidades culturales, sino también en el de las diferencias intraculturales, pues cabe pensar (Demorgon, 1989: 76) que es la interacción entre las dimensiones del ‘entre nosotros’ y las del ‘entre ellos’ lo que da al encuentro –intra e intercultural- su máximo desarrollo (Vázquez Gómez, 1990: 14),

dando solución a las interrogantes y al problema planteado.

2.2.3 La educación multicultural y el sentido de la pluriculturalidad

Se parte de una realidad social, política, económica y cultural

que diferencia grosso modo a los distintos grupos humanos que conforman el marco de la interculturalidad existente en todas las sociedades, que se puede reducir a dos grandes colectivos contrapuestos: el constituido por la mayoría y el de la minoría étnica o migrante, por ejemplo. Generalmente, el primer colectivo desarrolla bullying contra los segundos, unido a la existencia en la enseñanza convencional de una curricula y estrategias didácticas que no atiende a las diferencias, de forma, que en esas circunstancias no es posible cumplir el plan propuesto por Schemelkes ni por Redui; según la primera autora, debe darse una aceptación y respeto a la diversidad, es decir, una educación bilingüe e “introducir lo indígena de manera transversal en todas las asignaturas de todos los grados” (Schmelkes, 2006); asimismo, reivindica: aumentar el número de becas para favorecer los estudios superiores de los indígenas, así como acercar la educación superior a las zonas densamente poblada por comunidades indígenas, y transformar las instituciones académicas convencionales en a unas nuevas en las que no existan discriminación, y por última crear “mecanismo” de seguimiento de los estudios y de la deserción de dicho grupo minoritario (Schmelkes, [20003]: 7). De igualforma, Redui propone que las nuevas instituciones educativas interculturales “contribuirán al rescate y a la difusión de expresiones culturales diversas” y vincularán las “culturas ancestrales con el mundo moderno” (Redui, sf).

La multicultural –según Churchill (1989)- se desarrolla en tres momentos distintos:

- 1 De socialización, en el que a la minoría le cuesta adaptarse a la cultura dominante, de la mayoría.
- 2 De discriminación por parte de la mayoría.
- 3 De integración, en el que la minoría se ha adaptado y ha sido aceptada.

Pero dentro de una realidad discriminatoria sobre lo diferente, es difícil que se de con normalidad el paso de una situación excepcional de xenofobia y de rechazo sobre lo distinto a otra totalmente contraria; pues, para que se de esta transformación social, educativa y cultural debe modificarse –según Fernández-Carrión- la realidad que se vive día a día en la escuela, en los hogares y en la sociedad en general, en la práctica diaria de la mayoría de los miembros de la colectivi-

dad, y seguidamente, se debe cumplir las fases del proceso de educación multicultural, propuestas por Fernández-Carrión, desde una perspectiva del un cierto mestizaje cultural:

- 1 De convivencia en armonía de los grupos mayoritarios y minoritarios.
- 2 De reconocimiento de las diferencias y puesta en marcha de un proceso de asimilación y aceptación de las coincidencias.
- 3 De conocimiento en su totalidad y profundidad de los elementos característicos y más destacados entre las culturas de ambos colectivos.
- 4 En las currículas debe integrarse, por separado y en conjunto, elementos característicos de las culturas mayoritarias y minoritarias.
- 5 Debe introducirse estrategias didácticas acorde a la currícula integradora, que favorezca la convivencia y el reconocimiento de los valores destacados de ambas culturas y que favorezca la construcción de un ideario común.

3 Conclusiones

Para superar una situación de conflicto entre grupos mayoritarios y minoritarios, dentro del ámbito educativo, o para acabar con la confrontación defendida por Diana Guillén en el “Redimensionamiento de una frontera...” (2003) y aludida igualmente por Susana Andrade en “El reto de la interculturalidad...” (2008) y el llamado proceso colonizador cultural, es necesario fomentar y desarrollar la interculturalidad y la multiculturalidad, para dar con un supuesto proceso descolonizador cultural; dos realidades distintas, complementarias en ocasiones y de mayor impacto la segunda que la primera en beneficio de la pluriculturalidad local y global.

Gabriela Novaro (2006) relaciona la interculturalidad con el diálogo de saberes; pero, más bien, debía ser con la multiculturalidad, que se puede vincular con la transdisciplinariedad, que es la metodología caracterizada por la conjunción de saberes: popular y ancestral con científico, como realiza a nivel teórico Octavio Márquez, Fernández-Carrión et al. bajo el título de “La enseñanza de la bioética para profesionales de la salud: una mirada transdisciplinar” (2018: 143-164), y a nivel práctico lo elabora María Teresa Mosquera al tratar

sobre “La articulación entre los saberes populares y los bio-médicos de las trabajadoras de salud/enfermedad/atención en Rabinal [en Guatemala]” (2000: 27-35).

Si se relacionan estos tipos de escuelas y modelos educativos con la aplicación de la bioética, se podría indicar –de acuerdo a Fernández-Carrión- que el principalismo es concomitante con la “educación especial” y la “escuela comprensiva”; pues con el principio de “no maleficiencia” pretende no lesionar moralmente... al otro ser humano; mientras que con la “beneficiencia” respeta sus valores y proyectos de vida; con la “autonomía” favorece el sentido de diferencia y con la “justicia” se fomenta la no discriminación (Márquez, 2012: 93).

Mientras que con el empleo de la teoría de bioética-social, desde una posición moderada se tiende hacia una educación y escuela “inclusiva” y desde un posicionamiento más crítico o comprometido con la realidad social vulnerable favorece, propone o apoya una enseñanza e institución académica integradora; pues, se parte de una “responsabilidad de otredad”, unida a una práctica “solidaria” y una “defensa identitaria” de todos y se practica la “justicia social” de apoyo en especial a las personas más vulnerables (FC).

De igual forma, la interculturalidad y la educación intercultural sería propia del principalismo; mientras que, la multiculturalidad y la educación multicultural sería defendida por la teoría de bioética-social.

En América Latina, ante la preponderancia de una realidad social con diversidad cultural, con la persistencia de minoría étnicas y un gran porcentaje de población vulnerable, se ha hecho necesario la adecuación del principalismo, como efectuó, Francisco Javier León Correa (2020: 117-133) y Fermín Roland Schramm y Miguel Kottow (2020, 101-115), para dar paso a la conformación de una nueva teoría bioética, que no atiende en su fundamentación metodológica al principalismo, sino crea un planteamiento nuevo, original, denominado teoría de bioética-social, ideado por Fernández-Carrión (2020), partidaria de la educación e instituciones académicas integradoras y del multiculturalismo, en favor de la diversidad cultural, las minorías étnica... y los grupos vulnerables del subcontinente americano, y por extensión de toda la humanidad.

Bibliografía

- Acuña, Leonor (2005) "Los chicos mismos te enseñan: bilingüismo en la educación intercultural bilingüe", *Lenguas, educación y culturas*, Tissera de Molina, Zigarán (compiladores), Salta, CEPIHA y Departamento de Lenguas modernas de la Universidad de Salta, 21-44.
- Andrade, Susana (2008) "El reto de la interculturalidad: interculturalidad, plurinacionalidad y ciencias sociales en Ecuador", *Antropología. Cuadernos de investigación*, No. 8, 13-23.
- Banks, JA. (1986) "Multicultural education: Development, paradigms and goals, *Multicultural education in western societies*, Banks, Lynch (edición), London, Holt, Rinehart and Winston.
- Bissoondath, Neil (2002) *Selling Illusions: The Myth of Multiculturalism*, Toronto, Penguin.
- Bracho, Teresa et al. (2004) "Universidades interculturales", *Debate: universidades interculturales*, Observatorio ciudadano de la educación.
- Burger, HG. (1969) *Ethnics on education: Reports on a Conference of spanish-speaking, amerindian, and negro cultural lrsfers on southwestern teaching and learning*, Bethesda, Md. ERIC Publication.
- Churchill, S. (1989) "Elaboration des politiques d'éducation dans les sociétés multiculturelles: tendances et processus dans les pays de l'OECD", *L'éducation multiculturelle*, París, OECDE.
- Consejo federal de cultura y educación (CFCE) (1999) *Resolución 107*, Buenos Aires, Ministerio de Cultura y Educación.
- Demorgon, Jacques (1989) *L'exploration interculturelle: pour une pédagogie internationale*, París, Armand Colin.
- Diario Oficial de la Federación (DOF) (2008) "Catálogo de las lenguas indígenas nacionales: variantes lingüísticas de México con sus autodenominaciones y referencias geoes-tadísticas", 78 ss, www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5012674.
- Dietz, Gunther (2012) "Multiculturalismo, interculturalidad y diversidad en la educación", *Una aproximación antropológica*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Dussel, Inés, Southwell, Myriam (2009) "La autoridad docente en cuestión", *El monitor, revista del Ministerio de la Na-*

- ción Argentina*, No. 20, 26-30.
- Estrada Castillo, Azuleña (sf), Universidad Comunitaria de San Luis Potosí (texto inédito).
- Fernández-Carrión, Miguel-Héctor (2020), "Teoría de bioética-social", *Revista Vectores de investigación*, 17(17), 135-148.
- (2018) "La educación de principios del siglo XXI", *Educación actual. Entre el pasado y el futuro*, Miguel-Héctor Fernández-Carrión (edición), México, Editorial Torres Asociados, 11-22.
- (2015) "Identidad, la defensa de lo propio y los derechos humanos", *Derechos humanos y genealogía de la dignidad en América Latina*, Ana Luisa Guerrero Guerrero, et al., México, Universidad Nacional Autónoma de México, Editorial Miguel Ángel Porrúa et al., 77-99.
- Flores, Sergio A. (2000) "Situación actual de las políticas públicas en relación a la interculturalidad", *Revista Estudios interétnicos*, año 8, No. 13, 21-26.
- García, RL. (1978) *Fostering a pluralistic society through multi-ethnic education*, Blomington, Phi. Delta Kappa Educational Foundation.
- García Canclini, Néstor (1995) *Consumidores y ciudadanis, Conflictos multiculturales de la globalización*, México, Editorial Grijalbo.
- García Castaño, F. Javier, Pulido Moyano, Rafael A., Montes del Castillo, Ángel ([1993]) "La educación multicultural y el concepto de cultura", *Revista iberoamericana de educación*, Organización de Estados Iberoamericanos (OEI), No. 13.
- Gibson, MA. (1984) "Approaches to multicultural education in the United States: Some concepts and a assumption", *Anthropology and education quarterly*, 15(1), 94-119.
- Guillén, Diana (2003) "Redimensionamiento de una frontera largamente olvidada. Chiapas 1973-1993", *Frontera norte*, El Colegio de la Frontera Norte, 15(30),
- Hecht, Ana Carolina (2015) "Educación intercultural bilingüe en Argentina: un panorama actual", *Ciencia e interculturalidad*, 16(1), 20-30.
- Hirsch, Silvia, Serruo, Adriana (2010) *Eucación intercultural bilingüe en Argentina. La identidades, lenguas y protagonistas*, Buenos Aires, Novedades educativas.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) (2010) "Censo 2010", Buenos Aires, INDEC, indec.gov.ar/indec/

- web/Nivel4-Tema-2-41-135.
- Leicester, M. (1992) "Antiracism versus the new multiculturalism: Moving beyond the interminable debate", *Cultural diversity and The schools. Equity or excellence? Education and cultural reproduction*, J. Lynch, C y S. Modgil (edición), London-Washington, The Falmer Press.
- León Correa, Francisco Javier (2020) "Principios para una bioética social", *Revista Vectores de investigación*, 17(17), 117-133).
- Márquez Mendoza, Octavio (2012) "Bioética y responsabilidad universitaria", *Revista Vectores de investigación*, 5(5), 85-96.
- Márquez Mendoza, Octavio, Fernández-Carrión, Miguel-Héctor et al. (2018) "La enseñanza de la bioética para profesionales de la salud: una mirada transdisciplinar", *Educación actual. Entre el pasado y el futuro*, México, Editorial Torres Asociados, 143-164.
- Mead, Margaret (1997) *Cultura y compromiso*, Buenos Aires, Granica.
- Ministère de l'Europe et des Affaires Étrangères (MEAE) (sf) "Libertad, igualdad, fraternidad", diplomatie.gouv.fr/es/venir-a-francia/conozca-francia/simbolos-de-la-republica/article/libertad-igualdad-fraternidad.
- Moodley, KA. (1986) "Canadian multicultural education: Promises and practice". *Multicultural education in western societies*, Banks y Lynch, Holt., Rinchart&22Winston, 51-75.
- Mosquera, María Teresa (2000) "La articulación entre los saberes populares y los biomédicos de las trabajadoras de salud/enfermedad/atención en Rabinal", *Revista Estudios interétnicos*, año 8, No. 13, 27-35.
- Murphy, Donna M. (1996) "Implications of inclusions for general and special education", *The Elementary School Journal*, 96(5), 569-593.
- Novaro, Gabriela (2006) "Educación intercultural en la Argentina: potencialidades y riesgos", *Cuadernos interculturales*, Universidad de Valparaíso, Chile, 4(7), 49-60.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD) (1987) *L'Éducation multiculturelle*, París, OECD.
- Oliver Vera, María del Carmen (2003) *Estrategias didácticas y organizativas ante la diversidad*, Barcelona, Ediciones Octaedro, Ediciones de la Universidad de Barcelona.

- Quintana Cabañas, José Ma. (1992) "Características de la educación multicultural", *Revista española de pedagogía*, 469-479.
- (1989) *Sociología de la educación*, Madrid, Dykinson.
- Red de universidades interculturales (Redui) (sf) "Enfoque intercultural en la educación superior", *Redui*.
- Rockwell, Elsie (coordinadora) (1996) *La escuela cotidiana*, México, Fondo de Cultura Económica, 1 reimp.
- Schmelkes, Sylvia ([2008]) "Las universidades interculturales en México: ¿Una contribución a la equidad en educación superior?", academia.edu/3048258/LAS_UNIVERSIDADES_INTERCULTURALES_EN_MÉXICO_Una_contribución_a_la_equidad_en_educación_superior.
- (2006) "La interculturalidad en la educación básica", *Revista Prelac*, No. 3, 120-127.
- ([2003]) "Educación superior intercultural. El caso de México", *Encuentro internacional intercambio de experiencias educativas: "Vincular los caminos a la educación superior"*, Ford Foundation, Unidad de Apoyo a las comunidades indígenas de la Universidad de Guadalajara, Anúes, 17-19 noviembre.
- Schramm, Fermin Roland, Kottow, Miguel (2020) "Principios bioéticos en salud pública. Limitaciones y propuestas", *Revista Vectores de investigación*, 17(17), 101-115.
- Sebba, Judy, Sachdev, Darshan. (1997) *What works in Inclusive Education*, Ilford, Bernardo's.
- Seifer, N. (1973) "Education and the new pluralism: A preliminary survey of recent progress in the 50 states", *Annual meeting of the national coordinating assembly on ethnic studies*, Detroit.
- Sleeter, Christine E., Grant, Carl A. (1988) *Making choices for multicultural education. Five approaches to race, class and gender*, New York, Macmillan.
- (1987) "An analysis of multicultural education in the states", *Harvard educational review*, 57(4), 421-444.
- Solomon, ID. (1988) "Strategies for implementing a pluralistic curriculum in the social studies", *Social studies*, 79(6) 256-259.
- Soétard, M. (1985) "Education (multi)culturalisme, etc., sau- vagerie essentielle", *Bildung und erziehung*, Mitter, Köln, Bóhlau, 1 vol., 93-106.

- Stickel, GW. (1987) "Cultural pluralism and the schools: Theoretical implications for the promotion of cultural pluralism", *Annual conference of the American association of colleges for teacher education*, Washington.
- Tenti Fanfani, Emilio (2010) "Viejas y nuevas formas de autoridad docente", *Revista Todavía*, <http://revistatodavia.com.ar/-todavia07/notas/tenti/txttenti.html>.
- Touraine, Alain (2002) *Igualdad y diversidad. Las nuevas tareas de la democracia*, México, Fondo de Cultura Económica.
- (2001) *¿Podremos vivir juntos? Iguales y diferentes*, México, Fondo de Cultura Económica.
- Touraine, Alain, Khosrokhavar, Farhad (2002) *A la búsqueda de sí mismo*, Barcelona, Paidós.
- Vásquez, AG., Ingle, HT. (1982) "Multicultural and minority education", *Encyclopedia of educational research*, Mitzel (edición), New York, AERA.
- Vázquez Gómez, Gonzalo (1990) "La educación multicultural", *Educar*, No. 16, 7-16.
- (1983) "Problemática pedagógica de la relación entre educación y pluralismo", *Revista española de pedagogía*, No. 161, 399-417.
- Verma, GK. (1984) "Educación multicultural: problemas de la investigación", *Educación multicultural y multilingüe*, Husen y Oppper, Madrid, Narcea, 33-57.
- Verne, E. (1987) "Les politiques d'éducation multiculturelle: analyse critique", *L'Éducation multiculturelle*, OECD, París, OECD.

MONOGRAFIA BIOÉTICA-SOCIAL

BIOETHICS-SOCIAL MONOGRAPH

159

Bioética social, responsabilidad social y participación en instituciones de salud

Social bioethics, social responsibility and participation in health institutions

DEMANDADO 14-2-2019 **REVISADO** 21-10-2019 **ACEPTADO** 27-3-2020

Francisco Javier León Correa

Bioeticista
Director del Centro de Bioética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Central de Chile

Palabras claves
Bioética social, responsabilidad social, instituciones de salud
Key Words

Social bioethics, social responsibility, health institutions

RESUMEN La actividad de atención de la salud se presta actualmente, en su mayor parte, en instituciones complejas, con equipos de salud, regidos por políticas públicas de salud o por ideales institucionales. Es fundamental que las instituciones pongan en un primer plano los valores éticos de la atención en salud como garantía de una calidad de atención que va más allá de los criterios de excelencia y gestión empresarial (Amor et al., 2000), por encima de los criterios economicistas o de rentabilidad económica (Conill, 2004), en lo que García Marzá ha denominado una fundamental “apuesta ética en las organizaciones sanitarias” (Marzá, 2005).

ABSTRACT Health care is currently provided, for the most part, in complex institutions, with health teams, governed by public health policies or institutional ideals. It is essential that the institutions put the ethical values of health care in the foreground as a

guarantee of a quality of care that goes beyond the criteria of excellence and business management (Amor et al., 2000), over the economic criteria or economic profitability (Conill, 2004), in what García Marzá has called a fundamental “ethical commitment in health organizations” (Marzá, 2005).

1 Introducción³⁰

En este espacio dedicado a la ética institucional, veremos en primer lugar la responsabilidad social de las organizaciones, y la dimensión ética de esta responsabilidad, para centrarnos posteriormente en lo que más nos interesa: las organizaciones que promueven y atienden el cuidado de la salud y su ética institucional.

2 Responsabilidad social de las organizaciones

Desarrollo sustentable, según Amartya Sen, no sólo es la satisfacción de las necesidades sociales actuales y futuras, sino que involucra también la libertad humana en el sentido de una verdadera participación democrática y el ejercicio de las libertades individuales juntamente con las oportunidades sociales. Esto implica una nueva forma de pensamiento, en la que no cabe el mero asistencialismo ejercido por la comunidad internacional ante las graves crisis ambientales y sociales que sufren los países subdesarrollados.

Significa comprender que las personas pueden ser protagonistas de su propio cambio, y no sólo considerarlas como clientes o pacientes con necesidades que deben ser satisfechas (Denadei, 2009: 107),

y sobre el mismo tema también lo trabaja Parker (2002).

El concepto de desarrollo sustentable tiene un origen axiológico, y el desempeño del mismo se encuentra estrechamente ligado al valor de la solidaridad, al compromiso del ser humano con el prójimo, primero a nivel individual y luego a nivel corporativo.

Un modelo de desarrollo sustentable que asegure una mejor calidad de vida para todos se construye desde una actitud ética y comprometida de todas las organizaciones que conforman una comunidad; no se logra a través de mecanismos de imposición

³⁰ Una primera elaboración inicial de este tema, ahora más desarrollado y ampliado: León (2011: 70-77).

(Denadei, 2009: 110).

Es necesaria una ética de los directivos, basada en la perfección del trabajo profesional realizado, y también de las instituciones: se debe generar una mayor responsabilidad personal y a la vez respaldar la función social empresarial y corporativa (Sonnenfeld, 2010) y la exigencia ética de una responsabilidad también social de las instituciones (Paladino, 2007 y Navarro, 2008).

La sociedad está formada por organizaciones y éstas se desarrollan a través de las relaciones interpersonales de quienes las conforman. La responsabilidad que les compete debe llevarlos, según Kliksblerg (2002), a lo siguiente:

- Toma de decisiones fundamentada en la honestidad y la capacidad para aceptar la realidad tal cual es y la responsabilidad que le corresponde.
- Desarrollar una cultura de trabajo donde se privilegie lo que se debe hacer en cuanto a la perfección del aspecto humano por sobre la especulación económica.
- Pensar a largo plazo permitiendo el desarrollo de proyectos individuales, comunitarios y nacionales, dejando a un lado la visión del corto plazo.
- Asumir un rol activo de participación proactiva y responsable evitando actitudes de pasividad que importan comodidad.
- Respetar las regulaciones existentes como actitud moral no sólo desde la conducta manifiesta sino como forma de pensamiento.

3 La dimensión ética de la responsabilidad social de las instituciones

Al hablar de responsabilidad social de las empresas, la dimensión a la que curiosamente se le da menos espacio y reflexión a la dimensión ética y los valores de carácter moral asociados a la misma. La responsabilidad es una noción central de la dimensión moral, que lleva a prever las consecuencias que se derivan de las acciones y al cuestionamiento crítico de las causas y razones que las propician.

Qué es objeto de responsabilidad en las instituciones, cómo pueden llevarlo a la práctica, y sobre todo, por qué deben hacerlo, son las preguntas fundamentales.

Según sean las razones por las que se decide implementar políticas de responsabilidad social de opta por un modelo u otro de empresa, se persiguen unos objetivos u otros, se adoptan unas u otras herramientas y se evalúan unos u otros aspectos. Lejos de ser indiferentes, las razones que subyacen a la puesta en práctica de la responsabilidad social, representan los motivos por los cuales las empresas y, por supuesto, sus gestores asumen el compromiso ético (Arrieta y De la Cruz, 2005: 13-15),

más allá de los límites de la responsabilidad puramente legal.

Tanto los sujetos como las instituciones tienen capacidad de actuar y libertad de elección, aunque ésta pueda estar en parte condicionada en ambos casos. Pero los que toman las decisiones pueden siempre tratar de minimizar los riesgos y evitar peores consecuencias: ser consciente de esto y actuar en consecuencia es la manera adecuada de ejercer la responsabilidad. Y precisamente este medir, analizar y prever las posibles consecuencias de la acción es quizás el rasgo más característico que se puede aplicar a las instituciones, que deben seguir, por tanto, un proceso deliberativo sobre lo que está en su poder y es modificable, sobre los medios a poner, las alternativas de acción y las consecuencias, de modo similar a como llegan a un consejo prudente los comités de ética en las instituciones de salud.

Esta responsabilidad social de las empresas, concebidas como “empresas ciudadanas”, comenzó al advertir que no podían reducirse única y exclusivamente a su función económica, que debían atender a todos los grupos incluidos en su actividad, y que debían implicarse en la solución de los problemas sociales. Así se expresó en la “Declaración tripartita de la OIT” sobre empresas multinacionales y políticas sociales (OIT, 2000)³¹, destinada a conformar un desarrollo sustentable, en el compromiso ético firmado por empresas de la Red pacto global creada a instancias del secretario general de la ONU en 1999 (ONU, 1999), dirigido a respaldar el respeto a los derechos humanos, mejorar las relaciones laborales, cuidar el medio ambiente y luchar contra la corrupción; en el Consejo

³¹ La “Declaración tripartita sobre empresas multinacionales y políticas sociales” es adoptada por el Consejo de administración de la Oficina Internacional del Trabajo en su 204ª reunión (Ginebra, noviembre de 1977) en la forma enmendada en su 279ª reunión (Ginebra, noviembre de 2000).

Europeo reunido en Lisboa en el 2000 (CE, 2000)³², y el posterior *Libro verde sobre responsabilidad social* de la Comisión de Comunidades Europeas (CCE, 2001: 51-71); en las “Normas sobre derechos humanos para las sociedades transnacionales” de la ONU, en 2003 (ONU, 2003); en los llamados “Principios de Ecuador” (2003) y en numerosas declaraciones posteriores.

- Un primer rasgo de la responsabilidad social de las instituciones es su carácter global e integrador de todos los elementos que intervienen en la institución.
- Un segundo es el irrenunciable papel que juega la sociedad, que demanda la adopción de políticas de responsabilidad institucional.
- Y un tercero, bien definido en el modelo norteamericano, es la gestión de esta responsabilidad social a través de los llamados *stakeholders* (Arrieta y De la Cruz, 2005: 51-58), donde participan en la toma de decisiones todos los implicados en ellas, como se apreciará un poco más adelante aplicado a las organizaciones de la salud.

Junto con asegurar el no hacer daño -principio ético de no maleficencia-, las instituciones deben organizarse y actuar conforme al principio de justicia, y del respeto a la autonomía. Deben actuar conforme a reglas sociales y normas de responsabilidad, pero su sentido social se fundamenta asimismo en una ética de la convicción voluntaria:

Exigir regulación, y el deber de actuar conforme a ella es la única manera de impedir que la gestión empresarial se ejerza desde la exclusiva búsqueda del beneficio económico en la medida que podemos contar con un principio que orienta éticamente la acción... Defender la voluntariedad es el único modo de dejar que los directivos ejerzan las políticas socialmente responsables" (Arrieta y De la Cruz, 2005: 71-74).

4 Ética institucional de las organizaciones de salud

Adela Cortina y Jesús Conill han dedicado amplia atención a este tema de la ética de la empresa y de la organización, y destacan que sólo en ámbitos cerrados las empresas pueden moverse regidas por normas únicamente; la mayoría de los

³² Sobre este documento realiza un análisis específico Arrieta y De la Cruz, 2005: 51-71.

grupos humanos y de las empresas, por tanto, deben orientarse por valores, que pueden ser más o menos morales, más o menos humanizadores o deshumanizadores. No existen empresas "amoraless" como no existen tampoco personas "amoraless" (Cortina y Conill, 2005: 15-36).

Se ha desarrollado enormemente a principios del siglo XXI la ética de la empresa al igual que otras éticas aplicadas (Cortina, 1993), y gran parte de las propuestas se han empleado también a las empresas de salud (Hall, 2000; Wherhane y Emanuel, 2000 y Werhane, 2000), aunque difieran en algunos aspectos de las demás. Es, en definitiva, una vuelta del humanismo a la actividad empresarial, parecida a la ligazón entre humanidades y ciencia biomédica que realiza la bioética.

El humanismo se convierte en uno de los medidores de todos aquellos discursos que hablan de calidad para expresar la valía -bondad o valor- de las diversas actividades en las que el ser humano lleva a cabo su vida de una manera excelente; es decir, digna de ser llamada humana. Considerado así, el humanismo es una categoría a integrar, de manera urgente e ineludible, en todo el marco de lo que hoy se denomina 'moral institucional', lugar de referencia de las diversas 'éticas aplicadas'. En las acciones institucionales vamos a encontrar una expresión de sentido de las distintas prácticas sociales que comportan una compleja dinámica ética... en todas ellas se visualizan valores; en todas ellas se produce un intento de legitimarse, también, por relación con dichos valores (González, 2005: 122).

Desde la ética dialógica, se puede fundamentar la ética institucional en salud en esas relaciones sociales en sociedades que no sean de masas y de consumidores, sino de personas e instituciones que dan sentido y legitimidad, solamente si tienen como fin la solidaridad:

La finalidad del humanismo es hacer de las personas (sujetos morales) 'gestores' del sentido, y de las sociedades de personas, 'gestoras' de la legitimidad, a través de la generación de los bienes generales que satisfagan las necesidades de todos. Las 'interrelaciones personales' pasan a ser un intercambio comunicacional que es el lugar de gestión del sentido y de la legitimidad de las aspiraciones, necesidades o productos, que tienen que conservar, al menos como tensión, una estructura universal de solidaridad (González, 2005: 140).

Esos valores dominantes que han moldeado el mundo, deben ser promovidos en la atención de salud y forman el funda-

mento sobre todo de una ética organizacional e institucional básicas en la salud pública (Waymack, 2006), que considere tanto los derechos como las necesidades humanas, y los deberes de las instituciones públicas de salud (Benatar, 2003: 195-207).

El primero de esos deberes éticos es la responsabilidad institucional.

Aunque Jonas no se preocupa directamente de la cuestión del papel del Estado, podemos detectar vínculos profundos entre la responsabilidad individual y la social, puesto que el Estado -a través de los funcionarios públicos, y en particular, de los gestores de la salud pública- es responsable por el bien público y por el bien de la colectividad, inclusive lo que se refiere a sus aspectos de salud (Schramm, 2004: 75).

Las deliberaciones de las políticas públicas tienen que ver con decisiones colectivas, que tornan cualquier programa sanitario en una política pública de tipo impersonal, pues está limitada por vínculos institucionales. Por tanto,

se deben analizar éticamente estas políticas públicas, atribuirles claramente responsabilidad, al menos de la misma forma que se le atribuyen a las responsabilidades parentales, lo que implica la pregunta de cómo realizarlo con acciones determinadas y legitimadas colectivamente (Schramm, 2004: 76).

5 Ética institucional y conflictos de interés: primero, la no maleficencia

El bien interno o deber ético básico del médico es "respetar la vida humana, la dignidad de la persona y el cuidado de la salud del individuo y de la comunidad" (OMC, 1999), y

el fin último de la práctica sanitaria consiste en realizar las acciones adecuadas para proporcionar el mayor bien posible a la salud del paciente... de forma que muchos de los conflictos que impiden alcanzar el bien social, la salud en nuestro caso, derivan de la confusión de este bien interno con los bienes externos que necesariamente acompañan a toda práctica, como son el dinero, el poder o el reconocimiento. Ambos tipos de bienes son necesarios, pero el problema aparece cuando se confunden y los bienes externos ocupan el lugar de los internos (Marzá, 2005: 18),

tanto en el plano del ejercicio profesional, como en los objetivos de las instituciones.

El primer deber ético de la responsabilidad institucional es

evitar la corrupción, la ineficiencia y la mala resolución de los conflictos de intereses, de modo perjudicial para los pacientes. Lo primero, es no hacer y evitar la maleficencia.

6 Ética institucional y modelos de calidad: justicia y beneficencia

Al analizarse los fundamentos de una bioética institucional y social, se constata que la no maleficencia es el nivel básico de la ética, también para una institución. Las instituciones, y más las de la salud, son actores con responsabilidad propia en la atención y prestación de salud (Marzá, 2005: 30), y la responsabilidad exige en primer lugar responder por los errores o la maleficencia causada, y enseguida, dar a cada uno lo que le corresponde, con igual consideración para todos los pacientes, con justicia distributiva.

Pero más allá de cumplir con la justicia, toda institución de salud tiene la necesidad de desarrollar un modelo de calidad y acreditación de la excelencia en la asistencia prestada, que es hoy en día uno de los pilares básicos para generar la confianza de los pacientes-usuarios: "cualquier cosa menor que la excelencia resulta insuficiente" (Esteban, 2005).

La calidad se puede definir de varias maneras (Beltrán, 2005: 93-94):

- A partir de la excelencia, la institución debe conseguir el mejor de los resultados en sentido absoluto.
- Atendiendo al valor, debe analizar los costes que supone seguir determinados criterios de calidad y, al mismo tiempo, no quedarse fuera de lo que puedan estar dispuestos a pagar por su producto o servicio los usuarios.
- Como ajuste a unas determinadas especificaciones, cumpliendo los criterios que se fijan como estándares.
- Por la satisfacción de las expectativas del usuario, que incluye un juicio subjetivo del mismo y equivale a la diferencia entre lo inicialmente esperado de un determinado servicio y lo que finalmente se recibe.

Para esto se han desarrollado modelos de calidad y de acreditación muy variados, y en todos encontramos criterios y estándares que tienen que ver directamente con los valores morales y con los derechos de justicia de los pacientes. Ha surgido así una ética de las organizaciones sanitarias, más allá

de la bioética clínica (Simón, 2002: 247-259), centrada en los modelos de acreditación de la calidad asistencial e institucional, a partir de las iniciativas de la Joint Commision for Accreditation of Helthcare Organizations (JCAHO, s/f).

Cada uno de los diferentes modelos de acreditación de las instituciones de salud tiene incorporados de un modo u otros determinados valores éticos. Las más utilizadas son: el EFQM, de autoevaluación de la calidad; JCIA/JCAHO, de evaluación externa con estándares e indicadores internacionales centrados en los pacientes y en la gestión de la organización sanitaria; ISO, mediante evaluación externa de la gestión de la calidad, la responsabilidad de la dirección, la gestión de los recursos, y medición, análisis y mejora del producto obtenido; CCHSA, evaluación externa con definición de estándares y actividades a realizar para alcanzarlos; HQS, con 52 normas de estándares sobre gobierno corporativo y clínico, gestión operativa, el itinerario del paciente y sus derechos, y las normas específicas de servicios (HQS, 2005: 73-141).

7 Concretar la calidad ética de las instituciones de salud: autonomía y participación

Pero además, las empresas de salud tienen unas características especiales, que provocan problemas éticos específicos (Cortina y Conill, 2005: 28-32): quien paga los servicios no es generalmente el usuario, sino una agencia gubernamental o una empresa de seguros; los servicios que se ofertan no los deciden libremente los médicos de la institución, les vienen determinados en muchas ocasiones; el usuario es especialmente vulnerable por la propia enfermedad; el bien que se oferta, la salud, es un bien básico de la persona; existe una gran asimetría entre la oferta de servicios de salud y la demanda de una medicina del deseo sin límites; y finalmente, en toda organización de salud intervienen los gestores, en busca de la eficiencia, y el personal sanitario que ven en el bien del paciente el fin de su profesión y actuar, con dos tipos de ética diferente, como bien señala Dworkin (1977): una guiada por el 'principio del rescate', de la convicción ideal del bien -el médico-, y otra -el gerente- guiada por el "principio del asegurado prudente", de la responsabilidad ante los costes.

La propuesta metodológica desde la ética de la empresa ha sido la de los "stakeholders" para la definición de las buenas prácticas institucionales entre todos los interesados o afectados: una institución sanitaria tiene que asumir responsabilidades frente a las exigencias, demandas o intereses legítimos no sólo de sus accionistas ("shareholders") sino de sus "stakeholders", o partes interesadas: cualquier individuo o grupo que puede afectar o ser afectado por el logro de los objetivos de la organización (Cortina y Conill, 2005: 54-58).

Esta teoría es relevante porque desde ella se pueden abordar no sólo las buenas prácticas sanitarias en el ámbito profesional, sino también en el ámbito organizacional, ayudando a comprender y explicar los posibles conflictos de valores, de lealtades, de compromisos y de intereses (Esteban, 2005: 79).

La institución y todas las partes interesadas forman una comunidad moral compartida y delibera sobre los principios morales mínimos de justicia cuando evalúa las decisiones y prácticas organizacionales (Marzá, 2004), con la participación de todas las partes interesadas, en una fase analítico-descriptiva, y la generación posterior de estrategias ético-normativas que todos puedan sumir como propias.

Y esto, en tres niveles de deliberación ética que necesitan de ayuda concreta:

- A nivel de valores: declaración de valores de la institución.
- A nivel de principios éticos: códigos de ética profesionales.
- A nivel de normas: guías de buenas prácticas clínicas, así como guías éticas específicas sobre los problemas más corrientes en la asistencia de salud en la institución, con ayuda de los comités de ética asistencial.

Para aplicar la responsabilidad social en una institución de salud, hay que realizar prácticas éticas transparentes, establecer criterios de referencia claros y verificables, exigir la comprobación de los datos por agentes independientes, delimitar bien el tipo de información que como institución debe facilitarse, y garantizar la fiabilidad del procedimiento de evaluación y establecer auditorías (Arrieta y De la Cruz, 2005: 76-83). Es lo que se denomina en el modelo norteamericano la "accountability", la transparencia de rendir cuentas, la responsabilidad por los actos y omisiones, y el cumplimiento de los compromisos o requerimientos en relación con las políti-

cas empresariales (SAI, s/f).

Como actuaciones específicas propuestas desde la bioética están entre otras las siguientes:

169

- Constitución y apoyo en las instituciones de salud de los Comités de ética asistencial, que defienden los derechos de los pacientes, prestan asesoría a los profesionales y también a la dirección y gerencia de las organizaciones.
- Elaboración y evaluación del cumplimiento dentro de la institución de una Carta de derechos de los pacientes.
- Compromiso explícito con la Carta de servicios o Código ético propio o con los Códigos éticos de los diferentes profesionales.
- Plan de humanización de la atención en salud dentro de la propia institución.
- Acreditación, contando primero con los aspectos éticos del cumplimiento del respeto a los derechos de los pacientes en la institución como parte importante de la calidad de la atención en salud.

Bibliografía

- Amor, JR., Ferrando, I., Ruiz, J. (edición) (2000) *Ética y gestión sanitaria*, Madrid, Universidad Pontificia de Comillas.
- Arrieta, B., De la Cruz, C. (2005) *La dimensión ética de la responsabilidad social*, Bilbao, Universidad de Deusto.
- Benatar, SR. (2003) "Salud pública y ética en salud pública", *Acta Bioethica*, 9(2), 195-207.
- Comisión Europea (CCE) (2002) *Libro verde de la Comisión Europea. Fomentar un marco europeo para la responsabilidad social de las empresas*, Barcelona, Esade.
- Conill, J. (2004) *Horizontes de economía ética*, Madrid, Tecnos.
- Cortina, A. (edición) (2003) *Construir confianza. Ética de la empresa en la sociedad de la información y las comunicaciones*, Madrid, Trotta.
- Consejo Europeo (CE) (2000) *Conclusiones de la Presidencia*, Lisboa, CE.
- Cortina, A. (1993) *Ética aplicada y democracia radical*, Madrid, Tecnos.
- Cortina, A., Conill, J. (2005) "Ética, empresa y organizaciones sanitarias", *Ética de las organizaciones sanitarias*, P. Simón, Madrid, Triacastela, 15-36.

- Denadei, M. (2009) "Responsabilidad social de las organizaciones: obligación de hacer o actitud ética responsable de los sujetos", Pensar-se humanos, MC. Roth (coordinación), Buenos Aires, Biblos.
- Dworkin, R. (1977) *Taking Rights Seriously*, Cambridge, Mass., Harvard University Press.
- Fernández Beltrán, F. (2005) "La perspectiva ética de la calidad", *Ética empresarial. Del diálogo a la confianza en la empresa*, D. García Marzá, Madrid, Trotta.
- García Marzá, D. (dirección) (2005) *La apuesta ética en las organizaciones sanitarias*, Castellón, España, Universitat Jaume I.
- García Marzá, D. (2004) *Ética empresarial. Del diálogo a la confianza en la empresa*, Madrid, Trotta.
- González, RG. (2005) "Bioética: entre el imperativo tecnológico y el imperativo ético", *Bioética, perspectivas emergentes y nuevos problemas*, JM. Gómez-Heras, C. Velayos (edición), Madrid: Tecnos, Grupo Anaya, 115-144.
- González Esteban, E. (2005) "Los restos éticos de la medicina gestionada", *Ética empresarial. Del diálogo a la confianza en la empresa*, D. García Marzá, Madrid, Trotta.
- Hall, R.T. (2000) *An introduction to healthcare organizational ethics*, Oxford, Oxford University Press.
- HQS (2005) "Perspectiva ética de algunos modelos internacionales de acreditación de la calidad", *Ética de las organizaciones sanitarias. Nuevos modelos de calidad*, P. Simón (edición), Madrid: Triacastela, 73-141.
- JCAHO (s/f) www.jointcommission.org.
- Kliksblerg, B. (2002) *Hacia una economía con rostro humano*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- León, FJ. (2011) "Ética institucional y responsabilidad social en instituciones de salud", *Responsabilidad social de las organizaciones: perspectivas de nuevos marcos institucionales en América Latina*, N. Gorrochátegi, V. Martins (edición), Buenos Aires, Ediciones Cooperativas, 70-77.
- Navarro García, F. (2008) *Responsabilidad social corporativa: teoría y práctica*, Madrid, ESIC Editorial.
- Organización AccountAbility (s/f) <http://accountability.org.uk>.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2000) *Declaración tripartita sobre empresas multinacionales y políticas sociales*, Ginebra, OIT.

- Organización Médica Colegial de España (OMC) (1999) *Código deontológico*, Madrid, OMC.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1999) *Global Compact. Building a new era of sustainability*, [www.pactomun-dial.org.
- Ozar, B.J., Wherhane, P., Emanuel, L. (2000) "Organizational Ethics", *Health Care: Toward a model for ethical decision making by provider organizations*, Chicago, Institute for Ethics AMA.
- Paladino, M. (edición) (2007) *La responsabilidad de la empresa en la sociedad*, Buenos Aires, Emecé.
- Parker, C. (2002) *La pobreza desde la perspectiva del desarrollo humano: desafío para las políticas públicas en América Latina*, Tegucigalpa, PNUD.
- Principios de Ecuador (2003) *Acuerdo Internacional*, <http://www.equator-principles.com/>.
- Schramm, FR. (2004) "A bioética da protecao em saúde pública", *Bioética e saúde pública*, PA. Fortes, ELC. Pavone Zó-boli, Sao Paulo, Centro Universitario Sao Camilo y Edicoes Loyola.
- Sellés, J.F.)s/f) "Nueve puntos centrales que el directivo debe tener en cuenta según L. Polo", Universidad de Navarra, <http://seminariodeantropologia.org/index.php/Empresa>.
- Sen, A. (1999) *Development as Freedom*, Oxford, Oxford University Press. Traducción española (2000): Desarrollo y libertad. Barcelona: Planeta.
- Simón, Pablo (2002) "La ética de las organizaciones sanitarias: el segundo estadio de desarrollo de la bioética", *Revista Calidad asistencial*, 17(4), 247-259.
- Simón, Pablo (2002) "La ética de las organizaciones sanitarias: el segundo estadio de desarrollo de la bioética", *Revista Calidad asistencial*, 17(4), 247-259.
- Social Acoountability International 8000 (s/f) www.sa8000.org.
- Sonnenfeld, A. (2010) *Liderazgo ético. La sabiduría de decidir bien*, Madrid, Encuentro.
- Spencer, EM., Mills, AE., Rorty, MV., Werhane, PH. (2000) "Organization Ethics", *Health Care*, Oxford, Oxford University Press.
- Subcomisión de Promoción y Protección de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas (2003)

Normas sobre derechos humanos para las sociedades transnacionales y otras empresas, New York, ONU. Ley, Número 94-II-1966

Waymack, M. (2006) "Ética organizacional en el cuidado de la salud", I Simposio internacional de ética en las instituciones de salud, Montefrey, México, http://www.pulsobinario.com/ws/emc/eventos_Etica.asp

MONOGRAFIA BIOÉTICA-SOCIAL

BIOETHICS-SOCIAL MONOGRAPH

173

El factor de la vulnerabilidad en la práctica de la bioética-social

The vulnerability factor in the practice of social-bioethics

DEMANDADO 14-2-2019 **REVISADO** 21-10-2019 **ACEPTADO** 27-3-2020

**Miguel-Héctor
Fernández-
Carrión**

Bioeticista

Director de la
Academia de las
Ciencias de
América Latina y
Europa, México
DF-Madrid,
México-España

Palabras claves:
Bioética, vulnerabilidad, práctica de bioética-social

Key Words:
Tourism, law, Bioethics, vulnerability, bioethics-social practice

RESUMEN En el artículo titulado “Sociedad, identidad y defensa de lo propio: desde una perspectiva de la bioética”, Fernández-Carrión, en 2012, indicaba que la bioética se muestra como un medio teórico para la resolución de la falta de dos tipos de identidades: civil y de filiación, por ejemplo, al posibilitar poder aplicar una visión ética de comprensión de la problemática especial del ser humano ante la ausencia de filiación, motivada por la aplicación de nuevas tecnologías en el proceso de fecundación artificial..., con resultados no siempre positivos sino incluso negativos para la persona afectada, y la filiación civil, por razones de marginación étnica, económica, etc. A este planteamiento teórico se le puede añadir los principios del principialismo: no maleficiencia, beneficiencia, autonomía y justicia o la teoría personalista.

Pero, posteriormente, en 2020, tras idear asimismo Fernández-Carrión la "Teoría de bioética-social"³³, aplicará dicho pensamiento sobre el factor de vulnerabilidad que conlleva la ausencia de identidad de filiación y/o civil, como ese hará en el presente texto.

ABSTRACT In the article entitled "Society, identity and defense of one's own: from a bioethics perspective", Fernández-Carrión, in 2012, indicated that bioethics is shown as a theoretical means for solving the lack of two types of identities : civil and filiation, for example, by making it possible to apply an ethical vision of understanding the special problems of the human being in the absence of filiation, motivated by the application of new technologies in the artificial fertilization process ..., with results not always positive but even negative for the affected person, and civil affiliation, for reasons of ethnic and economic marginalization, etc. To this theoretical approach can be added the points of principlism: non-maleficence, benefaction, autonomy and justice, or the personalist theory. But later, in 2020, after devising the "Social-Bioethics Theory", Fernández-Carrión will apply this thought on the vulnerability factor that the absence of filiation and/or civil identity entails, as he will do in this text.

1 Conceptualización e historia de la vulnerabilidad³⁴

"Vulnerabilidad" es un término de origen latino que deriva de vulnerabilis, que significa "algo que causa lesión" (Houaiss et al., 2009: 1961).

Con el desarrollo científico y tecnológico habido a partir del siglo XX ha repercutido sobre el ser humano, suscitando dilemas éticos a la bioética, especialmente en lo que respecta al agravamiento de las disparidades socioeconómicas de los ciudadanos de los diferentes países. En este contexto, el artículo 8º de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (DUBDH) dispone que la vulnerabilidad humana debe ser tomada en consideración en la aplicación y en el

³³ Se le recomienda al lector interesado en completar el contenido teórico de este tema con lo expresado en el artículo titulado "Teoría de bioética-social" (2020: 135-148).

³⁴ Tema estudiando por varios autores desde diferentes áreas del conocimiento, entre los destaca, en esta ocasión, Talita Cavalcante et al. (2017, 313-319).

avance del conocimiento científico, de las prácticas médicas y de tecnologías asociadas. Los individuos y grupos de vulnerabilidad específica deben ser protegidos y la integridad individual de cada uno debe ser respetada (Unesco, 2005). En sentido filosófico, es entendido como la condición humana inherente a su existencia en su finitud y fragilidad, de tal forma que no puede ser superada o eliminada. Al reconocerse como vulnerables, las personas deben comprender la vulnerabilidad del otro, así como la necesidad del cuidado, de la responsabilidad y de la solidaridad, y no la explotación de esa condición por parte de los demás (Neves, 2009: 167-77).

La vulnerabilidad fue introducida en el ámbito de la investigación con humanos como una característica atribuida a ciertos tipos de población, consideradas más expuestas y con menos posibilidades de defenderse contra abusos y maltratos realizados por otras personas e instituciones. La historia evidenció la necesidad de constituir este tipo de protección, pues el número de ensayos clínicos emprendidos presentó un crecimiento incontrolado en la primera mitad del siglo XX, implicando a grupos de personas vulnerables o institucionalizadas. Huérfanos, prisioneros, ancianos y, posteriormente, grupos étnicos considerados inferiores, como judíos, chinos y negros. Todas las minorías étnicas, la población desfavorecida económicamente y las mujeres fueron en su conjunto connotados como vulnerables (Neves, 2009).

El Informe Belmont, de 1978, introdujo principios éticos y directrices sobre la protección a la vulnerabilidad de las personas de forma particular y relativa (de carácter voluntario) y sobre la población relacionada a la evaluación de riesgos y beneficios (National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, 2005). En ésta línea Beauchamp y Childress, en "Principles of biomedical ethics" (Beauchamp, Childress, 2012), inciden en denotar la necesidad de proteger individualmente a todas las personas o grupos sociales por medio de la exigencia amplia y rigurosa del consentimiento informado. Esto implicaba el cumplimiento del principio de la autonomía, comprendido como capacidad de autodeterminación, rechazando el proteccionismo paternalista (Beauchamp y Childress, 2012).

En la “Declaración de Helsinki”, de 1964, aún no aparece recogido el concepto de vulnerabilidad; lo hace en 1996, para clasificar sujetos de investigación en términos particulares y relativos, aludiendo a la necesidad de su adecuada protección. De igual forma, la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos (Unesco, 1997) y la Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos (Unesco, 2003) hacen referencia al concepto correlativo de integridad en sentido deontológico. De esta forma, las declaraciones describen colectivos vulnerables, constituidos por individuos, familias y grupos sociales como merecedores de especial atención a partir del desarrollo de la responsabilidad social, la virtud o la moral del investigador e institución frente a las cuestiones suscitadas debido a implicaciones éticas y sociales de las investigaciones genéticas, entre otros tipos de estudios. La sociedad debe exigir el cumplimiento de la moralidad y de la etnicidad por parte de las partes intervinientes en dichas investigaciones, garantizando la integralidad de las personas vulnerables, es decir, actuar correctamente con ética en el proceso de la investigación (ONU-ECC, 1997 y 2003).

En 1998, en la “Declaración de Barcelona” (União Europeia. Declaración de Barcelona y Asociación Euromediterránea), que presentaba cuatro principios fundamentales: autonomía, dignidad, integridad y vulnerabilidad, para desarrollar una política europea conjunta de bioética y bioderecho; la vulnerabilidad fue considerada como objeto a ser desarrollado por la bioética y como principio a ser respetado (UE, 1998). Las Directrices éticas internacionales para investigaciones biomédicas que involucran a seres humanos (Council for International Organizations of Medical Sciences, 2002), del Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas en colaboración con la Organización Mundial de Salud, también aludían a la vulnerabilidad, que la consideraba como una categoría de “individuos, sujetos, personas, grupos, poblaciones o comunidades” incapaces de proteger sus propios intereses, restringiéndose al campo de la experimentación humana (CIOMS, 2002). Asimismo, el artículo 24 de la DUBDH, al tratar sobre cooperación internacional entre los Estados, demanda una especial atención sobre los “individuos, familias, grupos y comunidades” que se tornaron vulnerables por en-

fermedad, incapacidad u otras condiciones variadas: individuales, sociales o ambientales. También resalta las necesidades específicas en este sentido en países en vía de desarrollo y comunidades indígenas con el apoyo de la cooperación internacional (ONUCC, 2005).

El concepto de vulnerabilidad se aplica a la condición existencial de individuos y grupos poblacionales en determinadas circunstancias de desamparo. Solbakk alude a Rendtorff y Kemp (Solbakk, 2011: 89-101) para referirse a la complejidad del principio del respeto a la vulnerabilidad aludiendo tanto a sus concepciones amplias como las restringidas. Las “concepciones amplias” tratan del reconocimiento del principio como la base de la ética, considerado como el más importante por la bioética, por expresar ontológicamente la finitud de la condición humana. El concepto debe ser entendido como un principio biopolítico medular del estado de bienestar moderno. Mientras que las concepciones restringidas están basadas en el consentimiento o en el daño; generan el problema de no abarcar toda la vulnerabilidad implicada en una investigación médica y en la práctica clínica, además produce estereotipos, no posibilitando distinciones entre los que deben y no deben tener contempladas sus características especiales (Solbakk, 2011).

Entre unos aspectos fundamentales de la vulnerabilidad destaca el cerebro (en su extensión; mente, mentalidad, adaptabilidad y previsión mental...) de la propia persona, a una situación específica de conflicto que determine nuestra capacidad de choque contra vulnerabilidad, lo que Risk relaciona con el concepto de personalidad de cada sujeto o grupo desde el punto de vista de su capacidad para anticipar, sobrevivir, resistir y recuperarse del impacto de una amenaza natural, problema económico, repercusión política, etc. en combinación con los condicionantes generales políticos, económicos³⁵ ... y la capacidad de respuesta fisiológica, mental, económica... que -según Risk- se resumen en la capacidad del comportamiento o “subsistencia” humano para sobreponerse al riesgo por un evento identificable distinto o mejor dicho inesperado de la sociedad o de la naturaleza (cfr. Blaikie, et

³⁵ Como analiza por ejemplo Bueno-Sánchez et al, 2008.

2 Vulnerabilidad y bioética-social

Schramm (2006: 187-200) y Kottow (2008: 340-2) diferencia entre vulnerable y vulnerado. El primer concepto “vulnerable” resalta la característica universal de cualquier organismo, entendida como potencialidad, fragilidad, y no estado de daño; esa vulnerabilidad es disminuida respetando los derechos humanos básicos en un orden social justo. Demanda de acciones negativas por parte del Estado, tendiendo a la protección equitativa de los individuos contra daños para impedir que su vulnerabilidad sea transformada en una lesión a su integridad (Schramm, 2006 y Kottow, 2008). El segundo “vulnerado” se refiere a una situación de hecho, de daño actual, que tiene consecuencias relevantes con el momento de la toma de decisión. Atendiendo a los daños sufridos, las vulneraciones requieren cuidados especiales por parte de instituciones sociales organizadas; es decir, es necesario que la sociedad instale servicios terapéuticos y de protección, como servicios sanitarios, asistenciales, educacionales, etc., para disminuir o acabar con los daños con el fin de apoyar a los desfavorecidos. Además de la sociedad –Schramm y Kottow– demanda de la acción del Estado en favor de los vulnerados (Schramm, 2006 y Kottow, 2008).

Neves (2006: 157-72) identificó nociones diferentes de vulnerabilidad utilizadas en bioética, y que se puede hacer extensible al cualquier especialidad de las ciencias sociales, en función adjetiva, sustantiva y principalista. La noción más estricta se refiere a la función adjetiva. Se presenta en un plano descriptivo, denotando expresión de valores que califica a ciertos grupos y personas. Así, es una característica particular y relativa, contingente y provisorio, de utilización restringida al plano de la experimentación humana (Neves, 2006: 163). La función sustantiva hace referencia a la perspectiva antropológica de la ética fundamentada por Lévinas y Jonas (cfr. Neves, 2006), que describen la vulnerabilidad como una realidad común a las personas -constitutiva de lo humano- y a todo lo existente -no es específica con el hombre y la mujer-, sino haciéndolo extensible con el mundo animal, ambiental y ve-

getal. En estas condiciones la vulnerabilidad se torna una condición universal, permanente, en su contra se propone la condición de igualdad.

La DUBDH propuso a nivel mundial la creación del concepto de vulnerabilidad moralmente sustentable. Frente a la demanda de respeto a la vulnerabilidad por parte de la bioética global, coexiste una propensión del pluralismo moral imperante en la mayoría de las democracias actuales (Solbakk, 2011: 89-101). A nivel práctico Cunha y Garrafa (2016:197-208), analiza la realidad de la vulnerabilidad en bioética en los cinco continentes (Europa, América Latina y Estados Unidos – falta Canadá-, África y Asia), concluyeron que la vulnerabilidad es un principio fundamental para la bioética global.

La DUBDH relaciona la bioética con la vulnerabilidad y las relaciones de poder, con respecto a los avances tecnológicos. Para que exista vulnerabilidad, en particular, es necesario que se produzca unas relaciones de poder desiguales, como apunta Fernández-Carrión, mientras que Anjos (2006:173-86) señala que las relaciones asimétricas de poder sobresalen cuando “la vulnerabilidad es ocultada” o se hacen efectivas; se ocultan por razones políticas y sociales. “La tentativa de ocultar las causas de la vulnerabilidad lleva a hacer de la autonomía un discurso de responsabilización de las víctimas por sus propias heridas. En escala política, vemos a este discurso de la autonomía entregar grupos sociales y naciones enteras a sus propias condiciones de pobreza y siendo responsabilizados por ella” (Anjos, 2006, 182).

La responsabilidad social en salud exige por un lado la responsabilidad de los Estados en la promulgación de políticas públicas de ámbito social³⁶. Sino que por otro, demanda de la puesta en práctica de estrategias sociales en el ámbito nacional e internacional que eliminen las desigualdades y promuevan el bienestar de los vulnerables. Para ello, es necesario que los pacientes sean entendidos en su totalidad o integridad, ya no como un objeto reducido a una enfermedad o incapacidad determinada, sino que está inserto en una salud

³⁶ como por ejemplo la Política Nacional de Salud Integral de la Población Negra, en Brasil (Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa).

y una bioética de derechos y deberes.

3 Tipología de la vulnerabilidad

180

El informe del Comité Internacional de Bioética de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco, 2013), de 2013, reconoció dos categorías fundamentales de vulnerabilidades específicas: la especial y la social. La primera puede ser temporaria o permanente, causada por incapacidades, enfermedades o limitaciones existentes en algún período de la vida. La segunda, está originada por distintos determinantes políticos y ambientales, surge a través de la cultura, la economía, las relaciones de poder o los desastres naturales (ONU-ECC, 2013).

Existen tanto tipos de vulnerabilidad como condicionantes tiene el ser humano, por tanto se puede aludir a la existencia de vulnerabilidad humana, social, política, económica, educativa... y salud mental (FC). La vulnerabilidad humana se puede entender como el grado en que las personas pueden ser susceptibles a las pérdidas, daños, sufrimiento y muerte, en casos de desastre o siniestro y en la denominada vida diaria. Esta se da en función de las condiciones personales: físicas, mentales, económicas, culturales... y educativas y externas: sociales, políticas... e institucionales. La vulnerabilidad se relaciona directamente con la capacidad de un sujeto social, independientemente y/ o inmerso en una comunidad para hacer frente a eventos, sucesos y realidades peligrosas o dañinas en cada momento específico de su vida y del colectivo en el que está incluido (FC). De forma similar se puede indicar que por vulnerabilidad social se puede entender cómo la inseguridad y la indefensión que experimentan las comunidades, grupos sociales, familias y sujetos sociales en condiciones normales a partir de sufrir un impacto social, económico, etc.³⁷ provocado por algún tipo de suceso cotidiano de tipo natural, económico... y social con repercusión traumática. Unido a la posibilidad de manejo de recursos y las estrategias propias, a nivel individual o colectiva (comunidades, familia...) para poder afrontar dichos hechos y sus efectos (FC). Al aludir a diferentes condicionantes, efectos o consecuencias así como estrategia se está aludiendo a causas, efectos y estrate-

³⁷ Blaikie et al., 1996, o Busso, 2001.

gias sociales, políticas, económicas, fisiológicas, etc.

4 Relaciones de poder, responsabilidad social y la vulnerabilidad

181

Anjos establece la existencia de tres niveles entre la vulnerabilidad y el poder. El primer comprende las dificultades o el no reconocimiento de los límites de las vulnerabilidades debido al poder de la ciencia o mejor dicho de las instituciones que aplican los avances tecnológicos, lo que convierte a la población en general en una “sociedad de riesgos”. El segundo denota la concentración de poder, con respecto al consumo y la producción, estructurando una sociedad sin reflexión ética que legitima la inequidad. Y, el tercero, se refiere por un lado a la vulnerabilidad entre naciones³⁸, y en los propios países alude a la consolidación de las desigualdades sociales (Anjos, 2006:173-86). En cambio, Garrafa y Lorenzo (Garrafa, 2008: 2219-26), señala la existencia del llamado “imperialismo moral”, que consiste en la intención de imponer, por medio de diferentes formas de coerción, estándares morales de determinadas culturas, regiones geopolíticas y países a otras culturas, regiones o países. Criterio que coincide con las últimas modificaciones aplicadas en la Declaración de Helsinki, en 2008, que resaltan la práctica del imperialismo moral de algunos países desarrollados en la adopción de criterios éticos diversos o de “double standards”³⁹ (doble estándar) en el ámbito de la investigación clínica en el mundo. Pero esta Declaración relativiza la vulnerabilidad de los pueblos y países periféricos, justificando el empleo de metodologías diferenciadas de investigación que pueden depender de las circunstancias sanitarias de los países. Es decir, disminuyen las exigencias de los estándares éticos internacionalmente aceptados en la realización de estudios clínicos y, consecuentemen-

³⁸ Desde la perspectiva bioético, se puede indicar a este respecto como las industrias farmacéuticas, por ejemplo, prueban sus medicamentos en poblaciones vulneradas por la pobreza en países periféricos con el fin de maximizar las ganancias en el tratamiento y su comercialización en otros países desarrollados.

³⁹ “Double standard” entendido como la opción de garantizar el acceso a mejores métodos de tratamiento disponibles, lo que posibilita el uso del, así como la no obligatoriedad de la responsabilización de los patrocinadores con los sujetos de investigación después de finalizado el estudio o experimentación.

te, los costos de las investigaciones, alegando la urgencia de la cura (Diniz et al, 2001:679-88 y Garrafa et al, 2001:1489-96.); en su contra Lorenzo insiste en señalar que la mayoría de las poblaciones de países periféricos se encuentran en situaciones de vulnerabilidad, no necesariamente por factores biológicos, sino económicos, pues la pobreza y las desigualdades existentes en países en vía de desarrollo favorecen que sean el centro para la realización de investigaciones; lo que lo denomina como la “vulnerabilidad social” que interfiere negativamente en la autodeterminación de los sujetos o pueblos (Lorenzo, 2006: 167-90), y de igual forma afirma Garrafa, que:

La vulnerabilidad social tiene relación con la estructura de la vida cotidiana de las personas. Entre las situaciones generadoras de vulnerabilidad social en investigaciones en los países periféricos, pueden ser citadas: la baja capacidad de investigación en el país; las disparidades socioeconómicas en la población; el bajo nivel de instrucción de las personas; la inaccesibilidad a servicios de salud y las vulnerabilidades específicas relacionadas con el género femenino y con las cuestiones raciales y étnicas, entre otras (Garrafa, 2012: 9-20).

En los propios países desarrollados, donde existe el estado de bienestar, desde una perspectiva utilitarista que alude al conjunto de la población, aunque ello difiere con la realidad, donde persiste las minorías; por ello se demanda una justicia distributiva o “justicia social”, en el sentido de posibilitar el acceso equitativo a oportunidades de todos los ciudadanos; para lo cual se demanda de políticas de justicia social, acordes al criterio de Daniels y Sabin (Daniels et al, 1997:303-50), que de recuperando la teoría de la justicia distributiva de John Rawls al área de la salud, para que moralmente se aplique el principio de la protección de igualdad de oportunidades, pues según estos autores, la salud de todos los ciudadanos está afectada por los determinantes sociales-económicos-políticos. De esta forma, las enfermedades y las incapacidades de salud perjudican el funcionamiento normal de las personas, restringiendo sus oportunidades y su pleno desarrollo humano. Esta causa impactos negativos en los individuos porque la salud preserva sus habilidades para ser ciudadanos participativos en la vida social, política y económica de la sociedad –esto pensado desde la perspectiva del poder político-

, pero desde el criterio humanista, se defiende la igualdad entre los seres humanos; pero para esto último se demanda la implementación de medidas sociopolíticas, priorizando oportunidades para aquellos que no las tienen (Daniels et al., 1997:303-50). En esta línea se muestra el 14 de la DUBDH, en alusión al principio de la responsabilidad social y la salud; en reconocimiento de que la salud de las personas es resultado de un proyecto social que depende del esfuerzo de todos, acorde a sus posibilidades (ONU-ECC, 2005 y Daniels y Sabin, 1997).

A finales del siglo XX y principios del XXI, de 1999 a 2003 la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) elaboró una serie de estudios sobre los condicionantes de vulnerabilidad de la población, desde la perspectiva de la “vulnerabilidad social” y la “vulnerabilidad sociodemográfica”, pero con el tiempo estos términos han desaparecido para dar lugar exclusivamente al concepto de “vulnerabilidad” únicamente⁴⁰.

La vulnerabilidad es un concepto con diferentes perspectivas nacionales y culturales; por ello, es responsabilidad de los profesionales de la salud pública aplicar valores universales de equidad en beneficio de la integridad de los pacientes, así como asegurar sus derechos fundamentales, basados en la dignidad humana y los derechos humanos, respetando por tanto sus elecciones personales y su historia de vida.

Vulnerabilidad e integridad deben ser reconocidas como dimensiones intrínsecamente humanas. Son componentes de la identidad individual que deben ser tomadas en consideración en toda su extensión y atender a todas sus funciones humanas y sociales.

Por ejemplo, en España la Cruz Roja calcula anualmente el Indicador Global de Vulnerabilidad, para ello utiliza el “Cuestionario Social”, que se aplica a cada persona que acude a los programas de Intervención Social de Cruz Roja. Este cuestionario recoge información sobre cinco ámbitos: económico, social, familiar, vivienda/ambiental y personal. Dentro de cada uno de ellos se formulan preguntas de naturaleza dicotómica, que recogen la presencia o ausencia de aspectos o

⁴⁰ CEPAL, 2002.

factores potenciales de riesgo causantes de la de vulnerabilidad social, atendiendo a las siguientes categorías: moderado, medio, alto, muy alto y extremo. El indicador global de vulnerabilidad es resultante de emplear la media aritmética de los indicadores aplicados individualmente (Cruz Roja Española, Informe sobre la vulnerabilidad social, Madrid, Cruz Roja de España, 2014).

5 Indicadores e índice global de vulnerabilidad

La condición, la situación y el grado de vulnerabilidad se analiza desde dos perspectivas distintas: investigativa para la obtención de unos resultados de estudio científico sobre el tema y desde la administración u órganos de poder nacional, internacional o global que lo efectúa por razones políticas. Desde el primer posicionamiento se ha realizado desde la antropología, la sociología, la psicología, la economía... y desde el segundo con la llamada “ecología política” y otros conceptos que han venido modificándose a lo largo del tiempo por el uso político⁴¹; por ello, en torno a la vulnerabilidad, desde la política se atiende al riesgo (zonas de riesgo, etc.); mientras que, con la psicología se pone atención a la sensibilidad o estrategias para enfrentar el estrés (*coping strategies*), elasticidad (*resilience*)..., desde la sociología y la antropología se hará sobre la adaptabilidad...

La unidad de análisis de la vulnerabilidad, puede efectuarse sobre un individuo y un grupo social, que se encuentra ante una amenaza o una situación específica –que según Alwang et al.- puede ser de salud, económica, etc. (Alwang et al., 2001: 3); pero, puede ampliarse a una tercera y cuarta situación –según Fernández-Carrión-, que viene establecida por los condicionantes humanos innatos o de origen de la persona (como nacer dentro de un núcleo familiar pobre, tener una enfermedad congénita, etc., y por último, la que viene marcada por las circunstancias vitales, en el transcurso de su vida diaria (como puede ser entrar en desgracia laboral o no contar con trabajo de forma regular, vivir en un entorno vulnerable o

⁴¹ Son las organizaciones políticas las que han mostrado mayor interés en conocer los distintos análisis que se han venido haciendo desde la sociología, la economía, etc., como se aprecia en el trabajo realizado por Alwang et al., (2001) que es ordenado y publicado por el Banco Mundial en Washington.

en peligro social, etc.).

Cuadro 1. Formas de análisis de las unidades de vulnerabilidad	
Alwang et al.	
Unidades de análisis	Individuo, grupo social
Situación	De salud, económica...
Amenaza	De salud, económica, etc.
Fernández-Carrión	
Condicionantes humanos	Pobreza familiar...
Circunstancias vitales	Desempleado de larga duración o vivir en un entorno de peligro social, etc.

Fuente: Elaboración propia a partir de Alwang et al. 2001 y Fernández-Carrión, propuesta

El análisis sobre la vulnerabilidad puede hacerse sobre valores tangibles o cuantificables, e intangibles. En cuanto a los primeros se consideran grados de pobreza, etc. y con respecto a los segundos se atiende consideraciones personales de salud... de vulnerabilidad, y en este último grupo Rivera integra la valoración ética, pues como señala este autor:

(...) es fundamental asumir una posición crítica sobre los elementos que sustentan las formas más comunes de entender y medir la vulnerabilidad social. En particular, la pobreza en la conceptualización de los sistemas sociales dentro de los enfoques que suelen utilizarse la noción de resiliencia, tiene un efecto limitante en la forma como se entiende la vulnerabilidad social, y le quita formalmente un contenido ético a las secuelas de los desastres en la vida de las personas (Rivera, 2012).

Pero a partir de la idea propuesta por Rivera da pie a pensarse que el análisis sobre la vulnerabilidad tiene repercusión sobre el contenido expresado o la postura tomada por el estudioso del tema o estadista, además de hacerlo sobre quien encarga el análisis o los lectores del mismo, e incluso con la persona o grupo social afectado o la comunidad que integra y la humanidad en su conjunto (FC).

Cuadro 2. Repercusiones del análisis de la vulnerabilidad	
Destino o sujetos de la repercusión	Características de la repercusión
Persona o grupo vulnerable	Vulnerable en sí mismo
Sobre el contenido o postura mostrada en el estudio	Social o antisocial
Lectores del estudio	
Organización que encarga el	De política social o antisocial

análisis

Fuente: Elaboración propia

El análisis del origen y del desarrollo o “construcción” de la vulnerabilidad, según Watts y Bohle (1993) y Fraser (2003), se efectúa en dos momentos distintos del proceso: antes de una situación de estrés, que le hacen más o menos “propensa a una pérdida específica (susceptibilidad)” o previo a adquirir la condición de vulnerabilidad (FC), y por otra las formas que desarrolla la unidad de análisis para hacer frente a una situación de estrés una vez que esta a ocurrido, y que se relacionan con la “capacidad de ajuste” (Watts y Bohle, 1993 y Fraser, 2003) o la capacidad de reacción social, económica... y de resiliencia (FC). A lo que habría que añadir dos variables más, determinadas por el momento después de una situación específica de crisis y la previsión del futuro (FC).

Cuadro 3. Análisis de los momentos de la vulnerabilidad

Watts y Bohle, Fraser	
Tiempo	Tipología del momento
Antes de una “situación de estrés”	Propensión a la susceptibilidad
Durante la crisis o momentos inmediatamente posteriores del suceso	“Capacidad de ajuste”
Fernández-Carrión	
Después de sucedida la crisis	Reacción y resiliencia
Previsión o cálculo de futuro	Prospectiva

Fuente: Elaboración propia a partir de Watts y Bohle, 1993, Fraser, 2003 y Fernández-Carrión propuesta

El concepto de indicadores sociales es ideada por Bauer, cuando en 1966 publica la edición de *Social indicators*.

Los indicadores sociales se plantean, en un principio, como instrumento de medición para determinadas magnitudes económicas y sociales [entre otros factores varios de impacto principalmente social] que permitieran el estudio de los comportamientos de éstas a lo largo del tiempo. A partir de su desarrollo posterior serán usados, en algunos casos, para el análisis de la satisfacción de determinadas necesidades, o al menos de la distribución de ciertos recursos que no son fácilmente evaluables de manera directa (Navarro y Vargas, 2006: 486).

Como apunta Navarro y Vargas (2006) los elementos constitutivos de los indicadores sociales, son:

- 1 Medida estadística, sobre la cantidad evaluada sobre el

- grado de vulnerabilidad.
- 2 Análisis de un concepto, dimensión, aspecto, idea o conjunto de fenómenos simples y directamente observables (pobreza, marginalidad, etc.).
 - 3 Estudio teórico previo, independiente de los valores estadísticos. “La diferencia radica en que la construcción de indicadores es el resultado de un gran esfuerzo de análisis y de investigación en un campo. Por tanto el criterio que permite distinguir entre estadísticas e indicadores sociales es su valor informativo, basado en la reflexión teórica y en el desarrollo de un esquema explicativo” (Navarro y Vargas, 2006: 487).
 - 4 Integración en un sistema coherente de medidas (los indicadores sociales toman sentido al considerárseles como un “sistema”, dentro de “construcciones ordenadas y coherentes” en si misma y en relación al conjunto teórico y práctico en los que se integran (FC).
 - 5 Descripción del estado de la realidad social, así como de las personas en particular, si es el caso; desde la perspectiva del estado estáticos (actual o instantáneo) y el dinámico (su evolución).

Cuadro 4. Estados temporales del devenir de la vulnerabilidad

Tipología	Características
Navarro y Vargas	
Estado estático	Actual o instantáneo
Dinámico	Evolución
Fernández-Carrión	
Preespacio	Previo al estado analizado
Pospespacio	Posterior al momento analizado

Fuente: Elaboración propia Navarro y Vargas (2006) y Fernández-Carrión, propuesta

Según OCDE (2002) los indicadores sociales lo clasifican en tres tipos de categorías, de acuerdo a la intencionalidad política que se aplica en su atención:

- Contexto social, “se trata de aquellas variables sociales que normalmente las políticas gubernamentales no contemplan directamente, o que a veces forman parte de los objetivos políticos pero sólo a largo plazo”.
- Estado social, “se trata, en el contexto más amplio posible, de las descripciones de aquellas situaciones sociales que reu-

quieren una actuación prioritaria inmediata y urgente por parte de los poderes públicos”.

- Acción social, “estos indicadores muestran las acciones de la sociedad susceptibles de afectar a los indicadores de estado social. La mayoría de las acciones son políticas gubernamentales(…)” (OCDE, 2002: 3-4).

Las mediciones del contexto y del estado social en sí mismas describen las condiciones sociales de la población.

De acuerdo a Guillén (1977), los indicadores sociales pueden clasificarse de los siguientes tipos:

Cuadro 5. Tipología de los indicadores sociales

Tipos	Criterios de clasificación
Indicadores absolutos y relativos	Por la escala de medida
Datos de observación y fenómenos percibidos o subjetivos	Por la naturaleza del hecho
Indicadores simples y sintéticos	Por el nivel de abstracción
Indicadores analíticos y descriptivos	Por el contenido teórico
Indicadores económicos, de calidad de vida y de exclusión social...	Por la temática de estudio
Indicadores internos, externos, de medio y de producto	Por los medios y los resultados obtenidos
Indicadores de impacto, de eficacia, de suficiencia y de acceso	Por su ubicación en un modelo internacional

Fuente: Elaboración propia a partir de Guillén (1977)

Cuadro 6. Sistema de indicadores de la OCDE: Estado social y respuestas sociales

Indicadores	Características	
De contexto	G1 Ingresos nacionales G2 Índices de fertilidad G3 Nivel de dependencia de las personas mayores G4 Extranjeros y población de origen extranjero G5 Refugiados y solicitantes de asilo G6 Índices de divorcios G7 Familias monoparentales	
	Estado social	Respuestas sociales
De autosuficiencia	A1 Empleo A2 Paro A3 Jóvenes sin empleo A4 Hogares sin empleo A5 Madres trabajadoras A6 Edad de jubilación A7 Políticas de activación A8 Gastos en educación A9 Educación y cuidados infantiles a una edad temprana A10 Logros en la educación A11 Alfabetización A12 Índices de sustitución A13 Presión fiscal B6 Gasto público social B7 Gato público privado B8 Gasto neto social C6 Gente mayor en residencias	
	Estado social	Respuestas sociales

De equidad	B1 Pobreza relativa	B5 Salarios mínimos
	B2 Desigualdad en los ingresos	B6 Gasto público social
	B3 Empleo poco remunerado	B7 Gasto privado social
	B4 Diferencia salarial por razón de sexo	B8 Gasto neto social
	A2 Paro	B9 Obtención de prestaciones
	A3 Jóvenes sin empleo	A7 Políticas de activación
A4 Hogares sin empleo	A8 Gastos en educación	
A5 Madres trabajadoras	A9 Educación y cuidado infantiles a una edad temprana	
	A10 Logros en la educación	
	A11 Alfabetización	
	A12 Índices de sustitución	
	Estado social	Respuestas sociales
De salud	C1 Esperanza de vida	C6 Personas mayores en residencia
	C2 Mortalidad infantil	C7 Gasto en asistencia médica
	C3 Años potenciales de vida perdida	C8 Responsabilidad para financiar la asistencia médica
	C4 Esperanza de vida sin padecer ninguna discapacidad	C9 Infraestructura médica
	C5 Accidentes	A9 Educación y cuidado infantiles a una edad temprana
	B1 Pobreza relativa	A10 Logros en la educación
A2 Paro		
D2 Consumo de drogas y muertes relativas		
	Estado social	Respuestas sociales
De cohesión social	D1 Huelgas	D7 Prisioneros
	D2 Consumo de drogas y muertes relativas	A6 Edad de jubilación
	D3 Suicidios	A9 Educación y cuidado infantiles a una edad temprana
	D4 Crimen	A10 Logros en la educación
	D5 Pertenencia a un grupo	B6 Gasto público social
	D6 Votación	C7 Gasto en salud
B1 Pobreza relativa		
A2 Paro		

Fuente: Elaboración propia a partir de OCDE, 2002: 7-13.

Cuadro 7 Indicadores sociales de la ONU

Áreas	Tipos
Población	1a Tamaño de la población 1b Composición de la población 1c Crecimiento y distribución de la población
Salud	2a Esperanza de vida

	2b Mortalidad materna y mortalidad infantil 2c Maternidad 2d Prevalencia de anticonceptivos 2e VIH/SIDA
Alojamiento	3a Personas por habitación 3b Asentamientos humanos 3c Abastecimiento de agua y saneamiento
Educación	4a Alfabetización 4b Educación primaria 4c Educación secundaria 4d Educación terciaria 4e Esperanza de vida escolar
Trabajo	5a Renta y actividad económica 5b Empleo a tiempo parcial 5c Distribución de la población activa por situación en el empleo 5d Desempleo de adultos

Fuente: Elaboración propia a partir de ONU, 2012

Metodológicamente el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, así como de otros organismos internacionales (OCDE, ONU) –como apunta Espina, 1996–, proponen seguir los siguientes pasos en el análisis con los indicadores sociales:

- Primero, se trataría de descomponer el objetivo a analizar (concepto) en áreas diferenciadas, componentes, campos, preocupaciones sociales..., dependiendo de las nomenclaturas empleadas en las distintas metodologías.
- Segundo, estas dimensiones aplicadas se subdividen en subdimensiones o subcomponentes, susceptibles de medirse.
- Tercero, tras realizar estas divisiones y subdivisiones se establece una relación para cada componente o subcomponente a una o varias medidas que indiquen su estado real.

Los indicadores de la OCDE y en mayor medida de la ONU muestra una politización excesiva en su desarrollo para la obtención de unos datos muy intencionados con una “preocupación” momentánea y actual de dichos organismos sobre la realidad presente en el mundo, a partir de la conjunción de ambos indicadores Navarro Rodríguez y Larrubia Var-

gas realizan una “propuesta” de indicadores para “medir situaciones de vulnerabilidad social en el “marco de un proyecto europeo”, en torno a los indicadores de pobreza, trabajo, formación, salud, vivienda y entorno ambiental, vulnerabilidad en función de la familia o el hogar y la participación ciudadana; como se aprecia casi no tiene nada que ver con los indicadores propuestos por la OCDE y ONU y si con los de la Cruz Roja Española, con pequeñas matizaciones como el de la “participación ciudadana” (con intencionalidad política, pues el trabajo presente el resultado de un proyecto “aprobado y subvencionado por la Comisión Europea” a través del Ayuntamiento de Málaga. En relación exclusivamente a la salud Navarro y Larrubia indica con razón que la salud “determina la calidad de vida, incide en la dependencia y adquiere perfiles diferentes en asociación con la pobreza” (Navarro y Larrubia, 2006: 500)⁴².

Cuadro 8. Indicadores de vulnerabilidad de la OCDE

CONTEXTO	AUTOSUFICIENCIA	EQUIDAD	COHESIÓN SOCIAL	SALUD
Ingresos nacionales	Estado social/Respuestas sociales	Estado/respuesta social	Estado/respuesta social	Estado/respuesta social
Índices de fertilidad	Empleado/Políticas de activación	Pobreza relativa/Salarios mínimos	Huelgas/Prisioneros	Esperanza de vida/Personas mayores en residencia
Nivel de dependencia de las personas mayores	Paro/Gastos en educación	Desigualdad en los ingresos/Gasto público social	Consumo de drogas y muertes relacionadas/Edad de jubilación	Mortalidad infantil/Gasto en asistencia médica
Extranjeros y población de origen	Jóvenes sin empleo/Educación y	Empleo poco remunerado/	Suicidio/Educación y cuidado	Años potenciales de vida perdi-

⁴² Ambos autores no aplican ningún indicador, sólo hace una relación comparativa de los que recogen diferentes municipalidades socios del Proyecto, de Brasil, Costa Rica, Chile, España, Francia, México y Perú.

extranjero	cuidado infantiles en edad temprana	Gasto privado social	infantiles en edades tempranas	da/ Responsabilidad para financiar la asistencia médica
Refugiados y solicitantes de asilo	Hogares sin empleo/ Logros en educación	Diferencia salarial por razón de sexo/ Gasto neto social	Crimen/ Logros de la educación	Esperanza de vida sin padecer ninguna discapacidad/ Infraestructura médica
Índices de divorcios	Madres trabajadoras/ Alfabetización	Paro/ Obtención de prestaciones	Pertenencia a un grupo/ Gasto público social	Accidentes/ Educación y cuidado infantiles a edad temprana
Familias monoparentales	Edad de jubilación/ Índices de sustitución	Jóvenes sin empleo	Votación/ Gasto en salud	Pobreza relativa/ Logros en la educación
	Presión fiscal	Políticas de activación		Paro
	Gasto público social	Hogares sin empleo	Pobreza relativa	Consumo de drogas y muertes relacionadas
	Gasto público privado	Gastos en educación	Paro	
	Gasto neto social	Madres trabajadoras		
	Gente mayor en residencia	Educación y cuidado infantil a una edad temprana		
		Logros en la educación		
		Alfabetización		
		Índices de sustitución		

Fuente: Elaboración propia a partir de OCDE (2002) y cfr. Navarro y Larrubia (2006: 491).

Con el tiempo, desde mediados del siglo XX y en el siglo XXI se está desarrollando una gran variedad de índices globales: del hambre (GHI), de impunidad (IGI), de Paz (GPI), de Riesgo

Climático (IRC)... y de vulnerabilidad [IGV]⁴³.

De 1999 a 2003 la Comisión Económica para América Latina (CEPAL) realizó una serie de estudios a nivel teórico como de

⁴³ Pero al mismo tiempo que que el Índice global de vulnerabilidad se ha hecho extensible de forma razonada a diferentes problemáticas humanas, también lo ha hecho a otras que son un equívoco de conceptos, pues la han hecho equivaler vulnerabilidad con la idea de peligro, riesgo o dificultad; que no es lo mismo. Como muestra de este error se pondrá dos ejemplos: Isabel Rial (del International Monetary Fund) y Leonardo Vicente (del Banco Central del Uruguay) en la publicación titulada *Política fiscal y vulnerabilidad fiscal en Uruguay: 1976-2006* (2007), elaboran el Índice global de vulnerabilidad fiscal (IGVF), se acogen a la definición que establece a este respecto Allen et al. (2002) “el riesgo que las condiciones de liquidez y solvencia sean violadas y se desencadene una crisis” y la que también hace con antelación Hemming y Petrie (2000) que identifican la vulnerabilidad fiscal como “aquella situación donde el gobierno se expone al fracaso en la obtención de sus objetivos de política macroeconómica en general y de política fiscal en particular” (cfr. Rial y Vicente, 2007: 2-3). Igualmente Reyes G. Herrera et al. en el “Estado del conocimiento sobre metodologías de evaluación de vulnerabilidad sísmica de edificios (2013) aluden a la vulnerabilidad de los edificios en conjunto a otros factores, tal como exponen: “Estos aspectos considerados [de la construcción de edificaciones], muestran que el aumento poblacional, combinado con el desarrollo del país y las buenas prácticas constructivas permitirá una disminución de la vulnerabilidad y por ende la preservación de la vida y la protección de los activos financieros” [del gobierno] (Herrera et al, 2013: 8), y en el mismo texto a lo que ha venido a considerar como vulnerabilidad lo relaciona con el “comportamiento deficiente en viviendas y edificios” (Herrera et al, 2013: 8), y esto último es lo que lo realmente trata de edificios mal construidos no edificios vulnerables. Igual hace Diego A. Hidalgo-Leiva et al. (2016) al tratar sobre la “Evaluación de la vulnerabilidad sísmica de hospitales de Costa Rica con la aplicación de índices de vulnerabilidad”, donde los autores señalan que “con el método propuesto, se logra evaluar el daño para diferentes escenarios de amenaza sísmica, así como para diferentes niveles de daño o niveles de desempeño, dando un panorama más claro de la vulnerabilidad estructural y del posible nivel de daño” (Leiva et al., 2016: 450). Con estos tres casos se constata, por una parte de una apropiación por parte de la administración del término “vulnerabilidad” con fines políticos, desvirtuando el concepto de dicho término (en la acepción indicada en el presente texto) y por otra parte, se aprecia un mal empleo metodológico por parte de algunos investigadores y de ciertas instituciones académicas del vocablo vulnerabilidad; utilizándose a la mandera de un término prêt-à-porter, que sirve para cualquier uso que se quiera hacer del mismo.

investigación aplicada, diferenciado fundamentalmente la vulnerabilidad social de la sociodemográfica, aunque con posterioridad a las fechas indicadas, agrupan las dos acepciones en uno solo: vulnerabilidad a secas, entendida como la incapacidad de resistencia ante las consecuencias de un fenómeno amenazante o la incapacidad para reponerse después de sucedido un desastre inesperado. En cambio, la Cruz Roja calcula anualmente el Indicador global de vulnerabilidad, en torno a cinco ámbitos de interés: económico, social, familiar, vivienda/ambiental y personal; en el que se formula preguntas de forma dicotómica, que pone atención en la presencia o ausencia de aspectos potenciales de riesgo individual causantes de vulnerabilidad social, con la valoración de moderado, medio, alto, muy alto y extremo.

El Índice global de vulnerabilidad se calcula a partir de la media aritmética de los indicadores individuales aplicados en los diferentes factores del estudio del tema en cuestión (cuadro 9).

Cuadro 9. Índice global de vulnerabilidad. Factores de vulnerabilidad económica, social, ambiental/vivienda, familiar, personal y de salud

Factores de vulnerabilidad económica, social, ambiental/vivienda, familiar, personal y de salud					
Económico	Social	Familiar	Ambiental/ vivienda	Personal	Salud
Sin ingresos	Baja cualificación profesional	Hijos a su cargo (2 o 3)	Vivienda temporal	Extranjero sin permiso	
Sin permiso de trabajo	No comprende/habla español	Hijos a su cargo (3 o más)	Alquiler sin contrato	Dependencia	<i>Dependencia</i>
Ingresos <500/mes	Estudios primarios incompletos	Otros familiares dependientes	Vivienda sin servicios básicos	Discapacidad sobrevenida	<i>Discapacidad sobrevenida</i>
Sin alta SS	Analfabetismo	Familia monoparental	Hacinamiento	Depresión	<i>Depresión</i>
Trabajo sin	Sufre discriminación	Aislamiento	Pueblo aislado	Extranjero sin docu-	

contra- to		involun- tario		mentación	
Deudas en país de origen	Víctima maltrato	Malos tratos con denun- cia	Barrio sin servicios mínimos	Extranjero con orden de expul- sión	
Des- empleo >2 años	Frac- so/abando no escolar	Prisión en la familia	Sin hogar	Otra en- fermedad grave	<i>Otra enfer- medad grave</i>
Percibe pensión no contri- buitiva	Sufre racis- mo/xenofo- bia	Drogas en la familia	Institucio- nalizado	Alzheimer o demencia	<i>Alzhei- mer o demen- cia</i>
Se dedica a acti- vidades ilegales	Víctima persecu- ción	Abusos sexuales	Semi- institucio- nalizado	VIH	<i>VIH</i>
Trabaja por cuenta propia				Drogode- pendencia desintoxi- cación	
Percibe Renta Mínima				Discapaci- dad genéti- ca	<i>Discapa- cidad genética</i>
Percibe pensión <500/m es				Drogode- pendencia activa	
Prosti- tución				Enferme- dad mental	<i>Enfer- medad mental</i>
Parado > 1 año				Alcoholis- mo	
Hogar con todos los miem- bros en paro				Hepatitis	<i>Hepatitis</i>
				Tuberculo- sis	<i>Tubercu- losis</i>
<i>Delin- cuencia</i>	<i>Trata de persona</i>	<i>Delin- cuencia en la familia</i>	<i>Vive solo</i>	<i>Tiene difi- cultad en relacionar- se con los demás</i>	<i>Enfermo perma- nente que cuida de otro familiar enfermo</i>
Indicadores de vulnerabilidad ambientales, desastres, resiliencia, socioe-					

conómicos y salud					
Indicadores de vulnerabilidad ambientales, desastres, resiliencia, socioeconómicos y salud					
Ambientales	Desastres	Resiliencia	Socioeconómicos ⁴⁴	salud (en general)	salud (situación de vulnerabilidad)
Emisiones de dióxido de carbono	Personas afectadas por actividad volcánica	Coefficiente GINI	% de población en situación de indigencia	% de población < del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria	% de población con enfermedades mentales
% de superficie cubierta de bosque	% población expuesta a ciclones tropicales	Gasto Social	Producto Interior Bruto Per Cápita	Tasa de mortalidad por homicidio por cada 100.000 habitantes	% de población con depresión
Relación entre zonas protegidas para mantener la diversidad biológica	% población expuesta a inundaciones	Huella Ecológica	Tasa de alfabetización de adultos	% de población con acceso a servicios de eliminación de excretas	% de población con acceso a servicios de eliminación de excretas
	Promedio de sismos mayores o iguales a 5.5 en la escala de Richter	Índice de Desarrollo Humano		% de población con acceso a servicios de salud	% de población con acceso a servicios de salud

⁴⁴ Existen múltiples de estudios que aplican indicadores de vulnerabilidad económica de impacto personal y nacional, en este último sentido se puede aludir por ejemplo a los indicadores propuestos por el Fondo Monetario Internacional, como la deuda externa e interna, la suficiencia de las reservas, la solidez financiera y el sector empresarial (Indicadores de vulnerabilidad, 2003)

		Número de receptores de radio por mil habitantes		% de población rural con acceso a servicios de eliminación de excretas	% de población con otros tipos de enfermedades graves
		Percepción de corrupción <i>política</i>		% de población urbana con acceso a servicios de eliminación de excretas	% de población con dependencia
				% de población rural con acceso a servicios de agua potable	% de población enferma que cuidad de otro familiar enfermo
				% de población urbana con acceso a servicios de agua potable	% de población con acceso a servicios de agua potable
% tierra cultivada	% población no apoyada económicamente (> 500) tras un desastre	Índice global de vulnerabilidad	Límite al precio de productos básicos	% de población que tiene dificultad de relacionarse con los demás	% de población que tiene dificultad de relacionarse con los demás

Fuente: Elaboración propia a partir de Cruz Roja Española (2014: 36), Chang ([2005]) y Fernández Carrión (todo lo que se presenta en cursiva).

Las personas vulnerables para la Federación Internacional de Cruz Roja y a media Luna Roja, son la que están expuestas a situaciones que amenazan su supervivencia o su capacidad de vivir con un mínimo de seguridad social, económica y de dignidad humana (cfr. Chang, [2005]: 3), no cuentan con apoyo externo, ni tienen capacidad física, económica y/o mental para superar la adversidad que le vulnera (FC).

La vulnerabilidad no puede ser totalmente eliminada, pues no consiste en un proceso circunstancial; pues por ejemplo al ejercitarse la autonomía por medio del consentimiento libre e informado no suprime la vulnerabilidad, pues siempre existe el riesgo de que sea condicionada. Por esta razón, la autonomía no debe ser entendida de modo restricto a partir de la aplicación del principlialismo en bioética, a través de la puesta en práctica de la capacidad de actuar libremente, de acuerdo a los propios valores y creencias; sino incluso desde la perspectiva de un comportamiento autónomo, para poder reducir en lo posible su situación de vulnerabilidad con respecto a terceros.

La vulnerabilidad adquiere dimensión universal, que puede ser combatido a través de medidas específicas de protección equitativa, como pueden ser acciones fundamentadas en derechos de la dignidad humana, aplicadas por parte del estado (Neves, 2009 y Schramm 2006:187-200) o gestionados por la propia sociedad con valores solidarios (FC).

Cuanto más es respetado un individuo, menor es su grado de vulnerabilidad; porque se reconocen los derechos humanos y se garantiza la dignidad de todas las personas, por medio de no menoscabar su integridad, ya sea física, psíquica, social y de identidad (FC), al no explotar de su vulnerabilidad, interna o intrínseca a todo ser humano o externa motivada por condicionantes sociales, políticos, económicos o ambientales. Existe una relación entre vulnerabilidad y equidad política o justicia. La aplicación de la justicia social depende de la práctica de políticas públicas de equidad social, económica y de género en la asistencia sanitaria.

6 Práctica de la bioética-social atendiendo al factor de la vulnerabilidad

Sobre el condicionante y la problemática de la vulnerabilidad social han trabajado diferentes autores, en uno de ellos René Vázquez Jiménez et al. (2014) lo ha hecho sobre el tema y el título de “SIG aplicado a la evaluación de vulnerabilidad por inundación en la ciudad de Tixtla, Guerrero, México”, en el que señala que “a afrontar los efectos de los desastres naturales representa altos costos sociales y económicos, a menudo [siempre] los segmentos más pobres de la población su-

fren los impactos más severos(...)" (Vázquez, 2014).

En el presente texto se tratará en el actual apartado de atender el factor de la vulnerabilidad con la metodología de bioética-social, tal como la ideara Fernández-Carrión en "Teoría de bioética-social", 2020: 135-148) y que será aplica en torno a la identidad de filiación e identidad civil.

6.1 Condicionante social con la existencia o la ausencia de la identidad de filiación y civil⁴⁵

La identidad está comprendida entre la realidad y la irrealidad, o entre la inexistencia o la falta de condición humana y la idea que de ella tiene el propio individuo. En el primer caso se alude al posible tipo de identidad que puede tener cada individuo personalmente o que coincide con la de un colectivo social determinado, ambos casos aceptados por los demás, o por el contrario se trata de una consideración personal que nadie tiene en cuenta o no la entiende en el mismo sentido sino en otro distinto de su poseedor. En el segundo supuesto se da, por ejemplo, una falta de identidad civil o identidad de filiación. En cuanto a la identidad civil se puede estudiar el caso de los miembros de un país sin este tipo de identidad, constituidos por miembros de grupos étnicos o grupos sociales marginales, cuya población no se encuentra registrada ante los organismos oficiales del país, por lo que obviamente no cuentan con ningún tipo de identidad civil, o lo que es lo mismo que socialmente "no existen", se trata de apátridas o simplemente seres inexistentes a efectos oficiales. En esta línea, se analiza un caso planteado en el artículo titulado "Mexicanos sin identidad: luchando contra el problema [de la identidad civil]" (Munaiz, 2012), en el que se indica:

Son invisibles. Viven sin acta de nacimiento y sin registro, al margen de cualquier protección legal. No pueden casarse, abrir una cuenta bancaria, votar, ir a la escuela, heredar, adquirir propiedades ni morir con dignidad [o mejor dicho legalmente]. Son más de 10 millones de mexicanos que permanecen en un limbo de desigualdad [fuera de la legalidad] (Munaiz, 2012).

Esta situación alcanza en todo el mundo la cifra de 50 millones "de niños [los que] no están registrados" (Munaiz, 2012:

⁴⁵ Tema sobre el que trabajar con anterioridad Fernández-Carrión en "Sociedad, identidad y defensa de lo propio: desde una perspectiva de la bioética", 2012: 97-104.

2), según Óscar Ortiz, director general de la Organización no gubernamental (ONG) *Be Foundation* “el detonante de este problema tan grave es la miseria” (Munaiz, 2012: 4), aunque además puede ser causado por la exclusión étnica, marginación social, etc. Cuya causa, según Alison Sutto, jefa de protección a la infancia de Unicef México es debido a que:

La falta de registro de nacimientos y documentos de identidad puede tomar a los niños y niñas vulnerables a la violencia, la explotación, la sustracción o la trata. Los niños y niñas son especialmente vulnerables. Al no contar con documentos, no se puede comprobar su edad o filiación, lo cual les coloca como posibles víctimas de explotadores [ajenos o de la propia familia] (cfr. Munaiz, 2012: 5).

Pero también motiva marginación social, económica o política, así como la ausencia de identidad, con las consecuencias generales que se han venido indicando. Los motivos, según Sutto, son que: “Existen factores culturales, geográficos, así como los costos directos e indirectos que les supone a las familias” (cfr. Munaiz, 2012: 7).

En muchas ocasiones, en las aldeas más pobres del país, (donde una familia tiene una media de 5 hijos) prefieren darles de comer que gastar los aproximadamente 100 pesos que cuesta inscribirlos (Munaiz, 2012: 8).

Sin embargo, también es causado por el desinterés de la propia población de participar en las instituciones del estado, el desánimo por la repercusión que pueda provocar sobre ellos cambiar de actitud o incluso puede tratarse de un mecanismo de autodefensa para mantenerse fuera de la ley con mayor facilidad, por todos estos casos no adquieren una identidad civil, aunque queriendo o sin querer forman parte de la llamada identidad de los no identificados.

Para lo primero Sutto plantea el no cobro de las tasas gubernamentales de inscripción social, pero el problema en una parte es otro, falta de interés por la identidad civil y sus implicaciones, aunque hace bien la Convención sobre los derechos del niño en solicitar a los gobiernos que garanticen el derecho a la identidad [nacional] desde su nacimiento (nota 9). Unicef trabaja actualmente con el Instituto Nacional de Geografía y Estadística (Inegi) y el Registro Nacional de Población (Renapo) para cuantificar la ausencia de registro de población, des-

de su nacimiento hasta la edad adulta inclusive. Aún con falta de datos exhaustivos según apunta Munaiz, en México el estado en el que se aprecia peor situación es en Chiapas, donde según las cifras aportadas por la Red por los derechos de la infancia en México (Redim), en 2009, no se “registraban ni tan siquiera la mitad de sus nacimientos el primer año” (nota 12); según Munaiz, gracias al apoyo económico de Unicef, en Chiapas, entre 2009 a 2011 “la combinación de estrategias que incluyeron gratuidad” (nota 19) permitió incrementar en 76% el número anual registrados, llegando a más de 165.000 niños y niñas en 2011, con ello parece demostrarse que el mayor porcentaje de la población sin identidad civil es causado por razones económicas y étnicas, pero hay otra parte que es motivada por razones más profundas, personales, de oposición al sistema o al menos falta de interés por la vida pública. Porcentaje que puede atenderse por igual en 2009 en los Estados de Guerrero, Oaxaca, Veracruz, Morelos, Puebla, Hidalgo y Michoacán, cuya cobertura de nacimientos era del 44,5%, 57,8%, 63,4%, 66,2%, 66,3%, 73,0% y 74,8%, en el primer año de vida, respectivamente (para la misma fecha en Chiapas era de 42,9%).

En cuanto a la identidad de filiación, debido a los cambios tecnológicos habidos en la reproducción asistida a partir del último cuarto del siglo XX ha dado lugar a un desfase entre la identidad y la filiación. Se analizará un caso, como el que propone Jeremy Laurance en *The Independent* (cfr. Laurance, 2012: 2), bajo el título de “Polémica en Gran Bretaña sobre revelar origen a bebés de probeta”. En 2005, se eliminó el anonimato del donador de esperma y óvulos en Inglaterra, por lo que los niños nacidos de esa fecha en adelante a partir de gametos (esperma u óvulos) tienen derecho a saber la identidad de su padre o madre biológica cuando lleguen a los 18 años de edad, pero una encuesta realizada antes de esta reforma legal aprecia que el 28% de estos niños concebidos con esperma de donantes y el 40% de los procedentes de óvulos donados “se enteraron de esa circunstancia” a los siete años de edad, con lo que desde la infancia a una parte de ella se le causa un trauma sobre su verdadera identidad de filiación, mientras que a otros sólo les inquieta y sólo a muy pocos no les importa nada su paternidad. Según un sondeo del Consejo Nuffield de Bioética que examinó a los padres

que eligen no darles esta información a sus hijos “por razones tanto médicas como psicológicas”, terminan “involucrando” a médicos y a trabajadores sociales. Cada año nacen en Gran Bretaña entre 1.500 a 2.000 niños de gametos donados, en la década de los 70 y 80 los médicos aconsejaban a las parejas “que no había necesidad de revelarlo”, en cambio actualmente “aconseja la apertura”, aunque no la convierten en una acción obligatoria, a pesar de que Marily Crawshaw, consejera nacional de UK DonorLink⁴⁶, señala que “el efecto sobre las familias cuando los niños descubren la verdad por accidente, como resultado de una prueba o cuando uno de sus padres muere, llega a ser grave” (cfr. Laurance, 2012: 2).

De acuerdo al criterio de Crawshaw puede resultar “devastador” el impacto de guardar el secreto, como se pudo hacer patente en Gran Bretaña en el caso de Rachel Pepa, enfermera en Leicester, de 29 años, que fue concebida por donador y vive con su pareja, Will, y un hijo de tres años, Gabriel. Su padre de crianza sufrió una falla de riñón cuando ella tenía 20 años y está en diálisis desde entonces, como es un padecimiento hereditario, los médicos le dijeron que ella tenía un 50% de probabilidad de contraer dicha enfermedad, pero como a principios de los ochenta cuando sus padres recibieron tratamiento para embarazarse, les aconsejaron que “no era necesario decir la verdad” le ocultaron la situación, por ello en este momento Rachel señala que:

absolutamente y categóricamente creo que debieron decirme cuando era niña, tan pronto como tuviera edad suficiente para procesar la información. Es un dato fundamental sobre uno mismo, saber quiénes son sus padres. A veces me enfurece cuando lo pienso (cfr. Laurance, 2012: 2).

Aun actualmente, es una incógnita como afrontar el tema, pues como señala la doctora Rhona Knight, presidenta del Consejo Nuffield “nos interesa descubrir por qué, y conocer opiniones sobre las responsabilidades de las familias con respecto a revelar este secreto, así como el tipo de apoyo que pudieran necesitar” (cfr. Laurance, 2012: 2); pues, cada persona es un mundo, y por tanto la medida que se tome para

⁴⁶ Un registro voluntario creado para ayudar a los donadores, al concebido y a sus “medios” hermanos a estar en contacto.

uno le puede perjudicar o beneficiar, mientras que para otra puede sucederle lo contrario.

En general, la falta de identidad de filiación parece tener mayor repercusión negativa sobre los protagonistas que sobre los progenitores o padres adoptivos, y en estos más que sobre los que tienen ausencia de identidad civil, pues en los primeros esta situación se presenta por encima de la voluntad de los propios interesados, por razones externas al sujeto, que no siempre pueden subsanar, mientras en los segundos se produce por estos mismos motivos o por expreso deseo de ellos, que cuando quieran pueden resolver esta situación posteriormente.

En tanto en los casos de ausencia de la identidad civil como de filiación, esta falta de identidad real en el primer caso y personal en el segundo, de manera momentánea o permanente, según sea en cada caso, es independientemente de la voluntad de los nacidos a través de la reproducción asistida, o miembros de grupos marginales extremos. Los primeros pueden permanecer en este estado hasta que logran descubrir su filiación a través de la información aportada por uno de sus padres adoptivos o con la ayuda de un organismo público que lo relaciona con sus verdaderos progenitores, mientras que en el segundo supuesto se modifica la situación cuando cambia el estado de marginalidad del grupo o mejora el estado económico personal⁴⁷.

En algunos casos, mientras que logran superar el estadio de la falta de identidad estas personas pueden pervivir con una identidad utópica o en realidad con una identidad distinta a la que tendría tras el registro civil, con la que pervive hasta el momento de solventar esta ausencia, en cuyo caso, tras el reconocimiento civil de la identidad, pasaría constituirse en ciudadanos con todos los derechos y los deberes que le establece el estado; aunque, aún sin reconocimiento civil, al obtener un trabajo, por ejemplo, lo ejercerán con una identidad como profesional laboral o simple trabajador⁴⁸. De igual for-

⁴⁷ Como sucediera, por ejemplo, en la Antigüedad con algunos libertos durante el imperio romano, que lograron dejar la condición de esclavo.

⁴⁸ En sentido contrario, se puede tener una identidad real desde el acto del nacimiento, aunque con el tiempo puede modificarla a

ma, con la ausencia de filiación la persona contará en un principio con una identidad “adoptiva” (al igual que su situación de partida); pero, al adquirir la identidad de filiación alcanzará la identidad real, por ser la que le corresponde por su condición de naturaleza o de relación con sus verdaderos progenitores. Existe, un tercer caso, viene determinado por una ausencia doble de identidad civil y de filiación, en este supuesto, en momento de adquirir estas dos identidades faltantes alcanza a tener una identidad real o doble identidad, este segundo caso, se da cuando dicha persona quiere seguir manteniendo su “antigua identidad” o previa a su nueva situación junto con la nueva identidad, que se entiende como la definitiva (cuadro 10).

Cuadro 10. Tipología en los casos de ausencia de identidad civil y de filiación

Ausencia de identidad civil	Adquisición de la identidad civil	Adquisición de la identidad de filiación
Identidad distinta	Reconocimiento civil de la identidad real: identidad de ciudadano (definitiva)	Identidad real (definitiva)
		Doble identidad
Identidad utópica	Reconocimiento civil de la identidad real: identidad de ciudadano “real”	Identidad real (definitiva)
		Doble identidad
Ausencia de identidad de filiación	Adquisición de la identidad civil	Adquisición de la identidad de filiación
Identidad adoptiva	Reconocimiento civil de la identidad real: identidad de ciudadano “real” (definitiva)	Identidad real (definitiva)
	Reconocimiento civil de la identidad adoptiva: identidad	Doble identidad

través de una acción directa realizada por deseo propio o a consecuencia de ser miembro de algún grupo social, político, etc. con el que logra alterar o superar un tipo de identidad previa o incluso suplantarse la falta de identidad.

de ciudadano
"adoptivo"

Fuente: Elaboración propia

206

Solo con la muerte, todo ser humano, deja de contar con una identidad real, pues pierde todo tipo identitario existencial, para pasar a engrosar la lista de fallecidos, para ser recordado por sus familiares, amigos, enemigos o la historia, en cada caso; portando una nueva identidad, la de fallecido en general además de la que crean de el los que le mantienen en la memoria.

Por otra parte, con la comparación de estos dos supuestos: identidad civil y de filiación, se constata el grado de afección negativa que puede producirse sobre las personas al no contar con estos tipos de identidad generales; aunque, con el tiempo y cambiando de circunstancias pueden optar estas dos, así como otras particulares serie de identidades particulares en la sociedad en la que están integrados como es la de género, además de la que obtiene por su situación económica, laboral, etc.

La falta de identidad de filiación y de identidad civil se puede entender social y psicológicamente para la persona como una indefinición de su propio ser, por la ausencia de su identidad general y primaria y por tanto puede afectar a su autoestima o tranquilidad psicológica personal como marca su condición de apátrida (lo que conlleva además un problema político y social) ante la comunidad nacional en la que "habita" y dificulta la defensa de lo propio ante los demás.

6.2 Práctica de la bioética-social atendiendo al factor de la vulnerabilidad por ausencia de la identidad de filiación y civil

En "Sociedad, identidad y defensa de lo propio: desde una perspectiva de la bioética", Fernández-Carrión, en 2012, indicaba que la bioética se muestra como un medio teórico para la resolución de la falta de estos dos tipos de identidades: civil y de filiación, en particular, al posibilitar poder aplicar una visión ética de comprensión de la problemática especial del ser humano ante la ausencia de filiación, motivada por la aplicación de nuevas tecnologías en el proceso de fecundación artificial..., con resultados no siempre positivos sino incluso negativos para la persona afectada y civil, por razones

de marginación étnica, económica, etc. A la que se le podría añadir los principios del principalismo: no maleficiencia, beneficiencia, autonomía y justicia o la teoría personalista. Pero, posteriormente, en 2020, tras idear asimismo Fernández-Carrión la “Teoría de bioética-social”⁴⁹, aplicará dicho pensamiento sobre el factor de vulnerabilidad que conlleva la ausencia de identidad de filiación y/o civil.

Junto a estas dos problemáticas discriminatorias, se podría añadir la resultante del sistema de castas en la India, como una muestra como la política unida a la religión, en este caso el hinduismo, a partir de las “Leyes de Manu”, dictados de orden religioso, por tanto “sagrado”, perjudica notoriamente a un grupo de personas: los “intocables” o “no tocables” (“dalits”, parias o “miechas”), el colectivo humano inferior a la última casta de “shundrás” (constituida por obreros, campesinos, siervos y esclavos), fuera por tanto fuera de los “varnas” (castas), y que los hinduistas lo equiparaban con el resto de animales no sagrados, como los perros, y para sobrevivir tenían que trabajar en espacios laborales permitido por el sistema de castas; pero incluso por debajo de los intocables e unas zonas de la India existían las personas “invisibles”, que únicamente podían salir a la calle de noche. Tanto la existencia de los intocables e invisibles no solo deben tratarse por la bioética, por ejemplo, sino que es un tema de derechos humanos; pero este no tiene efectividad en la India, en este asunto, pues aunque políticamente con la aplicación de la Constitución de 1950 quedó abolido teóricamente el sistemas de castas, en la practica se sabe que continua funcionano hasta la actualidad (contra los preceptos religiosos, especialmente estos, luchó Mahatma Ganhi); por ello, en ese caso, la aplicación de la teoría de bioética –social sería de gran utilidad en los hospitales y centros médicos, para lograr la igualdad de todos los seres humanos. Contrario al sistema de castas del hinduismo se puede indicar, por ejemplo, el sintoísmo, que alcanza la veneración de los “kami” o espíritus de la naturaleza, lo que por extensión puede interpretar por el aprecio por toda la naturaleza, no solo por las personas.

⁴⁹ Se le recomienda al lector interesado en completar el contenido teórico de este tema con lo expresado en el artículo titulado “Teoría de bioética-social” (2020: 135-148).

A continuación se aplicará la teoría de bioética-social sobre distintas problemáticas de salud, como una muestra de trabajo en esta materia:

- 1 Responsabilidad de otredad. Con la responsabilidad social civil (RS), se adquiere un compromiso y una práctica ética, de todos los miembros de la sociedad, a nivel individual como colectivo, para con el entorno humano y natural, más con el añadido a la RS convencional se pone énfasis en la otredad.

La responsabilidad social de otredad, que conlleva la no maleficencia, desde la perspectiva de la bioética, apoya a las personas con ausencia de identidad civil, por ejemplo, mostrando con ellos una actitud de responsabilidad social de respeto y comprensión; mientras que con los individuos que no cuenta con identidad de filiación deben ser condescendientes emocionalmente, de acuerdo a la responsabilidad social, para con esas personas más afectas con su situación.

- 2 Solidaridad, como la responsabilidad puede llegar a mostrarse y en ocasiones perpetuarse como una actitud y comportamiento, teórico, de respeto con los otros; se demanda por tanto, que vaya acompañado de una práctica solidaria para con todos como iguales.

Un posicionamiento solidario con una persona con falta de identidad civil debe reflejarse con una actitud comprensible con su situación y apoyarle en lo necesario, que esté a su disposición para favorecer la situación legal. Y, con un individuo con ausencia de identidad de filiación debe ayudarlo moralmente, con intención de que se sienta mejor psicológicamente, en caso de necesidad.

- 3 Defensa identitaria. Toda persona individualmente así como colectivo tiene derecho de que se le respete su identidad por los otros, que no es uno mismo. La identidad puede ser de cualquier índole, sólo se le demanda, en beneficio de la humanidad, que agrede con ella ni físicamente ni mentalmente a nadie.

En el caso de falta de identidad civil se le apoyará reconociéndole y defendiendo la identidad mostrada por el otro, y especialmente en situaciones que presente vulnerabilidad social, económica y política. Y, en cuanto, a la ausencia de

identidad de filiación se debe defender su identidad, en particular en torno a su estado mental y emocional.

- 4 Justicia social. El principio de bioética de justicia, propuesto por Beauchamp y Childress (1979), se considera excesivamente amplio y simplemente legalista, que alude a la obligación de no discriminar a ningún ser humano; pero, este hecho, tiene que ir acompañado de una intencionalidad y una práctica de apoyo social a los seres más desfavorecidos y vulnerables de la sociedad. Pues en la vida no todo el mundo es igual, un porcentaje muy alto de la población nace en posición excesivamente desvanecida y se mantiene a lo largo de su existencia en un posicionamiento claramente vulnerable para con el resto, y es por ello, que demanda de mayor atención y ayuda.

Con la justicia social, a nivel de ciudadano, se puede ayudar a una persona sin identidad civil, en primer lugar comprendiendo su situación o lo que lo motiva y en segundo lugar poniéndole todos los medios morales, económicos y de intermediación legal. Y, a nivel institucional facilitando todas las disposiciones legales, judiciales y económicas para solventar la situación. Todo esto, es lo mismo, que se puede realizar con personas con ausencia de identidad de filiación.

A nivel judicial, en particular, se solicita que debe favorecer en la interpretación legal, así como en las sentencias, poniendo mucha atención a la situación de todas las personas en situación vulnerable, y en este caso analizado, las que no cuenten con identidad civil ni de filiación.

Cuadro 11. Aplicación de la teoría de bioética social en la resolución de la vulnerabilidad

Teoría bioética-social	Ausencia de identidad civil	Ausencia de identidad de filiación
Responsabilidad (conlleva la no maleficiencia) de otredad	Actitud de responsabilidad social y otredad	Otredad y actitud de responsabilidad social
Solidaridad	Solidaridad especial con su situación	Hacer patente una muestra de comprensión y solidaridad
Defensa identitaria	Reconocimiento y defensa de la identidad	Defensa identitaria del otro (especial-

	<p>tividad del otro, y especialmente en situación de vulnerabilidad (social, económica y política)</p>	<p>mente psicológica en este supuesto)</p>
<p>Justicia social</p>	<p>Justicia social para con todo el mundo, y especial con los grupos y personas más vulnerables. Con comprensión especial con su situación de indefinición civil</p>	<p>Justicia social al igual que con el resto del mundo</p>

Fuente: Elaboración propia

Bibliografía

Alwang, Jeffrey, Siegel, Paul B., Jorgensen, Steen L. (2001) *Vulnerability: a view from different disciplines. Social protection discussion paper series*, Washington, Banco Mundial.

American Psychiatric Association (2010) (Gelenberg, A.J., Freeman, M.P., Markowitz, J.C., Rosenbaum, J.F., Thase, M.E., Trivedi, M.H., Van Rhoads, R.S. –edición- Practice Guidelines for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder, 3rd Edition; Kennedy S.H., et al. (2009)) “Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. IV. Neurostimulation therapies”, *J. Aff Disorders*, No. 117, 44-53.

Anderson IM (2000) “Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic antidepressants: A meta-analysis of efficacy and tolerability”, *Journal of Affective Disorders*, 58 (1): 19-36.

Anderson, I.M. (1998) “SSRIS versus tricyclic antidepressants in depressed inpatients: A meta-analysis of efficacy and tolerability”, *Depression and Anxiety*, 7 suppl. 1, 11-17.

Anjos, M.F. (2006) “A vulnerabilidade como parceira da autonomia”, *Rev. Bras Bioética*, 2(2),173-186.

Appleton, K.M., Sallis, H.M., Perry, R., Ness, A.R., Churchill, R. (2015) “Omega-3 fatty acids for depression in adults”, *The Cochrane database of systematic reviews*, 11.

Augsburger, A. (2002) “De la epidemiología psiquiátrica a la

epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave". *Cuadernos Médico Sociales*, N° 81, mayo.

- Bados López, A. (2001) "Tratamientos psicológicos eficaces para la agorafobia", *Psicothema*, No. 13, 453-464.
- Báguena Puigcerver, M. J. (2001) "Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés post-traumático", *Psicothema*, No. 13, 479-492.
- Baraldi, A. C. P., DAUD, Zaira Prado, A. M. de, et al. (2007) "Gravidez na adolescência: estudo comparativo das usuárias das maternidades públicas e privadas", *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, vol. 15, 799-805.
- Bauer, Raymond A. (edición) (1966) *Social indicators*, Cambridge, Massachusetts Institute of Technology (MIT) Press.
- Bauer, M., Dopfmer, S. (1999) "Lithium augmentation in treatment-resistant depression: Meta-analysis of placebo-controlled studies", *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 19(5), 427-34.
- Beauchamp, T.L., Childress, J.F. (2012) *Principles of biomedical ethics*, New York, Oxford University Press, 7 edc.
- Beck, U., y E. Beck Gernsheim (2003): *La individualización. El individualismo institucionalizado y sus consecuencias sociales y políticas*, Barcelona: Paidós, 2003.
- Becoña, E., Lorenzo, M. C. (2001) "Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar", *Psicothema*, No. 13, 511.
- Bender, K.J. (2008) "Evidence Grows for Value of Antipsychotics as Antidepressant Adjuncts - Psychiatric Times", *Psychiatric Times*.
- Berenbaum, L., Eguidazu, S., Reciniello, P., Rodriguez, M. (2015) "Psicología del desarrollo y de la subjetividad", <http://wiki sociales.uba.ar/wiki/psicologia-del-desarrollo-y-de-la-subjetividad/> (Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales).
- Blaikie, P., Cannon, T., Davis, I., Wisner, B. (1995) *El entorno social, político y económico de los desastres*, Bogotá.
- Blaikie, P., Cannon, T., Davis, I., Wisner, B. (1996) "Vulnerabilidad. El entorno social, político y económico de los desastres", *La red*, Red de Estudios sociales en prevención de desastres en América Latina, Bogotá.
- Bleger, J. (1991) *Psicología de la Conducta*, Buenos Aires,

- Paidós, 10 reimpr.
- Bleichmar, S. (2006) *No me hubiera gustado morir en los noventa*, Buenos Aires, Taurus.
- Botella, C. (2001) "Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico", *Psicothema*, No. 13, 465-478.
- Bower, P., Kontopantelis, E., Sutton, A., Kendrick, T., Richards, D. A., Gilbody, S., Knowles, S., Cuijpers, P., Andersson, G., Christensen, H., Meyer, B., Huibers, M., Smit, F., van Straten, A., Warmerdam, L., Barkham, M., Bilich, L., Lovell, K., Liu, E., Tung-Hsueh (2013) "Influence of initial severity of depression on effectiveness of low intensity interventions: Meta-analysis of individual patient data", *BMJ*, No. 346, f540.
- Bueno-Sánchez, E., Diniz Alves, J.A. (2008) *Pobreza y vulnerabilidad social. Enfoques y perspectivas*, Río de Janeiro, Asociación Latinoamericana de Población, Serie Investigaciones 3.
- Busso, G. (2001) "Vulnerabilidad social: Nociones e implicancias de políticas para Latinoamérica a inicios del siglo XXI", CEPAL, Informe de la Reunión de expertos: Seminario internacional sobre las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe. División de Población de la CEPAL, Santiago de Chile, CELADE.
- Caddy, C., et al. (2014) "Ketamine as the prototype glutamatergic antidepressant: pharmacodynamic actions, and a systematic review and meta-analysis of efficacy", *Ther Adv Psychopharmacol*, 4 (2), 75-99.
- Cavalcante, T., Morais, A.de, Sadi Monteiro, P. (2017) "Los conceptos de vulnerabilidad humana y la integridad individual para la bioética", *Revista Bioética*, 25(2), 313-319 , <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422017252191>.
- Calzettan, J.J. (2009) *Psicoanálisis y psicología evolutiva: una relación difícil*.
- Capafons, A. (2001) "Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada", *Psicotema*, No. 13, 442-446.
- Capafons Bonet, J. I. (2001) "Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas", *Psicothema*, No. 13, 447-452.
- Carmona Guillén, José Antonio (1977) *Los indicadores sociales hoy*, Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas.
- CEPAL (2002) *Vulnerabilidad sociodemográfica: Viejos y nuevos riesgos para comunidades, hogares y personas*, Divi-

sión de Población de la CEPAL–CELADE, Santiago de Chile, CEPAL.

Chang ([2005]) "Indicadores de vulnerabilidad y desastres para América Latina. Producto 3: Resumen ejecutivo e informe final", www.disaster-info.net/.../isaias_chang.../-informe_final_y_resumen_ejecutivo.doc

213

Cipriani, A., Geddes, J.R., Barbui, C. (2007) "Venlafaxine for major depression", *British Medical Journal*, 334 (7587), 215 (editorial).

Coelho, H.F., Canter, P.H., E. E. (2007) "Mindfulness-based cognitive therapy: Evaluating current evidence and informing future research", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75 (6), 1000-1005.

Colomer Revuelta, J. (2013) "Grupo PrevInfad/PAPPS Infancia y Adolescencia. Prevención del embarazo en la adolescencia", *Rev. Pediatr. Aten. Primaria*, No. 15, 261-269.

Cooney, G.M., Dwan, K., Greig, C.A., Lawlor, D.A., Rimer, J., Waugh, F.R., McMurdo, M., Mead, G.E. (2013) "Exercise for depression", *Cochrane Database Syst Rev.*, 9.

Council for International Organizations of Medical Sciences (2002) "World Health Organization. International ethical guidelines for biomedical research involving human subjects", <http://bit.ly/1m3gbXb>.

Craig, M. (2012) "Miller for Harvard Health Publications", "Magnetic stimulation: a new approach to treating depression?"

Cuijpers, P., van Straten, A., van Oppen, P., Andersson, G. (2008) "Are Psychological and Pharmacologic Interventions Equally Effective in the Treatment of Adult Depressive Disorders? A Meta-Analysis of Comparative Studies", *Journal of Clinical Psychiatry*, e1-e11.

Cunha, T. Garrafa, V. (2016) "Vulnerability: a key principle for global bioethics?", *Camb Q. Healthc Ethics*, 25(2), 197-208.

Cunha, M. P., Machado, D. G., Capra, J. C., Jacinto, J., Bettio, L. E., Rodrigues, A. L. S. (2012) "Antidepressant-like effect of creatine in mice involves dopaminergic activation", *Journal of Psychopharmacology*, 26 (11), 1489-1501.

Daniels, N, Sabin, J. (1997) "Limits to healthcare: fair procedures, democratic deliberation, and the legitimacy problem for insurers", *Philos Public Aff.*, 26(4), 303-350.

- Departamento de Estado EEUU, Programas de Información Internacional (2005) "La salud en adolescentes: problemas mundiales, retos locales", <http://usinfo.state.gov/journals/itgic/0105/ijgs/blum.htm>.
- Dimidjian, S. (2006) "Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and Antidepressant Medication in the Acute Treatment of Adults With Major Depression", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (4), 658-670.
- Dimidjian, S., Hollon, S.D., Dobson, K.S., Schmalings, K.B., Kohlenberg, R.J., Addis, M.E., Gallop, R., McGlinchey, J.B., Markley, D.K., Gollan, J.K., Atkins, D.C., Dunner, D.L., Jacobson, N.S. (2006) "Randomized Trial of Behavioral Activation, Cognitive Therapy, and Antidepressant Medication in the Acute Treatment of Adult", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (4), 658-670.
- Diniz, D, Corrêa, M. (2001) "Declaração de Helsinki: relativismo e vulnerabilidade", *Cad. Saúde Pública*, 17(3), 679-88.
- Doidge, N., Simon, B., Lancee, W.J. (2002) "Psychoanalytic patients in the US, Canada, and Australia: II. A DSM-III-R validation study", *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 50 (2), 615-627.
- Domino, M.E., Burns, B.J., Silva, S.G. (2008) "Cost-effectiveness of treatments for adolescent depression: results from TADS", *American Journal of Psychiatry*, 165 (5), 588-596.
- Dunlop, Boadie, W., Nemeroff, Charles, B. (2007) "The role of dopamine in the pathophysiology of depression", *Archives of General Psychiatry*, 64 (3), 327-337.
- Durand, V.M., Barlow, D. (1999) *Abnormal psychology: An integrative*.
- Dworetzky, J. (1997) *Psychology*, Pacific Grove, CA, Brooks/Cole Pub.
- Elkin, I., Gibbons, R.D., Shea, M.T., Sotsky, S.M., Watkins, J.T., Pilkonis, P.A., Hedeker, D. (1995) "Initial severity and differential treatment outcome in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (5), 841-847.
- Elkin, I., Shea, M.T., Watkins, J.T., Imber, S.D., Sotsky, S.M., Collins, J.F., Glass, D.R., Pilkonis, P.A., Leber, W.R., Docherty, J.P. (1989) "National Institute of Mental Health Treat-

- ment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments", *Archives of General Psychiatry*, 46 (11), 971-982.
- Emily Underwood (2013) "Short-Circuiting Depression", *Science*, 342(6158), 548-551.
- Fernández-Carrión, M.H. (2015) "Identidad, la defensa de lo propio y los derechos humanos", *Derechos humanos y genealogía de la dignidad en América Latina*, Ana Luisa Guerrero Guerrero et al., México, Editorial Porrúa, UNAM, 77-99.
- (2012) "Sociedad, identidad y defensa de lo propio: desde una perspectiva de la bioética", *Revista Vectores de investigación*, 5(5), 97-104.
- Fernández Rodríguez, C., Fernández Martínez, R. (2001) "Tratamientos psicológicos eficaces para la hipocondría", *Psicothema*, No. 13, 407-418.
- Filloux, J. (1985) *La personalidad*, Buenos Aires, Eudeba, 21 reimpr.
- Fraser, E. (2003) "Social vulnerability and ecological fragility: building bridges between social and natural sciences using the Irish Potato Famine as a case study", *Conservation Ecology*, 7(2), 1-9.
- Freud, S. (1987) "Carta 52", *Obras Completas*, Buenos Aires, Amorrortu editores, 8 reimpr.
- Freud, S. (1987) *Obras Completas*; Buenos Aires, Amorrortu Editores, 8 reimpr.
- Fuster, J. M. (2003) *Cortex and Mind*, Oxford University Press.
- Galende, E. (1997) *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*, Buenos Aires, Paidós.
- García García, E. (2007) "Primera Ponencia. Teoría de la mente y ciencias cognoscitivas", *Nuevas perspectivas científicas y filosóficas sobre el ser humano*, Madrid, Universidad Pontificia de Comillas.
- Garrafa, V. (2012) "Ampliação e politização do conceito internacional de bioética", *Rev. Bioét.*, 20(1), 9-20.
- Garrafa, V, Lorenzo, C. (2008) "Moral imperialism and multi-centric clinical trials in peripheral countries", *Cad. Saúde Pública*, 24(10), 2219-2226.
- Garrafa, V., Prado, M.M. (2001) "Mudanças na declaração de Helsinki: fundamentalismo econômico, imperialismo ético e controle social", *Cad. Saúde Pública*, 17(6), 1489-1496,

<http://bit.ly/2ogkvch>.

- Gaynes, B.N., Lux, L., Lloyd, S., Hansen, R.A., Gartlehner, G., Thieda, P., Brode, S., Swinson Evans, T., Jonas, D., Crotty, K., Viswanathan, M., Lohr, K.N., (2011) "Nonpharmacologic Interventions for Treatment-Resistant Depression in Adults. Comparative Effectiveness Review Number 33. (Prepared by RTI International-University of North Carolina (RTI-UNC) Evidence-based Practice Center)", *AHRQ Publication No. 11-EHC056-EF*. Rockville, Maryland, Agency for Healthcare Research and Quality.
- George, M.S., Post, R.M. (2011) "Daily Left Prefrontal Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation for Acute Treatment of Medication-Resistant Depression", *American Journal of Psychiatry*, 168 (4): 356-364.
- Giedke, H., Schwärzler, F. (2002) "Therapeutic use of sleep deprivation in depression", *Sleep Medicine Reviews*, 6 (5), 361-77.
- Gold, C., Solli, H.P., Krüger, V., Lie, S.A. (2009) "Dose-response relationship in music therapy for people with serious mental disorders: systematic review and meta-analysis", *Clin Psychol Rev.*, 29 (3), 193-207.
- Goldberg (s/f) "Escala de ansiedad y depresión de Goldberg (EADG)", salpub.uv.es/.../Escalas.../085_ESCALA_ANSIEDA_D_DEPRESION_GOLDBERG.pdf.
- Golden, R.N., Gaynes, B.N., Ekstrom, R.D. (2005) "The efficacy of light therapy in the treatment of mood disorders: a review and meta-analysis of the evidence", *American Journal of Psychiatry*, 162 (4), 656-662.
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., et al. (1989) "Detección de la ansiedad y la depresión en el marco de la medicina general", *Br Med J.*, 4(2), 49-53.
- Goldberg, D., Bridges, K., Duncan-Jones, P., et al. (1988) "Detecting anxiety and depression in general medical settings", *Br. Med J.*, No. 97, 897-899.
- Goodyer, I.M., Dubicka, B., Wilkinson, P. (2008) "A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy in adolescents with major depression treated by selective serotonin reuptake inhibitors. The ADAPT trial", *Health Technol Assess*, 12 (14), 1-80.
- Goodyer, I.M., Dubicka, B., Wilkinson, P. (2007) "Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and routine specialist care with and without cognitive behaviour therapy in ado-

- lescents with major depression: Randomised controlled trial", *British Medical Journal*, 335 (7611), 142.
- Goyal, M., Singh, S, Sibinga, E.M., Gould, N.F., Rowland-Seymour, A., Sharma, R., Berger, Z., Sleicher, D., Maron, D.D., Shihab, H.M., Ranasinghe, P.D., Linn, S., Saha, S., Bass, E.B., Haythornthwaite, J.A. (2014) "Meditation programs for psychological stress and well-being". *Jama Intern. Med.*, 174 (3), 357-368.
- Gutierrez, F (2005) *Teorías del desarrollo cognitivo*, Buenos Aires, McGraw Hill.
- Guideline, P. (1999) "Depression in primary care. Vol. 2. Treatment of major depression", *Clinical practice guideline*. No. 5.
- Guzzetta, F., Tondo L., Centorrino, F., Baldessarini, R.J. (2007) "Lithium treatment reduces suicide risk in recurrent major depressive disorder", *J. Clin Psychiatry*, 68 (3), 380-383.
- Hallahan, B., Ryan, T., Hibbeln, J.R., Murray, I.T., Glynn, S., Ramsden, C.E., SanGiovanni, J.P., Davis, J.M. (2016) "Efficacy of omega-3 highly unsaturated fatty acids in the treatment of depression", *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 209 (3), 192-201.
- Hamilton, M., (1960) "A rating scale for depression", *J. Neurol Neurosurg Psychiatry*, No 23, 56-62.
- Hamilton, M. (1967) "Development of a rating scale for primary depressive illness", *Br J Soc Clin Psychol*, No. 6, 278-296.
- Hayes, S. ([2017]) "State of the ACT Evidence", ContextualPsychology.org, https://contextualscience.org/state_of_the_act_evidence.
- Herrera, Reyes G. (2013) "Estado del conocimiento sobre metodologías de evaluación de vulnerabilidad sísmica de edificios", *Ingeniería y Sociedad UC*, 8(1), 7-28.
- Hidalgo-Leiva, Diego A. et al. (2016) "Evaluación de la vulnerabilidad sísmica de hospitales de Costa Rica con la aplicación de índices de vulnerabilidad", *Revista internacional de Ingeniería de estructuras*, 21(4), 437-452.
- Hopko, D.R., Lejuez, C.W., LePage, J.P., Hopko, S.D., McNeil, D.W. (2004) "A Brief Behavioral Activation Treatment for Depression", *Behavior Modification*, 27 (4), 458-469.
- Houaiss, A., Villar, M.S. (2009) *Dicionário Houaiss da língua*

- portuguesa*, Rio de Janeiro.
- Imel, Z.E., Malterer, M.B., McKay, K.M., Wampold, B.E. (2008) "A meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia", *J. Affect Disord*, 110 (3), 197-206.
- Indicadores de vulnerabilidad (2003) <https://www.imf.org/external/np/exr/facts/spa/vuls.htm>.
- Josefsson, T., Lindwall, M., Archer, T. (2014) "Physical exercise intervention in depressive disorders: meta-analysis and systematic review", *Scand J Med Sci Sports*, 24 (2), 259-272.
- Kavirajan, H.C., Lueck, K., Chuang, K. (2014) "Alternating current cranial electrotherapy stimulation (CES) for depression", *The Cochrane database of systematic reviews* 7.
- Khan, A., Faucett, J., Lichtenberg, P., Kirsch, I., Brown, W.A. (2012) "A Systematic Review of Comparative Efficacy of Treatments and Controls for Depression", *PLOS ONE*, 7 (7), e41778.
- Kirsch, I., Deacon, B.J., Huedo-Medina, T.B., Scoboria, A., Moore, T.J., Johnson, B.T. (2008) "Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration", *PLoS Med.*, 5 (2), e45.
- Koldobsky, N. (1995) *La personalidad y sus desordenes*, Buenos Aires, Salerno.
- Kottow, M. (2008) "Vulnerabilidad y protección", *Diccionario latinoamericano de bioética*, Tealdi, J.C. (director), Bogotá, Unesco, 340-342.
- Kraus M.F., Burch, E.A. (1992) "Methylphenidate hydrochloride as an antidepressant: controversy, case studies, and review", *South. Med. J.*, 85 (10): 985-91.
- Labrador, F. J., Crespo, M. (2001) "Tratamientos psicológicos eficaces para las disfunciones sexuales", *Psicothema*, No. 13, 428-441.
- Lacan, J. (1985) *Escritos 1*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Lacan, J. (1981) *El seminario, libro 1 (1953-1954)*, Barcelona, Paidós.
- Lakhan, S.E., Callaway, H. (2010) "Deep brain stimulation for obsessive-compulsive disorder and treatment-resistant depression: systematic review", *BMC Research Notes* 3, 60.
- Lanier, Eric (2003) "Depression: The Hidden Workplace Illness" (2003 Professional Safety Article Index), *Professional*

Safety, Journal of the American Society of Safety Engineers, 27-30, <http://www.asse.org/professional-safety/indexes/2003/>.

- Laurance, J. (2012) "Polémica en Gran Bretaña sobre revelar origen a bebés de probeta", *La jornada*, 11 abril, 2.
- Lawrence, R.W. (2004) "Effect of mirtazapine versus fluoxetine on "sleep quality"", *Journal of Clinical Psychiatry*, 65 (8), 1149-1150.
- Lefaucheur, J.P. (2014) "Evidence-based guidelines on the therapeutic use of repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS)", *Clinical Neurophysiology*, No. 125, 2150-2206.
- Levine, Gonsalves, Barbur (1993) "Inositol 6 G Daily May Be Effective in Depression but Not in Schizophrenia", *Human Psychopharmacology*.
- Levine, V.; Silvia, F. (2006) "Double-blind, Controlled Trial of Inositol Treatment of Depression", *American Journal of Psychiatry*, 152 (5), 792-793.
- Levine; Vittorio; Silvia; Francesco "Double-blind, Controlled Trial of Inositol Treatment of Depression", *American Journal of Psychiatry*, 152 (5): 792-793.
- Linde, K., Berner, M.M., Kriston, L. (2008) "St John's wort for major depression", *Cochrane Database Syst Rev*, 4.
- López Blasco (2005) "La trama de los itinerarios de emancipación", *Tendencias en exclusión social y políticas de solidaridad*, J. Tezanos (edición), Madrid, Fundación Sistema, 529-554.
- Lorenzo, C.F. (2006) "Los instrumentos normativos en ética de la investigación en seres humanos en América Latina: análisis de su potencial eficacia", *Ética de la investigación en los seres humanos y políticas de salud pública*, Keyeux G, Penschaszadeh V, Saada E, (coordinadores), Bogotá, Unesco, 167-190.
- Lyoo, I. K., Yoon, S., Kim, T. S., Hwang, J. Kim, J. E., Won, W., Renshaw, P. F. (2012) "A randomized, double-blind placebo-controlled trial of oral creatine monohydrate augmentation for enhanced response to a selective serotonin reuptake inhibitor in women with major depressive disorder", *American Journal of Psychiatry*, 169 (9), 937-945.
- Machado, J. (2007) *Chollos, chapuzas, changas. Jóvenes, trabajo precario y futuro*, Barcelona, Anthropos.

- Maldavsky, D. (1997) *Sobre ciencias de la subjetividad*, Buenos Aires, Nueva visión.
- Marangell, L.B., Martinez, M, Jurdi, R.A., Zboyan, H. (2007) "Neurostimulation therapies in depression: a review of new modalities", *Acta Psychiatr Scand*, 116 (3), 174-81.
- Márquez Mendoza, O. (2017) *Obras completas I Bioética, neurociencia y salud mental*, México, Editorial Torres Asociados, Miguel-Héctor Fernández-Carrión (edición).
- Maat, S. de, Dekker, J., Schoevers, R. (2007) "Short Psychodynamic Supportive Psychotherapy, antidepressants, and their combination in the treatment of major depression: A mega-analysis based on three Randomized Clinical Trials", *Depression and Anxiety*, 25(7), 565-574.
- March, J., Silva, S., Petrycki, S. (2004) "Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) randomized controlled trial", *JAMA*, 292 (7), 807-820.
- Meil, G. (2011) *Individualización y solidaridad familiar*, Barcelona, Obra Social Fundación "la Caixa.
- Melamed, M. M. (1983) *Sidur ha-mercaz*, Jerusalem, Centro Educativo Sefaradí Jerusalem, 565-566, comentarios y notas.
- Melkerson, M.N. (2008) "Special Premarket 510(k) Notification for NeuroStar TMS Therapy System for Major Depressive Disorder", *Food and Drug Administration*.
- Mischoulon, D., Fava, M. (2002) "Role of S-adenosyl-L-methionine in the treatment of depression: a review of the evidence", *Am. J. Clin. Nutr.* 76 (5), 1158S-61S.
- Munaiz, C. (2012) "Mexicanos sin identidad: luchando contra el problema [de la identidad civil]", <http://noticias.prodigy.msn.com/nacional/mexicanos-sin-identidad#image=1>.
- Mura, G., Moro, M.F., Patten, S.B., Carta, M.G. (2014) "Exercise as an add-on strategy for the treatment of major depressive disorder: a systematic review", *CNS Spectr*, 19 (6), 496-508.
- National Commission for the Protection of Human (EEUU) (2005) "Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Belmont report: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research", <http://bit.ly/2oeRpu>.

- Navarro, Larrubia (2006) "Indicadores para medir situaciones de vulnerabilidad social. Propuesta realizada en el marco de un proyecto europeo", *Baética. Estudios de arte, geografía e historia*, No. 28, 485-506.
- Narraro Rodríguez, SR., Larrubia Vargas, R. (2006) "Indicadores para medir situaciones de vulnerabilidad social. Propuesta realizada en el marco de un proyecto europeo", *Baética. Estudios de arte, geografía e historia*, No. 28, 485-506.
- Nelson, J.C., Devanand, D.P. (2011) "A systematic review and meta-analysis of placebo-controlled antidepressant studies in people with depression and dementia", *Journal of the American Geriatrics Society*, 59 (4), 577-585.
- Neves, M.P. (2009) "Article 8: respect de la vulnérabilité humaine et de l'intégrité personnelle", *La déclaration universelle sur la bioéthique et les droits de l'homme: histoire, principes et application*, Paris, Unesco (Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e a Cultura), 167-177.
- Neves, M.P. (2006) "Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio", *Rev. Bras Bioética*, 2(2), 157-172.
- NHS (National Institute for Health and Clinical Excellence) (2005). "Depression in children and young people: identification and management in primary, community and secondary care".
- NICE (National Institute for Health and Care Excellence) (2004) "Depression: management of depression in primary and secondary care", *NICE guidance*, Londres, NICE.
- NICE (2005) *NICE Guidelines: depression in children and adolescents*, Londres, NICE.
- NICE (2014) "Transcranial magnetic stimulation for treating and preventing migraine".
- Nierenberg, A.A., Fava, M., Trivedi, M.H., Wisniewski, S.R., Thase, M.E., McGrath, P.J., Alpert, J.E., Warden, D., Luther, J.F., Niederehe, G., Lebowitz, B., Shores-Wilson, K., Rush, A.J. (2006) "A comparison of lithium and T(3) augmentation following two failed medication treatments for depression: A STAR*D report", *American Journal of Psychiatry*, 163 (9), 1519-1530.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (2002) "Panorama de la sociedad. Los indicadores

- sociales de la OCDE”, <http://www.oece.org/els/social>.
- Organización Mundial para la Salud (OMS) (2000) “La salud de los jóvenes: un desafío para la sociedad”, Ginebra, OMS, *Informe Salud para todos en el año 2000*, oecd.ilibrary.org/docserver/soc_glance-2001-sum-es.pdf?expires=15...
- Organización par alas Naciones Unidas (ONU) (2012) “Indicadores sociales”, unstats.un.org/unsd/demographic-products/socind/.
- Orr, K., Taylor, D. (2007) “Psychostimulants in the treatment of depression: a review of the evidence”, *CNS Drugs*, 21 (3): 239-57.
- Papakostas, G.I., Thase, M.E., Fava, M., Nelson, J.C., Shelton, R.C. (2007) “Are antidepressant drugs that combine serotonergic and noradrenergic mechanisms of action more effective than the selective serotonin reuptake inhibitors in treating major depressive disorder? A meta-analysis of studies of newer agents”, *Biological Psychiatry*, 62 (11), 1217-1227.
- Pérez Álvarez, M., Gracia Montes, J. M. (2002) “Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión”, *Psicothema*, No. 13, 493-510.
- Puriños, M.J. ([2006]) “Hamilton Depression Rating Scale – HDRS-”, <http://meiga.info/escalas/depression-escala-hamilton.PDF>).
- Quiroga Romero, E., Errasti Pérez, J. M. (2001) “Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad”, *Psicothema*, No. 13, 393-406.
- Ranjbar, E., Memari, A.H., Hafizi, S., Shayestehfar, M., Mirfazeli, F.S., Eshghi, M.A. (2015) “Depression and Exercise: A Clinical Review and Management Guideline”, *Asian J Sports Med* 6 (2).
- Ravindran, A.V., da Silva, T.L. (2013) “Complementary and alternative therapies as add-on to pharmacotherapy for mood and anxiety disorders: a systematic review”, *Journal of Affective Disorders* 150 (3), 707-19.
- Rial, I., Vicente, L. (2007) *Política fiscal y vulnerabilidad fiscal en Uruguay: 1976-2006*, Montevideo, Banco Central del Uruguay, bcu.gub.uy/Estadisticas-e-Indicadores/Documentos%20de%20Trabajo/5.2008.pdf.
- Rice, P (2000) “Desarrollo humano: estudio del ciclo vital”, <http://books.google.com.pe/books?id=ZnHbCKUCtSUC&p>

g=PA44&dq=desarrollo+cognitivo+piaget&hl=en&sa=X&ei=6IFnVKykCMKjgwSCtoO4Ag&ved=0CCMQ6AEwAQ#v=onepage&q=desarrollo%20cognitivo%20piaget&f=false.

Robledo Vico, J. (2018) "El fantástico mensaje de Stephen Hawking contra la depresión", *As*, 27 enero, <https://as.com/deportesyvida/2018/01/27/portada/1517052894>

223

Rodríguez Rigual, M. (2003) "Mesa redonda: Adolescencia-necesidad de creación de unidades de adolescencia", *An Pediatr*, No. 58, 104-110

Roth, A., Fonagy, P. (2006) "Cognitive-Behavioral Therapy Alone and in Combination with medication: University of Minnesota and University of Pennsylvania–Vanderbilt University Studies", *What Works for Whom?: A Critical Review of Psychotherapy Research*, Guilford Press, 2 edc., 76-78.

Rosenbaum, S., Tiedemann, A., Sherrington, C., Curtis, J., Ward, P.B. (2014) "Physical activity interventions for people with mental illness: a systematic review and meta-analysis", *J. Clin Psychiatry*, 75 (9), 964-974.

Ruiz, F. J. (2010) "A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies", *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10 (1), 125-162.

Ruiz Rivera, N. (2012) "La definición y medición de la vulnerabilidad social. Un enfoque normativo", *Investigación geográfica*, No. 7, scielo.org.mx/scielo.php?script=50188-46112012000100006.

Rush, A.J., Marangell, L.B., Sackeim, H.A. (2005) "Vagus nerve stimulation for treatment-resistant depression: A randomized, controlled acute phase trial", *Biological Psychiatry*, 58 (5), 347-54.

Rush, A.J., Trivedi, M.H., Wisniewski, S.R. (2006) "Bupropion-SR, sertraline, or venlafaxine-XR after failure of SSRIs for depression", *New England Journal of Medicine*, 354 (12), 1231-42.

Saldaña, C. (2001) "Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario", *Psicothema*, No. 13, 381-392.

Schramm, F.R. (2006) "A saúde é um direito ou um dever? Autocrítica da saúde pública", *Rev. Bras. Bioética*, 2(2),

187-200.

- Secades Villa, R., Fernández Hermida, J. R. (2001) "Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína", *Psicothema*, No. 13, 365-380.
- Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud (2005) "Adolescents mortality", *Bol. Méd. Hosp. Infant. Méx.*, 62(3), 225-238.
- Serra, E., González, A., Oller, A. (1989) *Desarrollo Adulto. Sucesos evolutivos a lo largo de la vida*, Barcelona, Centro Editor Universitario.
- Shaffer, D. R. (2000) "Capítulo 7: Desarrollo cognitivo: la teoría de Piaget y el punto de vista sociocultural de Vygotsky", *Psicología del desarrollo: Infancia y adolescencia*, México: Internacional Thompson, 5 edc.
- Shaffer, D. (2000) *Psicología del desarrollo. Infancia y adolescencia*, México, Thomson Editores, 5 edc.
- Shaw, K., Turner, J., Del Mar, C. (2002) "Tryptophan and 5-hydroxytryptophan for depression", *The Cochrane database of systematic reviews*, 1.
- Shelton, R. (2006) "Management of major depressive disorders following failure of antidepressant treatment", *Primary Psychiatry*, 12 (4), 73-82.
- Smith, S. M., Cousins, G., Clyne, B., Allwright, S., O'Dowd, T. (2017) "Shared care across the interface between primary and specialty care in management of long term conditions", *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, No. 2.
- Solbakk, J.H. (2011) "Vulnerabilidad: ¿un principio fútil o útil en la ética de la asistencia sanitaria?", *Rev. Redbioética/Unesco*, 1(3), 89-101.
- Sotsky, S.M., Glass, D.R., Shea, M.T., Pilkonis, P.A., Collins, J.F., Elkin, I., Watkins, J.T., Imber, S.D., Leber, W.R., Moyer, J. (1991) "Patient predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: Findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program", *American Journal of Psychiatry*, 148 (8), 997-1008.
- Spates, C. R., Pagoto, S., Kalata, A. (2006) "A Qualitative And Quantitative Review of Behavioral Activation Treatment of Major Depressive Disorder", *The Behavior Analyst Today*, 7 (4), 508-518
- Stahl, S. M. (2011) *The Prescriber's Guide (Stahl's Essential Psychopharmacology)*, Cambridge University Press.

- Stassen, K. (2006) "Psicología del desarrollo: infancia y adolescencia", <http://books.google.com.pe/books?id=sGB87-HX-HQC&pg=PA46&dq=desarrollo+cognitivo+piaget&hl=en&sa=X&ei=6lFnVKykCMKjgwSCtoO4Ag&ved=0CBsQ6AEwAA#v=onepage&q=desarrollo%20cognitivo%20piaget&f=false>.
- Sutherland, J.E., Sutherland, S.J., Hoehns, J.D. (2003) "Achieving the best outcome in treatment of depression", *Journal of Family Practice*, 52 (3), 201-209.
- Taylor, G., McNeill, A., Girling, A., Farley, A., Lindson-Hawley, N., Aveyard, P. (2014) "Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis", *BMJ*, No. 348, g1151.
- Thase, ME (1999). "When are psychotherapy and pharmacotherapy combinations the treatment of choice for major depressive disorder?", *Psychiatric Quarterly*, 70 (4), 333-346.
- The Merck Manual of Diagnosis and Therapy (2001) "El grano y la criba de los tratamientos psicológicos", *Psicothema*, 13 (3), 523-529.
- Trivedi, M.H., Fava, M., Wisniewski, S.R., Thase, M.E., Quitkin, F., Warden, D., Ritz, L., Nierenberg, A.A., Lebowitz, B.D., Biggs, M.M., Luther, J.F., Shores-Wilson, K., Rush, A.J. (2006) "Medication augmentation after the failure of SSRIs for depression", *New England Journal of Medicine*, 354 (12), 1243-52.
- Turner, E.H., Matthews, A.M., Linardatos, E., Tell, R.A., Rosenthal, R. (2008) "Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy", *N. Engl. J. Med.*, 358 (3), 252-260.
- Turner, E.H., Rosenthal, R. (2008) "Efficacy of antidepressants", *BMJ*, 336 (7643), 516-517.
- Tuunainen, A., Kripke, D.F., Endo, T. (2004) "Light therapy for non-seasonal depression", *Cochrane Database Syst Rev*, 2.
- Unesco (Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e a Cultura) (2003) "Declaração internacional sobre os dados genéticos humanos", Paris: Unesco <http://bit.ly/2oDqgUt>.
- Unesco (Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e a Cultura) (2005) "Declaração universal sobre bioética

- e direitos humanos”, Genebra, Unesco, <http://bit.ly/2kgv9lt> 2.
- Unesco (Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e a Cultura) (1997) “Declaração universal sobre o genoma humano e os direitos humanos”, Paris, Unesco, <http://bit.ly/2oNe3x4>.
- Unesco (Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e a Cultura) (2013) *International Bioethics Committee. Report of IBC on the principle of respect for human vulnerability and personal integrity*, Paris, Unesco.
- União Europeia. Declaración de Barcelona y Asociación Euro-mediterránea (1998), <http://bit.ly/2oAwSBt>.
- Valenstein, M., McCarthy, J.F., Austin, K.L., Greden, J.F., Young, E.A., Blow, F.C. (2006) “What happened to lithium? Antidepressant augmentation in clinical settings”, *American Journal of Psychiatry*, 163 (7), 1219-1225.
- Vallejo Pareja, M. A. (2001) “Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo”, *Psicothema*, No. 13, 419-427.
- Vallina Fernández, O., Lemos Giráldez, S. (2001) “Tratamientos psicológicos eficaces para la esquizofrenia”, *Psicothema*, No. 13, 345-364.
- Van Voorhees, B. W., Smith, S., Ewigman, B. (2008) “Treat depressed teens with medication and psychotherapy”, *The Journal of Family Practice*, 57(11), 735-739a.
- Vázquez Jiménez, René et al. (2014) “SIG aplicado a la evaluación de vulnerabilidad por inundación en la ciudad de Tixtla, Guerrero, México”, XVI Congreso nacional de Tecnologías de la información geográfica, Alicante, 24-27 junio, dinalet.uniroja.es/servlet/articulo?codigo=5431158.
- Watts, M., Bohle, HG. (1993) “The space of vulnerability –the causal- structure of hunger and famine”, *Progress in Human Geography*, 17(1), 43-67.
- Warner, K. (ed.) (2007) *Perspective on Social Vulnerability*. United Nations University, Munich Re Foundation, Bornheim.
- Weissman, M.M., Markowitz, J.C., Klerman, G.L. (2000) *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*, New York, Basic Books.
- Winnicott, D. (1989) *Los bebés y sus madres*, Buenos Aires, Paidós.
- Winokur, A., DeMartinis, N.A., McNally, D.P., Gary, E.M.,

- Cormier, J.L., Gary, K.A. (2003) "Comparative effects of mirtazapine and fluoxetine on sleep physiology measures in patients with major depression and insomnia", *Journal of Clinical Psychiatry*, 64 (10), 1224-1229.
- Wirz-Justice, A., Benedetti, F., Berger, M., Lam, R.W., Martiny, K., Terman, M., Wu, J.C. (2005) "Chronotherapeutics (light and wake therapy) in affective disorders", *Psychological Medicine* 35 (7), 939-44.
- Zarzosa Espina, P. (1996) *Aproximación a la medición del bienestar social*, Valladolid, Universidad de Valladolid.
- Zimmerman, M.P., Zimmerman, M.A., Chelminski, I. (2005) "Is the cutoff to define remission on the Hamilton Rating Scale for Depression too high?", *J. Nerv Ment. Dis.*, 193(3), 170-175.
- Zisook, S., Rush, A.J., Haight, B.R., Clines, D.C., Rockett, C.B. (2006) "Use of bupropion in combination with serotonin reuptake inhibitors", *Biological Psychiatry*, 59 (3), 203-10.
- Zispin, Remeron, Mayers, A.G., Baldwin, D.S. (2005) "Antidepressants and their effect on sleep", *Human Psychopharmacology*, 20 (8), 533-59.

MONOGRAFIA BIOÉTICA-SOCIAL

BIOETHICS-SOCIAL MONOGRAPH

229

Investigación clínica en los contextos sociales de pobreza

Clinical research in the social contexts of poverty

DEMANDADO 14-2-2019 **REVISADO** 21-10-2019 **ACEPTADO** 27-4-2020

Damián del Percio

Bioeticista

Estudio Maglio y Asociados Abogados. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso), Fundación para la ética y la calidad en investigación clínica latinoamericana (Fecicla)

Palabras claves
Bioética, investigación clínica, pobreza

Key Words
Tourism, law, Bioethics clinical

RESUMEN La profunda consternación provocada por el tremendo aumento de la pobreza en Argentina durante la última década (PNUD, 2003), explica la razón del tratamiento de un tema que nos hermana con realidades similares de otros países. Parecería incluso que dado el preocupante contexto social que generan los altos niveles de pobreza, reflexionar sobre sus implicancias en diferentes ámbitos más que una elección se ha impuesto como una obligación.

Uno de los espacios donde la reflexión sobre estos extremos es procedente es en la investigación clínica multicéntrica multinacional. En ella intervienen gran cantidad de actores, con una correlativa heterogeneidad de intereses, niveles de poder, estructura organizacional, etc. En especial, esta disparidad de poderes y de situaciones relativas plantea serios problemas a la hora de evaluar los requerimientos a tener en

cuenta para que una investigación clínica sea ética - particularmente desde el punto de vista de la equidad en la selección de los sujetos de investigación y en el respeto por su autonomía-. Basta considerar que en un extremo de la ecuación se encuentran multinacionales de gran capacidad financiera, con recursos que frecuentemente superan con holgura las partidas presupuestarias en salud de países subdesarrollados, y en el otro extremo encontrarnos personas, en muchos casos enfermas, y que además, sobreviven en contextos sociales de pobreza en países en vías de desarrollo.

ABSTRACT The deep consternation caused by the tremendous increase in poverty in Argentina during the last decade (UNDP, 2003), explains the reason for the treatment of an issue that unites us with similar realities in other countries. It would even seem that given the worrying social context generated by the high levels of poverty, reflecting on its implications in different areas rather than a choice has been imposed as an obligation. One of the spaces where reflection on these extremes is appropriate is in multinational multicenter clinical research. A large number of actors intervene in it, with a correlative heterogeneity of interests, levels of power, organizational structure, etc. In particular, this disparity of powers and relative situations raises serious problems when evaluating the requirements to be taken into account for a clinical investigation to be ethical -particularly from the point of view of fairness in the selection of research subjects and respect for their autonomy. It is enough to consider that at one end of the equation there are multinationals with great financial capacity, with resources that frequently far exceed the health budgets of underdeveloped countries, and at the other end we find people, in many cases sick, and also, they survive in social contexts of poverty in developing countries.

1 Introducción

Este artículo propone la reflexión sobre el actor más débil del reparto: el sujeto de investigación. El análisis se centrará en deliberar sobre el concepto de vulnerabilidad, brindando una posible clasificación de las diferentes poblaciones vulnerables e introduciendo el concepto de "contexto social" como un elemento a tener en cuenta en la determinación de una población como vulnerable. En el siguiente punto se evalúa la

situación del sujeto vulnerable en situación de pobreza, dividiendo a la misma en dos estados: pobreza y pobreza absoluta. Este análisis se utiliza para evaluar la incidencia de cada tipo de pobreza sobre uno de los requisitos a tener en cuenta para que la investigación clínica sea ética: el respeto por la autonomía del sujeto de investigación.

A modo de brújula orientadora de la lectura del artículo, se plantean las siguientes interrogantes a las que se pretenderá dar una posible respuesta: ¿Cómo conceptualizar la "vulnerabilidad" y qué importancia tiene el contexto social en la definición?, ¿existe alguna relación entre pobreza, pobreza absoluta y autonomía de las personas en el ámbito de las investigaciones clínicas? por el contrario, ¿La autonomía transita por otro carril, independientemente de la condición de excluidos sociales de los potenciales sujetos de investigación?

2 Vulnerabilidad y contexto social

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

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

Como se observa en este acercamiento, se prioriza la casuística en lugar de recurrir a un grado de abstracción mayor que al objetivar, permita ahondar en la nota común que anudaría diferentes tipos de vulnerabilidades. Por eso, el alcance de este tipo de definiciones basadas en ejemplificaciones es algo vago e incluye tal cantidad de disímiles situaciones, que parece necesario realizar una reflexión previa sobre el concepto "vulnerabilidad".

Dos cuestiones relacionadas con este concepto tienen un nivel de vaguedad que es preciso acotar. Primero encontramos la cuestión terminológica intrínseca del concepto ¿qué quiere decir vulnerable? Y entonces, principalmente, ¿cuál es

la cadena invisible que jalona los diferentes tipos de vulnerabilidades?, y segundo ¿cuál es el alcance que tiene el concepto?, ¿sirve para dar cuenta del contexto social, donde cada situación de vulnerabilidad se inscribe o, en ocasiones, al primar el enfoque sobre la persona o grupo vulnerable, dicho contexto queda en un segundo plano casi imperceptible?

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

No se aplica aquí la crítica que condena las definiciones de conceptos por la negativa, toda vez que la propia "vulnerabilidad" refiere a una debilidad en el agente o grupo, que lo hace susceptible de una protección externa que compense la falta del propio amparo. En algún punto, y debido a múltiples circunstancias, las personas vulnerables no están "completas", sino que se encuentran en una situación de desmedro o privación. Sólo a modo de ilustración -y no de definición- de lo dicho, un ejemplo paradigmático del "sujeto vulnerable" es la persona enferma; la palabra "enfermo" alude al latín "infirmus", es decir, literalmente quien "no está firme", y por lo tanto señala una integridad incompleta.

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

El punto central de este tema se enfoca en considerar al contexto social de forma tal que sólo a través del mismo se pueda evaluar la vulnerabilidad de determinados grupos. Se entiende por contexto social la particular estructura que presenta una sociedad, en relación con las características que pre-

uenta su organización social -dividida en clases, estamentos, castas, etc.-; económica capitalista, en todas sus variantes, o socialista-; religiosa -teocracia, existencia de diversidad de cultos, etc.-; étnica -presencia de diversas culturas en un mismo país entre otras características relevantes que le otorgan a esa sociedad una determinada identidad. Además de estas categorías mencionadas, el contexto social dependerá también de las características propias de cada una de ellas. Así, caracterizar a una sociedad como capitalista aporta pocos datos concretos sobre, por ejemplo, la forma en que se distribuye la riqueza en su seno; o caracterizarla como pluricultural nada dice sobre los niveles reales de tolerancia hacia las minorías. El contexto social entonces, se integra por las categorías relevantes para caracterizarlo y por las especificidades propias de cada una de ellas.

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

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

- En el primer grupo, la vulnerabilidad estaría enlazada con alguna característica propia del individuo y a la vez "científicamente objetiva"⁵⁰, que pueda provocar una falta de capacidad en la defensa de sus derechos e intereses enfermedad física o psíquica, minoría de edad, género -en algunas culturas-, etcétera⁵¹.
- En el segundo se evalúa al sujeto en relación a una determinada posición o situación subordinada que él mismo ocupe en un medio grupal jerarquizado específico, empleados administrativos de clínicas u hospitales, presos, reclutas de fuerzas armadas, estudiantes de ciencias médicas o afines, etcétera.
- El tercer grupo se refiere a grupos o personas representantes de determinados grupos discriminados negativamente en su contexto social por cuestiones de posición social, etéreas, de género, religiosas, de origen étnico, por ser portadores de determinada enfermedad, etcétera.
- En el cuarto grupo se encuentran los diferentes tipos de interrelaciones que pueden existir entre los tres tipos de vulnerabilidades referidas, pudiendo comúnmente presentarse las tres juntas, como sería el caso, por ejemplo, de una menor pobre, encarcelada y con sida.

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

⁵⁰ En este apartado, la característica de la persona que pueda provocar esta incapacidad para defender sus derechos e intereses debe ser "científicamente objetiva". Las discriminaciones negativas basadas en cuestiones subjetivas que tengan como efecto generar la incapacidad precitada estarían citadas en el tercer grupo.

⁵¹ No es adecuado que las mujeres deban ser consideradas población vulnerable, excepto que sean discriminadas negativamente en su contexto social.

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

3 Pobreza y vulnerabilidad

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

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

Pero esta definición de pobreza, centrada en el ingreso es deficiente porque muestra una imagen parcial de la problemática, ya que hay muchas formas en las que se puede ser "pobre" al estar excluido, o tener un acceso insuficiente, a ciertos "bienes sociales"; y además, es claro que la privación se define en un determinado contexto histórico y social. Por ejemplo, los analfabetos están excluidos del aprendizaje y de la comunicación con el otro; quienes no participan en los procesos de toma de decisiones que afectan su vida, son también excluidos en el área de la política; quienes no disponen de tratamientos probados para sus dolencias son excluidos del derecho al acceso a la salud. Estos y otros ejemplos de "exclusiones" son invisibles para un abordaje focalizado en el ingreso o consumo de las personas. Por ello el paradigma del Desarrollo Humano propone una concepción de la pobreza abarcadora de las múltiples dimensiones de la misma. En esta perspectiva, la pobreza significa la privación de una vida larga,

sana y creativa; del disfrute de un nivel decente de vida; de la libertad, la dignidad y el respeto por sí mismo y por los demás (PNUD, 2003).

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

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

En especial, para el caso de la medición de la pobreza humana, el PNUD posee dos índices distintos según el grado de desarrollo de los países, uno mide la pobreza humana en países en desarrollo (IPH-1)⁵², Y el otro en países seleccionados de la OCDE (IPH-2). El PNUD toma como base el índice de Desarrollo Humano y mide las privaciones en sus tres aspectos básicos:

- 1 Disfrutar de una vida larga y saludable: la vulnerabilidad de morir a una edad relativamente temprana, medida según la probabilidad al nacer de no vivir hasta los 40 años.

⁵² El Informe sobre Desarrollo Humano de 1997 introdujo el índice de pobreza humana (IPH), el cual se centra en la proporción de personas que viven bajo un cierto umbral en relación con aspectos básicos del Desarrollo Humano, al igual que el recuento de la pobreza mide la proporción de personas que están por debajo de un cierto umbral en materia de ingresos.

- 2 Disponer de educación: exclusión del mundo de la lectura y las comunicaciones, medida según la tasa de analfabetismo de adultos.
- 3 Tener un nivel de vida digno: falta de acceso a suministros económicos generales, medido según el promedio ponderado de dos indicadores, el porcentaje de la población sin acceso sostenible a una fuente de agua mejorada y el porcentaje de niños con peso insuficiente para su edad (PNUD, 2004)⁵³.

Pero no toda pobreza es equivalente. Cuando alcanza límites intolerables, incompatibles con la satisfacción de las necesidades básicas de las personas, -que en términos económicos el PNUD ha establecido para aquellas personas que sobreviven con menos de un dólar diario- se habla de pobreza absoluta. La diferencia de grado que existe entre pobreza y pobreza absoluta implica también una diferencia cualitativa. El premio nobel de economía Amartya Sen, en un lúcido abordaje, enseña que la pobreza es "un ataque contra la libertad ", ya que -po-demos inferir- restringe severamente y/o elimina en los hechos, aquellas opciones que el individuo pudo haber configurado en su fuero interno al trazar su plan de vida. Lo que la pobreza no permite es un desarrollo adecuado de las capacidades fundamentales --o como las llamaría Sen "libertades"- del individuo -nivel de asociatividad, de educación, etc.-, necesarias para alcanzar sus objetivos. Al no permitir un correlato entre las aspiraciones -fines- del individuo y la obtención de los medios indispensables para alcanzarlas, la pobreza genera frustración y modela ciudadanos "incompletos". Pero a pesar de ésta y otras tantas graves consecuencias, los pobres están incluidos en los márgenes del sistema.

⁵³ Originalmente, la medida de privación de un nivel de vida digno también incluía un indicador de acceso a los servicios de salud. Sin embargo, debido a la falta de datos fiables de los últimos años sobre acceso a estos servicios, la privación de un nivel de vida digno en el Informe de este año (2004) se mide con dos en lugar de tres indicadores: el porcentaje de la población sin acceso sostenible a una fuente de agua mejorada y el porcentaje de niños con peso insuficiente para su edad. Informe sobre Desarrollo Humano 2004. La libertad cultural en el mundo diverso de hoy. PNUD, Mundi-Prensa Libros Madrid-Barcelona-México, 2004.

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

Llegados a este punto, es necesario remarcar una diferencia sustancial entre pobreza y pobreza absoluta, relacionada con el tema que nos ocupa: las personas en situación de pobreza conservan, en principio y en relación con esa variable, la posibilidad de ejercer su autonomía, es decir, de poseer la capacidad de tomar decisiones, de darse para sí sus propias normas voluntaria y razonadamente. Es importante resaltar que en este trabajo se entiende como autonomía a una capacidad del individuo y que depende de su intelecto. Esta capacidad intrínseca es la que permite que el individuo fije sus metas y fines. A fines analíticos, la autonomía tendría dos componentes. Uno se encuentra en el fuero interno de la persona: la razón. La capacidad de razonar permite a la persona darse sus propias normas, así como fijarse sus fines y metas en su plan de vida. El otro componente está estrechamente vinculado con el medio social, y se identifica con la libertad que tiene el individuo para obtener los medios necesarios que efectivicen su plan de vida⁵⁴.

⁵⁴ Las teorías sobre el autocontrol y la autorregulación de la propia vida, tales como las propuestas de Piaget, Kohlberg, Bandura, señalan que la autonomía procede de la heteronomía. El desarrollo de la autorregulación y de la autodeterminación requiere la internalización de normas y valores. En el origen, la conducta de una persona es regulada por los agentes externos, a través de distintos medios de presión, y la regulación autónoma se hace posible cuando el sujeto internaliza y hace suyos esos controles que inicialmente eran externos.

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

Acceder a las opciones que el individuo se re-presenta en su fuero interno, depende de un correlativo desarrollo de sus capacidades fundamentales a través de la adquisición de los medios necesarios para cristalizarlas. En principio, las personas en situación de pobreza continúan en posesión de la potencialidad psicofísica necesaria para desarrollarlas. Pero esto es, justamente lo que pueden no poseer quienes se encuentran inmersos en la pobreza absoluta. En tanto ella ataca la posibilidad de obtener el sustento básico que permita una vida psicofísica normal, puede conllevar, entre otros efectos adversos, a la desnutrición. Es importante detenernos en este potencial efecto debido a las graves consecuencias que trae adosadas. Es sabido que la desnutrición altera distintos órganos y sistemas. Una de las consecuencias más serias para las generaciones futuras es que la desnutrición afecta el sistema nervioso, en especial el desarrollo cerebral intrauterino y conduce a una disminución persistente del número de células y del tamaño cerebral, por lo cual cuando ésta es severa y temprana hay deterioro irreversible del desarrollo intelectual (Montero y Senderey, 1997). Si la autonomía del sujeto depende, en primer lugar, del desarrollo de su capacidad para tomar decisiones en forma consciente y razonada; altos niveles de este tipo de pobreza persistentes en el tiempo, pueden dar lugar a futuras sociedades compuestas por personas carentes de autonomía, o con dicha capacidad gravemente disminuida.

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

Se presenta una situación en la que debemos distinguir entre pobreza y pobreza absoluta, para determinar si la persona posee autonomía suficiente para una toma de decisiones razonada. Podríamos considerar que las personas pobres conservan su capacidad de razonamiento, pero pierden algo, gran parte o toda la libertad necesaria para poder llevar adelante su plan de vida. Las personas absolutamente pobres, además de perder su libertad, pierden o ven disminuida, en ocasiones, su capacidad de razonamiento debido al efecto psicofísico que produce sobrevivir en condiciones paupérrimas.

Es cierto que en la práctica existen gradaciones entre ambos tipos de pobreza, lo que a menudo tomará difusa la frontera entre ambos conceptos, pero aun así la distinción es oportuna porque apunta a considerar a la persona en estado de pobreza como un ser con obvia capacidad de razonamiento, aunque no completamente libre, y por tanto con su autonomía dañada en uno de sus componentes. Ello porque no puede decidir entre un amplio abanico de opciones sobre las que potencialmente podría seleccionar, ya que la pobreza se lo restringe. En la práctica esta dilucidación acerca del grado de afectación que tenga el componente razón, y que refleja, en

el potencial sujeto de investigación, la capacidad para otorgar un Consentimiento Informado aunado dependerá de la experiencia y entrenamiento del investigador. En caso de dudas los Comités de Ética en Investigación pueden colaborar con el investigador a fin de determinar el nivel de comprensión del sujeto.

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

- 1 Personas catalogadas como pobres en su contexto social que si bien no pueden defender sus derechos e intereses por carencia de medios, no han perdido su capacidad de razonamiento y comprenden la información relevante que obra en el Consentimiento Informado. Según la definición de "vulnerables", estas personas han perdido en gran medida la libertad que implica poder elegir y cristalizar determinadas opciones y, compelidos por la pobreza deben conformarse con actuar en el estrecho margen de decisión que sus condiciones de vida le permiten.
- 2 Personas catalogadas como pobres en su contexto social que no pueden defender sus derechos e intereses no sólo por carencia de medios, sino también porque a raíz de su situación de pobreza han visto comprometidos ambos componentes de su autonomía, al no poseer tampoco la capacidad intelectual suficiente para comprender cabalmente la información relevante que obra en el Consentimiento Informado. Claramente estas personas son doblemente "vulnerables", por carencia de libertad y de raciocinio.

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

Por otro lado, si se investigan tratamientos para combatir dolencias que son características de esa población vulnera-

bles, ¿no deberían ser incluidas? Una aplicación tradicional del principio de Justicia contestaría afirmativamente, ya que si bien, en principio, debe evitarse exponer a poblaciones vulnerables a investigaciones clínicas farmacológicas, la excepción es que -y este sería el caso- dicha investigación esté dirigida a lograr un tratamiento para la dolencia que caracteriza a esa población como vulnerable.

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

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

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

Por lo tanto la propuesta es que, aun con las dificultades prácticas que conlleva realizar una diferenciación clara en la teoría, como es la de discriminar entre los efectos de los dos tipos de pobreza precitados, esto igualmente debe intentarse. En caso de duda sobre la capacidad de comprensión del sujeto, motivada por cuestiones ajenas a la capacidad explicativa o estrategias utilizadas por el investigador, debería excluirse al potencial sujeto de investigación como medida de protección; excepto que la investigación tenga por objetivo desarrollar un tratamiento para la enfermedad que motiva esa falta de comprensión. Si se tratara de investigaciones sobre otras dolencias y siempre que el investigador considere que la persona ha comprendido cabalmente lo que significa su participación en el estudio, excluir a la persona en situación de pobreza del mismo no haría más que acentuar la discriminación social negativa que ya sufre. Por lo tanto, sólo en aquellos casos en que quien toma el Consentimiento Informado está convencido que la persona ha comprendido efectivamente en qué consiste el estudio podrá aceptar que el sujeto participe del procedimiento de screening y, si fuera el caso, del ulterior enrolamiento.

Las protecciones que se deben otorgar a la población vulnerable: "personas en situación de pobreza" -que pueden otorgar un consentimiento válido-, no deben estar relacionadas con su exclusión sistemática de las investigaciones, sino que deben ser tenidas en cuenta en una selección socialmente representativa en relación con la población anfitriona; ello significa que tampoco deben ser los participantes exclusivos de los estudios. Se trata de lograr un justo equilibrio entre las dos posturas extremas: la de explotación y la de exclusión total. Además debe vigilarse el estricto reembolso por parte

del patrocinante de cualquier gasto -transporte, comidas, etc.- o carga -lucro cesante, pérdida de presentismo, etc.⁵⁵- que le insuma participar en la investigación. Por otro lado, y en relación con las obligaciones del patrocinante una vez finalizada la investigación, el mismo debe asegurarle la provisión del tratamiento -obviamente si ha demostrado efectividad- hasta que el sujeto pueda acceder efectivamente al mismo. Este es un tema que genera polémica y tratarlo adecuadamente llevaría a la redacción de un artículo independiente; de todas formas como opción mínima, no es exagerado solicitar al patrocinante que se beneficia con una patente exclusiva por 20 años, que le provea el tratamiento al participante del estudio pues ha puesto su cuerpo y su tiempo sujeto hasta, por lo menos, el vencimiento de dicha patente, ya que es durante ese periodo cuando el patrocinante recibe las mayores ganancias y por ende es de prever que el impacto económico de esta provisión le será más soportable.

4 Conclusiones

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

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

⁵⁵ La pobreza no es privativa de los desempleados, está tristemente demostrado que aún asalariados pueden serlo.

La distinción entre pobreza y pobreza absoluta busca reafirmar que no toda pobreza es similar y, por ende, tampoco lo serán las consecuencias que de ello se desprendan. En particular, el grado de afectación de estas consecuencias sobre los componentes que conforman la autonomía, será mayor en el caso de sujetos inmersos en situaciones de pobreza absoluta. Aunque esta disquisición es teórica tiene relevancia práctica, porque permite realizar una suerte de gradación de la autonomía, y por ende, posibilita que quienes aún posean el componente interno "razón", puedan ser tenidos en cuenta a fin de brindarles la posibilidad de ingresar a una investigación clínica. Pero aún en estos casos, el investigador que tome el Consentimiento Informado -con la colaboración de miembros del Comité de Ética, si fuera necesario- deberá evaluar si el sujeto comprende la información suministrada; en caso de dudas podrá requerir la presencia de un miembro del Comité de Ética que coevalúe la capacidad de comprensión del sujeto y si las mismas persistieren no debería incluir al sujeto en el estudio. Esta ampliación de la posibilidad de reclutar personas pobres con capacidad de comprensión del Conocimiento Informado, que en muchos países sub-desarrollados es la mayoría de la población, obedece a evitar un paternalismo que aunque bien intencionado puede dar como resultado evitar que muchas personas aprovechen una oportunidad -- quizás única- de acceder a un tratamiento u otros beneficios; aunque con las salvedades ya referidas.

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

Bibliografía

Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS-WHO) (2012) *International ethical guidelines for biomedical research involving human subjects*, www.cioms.ch.

Montero, J.C., Senderey, S. (1997) *Obesidad en el adulto: etiología, fisiopatología, clínica y tratamiento*, Buenos Aires, D&P.

246

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2004) *Informe sobre desarrollo humano 2004. La libertad cultural en el mundo diverso de hoy*, Madrid, PNUD, Mundi-Prensa.

- (2003) *Aportes para el desarrollo humano de la Argentina*, Buenos Aires, PNUD, 2 edc.

Roxin, C. (1972) *Sistema del derecho penal y política criminal*, Barcelona, Bosch.

Salinas, R.D. (2000) *Alimentos y nutrición. Introducción a la bromatología*, Buenos Aires, El Ateneo.

Currículum de los autores

Authors'CV

Drane, James F.⁵⁶

LA CONTRIBUCIÓN DE JAMES DRANE A LA BIOÉTICA IBEROAMERICANA James Francis Drane es uno de los fundadores de la bioética. En los años 1960 y 1970 trabajó con Daniel Callahan, André Hellegers, Edmund Pellegrino, David C. Thomasma, Warren T. Reich, Mark Siegler, Warren Reich, Stepehn Toulmin, Thomas Beauchamp, Albert Jonsen o H. Tristram Engelhardt para que los nuevos problemas éticos que aparecían en el campo médico y en la investigación con seres humanos fueran tratados de otra manera. Los nuevos problemas hacían necesario desarrollar nuevos métodos para abordarlos. Otras vías para afrontar los conflictos éticos que aparecían en biomedicina. James Drane tuvo un papel fundamental en esos inicios.

Dos de las características de James Drane como bioeticista han sido, por una parte su aplicación de la ética de la virtud a la medicina y, por otra, su influencia en la bioética iberoamericana. Sin olvidar las aportaciones realizadas, por ejemplo, en psiquiatría. En la exposición comenzaré por describir su fructuosa relación intelectual y personal con España y Latinoamérica. Tras ello analizaré dos aspectos muy relevantes sobre la aportación de J. Drane a la bioética, la "escala móvil" para valoración de la competencia y la aplicación de la ética de la virtud a la relación clínica.

JAMES DRANE EN ESPAÑA Y LATINOAMÉRICA. UNA RELACIÓN DE IDA Y VUELTA James Drane en España. J. Drane era un sacerdote estadounidense formado en teología en la Universidad Gregoriana de Roma. Tras ser ordenado en 1956, se dedica a la enseñanza en el Seminario de Little Rock. Al poco tiempo de comenzar su tarea docente, el obispo le envía a Madrid para doctorarse en la Universidad Complutense. Su director de tesis sería el filósofo español José Luis López Aranguren, catedrático de Ética en dicha universidad. J. Drane se doctora en 1963, con una tesis dirigida por José Luis López Aranguren llamada "Las bases de la tolerancia", sobre libertad religiosa y tolerancia. La idea de la apertura de la iglesia a los nuevos tiempos, sin rechazar sus dogmas principales, ha sido una constante durante toda la obra de J. Drane. Su objetivo con la tesis doctoral era humanizar y flexibilizar la ortodoxia católica. Curioso tema en la España del nacionalcatolicismo, donde la tolerancia precisamente brillaba por su ausencia. El encuentro con Aranguren será fundamental en el desarrollo intelectual de J. Drane. Lo considerará su maestro el resto de su vida. Una deuda intelectual que ha tenido siempre presente.

Después de doctorarse en España regresa a Estados Unidos para continuar con su labor sacerdotal. La vida de J. Drane sufre un cam-

⁵⁶ edinboro.edu/academics/institutes/bioethics.

bio de rumbo en 1967 cuando, tras conocer los problemas de muchas parejas y basándose en la formación recibida en la Universidad Gregoriana, publica unos artículos en *Arkansas Gazette* (después difundidos en *Life Magazine*) que cuestionaban la postura oficial tradicional de la Iglesia católica respecto al control de la natalidad. Básicamente J. Drane defendía el uso de métodos anticonceptivos en parejas que no querían tener más hijos y deseaban seguir disfrutando de una vida íntima.

Sin mediar palabra, J. Drane recibió una carta del obispado suspendiéndole del ejercicio sacerdotal. J. Drane argumentó ante el obispo Albert L. Fletcher que lo que defendía no contravenía ningún principio ético, que no estaba contra la moral. Pero Albert L. Fletcher consideraba que estaba fuera de la doctrina de la iglesia, de manera que se le prohibía ejercer el sacerdocio y era expulsado del seminario. El caso fue discutido en Roma, donde se ratificó la decisión del obispado. Le ofrecieron ser destinado a una lejana parroquia y guardar silencio, o retractarse públicamente. Rechazó ambas cosas y solicitó ser destinado al estado laico. Los artículos de J. Drane tuvieron un enorme impacto dentro del ámbito católico y en la sociedad norteamericana, y sus tesis le abrirían otros caminos.

En 1967, J. Drane tenía 37 años y se encontraba sin posibilidades de trabajar en el ámbito que había constituido toda su vida, la iglesia católica. Serían personas de otras confesiones las que le ayudarían. James Gustafson, profesor de ética protestante en la Universidad de Yale, le invitó a su universidad. En Yale J. Drane continuó denunciando la postura de la iglesia católica respecto al control de la natalidad, publicando un libro imprescindible para entender los inicios de la bioética, *Authority and Institution: A Study in Church Crisis*. En la Universidad de Yale conoce a una persona fundamental en su vida y en el nacimiento de la bioética, Daniel Callahan. Gracias a una beca de la Fundación Ford, J. Drane y D. Callahan viajan por distintos países del mundo para estudiar el aborto en diferentes culturas. Fruto del viaje D. Callahan publica otro libro clave en los albores de la bioética, *Abortion: Law, Choice and Morality*.

Los nuevos problemas éticos de la medicina, de la tecnología en el final de la vida, la aparición de los primeros comités de ética, las cuestiones que suscitaba el aborto o la investigación con seres humanos, empujaban para que apareciera la nueva disciplina. Son los años en los que D. Callahan funda el Hastings Center (considerado el primer centro de bioética, en 1969) y cuando Andre Hellegers crea el Kennedy Institute en la Universidad de Georgetown. J. Drane acepta una oferta de la Universidad de Pennsylvania en Edinboro para trabajar en la nueva disciplina que se estaba desarrollando, la bioética.

En la Universidad de Pennsylvania en Edinboro J. Drane desarrolla una tarea docente y editorial muy destacada. Pero inquieto y viajero, en 1987 regresa a España para trabajar con Pedro Laín Entralgo, al que había conocido a través de José Luis Aranguren, en los aspectos éticos de la relación clínica.

La experiencia con Aranguren y con Laín Entralgo le llevan a desarrollar una teoría de la relación clínica y de la profesión médica más humanas, a diferencia de la relación mercantilizada vigente en Estados Unidos. La relación del médico con el paciente tiene que incorporar la idea de carácter y de virtud. Las virtudes del médico son centrales. En 1988 publica el libro más conocido de J. Drane, *Becoming A Good Doctor: The Place of Virtue and Character in medical Ethics*, donde desarrolla su teoría de la virtud aplicada a la medicina.

Durante la estancia en Madrid conoce a algunos de los bioeticistas españoles de la primera generación, entre ellos Javier Gafo y Diego Gracia. La influencia de J. Drane sobre la primera generación de bioeticistas españoles es fundamental. Les muestra lo que se está haciendo en Estados Unidos en esta disciplina. Diego Gracia viaja con J. Drane a Estados Unidos para conocerlo de primera mano. En gran medida, el giro de Diego Gracia desde la antropología médica de Pedro Laín Entralgo a la bioética fue facilitado por J. Drane. Un cambio fundamental para su posterior desarrollo intelectual. La relación posterior de J. Drane con los bioeticistas españoles ha sido enormemente fructífera. Por ejemplo con Miguel Ángel Sánchez González o con Miguel Capó.

JAMES DRANE EN LATINOAMÉRICA Otro momento relevante para entender la influencia de J. Drane en la bioética iberoamericana se sitúa también a finales de los años 1980. La Oficina Panamericana de Salud, sección americana de la Organización Mundial de la Salud (OPS), tras una serie de escándalos con las farmacéuticas norteamericanas en latinoamérica, escoge a J. Drane para trabajar en el departamento legal de la OPS con el fin de introducir los nuevos conceptos que aportaba la bioética al campo de la investigación con seres humanos. J. Drane buscó las personas clave para que se pudiera trabajar en esta disciplina desconocida en Latinoamérica, y puso además en marcha programas formativos para que la bioética fuera difundida en Latinoamérica. Tras jubilarse en 1992, la Universidad de Pennsylvania en Edinboro crea el "James F. Drane Bioethics Institute", desde donde J. Drane continuaría colaborando con la OPS en latinoamérica, y 61 desarrollando programas formativos y de investigación para estudiantes y profesores latinoamericanos y europeos. El objetivo de los programas del "James F. Drane Bioethics Institute" (que se mantienen en la actualidad), es que los estudiantes y profesores trabajen por la bioética latinoamericana.

Tras jubilarse en 1992, la Universidad de Pennsylvania en Edinboro crea el "James F. Drane Bioethics Institute", desde donde J. Drane continúa colaborando con la OPS en Latinoamérica, y desarrollando programas formativos y de investigación para estudiantes y profesores latinoamericanos y europeos. El objetivo de los programas del "James F. Drane Bioethics Institute" (que se mantienen en la actualidad), es que estos estudiantes y profesores trabajen por la bioética iberoamericana.

Fernández-Carrión, Miguel-Héctor⁵⁸

Doctor en Historia por la Universidad Complutense de Madrid y doctorado (con Diploma de Estudios Avanzados) en Economía por la Universidad Nacional de Educación a Distancia en Madrid. Ha sido docente y/o investigador en el Centre d'Analyse et d'Intervention Sociologiques en la Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales de Paris (EHESS, Francia. Invitado por Alain Touraine); Facultad de Ciencias Políticas y Sociales y Facultad de Economía de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires (UBA, Argentina); Facultad de Geografía e Historia y Facultad de Ciencias de la Información de la Universidad Complutense de Madrid y Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Salamanca (España), entre otras instituciones académicas. Fundador y presidente del Centro de Investigación y de Estudios de América Latina A.C., Academia de las Ciencias de América Latina y Europa, Instituto Libre de Educación en entorno Digital y Centro de Investigación de Estudios Comparados de América Latina, con sede en México. Asimismo, es fundador y presidente del Centro Internacional de Estudios e Investigaciones Científicas, Instituto de Estudios de Historia y Economía y Centro y Centro Internacional de Estudios y de Creación Artística y Literaria, con sede académica en la Universidad Complutense de Madrid (España). Investigador colaborador de la Universidad Nacional Autónoma de México y de la Universidad Autónoma del Estado de México. Director y editor de la revista indexada *Vectores de Investigación*.

Autor de numerosos libros y artículos publicados en revistas arbitradas e indexadas sobre Ciencias Sociales (Economía Política, Sociología, Historia), Humanidades (Geografía, Filosofía, Literatura, Arte) y Ciencias de la Salud (Bioética, Psicoanálisis), en Estados Unidos, España, Francia, Argentina, Brasil... y México.

LIBROS Neuroética y neurobioética contemporánea, Madrid-México, Albahaca Publicaciones, APublicaciones CIEAL, 2020. ISBN 978-84-87372-29-2. *Desastres naturales. Metodología, análisis y bioética*,

⁵⁷ "La contribución de James a la bioética", *IX Seminario Internacional de Biomedicina, ética y derechos humanos*, [2016], <https://www.institutoeticaclinica.org/wp-content/uploads/La-contribucion-de-James-Drane-a-la-bioetica.pdf> y "La contribución de James a la bioética iberoamericana", Benjamín Herreros et al., *La bioética en España y Latinoamérica*, Madrid, Universidad Europea et al., 2016, 91-100.

⁵⁸ "Miguel-Héctor Fernández-Carrión", <https://www.miguel-hector-fernandez-carrion.com>, dianet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=24-30738, <https://scholar.google.com.mx/citations?user=0Ms1qQoA-AAJ&hl=es>, <https://ideas.repec.org/f/pfe450.html>, <https://orcid.org/0000-0002-1444-1494> y <https://publons.com/researcher/2297-515/miguel-hector-fernandez-carrion/>.

Madrid-México, Albahaca Publicaciones, APublicaciones CIEAL, 2020. ISBN 978-84-87372-28-5. *Cultura de paz, educación y salud*, Jerónimo Amado López Arriaga, MHFC (edición), Madrid-México, Albahaca Publicaciones, APublicaciones CIEAL, 2020. ISBN 978-84-87372-27-8. *Tanatología. Ante el final del ciclo de la vida*, MHFC (edición), Madrid-México, Albahaca Publicaciones, APublicaciones CIEAL, 2020. ISBN 978-84-87372-26-1. *Nuevos aprendizajes y distintos modelos educativos*, MHFC (edición), Madrid-México, Albahaca Publicaciones, APublicaciones CIEAL, 2020. ISBN 978-84-87372-24-7. *Nuevas tecnologías en la educación*, MHFC (edición), Madrid-México, Albahaca Publicaciones, APublicaciones CIEAL, 2020. ISBN 978-84-87372-25-4. *Educación actual. Investigación educativa*, MHFC (edición), Madrid-México, Albahaca Publicaciones, APublicaciones CIEAL, 2020. ISBN 978-84-87372-23-0. *Educación actual. Momento presente*, MHFC (edición), Madrid-México, Albahaca Publicaciones, APublicaciones CIEAL, 2020. ISBN 978-84-87372-22-3. *Educación actual. Proceso de cambio*, MHFC (edición), México, Albahaca Publicaciones, Editorial Torres Asociados, 2019. ISBN 978-84-87372-19-3. *Obras completas II Desastres, voluntades anticipadas y bioética*, Octavio Márquez Mendoza, MHFC (edición), México, Albahaca Publicaciones, 2019. ISBN 978-84-87372-21-6. *Educación y salud. Desde el ámbito académico y profesional*, Jerónimo Amado López Arriaga, MHFC, Octavio Márquez Mendoza (coordinadores), México APublicaciones CIEAL, Albahaca Publicaciones, 2019. ISBN 978-84-87372-20-9. *Educación actual: entre el pasado y el futuro*, MHFC (edición), México, Editorial Torres Asociados y Albahaca Publicaciones, 2018. ISBN 978-607-97819-3-4. *Depresión en adolescentes, factor de vulnerabilidad cognitiva*, Marcela Veytia-López, MHFC (edición), México, Editorial Torres Asociados, 2018. ISBN 978-607-97819-4-1. *Obras completas. I Bioética, neurociencia y salud mental*, Octavio Márquez Mendoza, MHFC (edición), México, Editorial Torres Asociados, 2017. ISBN 978-607-7945-97-0. *Bioética. El final de la vida y las voluntades anticipadas*, MHFC, et al. (coordinadores), Barcelona-México, Editorial Gedisa et al., 2017 ISBN 97-84-16919-54-3.

CAPÍTULOS DE LIBROS INDIVIDUALES “Proceso de cambio educativo en el siglo XXI. La gestión del aula y la autoridad del alumno”, *Educación actual. Proceso de cambio*, MHFC (edición), México, Albahaca Publicaciones, Editorial Torres Asociados, 2019. ISBN 978-84-87372-19-3, 9-48. “Didáctica y currícula”, *Educación actual. Proceso de cambio*, MHFC (edición), México, Albahaca Publicaciones, Editorial Torres Asociados, 2019. ISBN 978-84-87372-19-3, 81-111. “Desastres, voluntades anticipadas y bioética”, *Obras completas II Desastres, voluntades anticipadas y bioética*, Octavio Márquez Mendoza, MHFC (edición), México, Albahaca Publicaciones, 2019. ISBN 978-84-87372-21-6, 21-238. “La educación de principios del siglo XXI”, *Educación y salud. Desde el ámbito académico y profesional*, Jerónimo Amado López Arriaga, MHFC, Octavio Márquez Mendoza (coordinadores), México APublicaciones CIEAL, Albahaca Publicaciones,

2019. ISBN 978-84-87372-20-9, 105-117. "Introducción. Vulnerabilidad cognitiva asociada a la depresión adolescente", *Depresión en adolescentes, factor de vulnerabilidad cognitiva*, Marcela Veytia-López, MHFC (edición), México, Editorial Torres Asociados, 2018. ISBN 978-607-97819-4-1, 11-104. "Introducción. La educación de principios del siglo XXI", *Educación actual: entre el pasado y el futuro*, MHFC (edición), México, Editorial Torres Asociados y Albahaca Publicaciones, 2018. ISBN 978-607-97819-3-4, 11-22. "La educación digital", *Educación actual: entre el pasado y el futuro*, MHFC (edición), México, Editorial Torres Asociados y Albahaca Publicaciones, 2018. ISBN 978-607-97819-3-4, 37-47. "Introducción. Conceptualización y desarrollo de la bioética social latinoamericana", *Bioética. El final de la vida y las voluntades anticipadas*, MHFC et al. (coordinadores), México, Editorial Gedisa et al., 2017. ISBN 978-84-16919-54-3, 17-40. "Aspectos técnicos para la elaboración de documentos de voluntades anticipadas o testamento vital", *Bioética. El final de la vida y las voluntades anticipadas*, MHFC et al. (coordinadores), México, Editorial Gedisa et al., 2017. ISBN 978-84-16919-54-3, 59-80. "Introducción. Bioética, neurociencia y salud mental", *Obras completas. I Bioética, neurociencia y salud mental*, Octavio Márquez Mendoza, MHFC (edición), México, Editorial Torres Asociados, 2017. ISBN 978-607-7945-97-0, 9-146. "Incidencia del pensamiento complejo y la transdisciplinariedad ante el cambio educativo en la sociedad global", *Educación, complejidad y transdisciplinariedad*, María del Rosario Guerra González (coordinadora), México, Editorial Torres Asociados, 2016, ISBN 978-607-7945-78-9, 15-58. "De la multidisciplinariedad a la transdisciplinariedad: migración entre la realidad y la imagen", *Ciudad y comunicación*, Miguel Ángel Chaves Martín (edición), Madrid, Universidad Complutense de Madrid, ISBN 978-84-617-5575-2, 273-280. "Identidad, la defensa de lo propio y los derechos humanos", *Derechos humanos y genealogía de la dignidad en América Latina*, Ana Luisa Guerrero Guerrero et al. (coordinadores), México, UNAM, Porrúa et al, 2015, ISBN 978-607-401-917-9, 77-99. "Migración e imagen: de la multidisciplinariedad a la transdisciplinariedad", *Debates éticos con metodología transdisciplinaria*, María del Rosario Guerra González (coordinadora), México, Plaza y Valdés, 2014. ISBN 978-607-402-744-0, 187-227. "Políticas de responsabilidad social universitaria y su impacto en la sociedad: sociedad y educación", *Responsabilidad social universitaria. El reto de la construcción de ciudadanía*, Jorge Olvera García, Julio César Olvera García (coordinadores), México, Porrúa et al, 2014, 11-48.

CAPÍTULOS DE LIBROS COLECTIVOS "La enseñanza de la bioética para profesionales de la salud: una mirada transdisciplinaria", MHFC et al., *Educación y salud. Desde el ámbito académico y profesional*, Jerónimo Amado López Arriaga, MHFC, Octavio Márquez Mendoza (coordinadores), México APublicaciones CIEAL, Albahaca Publicaciones, 2019. ISBN 978-84-87372-20-9, 81-104. "Depresión. Incidencia de los sucesos vitales estresantes en adolescentes", MHFC et al., *Educación actual. Proceso de cambio*, MHFC (edición), México, Alba-

haca Publicaciones, Editorial Torres Asociados, 2019. ISBN 978-84-87372-19-3, 223-250. “La enseñanza de la bioética para profesionales de la salud: una mirada transdisciplinar”, *Educación actual: entre el pasado y el futuro*, MHFC (edición), México, Editorial Torres Asociados y Albahaca Publicaciones, 2018. ISBN 978-607-97819-3-4, 143-164. “La bioética latinoamericana”, MHFC et al., *La bioética en España y Latinoamérica*, Benjamín Herreros Ruiz-Valdepeñas y Fernando Bandrés Moya (coordinadores), Madrid, Universidad Europea et al., 2016. ISBN 978-84-617-6011-4, 47-72. “Historia de la bioética en América Latina”, MHFC et al., *Historia ilustrada de la bioética*, Benjamín Herreros Ruiz-Valdepeñas, Fernando Bandrés Moya, Madrid, Universidad Europea et al., 2015. ISBN 978-84-930018-9-0, 199-228.

ARTÍCULOS INDIVIDUALES “Prospectiva en la toma de decisiones dentro de un escenario crítico: crimen organizado global”, *Revista Vectores de Investigación, Journal of Comparative Studies Latin America*, Centro de Investigación de Estudios Comparados de América Latina, ISSN 1870-0128, E-ISSN online 2255-3371, 10(10), primer semestre 2018, 121-196. “Me duele Cataluña”, *Revista Vectores de Investigación, Journal of Comparative Studies Latin America*, Centro de Investigación de Estudios Comparados de América Latina, ISSN 1870-0128, E-ISSN online 2255-3371, 10(10), primer semestre 2018, 213-258. “Movimiento de indignados y la realidad cambiante”, *Revista Vectores de Investigación, Journal of Comparative Studies Latin America*, Centro de Investigación de Estudios Comparados de América Latina, ISSN 1870-0128, E-ISSN online 2255-3371, 10(10), primer semestre 2018, 11-13. “Predicciones, transdisciplinariedad e ideas”, *Revista Vectores de Investigación, Journal of Comparative Studies Latin America*, Centro de Investigación de Estudios Comparados de América Latina, ISSN 1870-0128, E-ISSN online 2255-3371, 10(10), primer semestre 2017, 9-10. “Historia de la bioética en América Latina”, *Revista Vectores de Investigación, Journal of Comparative Studies Latin America*, Centro de Investigación de Estudios Comparados de América Latina, ISSN 1870-0128, E-ISSN online 2255-3371, 10(10), primer semestre 2017, 57-95. “Bioética, neurociencia y salud mental” (reseña de libros), *Bioética*, Universidad Complutense de Madrid, ISSN 2445-0812, 14-15. “Primer aniversario de la Revista Vectores de Investigación: Homenaje a Einstein y Hawking”, *Revista Vectores de Investigación, Journal of Comparative Studies Latin America*, Centro de Investigación de Estudios Comparados de América Latina, ISSN 1870-0128, E-ISSN online 2255-3371, 10(10), primer semestre 2016, 9-11. “Antropoceno entre la realidad y la percepción transdisciplinar”, *Revista Vectores de Investigación, Journal of Comparative Studies Latin America*, Centro de Investigación de Estudios Comparados de América Latina, ISSN 1870-0128, E-ISSN online 2255-3371, 10(10), primer semestre 2016, 61-88. “Tecnología, economía y salud: Editorial”, *Revista Vectores de Investigación, Journal of Comparative Studies Latin America*, Centro de Investigación de Estudios Comparados de América Latina, ISSN 1870-

0128, E-ISSN online 2255-3371, 9(9), segundo semestre 2015, 7-10. **ARTÍCULOS COLECTIVOS** "The teaching of bioethics for health professionals from a transdisciplinary viewpoint", Octavio Márquez Mendoza, MHFC et al., *EACME Newsletter*, Maastricht (Holanda), Association of Centres of Medical Ethics, No. 52, august, 2019, 13-16. "Psicología del rumor y los desastres naturales", Octavio Márquez Mendoza, MHFC, *Seres psicoanalíticos*, Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo, 2(1), noviembre, 2017, 26-47. "Desastres naturales, psicoanálisis, política y rumores", Octavio Márquez Mendoza, MHFC, *Gaceta AMPAG*, Asociación Mexicana de Psicoterapia Analítica de Grupo, 1(10), octubre, 2017, 238-240. "Bioética, salud mental y los derechos humanos", Octavio Márquez Mendoza, MHFC et al., *Revista Redbioética/UNESCO*, ISSN 2077-9445, 2016, 2(14), 96-115. "Analysis of the problem of psychotherapy of mental health and administration in the area of bioethics", Octavio Márquez Mendoza, MHFC et al., *International Journal of Current Research*, [India], ISSN 0975-833X, 2016, december, 8(12), 44296-44298. "Gestión de la innovación tecnológica como respuesta a los paradigmas tecnológicos emergentes", Antonio Hidalgo Nuchera, Miguel-Héctor Fernández-Carrión, *Revista Vectores de Investigación*, *Journal of Comparative Studies Latin America*, Centro de Investigación de Estudios Comparados de América Latina, ISSN 1870-0128, E-ISSN online 2255-3371, 9(9), segundo semestre 2015, 31-52. "Desigualdad en el acceso a los derechos económicos en México", María del Rosario Guerra González, MHFC, *Revista Proyección*, Universidad Nacional de Cuyo (Argentina), ISSN 1852-0006, 8(17), 169-193

Kottow, Miguel⁵⁹

Médico Cirujano (1964) y Oftalmólogo (1967) de la Universidad de Chile. En 1978 se graduó como doctor en Medicina en la Universidad de Bonn, Alemania. En 1991 recibió el magister en Sociología en la Universidad de Hagen, Alemania. Desde el año 1990 ejerce como Profesor Titular en la Universidad de Chile

ARTÍCULOS INDIVIDUALES "Eutanasia: cuestión de vida o muerte", *Revista Chilena de salud pública*, mar. 30, 2015. "Maleficencia y la banalidad del mal: una reflexión bioética", *Revista Latinoamericana de bioética*, 2014. "Un mundo en el mundo", *Revista chilena de salud pública*, jul. 7, 2014. "El debate abortado", *Revista Chilena de salud pública*, nov. 6, 2014. "Erna imperatore: la forma de mirar en la ciencia de la ocupación", *Revista Chilena de salud pública*, nov. 7, 2014. "A Bioethical reflection on maleficence and the banality of evil", *Revista Latinoamericana de bioética*, jun. 1, 2014. "Timerosal y vacunación obligatoria", *Revista Chilena de salud pública*, 2014. "Humanidades médicas: ¿Decorativas o substantivas? El caso de literatura y medicina", *Revista Brasileira de educação médica*, 2014. "De Helsinki a Fortaleza: una declaración desangrada", *Revista Bio-*

⁵⁹ <https://uchile.academia.edu/miguelkottow>.

ética, 2014. "Vulnerabilidad entre derechos humanos y bioética. Relaciones tormentosas, conflictos insolutos", Derecho pucp, jan. 23, 2013. "Memoria de temas olvidados", *Revista Chilena de salud pública*, 2013. "Cuerpo, orden colonial e historia: entrevista a Alejandra Araya", *Revista Chilena de salud pública*, 2013. "Modernización reflexiva sobre bioética Un punto de conjunción entre la ciencia positivista y la bioética principialista", *Revista Latinoamericana de bioética*, 2012. "Modern reflexivity on bioethics: A nodal point between positivistic science an bioethical principlism", *Revista Latinoamericana de bioética*, dec. 1, 2012. "Debate sobre bioética aplicadas a la investigación en seres humanos", *Medwave*, 2012. "Ética clínica e investigación biomédica: Compatibilidad entre ser médico tratante y ser investigador clínico", *Medwave*, 2012. "Derechos explícitos, deberes vinculantes", *Revista Chilena de salud pública*, 2012. "Políticas públicas sanitarias, bioética y el caso de Chile", *Medwave*, 2012. "Bioética crítica en salud pública: ¿aguijón o encrucijada?", *Revista Chilena de salud pública*, 2012. "Regulación en bioética y la necesaria participación", *Revista Chilena de salud pública*, 2012. "Metrología de la incertidumbre: un estudio de las estadísticas vitales en Chile y Brasil", *Cadernos de saúde pública*, 2012. "Alfonso Gómez-Lobo: un diálogo inconcluso", *Revista Chilena de salud pública*, 2012. "Bioética pública: una propuesta", *Revista Bioética*, feb. 5, 2011. "Detección de seropositividad VIH en embarazadas: consideraciones bioéticas", *Revista Chilena de salud pública*, dec. 22, 2011. "Bioethics in Chile and the need for Latin American bioethics", *Bioethics around the globe*, 2011. "La deliberación bioética", *Praxis Revista de psicología*, 2011. "Public health transitions and the "New public health", *SpringerBriefs in public health*, 2011. "Public health and medical care", *SpringerBriefs in public health*, 2011. "Integrating bioethics in public health", *SpringerBriefs in public health*, 2011. "Rights and duties, needs, and merits", *SpringerBriefs in public health*, 2011. "On justice and health inequities", *SpringerBriefs in public health*, 2011. "Ethics of protection I: Theoretical fundaments", *SpringerBriefs in public health*, 2011. "Bioethics in public health", *SpringerBriefs in public health*, 2011. "Ethics and epidemiology", *SpringerBriefs in public health*, 2011. "Health care strategies", *SpringerBriefs in public health*, 2011. "Ethics of protection II: Basic outline", *SpringerBriefs in public health*, 2011. "Reacciones a la huelga de hambre", *Medwave*, 2011. "Aspectos didácticos en bioética intercultural", *Revista Brasileira de educação médica*, 2011. "Bioética de riesgos biomédicos", *Revista Bioética*, nov. 6, 2010. "Bioética en situaciones de catástrofe", *Revista Chilena de salud pública*, 2010. "Bioética en salud pública: protección y confianza en VIH/SIDA", *Revista Chilena de salud pública*, 2010. "Ethical quandaries posing as conflicts of interest", *Journal of Medical ethics*, 2010. "The improper use of research placebos", *Journal of Evaluation in clinical practice*, 2010. "Empirical bioethics, a critical view", *Revista Latinoamericana de bioética*, jun. 1, 2009. "Bioética empírica-una mirada crítica", *Revista Latinoamericana de bioética*,

jun. 1, 2009. "Bioética empírica, Uma olhada crítica", *Revista Latinoamericana de bioética*, jun. 1, 2009. "La deuda de la bioética con el pragmatismo", *Revista Colombiana de bioética*, 2009. "Bioethics in Chile", *Philosophy and medicine*, 2009. "Enseñanza de la bioética: una síntesis", *Revista Brasileira de educação médica*, 2009. "Refining deliberation in bioethics", *Medicine, health care and philosophy*, 2009. "Clinical and research ethics as moral strangers", *Archivum immunologiae et therapiae experimentalis*, 2009. "Could bioethics recommend acupuncture for public health programmes?", *Acupuncture in medicine*, 2009. "The history of ethics in research with human subjects", *RECIIS*, 2008. "História da ética em pesquisa com seres humanos", *RECIIS*, 2008. "En referencia al plagio intelectual. Documento de la Comisión de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile", *Revista médica de Chile*, 2008. "Tensiones retóricas y semánticas en ética de la investigación", *Cadernos de saúde pública*, 2007. "Should medical ethics justify violence?", *Journal of Medical ethics*, 2006. "Eutanasia y res pública", *Revista Chilena de salud pública*, 2005. "Conflictos en ética de investigación con seres humanos", *Cadernos de saúde pública*, 2005. "A bioética do início da vida", *Colecao crianca mulher E. saude*, 2005. "Senescencia y protección", *Cadernos de saúde pública*, 2004. "The battering of informed consent", *Journal of Medical ethics*, 2004. "Bioterrorismo, biodefensa, bioética", *Cadernos de saúde pública*, 2003. "Adaptometría en coriorretinopatía central serosa", *Arch chil oftalmol*, 2003. "Bioética e intereses", *Medwave*, 2003. "Vulnerabilidad y discapacitación", *Medwave*, 2003. "Literary narrative in medical practice", *Medical Humanities*, 2002. "Derechos sanitarios", *Medwave*, 2002. "Investigación en seres humanos: doble standard moral", *Medwave*, 2002. "Salud pública, genética y ética", *Revista de saúde pública*, 2002. "Who is my brother's keeper?", *Journal of Medical ethics*, 2002. "Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas", *Cad saude publica*, 2001. "Public health and individual morbidity", *Cadernos de saúde pública*, 2001. "Desarrollo moral en bioética: ¿Etapas, esquemas o ámbitos morales?", *Revista Brasileira de educacao medica*, 2001. "Bioética y biotecnología: lo humano entre dos paradigmas", *Acta bioethica*, 2001. "Algunos alcances sobre genética y ética", *Medwave*, 2001. "Sanitary justice in scarcity", *Cadernos de saúde pública*, 1999. "In defence of medical ethics", *Journal of Medical ethics*, 1999. "Raíces sociales de la bioética", *Anales de la Universidad de Chile*, 1998. "Decision making in the critically ill neonate", *Journal of Medical ethics*, 1998. "Bioética entre filosofía y medicina", *Revista de Filosofía*, 1996. "Developing countries: whose views?", *Journal of Medical ethics*, 1995. "Confidentiality as fair agreement", *Journal of Medical ethics*, 1995. "Neuro-oftalmo-criptococosis en dos pacientes con SIDA", *Arch chil oftalmol*, 1994. "Classical medicine v alternative medical practices", *Journal of Medical ethics*, 1993. "Disgenesias papilares y de retina: incluyendo un caso de papila contráctil y uno de enfermedad de Norrie", *Arch chil oftalmol*, 1991. "Against the magnanimous in medical ethics", *Journal of Medical ethics*, 1990.

"Response to Confidentiality: a modified value", *Journal of Medical ethics*, 1988. "Euthanasia after the holocaust – is it possible?: A report from the Federal Republic of Germany", *Bioethics*, 1988. "Medical confidentiality: an intransigent and absolute obligation", *Journal of Medical ethics*, 1986 "Ethical problems in arguments from potentiality", *Theoretical medicine*, 1984. "Organism as the purpose of medicine", *Medical hypotheses*, 1983. "Papilloarterielle ischämie", *Klinische monatsblätter für augenheilkunde*, 1983. "Medical ethics: who decides what?", *Journal of Medical ethics*, 1983. "The right to lesbian parenthood", *Journal of Medical ethics*, 1983. "Photocoagulation of optic disc pits", *Ophthalmologica*, 1982. "Letter from Germany", *Journal of Medical ethics*, 1982. "Ethical aspects of plans to combat Huntington's disease a response", *Journal of Medical ethics*, 1981. "Levels of objectivity in the analysis of medicoethical decision making: A reply", *Journal of Medicine and philosophy*, 1980. "A medical definition of disease", *Medical hypotheses*, 1980. "Defining health", *Medical hypotheses*, 1980. "Fluoreszenzangiographische differentialdiagnose der randunscharfen papille", *Klinische monatsblätter für augenheilkunde*, 1980. "Peripheral retinal degenerations and breaks", *Albrecht von graefes archiv für klinische und experimentelle ophthalmologie*, 1980. "Iris neovascular tufts", *Archives of ophthalmology*, 1980. "Anterior segment ischemia in euchs' heterochromic cyclitis", *Archives of ophthalmology*, 1980 "Consensual reactions to anterior chamber paracentesis in the rabbit", *American journal of ophthalmology*, 1978. "Congenital malformations of the retinal vessels with primary optic nerve involvement", *Ophthalmologica*, 1978. "When consent is unbearable a case report", *Journal of Medical ethics*, 1978. "Experimental rubeosis of the iris in rabbits", *Albrecht von graefes archiv für klinische und experimentelle ophthalmologie*, 1978. "Anterior segment fluorescein cineangiography", *Albrecht von graefes archiv für klinische und experimentelle ophthalmologie*, 1978. "Anterior segment reactions after experimental trauma to rabbit eyes", *Albrecht von graefes archiv für klinische und experimentelle ophthalmologie*, 1978. "Fluorescein angiographic behaviour of Iris masses", *Ophthalmologica*, 1977. "Provoked iris ischaemia in the rabbit", *Graef arch clin exp ophthal*, 1975. "Provoked iris ischaemia in the rabbit", *Albrecht von graefes archiv für klinische und experimentelle ophthalmologie*, 1975. "Provoked iris ischaemia in the rabbit: A fluorescein angiographic and histochemical study", *Experimental eye Research*, 1975. "Iris angiography in cystoid macular edema after cataract extraction", *Archives of ophthalmology*, 1975 "Stagnation thrombosis", *Ophthalmologica*. "Proceedings: Provoked iris ischaemia in the rabbit: a fluorescein angiographic and histochemical study", *Experimental eye research*. "Iris angiographic findings in retinal arterial occlusions", *Canadian Journal of ophthalmology*. "Provoked iris ischaemia in the rabbit. II. Histochemical localization of sodium fluorescein", *Albrecht von graefes archive for clinical and experimental ophthalmology*. "Persistent hyperplastic pri-

mary vitreous in an adult: Case report with fluorescein angiographic findings”, *Journal of Pediatric ophthalmology&strabismus*. “Trabeculectomy with scleral wick. Technique and early results”, *Ophthalmologica*. “Informed consent”, *Journal of Medical ethics*. “Philosophy of medicine in the Federal Republic of Germany (1945-1984)”, *Theoretical medicine*. “Papilloarterial ischemia”, *Annals of ophthalmology*. “Bioethical principles in public health: Limitations and proposals”, *Cadernos de saúde pública*. “Patenting medical procedures”, *Archives of ophthalmology*. “Public health, genetics and ethics”, *Revista de saúde pública*. “AZT in Africa”, *The Journal of clinical ethics*. “Changes in ethical attitudes during medical studies”, *Revista médica de Chile*. “Ethical conflicts in research with human subjects”, *Cadernos de saúde pública*. “The metrology of uncertainty: a study of vital statistics from Chile and Brazil”, *Cadernos de saúde pública*. “Plagiarism. Document from the Ethics Commission of the Medical School, University of Chile”, *Revista médica de Chile*. “Aging and protection”, *Cadernos de saúde pública*. “Bio-terrorism, bio-defense, bioethics”, *Cadernos de saúde pública*.
ARTÍCULOS COLECTIVOS Miguel Kottow, Fermin Schramm (2001) “Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas”, *Cadernos de saúde pública*.

León Correa, Francisco Javier⁶⁰

Doctor en Filosofía y letras por la Universidad de Valladolid. España. Magíster en Bioética por la Universidad de Santiago de Compostela. España, y profesor Asociado Adjunto del Centro de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Santiago de Chile.

ARTÍCULOS INDIVIDUALES “El aborto desde la bioética: ¿autonomía de la mujer y del médico?”, *Cuadernos de bioética*, ISSN 1132-1989, 2010, 21(71), 79-93. “Deber ético de promover la autonomía y competencia del paciente psiquiátrico”, *Revista chilena de neuropsicología*, ISSN 0718-0551, 5(1), 2010, 13-20 (Ejemplar dedicado a Bioética). “El diálogo bioético en las técnicas de reproducción asistida”, *Anales de teología*, ISSN 0717-4152, 2008, 10(1), 31-42. “Ética del cuidado feminista y bioética personalista”, *Persona y bioética*, ISSN-e 0123-3122, 2008, 12(1), 53-61. “Las voluntades anticipadas: cómo conjugar autonomía y beneficencia. Análisis desde la bioética clínica”, *Revista CONAMED*, ISSN-e 1405-6704, 2008, 13(3), 26-32. “Dignidad humana y derechos humanos en bioética”, *Biomedicina*, ISSN-e 1688-2504, ISSN 1510-9747, 2007, 3(1), 71-81. “Autonomía y beneficencia en la ética clínica: ni paternalismo ni medicina defensiva”, *Biomedicina*, ISSN-e 1688-2504, ISSN 1510-9747, 2006, 2 (3), 257-260. “Tras los 15 años de Cuadernos de Bioética”, *Cuadernos de bioética*, ISSN 1132-1989, 2006, 17(61), 295-303. “La

⁶⁰ <https://ucvirtual.uc.cl/bioe/dr-francisco-javier-leon-correa> y <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=190463>.

bioética: de la ética clínica a una bioética social”, *Revista CONAMED*, ISSN-e 1405-6704, 2004, 9(1), 5-7. “La ética médica en el siglo XXI”, *Revista CONAMED*, ISSN-e 1405-6704, 2003, No. Extra 1, 95-106 (Ejemplar dedicado a: La comunicación humana y el derecho sanitario). “Los derechos humanos como base de la legislación en bioética”, *Persona y bioética*, ISSN-e 0123-3122, 2000, No. 11-12, 123-125. “La ética de la vida en la sociedad actual”, *Revista cooperación internacional=International cooperation*, ISSN 1138-9370, 2000. 3(5), 2000, 59-68. “La incorporación de la bioética en las instituciones de salud”, *Persona y bioética*, ISSN-e 0123-3122, 1999, No. 7-8, 2-17. “¿Para qué sirve la bioética?”, *Persona y bioética*, ISSN-e 0123-3122, 1999, No. 7-8, 138-152. “Bioética de la atención de enfermería al enfermo terminal”, *Persona y bioética*, ISSN-e 0123-3122, 1999, No. 6, 124-142. “El debate sobre la eutanasia y la medicina actual”, *Ars Brevis: anuario de la Càtedra Ramon Llull Blanquerna*, ISSN 1136-3711, 1997, No. 3, 105-117. “Dignidad humana, libertad y bioética”, *Ars Brevis: anuario de la Càtedra Ramon Llull Blanquerna*, ISSN 1136-3711, 1995, No. 1, 103-124. “A bioética hoxe e a súa repercusión no campo do matrimonio e da familia”, *Eduga: revista galega do ensino*, ISSN 1133-911X, 1994, No. 4, 133-140 (Ejemplar dedicado a: especial da familia). “Dignidad humana, libertad y bioética”, *Cuadernos de bioética*, ISSN 1132-1989, Vol. 3, Nº 12, 1992, págs. 5-22. “La crisis agraria de 1878-1881 en León”, *Estudios humanísticos. Geografía, historia y arte*, ISSN 0213-1390, 1988, No. 10, 1988, 181-196. “Ideología krausiana y política. Gumersindo de Azcárate y el republicanismo leonés durante la Restauración canovista (1875-1898)”, *Tierras de León: Revista de la Diputación Provincial*, ISSN 0495-5773, 1988, 28(72), 39-56. “La enseñanza primaria y el analfabetismo en León durante el siglo XIX”, *Estudios humanísticos. Geografía, historia y arte*, ISSN 0213-1390, 1986, No. 8, 181-190. “Línea de la evolución demográfica de León durante el siglo XIX”, *Tierras de León: Revista de la Diputación Provincial*, ISSN 0495-5773, 1986, 26(65), 61-72. “El regionalismo leonés en la Segunda República a través de la prensa: ‘El Diario de León’”, *Estudios humanísticos*, ISSN 0210-6167, 1982, No. 4, 71-92.

ARTÍCULOS COLECTIVO Libia Lara, Francisco Javier León Correa, Jean Paul Navarrete Campos “Análisis de actitudes hacia las donaciones de órganos en población chilena”, *Persona y bioética*, ISSN-e 0123-3122, 2018, 22(1), 121-133.

LIBROS COLECTIVOS “Valores desde la Bioética para una educación ciudadana”, *La familia en el contexto social: Estudios sobre el contexto familiar desde la educación y la bioética*, Paulo Vélez León, Miury Marieliza Placencia Tapia, Xiomara Paola Carrera Herrera (coordinadores), 2019, ISBN 978-9942-26-260-8, 119. “El debate sobre la eutanasia y la medicina actual”, *Lecciones de derecho sanitario*, Miguel Juane Sánchez, Javier Sanz Larruga, Jose María Gómez y Díaz-Castroverde (coordinadores), 1999, ISBN 84-89694-95-8, 595-606. “Voluntariado en instituciones sanita-

rias: experiencia en Santiago”, *1ª Xornada sobre Voluntariado e Prestación Social Substitutoria (PSS)*, Javier Maseda Rodríguez, Felicitas Rodríguez González (coordinadores), 1997, ISBN 84-453-2030-0, 161-163. “El debate sobre la eutanasia y la medicina actual”, *A cultura da violencia*, Xosé Antón Fidalgo Santamarina, Jesús Simal Gándara (edición), 1994, ISBN 84-604-9975-8, 175-184. “La ciudad de León en el siglo XIX”, *La ciudad de León*, 1988, ISBN 84-86013-33-X, 87-99. “El sentir regionalista en la prensa política leonesa durante la Restauración Canovista (1875-1898)”, *El pasado histórico de Castilla y León*, 1983, ISBN 84-500-0196-2, vol. 3, 435-445.

LIBROS INDIVIDUALES *Bioética: la promoción de la dignidad de la persona en el ámbito biomédico*, 2011, Madrid, Palabra, ISBN 978-84-9840-560-6. *León en el último tercio del siglo XIX: prensa y corrientes de opinión (1868-1898)*, 1988, León, Institución Fray Bernardino de Sahagún, ISBN 84-505-7944-9. *León en el siglo XIX: evolución social, económica y cultural*, 1987, León, Ediciones Leonesas, ISBN 84-86013-27-5.

COORDINACIÓN DE OBRAS COLECTIVAS *Bioética global, y debates al inicio y fin de la vida en Latinoamérica: 20 años de FELAIIBE*, Santiago de Chile, FELAIIBE, Sociedad Chilena de Bioética, Fundación Interamericana Ciencia y Vida, 2012. ISBN 978-956-345-993-7.

Llano Escobar, Alfonso de Jesús

Bioeticista colombiano quien, al igual que Mainetti, prácticamente todas las referencias le consideran pionero latinoamericano y, particularmente, en Colombia (Sánchez, 1990; Mendoza-Vega, 1995 y 2006; Programa de bioética, 2000 y Escobar, 2006). Es licenciado en Filosofía (1950) y en Teología (1958) por la Universidad Javeriana de Bogotá; doctor en Ética filosófica (1963) por la Universidad Gregoriana de Roma, y doctor en Moral médica (1976) por el Instituto Alfonsiano de la Universidad Lateranense de Roma. Cuenta, además, con estudios en bioética por el Kennedy Institute of Ethics, Georgetown University, Washington, en 1986.

Llano es el primero en trabajar desde los ochenta la definición del campo epistemológico de la bioética e incursiona en el estudio temático de la persona, la dignidad y la educación –naciones que entretejerían su producción bibliográfica (Llano, 2006) junto con el recopilatorio *Revista selecciones de bioética*-. Su forma de entender una fundamentación tónoma (es decir, la fundamentación moral de la norma moral en el teos) de la bioética se ha decantado por lo que Gracia denomina como una “teonomía autóbnoma”, por ello, distante de modelos como el de Elio Sgreccia (Gracia, 2004). Se puede decir que Alfonso Llano ha tenido más en cuenta la doctrina social de la iglesia al momento de hacer comentarios bioéticos, que un dogma rígido que debe ser transmitido para conservar la tradición. Sus obras *Enseñanza de la ética médica en las facultades de Medicina* (1985), *¿Qué es bioética?* (2001), *Bioética y educación para el*

siglo XXI (2006), *Identidad y bioética* (2008) entre otros, o traducciones de libros de referencia como *Bioética: principales problemas* de A. Vargas, en 1988, y un sin número de artículos para su revista *Selecciones de bioética*, han compuesto su copiosa producción bibliográfica en la materia. Además, cuenta con una gran cantidad de artículos de divulgación y las *Memorias* –publicadas como libro comercial– del *Segundo Congreso de Bioética de Latinoamérica y el Caribe* del que fue el organizador en 1999. Ha sido este probablemente el evento más masivo hasta la fecha con cerca de 400 participantes.

Ramón Ortega-Lozano et al.⁶¹

Bibliografía

- Escobar Triana, J. (2002) *Historia de la bioética en Colombia. Mirada reflexiva de un protagonista*, Bogotá, Programa en Bioética, Bogotá, Universidad El Bosque.
- Gracia, D. (2004) *Como arqueros al blanco. Estudios de bioética*, Madrid, Triacastela, 163-194.
- Llano, A. (2006) *Bioética y educación para el siglo XXI*, Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana.
- Mendoza-Vega, J. (2006) “Caminos de la bioética en Colombia”, *Revista Latinoamericana de Bioética*, 6(11), 30-45.
- (1995) “Colombia”, *Actas del Seminario taller “Bioética en América Latina y el Caribe”*, II parte. Presentaciones, Santiago de Chile, Programa regional de bioética en América Latina y el Caribe, 60-61.
- Programa de Bioética de la Universidad El Bosque (2000) “Programa de Bioética. Universidad El Bosque”, *Revista colombiana de Filosofía de la Ciencia*, 1(3), 167-178.
- Sánchez Torres, F. (1990) “Antecedentes y estado actual de la bioética en Colombia”, *Boletín de la Oficina sanitaria panamericana*, 108(5-6), 531-535.

Mainetti Campoamor, José Alberto

Hijo del doctor José María Marinetti. Casi todas las referencias históricas le reconocen el papel de pionero de la bioética en América Latina (Zanier et al. 1990: 500-530; García Marcos, 1995: 52-53; Macklin et al., 1996: 140-153; Marinetti et al, 2007: 71-75), junto con Alfonso de Jesús Llano Escobar (Ortega-Lozano et al., 2016: 73-90); así como pionero del desarrollo de las humanidades médicas. Doctor en Medicina (1962) y en Filosofía (1972) por la Universidad Nacional de la Plata. “Completó su formación bajo la dirección” de Paul Ricoeur y George Canguilhem (maestro también de Michel

⁶¹ Ramón Ortega-Lozano et al. “Bioeticistas latinoamericanos”, *La bioética en España y Latinoamérica*, 2016, Benjamín Herreros Ruiz-Valdepeñas y Fernando Bandrés Moya (coordinadores), Madrid, Universidad Europea et al, 77-78.

Foucault) en París y posteriormente en Madrid con Pedro Lain Entralgo. Doctor honoris causa por las Universidades Nacionales de Córdoba, Mendoza y Cuyo. Es miembro correspondiente de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires. Ha sido reconocido por una amplia lista de premios entre los que destacan el Premio APTRA en 1972, el Premio ISSALUD (Servicio de Salud) en 1994 y el Premio Konex en Ética en 1996. Con anterioridad, en 1994, fue presidente anfitrión del *II Congreso Internacional de Bioética* organizado por la international Association of Bioethics, en Buenos Aires.

La bien ganada fama de Mainetti se debe, entre otras cosas, a su producción intelectual. Se trata de una amplia lista de publicaciones que pueden agruparse en más de sesenta artículos especializados y la sistematización de su pensamiento en más de una veintena de libros.

La entrada de Mainetti en el mundo de las humanidades médicas se da con su tesis doctoral en filosofía publicada como libro en 1976, titulada *Realidad, fenómeno y misterio del cuerpo humano*, la cual divide en tres partes: 1. "Las dimensiones antropológicas del dualismo y la 'forma corporeitatis'", donde desarrolla un análisis crítico de los supuestos metafísicos en la concepción sustancialista y tradicional del cuerpo (el dualismo psicofísico). 2. "La teoría fenomenológica del cuerpo propio", donde comprende la descripción fenomenológica de la constitución trascendental del cuerpo propio. 3. "El orden ontológico de la experiencia encarnada", que representa un intento de interpretación metafísica de la experiencia del cuerpo. Sin duda la influencia de su formación con Laín y Canguilhem es patente en el texto.

En 1978 edita *La muerte en medicina*, y en 1983 *Homo infirmus. Textos y comentarios*. En 1987 escribe *Introducción a la bioética*, dividido en dos partes. Una primera que él mismo denomina sistemática y en la que toca aspectos relacionados a la fundamentación y estatus epistemológico de la bioética. La segunda la denomina programática y en ella intenta mostrar la "sensibilidad política" (o capacidad para conciliar las ideas y la acción), que realmente es ya una recreación de la disciplina en un contexto latinoamericano, específicamente el argentino.

Adentrarse en el pensamiento de Mainetti representa un diálogo continuo con los clásicos. Por ejemplo, sus metáforas de la beneficencia y no maleficencia con Pígameo, la de autonomía con Narciso, la de justicia con Knock, o el recuerdo de Quirón como arquetipo de la condición humana. De hecho, es junto con Armando Pérez de Nucci, originario de la provincia de Tucumán, también médico cirujano e historiador de la medicina, con quien a partir del último concepto impulsaría la *Revista Quirón*. También merece mención que esta macuerna de biotecnólogos formarían el Instituto de Humanidades Médicas (1970) –hoy llamado Instituto de Bioética y Humanidades Médicas–, el Centro de Bioética, la Fundación Mainetti y la Escuela Latinoamericana de Bioética (ELABE) que fueron los ejes estructurales institucionales del primordial impulso bioético argen-

tino [y latinoamericano].

LIBROS INDIVIDUALES *La muerte en medicina* (1978), *Homo infirmus. Textos y comentarios* (1983), *Introducción a la bioética* (1987), *La crisis de la razón médica. Introducción a la filosofía de la medicina* (1988), *Ética médica. Introducción histórica* (1989), *Bioética fundamental. La crisis bioética* (1990), *Bioética sistemática* (1991), *La transformación de la medicina* (1992), *Bioética ficta* (1993), *Antropobioética* (1995), *Bioéticas. Ética en las especialidades médicas* (1997)... y *Compendio bioético* (2000).

Ramón Ortega-Lozano et al.⁶²

Bibliografía

- García Marcos, F. (1995) "Actas del Seminario taller "Bioética en América Latina y el Caribe", *II Parte, Presentaciones*, Santiago de Chile, Programa Regional de Bioética para América Latina y el Caribe, 52-53.
- Macklin, R. Luna, F. (1996) "Bioethics in Argentina: a country report", *Bioethics*, 10(2), 140-153.
- Mainetti, JA., Pérez, ML. (2007) "Referencias de bioética en Argentina", *Perspectivas de la bioética en Iberoamérica*, L. Pessini, CP. de Barchifontaine, F. Lolas (coordinadores), Santiago de Chile, Programa de Bioética de OPS/OMS, 71-75.
- Zanier, J., Hooft, P., Di Domenico, C. et al. (1990) "Estado actual y perspectivas de la bioética en la Argentina", *Boletín de la Oficina sanitaria panamericana*, 108(5-6), 500-530.

Mainetti Campoamor, José Luis

Hermano de José Alberto Marinetti. Ha ejercido de profesor de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires. Es autor prolífico en temas y materias: *Epicarmo* (1982), *Arte y sociedad* (Buenos Aires, 1987), *El arte y la libertad en Camus* (Buenos Aires, 1990)... y *Psicología general* (Buenos Aires, 2003).

⁶² Ramón Ortega-Lozano et al. "Bioeticistas latinoamericanos", *La bioética en España y Latinoamérica*, 2016, Benjamín Herreros Ruiz-Valdepeñas y Fernando Bandrés Moya (coordinadores), Madrid, Universidad Europea et al, 76-77.

Normas de publicación

GUÍA PARA LOS AUTORES

Revista Vectores de Investigación (RVI) es una revista que comprende todas las disciplinas relacionadas con las ciencias sociales, humanidades y salud, a la diversidad de enfoques y metodologías, aunque ello no le representa ninguna responsabilidad en cuanto al contenido de los artículos. Los originales que se entreguen para su publicación pasarán por un proceso editorial que se desarrollará en varias fases:

1. Los trabajos que se entreguen a RVI para su publicación deberán ser de carácter eminentemente académico. Por la naturaleza de la revista, es claro que no se aceptarán artículos de género periodístico o comentarios generales sobre algún tema.
2. El nombre del autor(es) u otra forma de identificación sólo deberá figurar en una carátula.
3. Las colaboraciones deberán presentarse en su versión final y completas, ya que no se admitirán cambios una vez iniciado el proceso de dictaminación y producción.
4. Una vez estipulado que el artículo cumple con los requisitos establecidos por la revista, será enviado a dos lectores anónimos, quienes determinarán: A. Publicar sin cambios. B. Publicar cuando se hayan cumplido las correcciones menores. C. Publicar una vez que se haya efectuado una revisión a fondo y D. Rechazar. En caso de discrepancia entre ambos resultados, el texto será enviado a un tercer árbitro, cuya decisión definirá su publicación o no. Los resultados del proceso de dictamen académico serán inapelables en todos los casos. Los trabajos enviados por académicos de alguna institución serán siempre sometidos a consideración de árbitros externos a ella.
5. El(los) autor(es) concede(n) a RVI el permiso para que su material teórico se difunda en la revista impresa y medios magnéticos, fotográficos e internet. Los derechos patrimoniales de los artículos publicados en RVI son del autor, compartidos con el Centro de Investigación de Estudios Comparados de América Latina (CIECAL) conjuntamente con el Instituto de Estudios Históricos y Económicos de la Universidad Complutense de Madrid, en cuanto puede reproducirlo ambos, tras la aceptación académica y editorial del original para que éste se publique y distribuya tanto en versión impresa como electrónica.
6. Asimismo, el(los) autor(es) conserva(n) sus derechos morales, conforme lo establece la ley. El autor principal recibirá una forma de cesión de derechos patrimoniales que deberá ser firmada por él, en el entendido de que ha obtenido el consentimiento de los demás autores, si los hubiere. Por otra parte, los autores podrán usar el material de su artículo en otros trabajos o libros publicados por ellos mismos, con la condición de citar a RVI como la fuente original

de publicación de dicho texto. Es responsabilidad del autor obtener por escrito la autorización correspondiente para todo aquel material que forme parte de su artículo y que se encuentre protegido por la Ley de Derechos de Autor.

7. La colaboración deberá incluir la siguiente información: A. Título del trabajo, de preferencia breve, que refiera claramente el contenido. Se aceptan los subtítulos para aclarar y ampliar el contenido de las colaboraciones. B. Un resumen en la lengua original en que está escrito el artículo que no exceda las 150 palabras, con información concisa acerca del contenido: principales resultados, método y conclusiones adquiridas. Deberá ir acompañado de una relación de entre tres y cinco palabras clave para efectos de indización bibliográfica. La redacción de RVI se encargará de las respectivas traducciones, en el caso que el autor no lo presente. C. Una portada de presentación con los datos generales de autor(es) que incluyan: A. Nombre completo. B. Centro o departamento a que se encuentra(n) adscrito (si laboralmente. C. Dirección postal institucional. D. Máximo nivel de estudios alcanzados (disciplina o campo e institución) y estudios en curso si los hubiera. E. Línea de investigación actual. F. Referencias bibliográficas completas de las últimas 3 o 4 publicaciones (incluye número de páginas). G. Cualquier otra actividad o función profesional destacada que corresponda. H. Teléfono y dirección de correo electrónico.

8. Los trabajos deberán cumplir con las siguientes características: A. Se presentarán impresos a un espacio y medio (1.5), en tipo Times New Roman de 11 puntos, sin cortes de palabras, con una extensión de 15 a 40 cuartillas para el caso de investigaciones (incluidos cuadros, notas y bibliografía); de 10 a 20 para las notas críticas, y de 3 a 5 en el caso de reseñas de libros. B. Los trabajos presentados en Word, no deberán contener formato alguno: sin sangrías, espaciado entre párrafos, no deberá emplearse hoja de estilos, caracteres especiales ni más comandos que los que atañen a las divisiones y subdivisiones del trabajo. C. Los cuadros, así como las gráficas, figuras y diagramas, deberán presentarse en el mismo espacio donde debe ir insertado en el texto a publicar. Deberán estar almacenados en una versión actualizada de Excel (para las gráficas y cuadros o tablas). Los cuadros, mapas, planos y figuras serán numerados con el sistema arábigo (cuadro, figura... 1, 2, 3, etc.). En cuanto a estas últimas, deberán manejarse en formato *jpg* a 300 dpi como mínimo. D. Los títulos o subtítulos deberán diferenciarse entre sí; para ello se recomienda el uso del sistema decimal. E. Se usará la notación Harvard para las referencias dentro del texto; es decir: apellido del autor, año y página escrito entre paréntesis: (Autor, 2000: 20). F. La bibliografía no debe extenderse innecesariamente -la estrictamente citada en el texto- y deberá contener (en este mismo orden): nombre del autor, año de edición (entre paréntesis), título del artículo (entrecorillado) y título del libro o revista (en cursivas), editorial, número, ciudad y número total de páginas en el caso de un texto integrado. Ejemplo: A. Apellidos, Nombre (Año), *Título del libro*,

Editorial, Ciudad. B. Apellidos, Nombre, Apellidos, Nombre (Año), *Título del libro*, Editorial, Ciudad. C. Apellidos, Nombre (Año) "Título del capítulo de libro", en Nombre Apellidos (coordinador), *Título del libro*, Ciudad, pp. D. Apellidos, Nombre (Año) "Título del artículo", en Nombre Apellidos (coordinador), *Título de la revista* de Institución, Ciudad, Volumen, Número, pp.

9. La estructura mínima del trabajo incluirá una introducción que refleje con claridad los antecedentes del trabajo, su desarrollo y conclusiones. 10. Si se presenta el original impreso (incluyendo texto, gráficas, cuadros y otros apoyos), debe adjuntarse un disquete, o mejor aún, en disco compacto, con los archivos de texto en Word.

11. RVI se reserva el derecho de hacer los cambios editoriales que considere convenientes. No se devuelven los originales.

12. Los artículos podrán enviarse a la atención del director de la *Revista Vectores de Investigación*, del Centro de Investigación de Estudios Comparados de América Latina (CIECAL), ciecal@centrociecal.org

INFORMATION FOR CONTRIBUTORS

Revista Vectores de Investigación (RVI), Journal of Comparative Studies of Latin America (JCSLM), is a journal open to all disciplines related to social science, humanities and health in the context of specific regions and cities. It is also open to different viewpoints and methodologies; however, it has no responsibility for to the content of its papers. The originals of the manuscripts submitted to be considered for publication will undergo an editorial process comprising several stages:

1. The manuscripts submitted to RVI must have an eminently academic character. Due to the nature of the journal, it is impossible to accept journalistic or general comment papers about any subject.
2. The name of the author(s) or any other form of identification must only appear in the cover page.
3. The collaborations must be submitted in their final and complete version, since it will be impossible to accept changes once the refereeing and production processes have started.
4. Once it has been decided that the paper complies with the requirements established by the journal, it will be sent to two readers who anonymously will determine whether the article will be: A. Published without changes. B. Published once minor corrections have been made. C. Published once a major revision has been made or D. Rejected. In the case in which both results differ from each other, the article will be sent to a third referee, whose decision will determine the result of the refereeing process. In all cases, the results are unappeasable. The articles submitted by staff of an academic institution will always be submitted for consideration to referees external to it.
5. The authors agree to grant RVI permission to distribute their material in the journal, as well as in magnetic and photographic

media. The patrimonial rights of the papers published in RVI are transferred to Centro de Investigación de Estudios Comparados de América Latina (CIECAL), after the academic and editorial acceptance to publish and distribute the manuscript, both in print and electronically.

6. Likewise, the authors retain their moral rights as established by law. The main author will receive a copyright transfer form that must be signed, with the understanding that the rest of the authors have given their agreement. The authors also retain their right to use the material in their papers in other works or books published by themselves, provided that they cite RVI as the original source of the text. It is the responsibility of the authors to obtain the corresponding written permission to use material in their papers that is protected by Copyright Law.

7. The collaborations must include the following information: A. Title of the paper, preferably brief, which clearly refers to its content. It is considered accepted and convenient to have a subtitle in order to clarify and define the content of the collaboration. B. An abstract in the language in which the paper is written and that does not exceed 150 words. The abstract must contain concise information about the contents of the article: main results, method and conclusions. It must not contain tables, numbers, bibliographic references or mathematical expressions. It must also be accompanied by three to five keywords, which will be used for bibliographic indexation purposes. The RVI editorial office will be responsible for the appropriate translations. C. A front-page with general information about the authors, including: A. Full Name. B. Centre or Department of affiliation. C. Postal address of their institution. D. Maximum educational attainment (discipline and institution) and, current studies (in case this applies). E. Current research lines. F. Bibliographic references of the latest 3 or 4 publications (including page numbers). G. Mention to any other relevant professional activities or positions. H. Telephone and e-mail address.

8. The collaborations must have the following characteristics: A. The manuscript must be printed with 1.5 line spacing, in 11 point Times New Roman fonts and without truncated words. The extension of the manuscript must be between 15 and 40 pages for research papers (including tables, notes and bibliography); between 10 and 20 pages for critics papers and between 3 and 5 for book reviews. B. The manuscript must be typed using upper- and lower-case letters and with appropriate tildes and accents. In case of using Microsoft Word, the manuscripts must not have any given format, i. e. do not use indentations or paragraph spacing, do not apply styles, do not use special characters or more commands than the ones needed for sections and subsections in the paper. C. Tables, as well as graphs, figures and diagrams must be included in separate pages and grouped at the end of the manuscript. The main body must have clear information about the place where they must be inserted. In case they are submitted electronically, the graphs and tables must

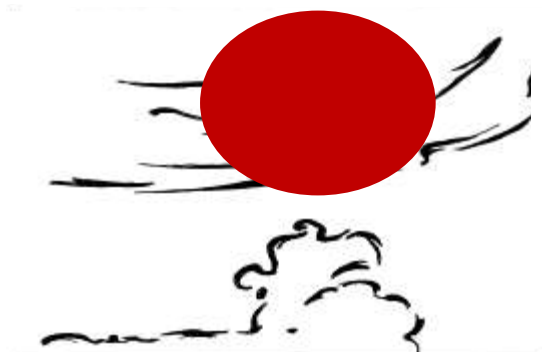
be sent in the most updated Microsoft Excel format. It is impossible to accept them in any other format, older software or inserted in the text file. The tables, figures, maps, plans must be numbered with Arabic numerals (table 1, 2, 3, etc.). The format of the latter must be *jpg* with 300 dpi as a minimum. D. Sections and subsections must be easily distinguished; to that end we recommend the usage of a decimal system. E. Citation of references must be in the Harvard system, in other words: author's surname, rumiearion and page, all in brackets: (Writer, 2000: 20). F. The bibliography must not be unnecessarily extended –include only the references cited in the text— and must include (in this order): name of the author, year of publication (in brackets), title of the paper (in quotation marks), tile of the book or journal (in italics), publisher, number, city and total number of pages in case of an integrated text. Example: A. Surname, Name (Year), *Book title*, Publisher, City. B. Surname, Name, Surname, Name (Year), *Book title*, Publisher, City. C. Surname, Name (Year) "Title of chapter in book" First name Last Name (coordinator or editing, for example), Book Title, City, C.Surname, Name (Year) "Title of magazine article" in Journal Title Institution, City, Volume, Number, pp.

9. The minimum structure of the paper must include an introduction that clearly reflects the background of the work, as well as its body and conclusions.

10. If the originals are submitted in print (including text, figures, tables and other support material), it is necessary to include a floppy or preferably a cd with the text files (MicroSoft Word or Word Perfect in rtf format compatible with pc) and the support material. The name of the files must be printed in the front of the disk. Notice that there must be a file per table and/or figure.

11. RVI reserves the right to make all the changes that are considered to be pertinent. The originals submitted to the editorial office will not be returned.

12. The manuscripts can be submitted to email ciecal@centrociecal.org



La publicación de esta revista la realizó el Centro de Investigación Estudios Comparativos de América Latina (CiECAL), con sede en México, en conjunto con la Academia Iberoamericana de las Ciencias, Instituto Libre de Educación Digital (IIED) e Instituto de Estudios Históricos y Económicos (IEHE), Centro Internacional de Investigaciones Científicas (CIEIC) y Centro de Estudios y de Creación Artística y Literaria (CECAL) con sede académica en la Universidad Complutense de Madrid (UCM)

*Se terminó de imprimir en junio de 2020
Segunda edición 2024*

revista vectores de investigación online
<https://www.vectoresdeinvestigacion-revista.com>

Crisis mundial de salud 2020

A lo largo de la historia de la humanidad, el bien ha estado casi siempre alejado y enfrentado al mal, así como la bondad de la maldad; pero, en la actualidad, durante el primer tercio del siglo XXI, se ha impuesto la confusión, por parte del estado y las organizaciones criminales globales (Global criminal organizations, GCO), con las que conforman un contubernio de poder, con el apoyo de la incidencia de las nuevas tecnologías de la comunicación, en torno a internet, con las que se ha impuesto el individualismo (el sujeto en sí mismo) y la diferenciación social en la incipiente sociedad red; con la conformación de identidades personales y colectivas esporádicas y cambiantes, establecidas fundamentalmente por medio de las redes sociales, que de forma creciente se ha impuesto como el principal medio de intercomunicación humana, pasando a un segundo plano las relaciones presenciales; al mismo tiempo que lo hace por igual, el comercio, la información pública... y las búsquedas documentales, entre otras actividades que se desarrollan en la vida diaria.

Global health crisis 2020

Throughout the entire history of humanity, good has almost always been very far from evil, as well as goodness from evil; But, at present, during the first third of the 21st century, confusion has prevailed, with the support of the incidence of new communication technologies, around the internet, and what this entails of individualism and social differentiation, with the conformation of sporadic and changing personal and collective identities, established fundamentally through social networks, which has increasingly become the main means of human intercommunication, with face-to-face relationships taking second place; at the same time that it does the same, commerce, public information... and documentary searches, among other activities in daily life.

CIEAL

**CENTRO INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN Y DE ESTUDIOS
DE AMÉRICA LATINA A.C.**

revista vectores de investigación online E-ISSN 2255-3371

journal of comparative studies of latin america

<https://www.revistavectoresdeinvestigacion-revista.com>

ciecal@centro-ciecal.org

ISSN 1870-0128 E-ISSN 2255-3371