

BIOÉTICA

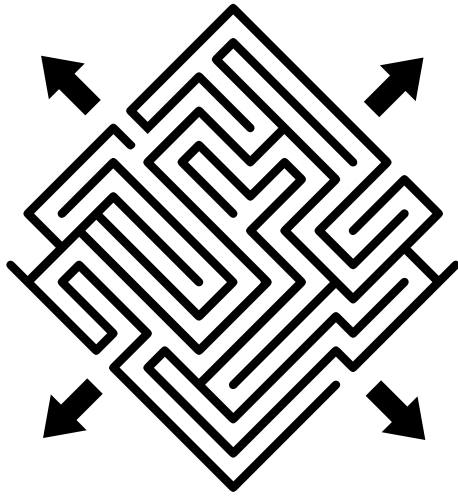
PARA LAS ÁREAS DE LA SALUD

Rafael Caiado Amaral, Fernando Estévez Abad, Edmundo Estévez Montalvo,
Joaquín Martínez Montauti, Andrés Martínez Moscoso, Gustavo Vega Delgado.



BIOÉTICA

PARA LAS ÁREAS DE SALUD



Rafael Caiado Amaral, Fernando Estévez Abad, Edmundo Estévez Montalvo,
Joaquín Martínez Montauti, Andrés Martínez Moscoso, Gustavo Vega Delgado.

BIOÉTICA PARA LAS ÁREAS DE LA SALUD

©Universidad de Cuenca
Facultad de Ciencias Médicas

Coordinador: Fernando Estévez Abad

Autores: Rafael Caiado Amaral, Fernando Estévez Abad, Edmundo Estévez Montalvo, Joaquín Martínez Montauti, Andrés Martínez Moscoso, Gustavo Vega Delgado.

María Augusta Hermida Palacios
Rectora de la Universidad de Cuenca

Centro Editorial UCuenca Press

Corrector de estilo: José Boroto Carrasco • **Diseño de portada:** Jossue Cárdenas Santos •
Diagramación: María Fernanda Fajardo

Ciudadela Universitaria
Doce de Abril y Agustín Cueva
(+ 593 7) 405 1000
Casilla postal 01.01.168
editorial.ucuenca.edu.ec

Primera edición digital

Derecho de Autor: CUE-005068

ISBN: 978-9978-14-524-1

Este libro fue arbitrado con pares externos bajo el sistema doble ciego.

Para la composición tipográfica de este manuscrito se usó Alegreya y Alegreya Sans.

Impreso en Cuenca - Ecuador

Septiembre, 2023

ÍNDICE

Presentación.....	5
<i>Fernando Estévez Abad</i>	
CAPÍTULO I	
La ética y la maldad humana	9
<i>Gustavo Vega Delgado</i>	
CAPÍTULO II	
La bioética en Ecuador	21
<i>Edmundo Estévez Montalvo</i>	
CAPÍTULO III	
Derechos humanos y bioética	39
<i>Rafael Caiado Amaral</i>	
CAPÍTULO IV	
¿Qué es la bioética?.....	57
<i>Rafael Caiado Amaral</i>	
CAPÍTULO V	
Los principios de la bioética.....	75
<i>Fernando Estévez Abad</i>	
CAPÍTULO VI	
Pedir permiso: el consentimiento y la medicina	93
<i>Fernando Estévez Abad</i>	

CAPÍTULO VII

La relación médico paciente en las profesiones sanitarias 109

Fernando Estévez Abad, Joaquín Martínez Montauti

CAPÍTULO VIII

Visión global de los conflictos en bioética 131

Edmundo Estévez Montalvo

CAPÍTULO IX

Ética en psiquiatría y psicología 157

Gustavo Vega Delgado

CAPÍTULO X

Bioética, ambiente sano y derechos de la naturaleza 197

Andrés Martínez-Moscoso

Presentación

Fernando Estévez Abad

La irrupción de la Bioética como materia de nueva discusión en América Latina se ha visto enriquecida por diversos documentos y textos, fuente de consulta y también instrumentos para la cátedra en las Universidades Latinoamericanas. Son frecuentes los aportes para la nueva legislación latinoamericana en este contexto, asociados también con varios esfuerzos editoriales que han puesto en el marco de la reflexión los problemas clásicos de la Bioética con la impronta de las necesidades de estas latitudes.¹

Mientras en el mundo desarrollado, muchos de estos problemas ya son temas resueltos o por lo menos bastante bien discutidos; en el mundo en desarrollo estos temas están todavía por verse. Parece ser que la Bioética en particular en el occidente tiene diferentes tiempos y alcances².

En este contexto, algunas universidades latinoamericanas a partir de los dos últimos lustros han llevado adelante reformas curriculares que incluyen a la Bioética como cátedra de curso obligatorio orientándola como

¹ Casado, M. (1996). *Materiales de Bioética y Derecho* [Ebook] (1st ed.). Cedecs. Disponible en <http://www.Bioeticayderecho.ub.edu/es/solicitud/libro-materiales-Bioética>

² Casado, M., y Luna, F. (2012). *Cuestiones de Bioética en y desde Latinoamérica*. Civitas. Disponible en: <http://www.Bioeticayderecho.ub.edu/es/libro-cuestiones-Bioética-latinoamerica>

eje temático que permita enriquecer el valor humanístico de las profesiones sanitarias, en particular la medicina.

Cuando se trata de estudiar los temas considerados ya clásicos en la Bioética, tales como la interrupción del embarazo, los problemas del final de la vida o la deontología, la lectura suele significar para los alumnos del área de la salud tarea compleja por los contenidos relacionados con la reflexión jurídica. Los libros y documentos existentes refieren varios conceptos completos y complejos, por esta razón los alumnos del área de salud encuentran dificultades en seguir el hilo conductor de documentos que interactúan entre la reflexión moral, los principios filosófico-jurídicos y el eje de discusión jurídico-legal.

Para paliar estos inconvenientes y a la luz del trabajo docente en la cátedra, por iniciativa del coordinador de este documento y con el apoyo de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca hemos elaborado el libro *Bioética para estudiantes de las áreas de la salud* que constituye una valiosa herramienta docente adecuada a la formación en las áreas de grado y posgrado. Para ello hemos contado con el soporte de compañeros formados en el Observatorio de Bioética (OBD) y la Cátedra Unesco de Bioética de la Universidad de Barcelona cursando el Máster en Bioética, derechos y problemas de salud y biotecnología. El OBD lleva muchos años formando, capacitando y permitiendo que el personal de salud de la península Ibérica pero también del mundo de habla hispana encuentre formación de cuarto nivel en Bioética.

La reflexión Bioética con impacto global del OBD, ha servido como un puente fundamental en la capacitación de profesionales en México, Argentina y Centro América y al recibir alumnos de diversas latitudes ha permitido la interacción necesaria para la construcción de una Bioética global y de corte laico.

Los materiales del OBD aportan planteamientos plurales enmarcados en sólidos soportes científicos y se constituyen en instrumentos de lectura obligatoria si se quiere analizar las consecuencias éticas, legales y sociales de los avances biotecnológicos aplicados en el campo de la medicina y la investigación.

La utilización de estos materiales ha sido parte del ejercicio diario en la docencia en el área de Bioética en nuestras universidades pero con el paso de los años vamos decantando que en no pocas ocasiones el estudio de temas profundos de reflexión requiere que se establezcan una especie de niveles de complejidad que permitan a los estudiantes de medicina entender la importancia de estos contenidos y el alcance de las reflexiones. Tanto

los documentos cuanto los libros publicados y editados se encuentran disponibles para la consulta utilizando los medios digitales y la página oficial del Observatorio de Bioética de la Universidad de Barcelona³ de manera que permiten al lector, al cultor e incluso al experto en la temática complementar sus opiniones y sobre todo enriquecer el debate.

Aún así, quiero presentar y recomendar este libro como complemento de toda la producción del OBD, reconociendo sobre todo a los miembros que fueron parte del inicio de la jornada tan interesante que ha encabezado la Dra. María Casado, pero sobre todo incluyendo la producción de nuevos docentes, colaboradores, tutores e investigadores interesados en la Bioética y el humanismo.

Por estas razones, ante la reflexión y necesidades sentidas en mi calidad de docente de la cátedra de Bioética en la Universidad de Cuenca, surgió la idea de trabajar un documento con algunas aristas de visión más latinoamericana; muchos de ellos con reconocida trayectoria en las áreas disciplinares del derecho y de las áreas de la salud, aportar con su reflexión. Este libro busca rescatar el marco filosófico básico que permite establecer las bases de la formación y de la práctica profesional con el marco de la Bioética, de forma que cualquier lector sin formación jurídica pueda entenderlos, capacitarse y complementar su práctica profesional.

Este libro, está orientado al aporte de las discusiones y conocimientos mínimos que un profesional de la salud debería contar como parte del bagaje de reflexiones para las acciones profesionales; incluye los temas que hemos denominado como clásicos, rescata la discusión temática apropiada para la relación médico-paciente un poco más allá de la clásica discusión relativa al paternalismo pero no deja de lado los conceptos básicos, los orígenes de la Bioética, el principalismo y su alcance entrelazados con los temas más recientes relativos a la problemática de los datos y por supuesto a la salud pública, a la luz de los acontecimientos relativos al impacto global por la COVID-19 que ha puesto de relieve la necesidad de rescatar estas discusiones fundamentales transformándose en contemporáneas, en discusiones necesariamente evolutivas y de trascendencia actual.

La propuesta de este documento dedicado casi en exclusiva para la docencia, viene a completar un esfuerzo importante buscando dar la oportunidad de contar con un documento que esperamos sea de lectura más fácil para los no juristas; nuestra intención es permitir que la comunidad académica en general encuentre las reflexiones básicas para temas de discusión y conversación diarios pero sobre todo aportar a la

³ <http://www.Bioéticayderecho.ub.edu/es/libros>

formación de los profesionales de la salud. Nos parece que el producto que presentamos permitirá a los estudiantes de medicina en grado y posgrado, los estudiantes de las áreas sanitarias y también los profesionales de las ciencias técnicas y tecnológicas contar con la lectura de conceptos fundamentales, ideas claras y sustento para las discusiones de las cuales formarán parte, primordialmente si inician proyectos o procesos de investigación transdisciplinar y traslacional.

El documento que entregamos a la comunidad académica conjunta el esfuerzo de profesionales de la salud con formación en ciencias básicas, ciencias clínicas, investigación y bioética así como el aporte invaluable de dos juristas, con formación en Bioética y derecho constitucional.

Finalmente, esperamos que este libro permita también estimular la curiosidad y necesidad de formación complementaria en relación con la Bioética de otros profesionales.

CAPÍTULO I

La ética y la maldad humana

Gustavo Vega Delgado⁴

El olvido está lleno de memoria.
Mario Benedetti

El mayor defecto del olvido es que a veces
incluye la memoria.
Jorge Luis Borges

Si la lógica es la disciplina del pensamiento, si la ética es aquella que trata los actos buenos y malos y a la axiológica le pertenecen los valores; la maldad resultaría la antípoda de la bondad, la orilla de los antivalores. Aunque no necesariamente su campo contenga antilógica, pues algunas maldades son manejadas con frialdad y parsimonia, orientadas con lógicas implacables, aunque aborrecibles y a veces perversas.

La binariedad como concepto se representa en la dicotomía entre lo bueno y lo malo. Lo apolíneo y lo dionisiaco. Dios y el demonio.

⁴ Colaboración: Calidad lingüística, Dra. Fanny Grijalva, editora y comunicadora. Recopilación de

Shakespeare en su obra “Hamlet” sugiere que: “No existe nada bueno ni malo; es el pensamiento humano el que lo hace parecer así”.

Esa bipolaridad de la bondad y la maldad es expresada en distintas corrientes filosóficas y también teológicas. Las distintas religiones del mundo incluyen personajes, deidades, íconos y símbolos tanto de lo bueno como de lo malo; en el particular caso las tendencias religiosas occidentales que derivan en los libros sagrados del judaísmo, cristianismo e islamismo, siempre existe en la mitad de los dioses buenos, los dioses malos.

En el mundo griego cada dios tenía en sí mismo una dosis de bondad y de maldad, si bien había personajes más perversos que otros, el propio dios del Olimpo, Zeus, era capaz de ejercitar reacciones de venganza propias de los psicópatas más empedernidos. La venganza de los dioses, un clásico de la literatura y de la mitología grecorromana.

En el cristianismo se identifica la rebelión de los dioses malos contra los buenos, en esa polaridad Luzbel se rebela contra el poder de Dios y forma un ejército paralelo; el mismo demonio tienta a Jesús varias veces a lo largo de las escrituras de los evangelios. En el Antiguo Testamento existen referencias importantes a esta bipolaridad como Esaú y Jacob que representan precisamente esas dos aristas de la personalidad humana: la maldad, Esaú y la bondad, Jacob.

Particularmente, Caín y Abel representan otros dos símbolos clásicos entre la maldad, Caín y la bondad, Abel. El premio Nobel de literatura, José Saramago, reivindica el papel atribuido en anatema a Caín con su obra clásica que lleva su nombre (Saramago, J. 2009), donde le salva a Caín y condena a Dios en una visión atea contemporánea que representa una visión distinta y polémica sobre la concepción de la bondad generada por las religiones y atribuida generalmente a Dios.

En el zoroastrismo —religión madre de las religiones modernas monoteístas— la concepción de la maldad tiene representaciones propias en figuras religiosas que la personifican. Nacida hace tres mil años en Persia, predica la existencia de dos deidades: Ahura-Mazda, que es la luz, la justicia, la verdad y Angra-Mainyu o Ariamán que es la oscuridad, la fuerza dual y contraria.

En parte, con ancestro en Zoroastro y en otros credos el maniqueísmo se encumbra en el siglo III d. C como una fuerte tendencia religiosa: Maní, su fundador, acepta el principio binario y honra al bien pero también al

mal, siendo Dios y el demonio objeto de culto. Perseguida su filosofía, Dioclesiano emitió un edicto en el cual consolida su anatema.

Sin embargo, si aterrizamos en el mundo de la psiquiatría, la psicología y la antropología, en los últimos años se ha empezado a trabajar en el descubrimiento de lo que los científicos llaman el “Factor D” (BBC News. 2018) y los distintos rasgos que definen a la maldad del ser humano.

Siguiendo a Nietzsche, uno de los clásicos filósofos que ha trabajado sobre temas distintos a la bondad humana y que escribió “Dios ha muerto” (Nietzsche, F. 1882): “Quien con monstruos, lucha cuide de convertirse a su vez en monstruo; cuando miras largo tiempo a un abismo, el abismo también mira dentro de ti”.

En esta línea, Jorge Luis Borges decía que “Hay que tener cuidado al elegir a los enemigos, porque uno termina pareciéndose a ellos”. Fiódor Dostoievski, clásico de la literatura rusa y universal menciona: “Nada es más fácil que identificar la figura del malvado, pero nada es más difícil que llegar a entenderlo”. Los estudios modernos sobre la maldad tienen muchos cultores uno de los más representativos es Philip Zimbardo, psicólogo social y expresidente de la Asociación Americana de Psicología (APA) quién ha laborado con insistencia para buscar las causas hondas de por qué un ser humano degrada, humilla, controla y causa daño (Sabater, S. 2018).

Hanna Arendt conceptualizó la “banalidad del mal” para referirse a la ambigüedad del concepto de maldad por el que algunas personas pueden ser manipuladas por conceptos frívolos de lo bueno y de lo malo, banalidad que no minimiza la crueldad de sus efectos (Cano, S. 2004).

La criminalística moderna ha trabajado con personajes especiales de la historia para descubrir sus factores psicopáticos. En el caso de la cárcel de Ushuaia en el extremo sur de la Argentina en la Patagonia vecina a la Antártida, se fundó un presidio para someter a los opositores y a los criminales más peligrosos de la república. En el Museo del presidio de Ushuaia en la Tierra del Fuego, se recoge el paso de personajes dignos de un estudio de criminalística profundo.

Uno de los más significativos es el llamado “Petiso Orejudo” (Amaya, S. 2018). que era capaz de infligir daño a niños y adolescentes porque él mismo fue víctima en tiempos iniciales de su vida de agresiones en contra de sí, que posiblemente acumularon odios y venenos al momento de su futura vida; se trata de un personaje oscuro perteneciente a Buenos Aires y recluido en la cárcel distante de la isla de Ushuaia. Practicaba crímenes de una sofisticación exquisita mediante la introducción de alfileres

en los globos oculares a víctimas —generalmente niños y adolescentes— como fruto de su maldad.

En las distintas cárceles del mundo nunca se han vivido escenas de tanto pánico y atrocidad como en el año 2021 en las cárceles del Ecuador, la Penitenciaría del Litoral (BBC News. 2021), la cárcel de Latacunga y la de Turi fueron principalmente los asientos de crímenes en masa, en donde se mutiló a personas privadas de su libertad por delitos menores, fruto de una contienda de cárteles del narcotráfico internacional pugnando por el poder dentro de estos centros. Nunca ha existido en país alguno cifras estadísticas tan espeluznantes como en el Ecuador, cientos de muertos por rebeliones internas en las cárceles fruto del control de los cárteles de Sinaloa, Jalisco, Michoacán y otros con asiento predominante en México.

La cárcel de San Francisco de California, Alcatraz, cerrada y convertida en museo, también albergó personajes oscuros como Al “Scarface” Capone, George “Machine Gun” Kelly y Robert “Birdman” Stroud, cuya psicopatología y perfil son dignos de seguir la pista a la luz de la psiquiatría forense, la medicina legal, la ética, la Bioética y por cierto la antropología cultural y social humanas.

Hay autores que han trabajado más específicamente sobre el porqué de personajes oscuros (como Charles Manson quien fue uno de los asesinos de Sharon Tate, esposa de Roman Polanski, aclamado director de cine de Hollywood) y cierta vinculación con sectas de fanatismo religioso pues hay que descubrir rasgos especiales de personalidad ligados a corrientes de fanatismo religioso exacerbado. Ted Bundy y Andrei Chikatilo son asesinos en masa que también deben ser juzgados a la luz de la ciencia.

Hace tres décadas entrevisté a Daniel Camargo Barbosa en la Penitenciaría del Litoral, acusado de más de 110 crímenes de violación a víctimas en la Costa ecuatoriana; personaje de los de cortesía palaciega que no daba la espalda a las damas mientras se le entrevistaba, que manejaba una inteligencia prodigiosa, hábitos y modales inclusive excesivamente corteses y era justo en la mitad de esa aparente cortesía y bondad en donde yacía una personalidad perversa. Un colombiano que fue sometido por su madre a ser vestido de mujer cada vez que “se portaba mal”, anatematizado con traje de mujer y lanzado al pueblo para que las personas se burlen de su supuesto travestismo, desarrolló patologías sádicas al momento de ejercitar asesinatos en masa que espeluznó al Ecuador hace décadas atrás (Álvarez, M. 2021).

Los autores que estudian la maldad mencionan que muchas veces ésta es silenciosa, sibilina, que escasea en el mundo con maquillaje sofisticados

y por cierto que esa maldad está presente no solamente en los criminales y presos de quienes pueden encontrarse sus rasgos psicopáticos en zonas de detención, pues están en la vida diaria, en la cotidianidad de una ciudad.

En varias circunstancias la falta de amor, afecto y emociones positivas desde épocas tempranas de la vida o ulteriores en el tiempo, generan reacciones malignas. Violeta Parra en “Volver a los diecisiete” reivindica el papel del amor como un antídoto de los males:

Lo que puede el sentimiento / No lo ha podido el saber / Ni el más claro proceder / Ni el más ancho pensamiento / Todo lo cambia el momento / Cual mago condescendiente / Nos aleja dulcemente de rencores y violencia / Solo el amor con su ciencia nos vuelve tan inocentes.

El amor es torbellino de pureza original / Hasta el feroz animal susurra su dulce trino / Detiene a los peregrinos / Libera a los prisioneros / El amor con sus esmeros / Al viejo lo vuelve niño / Y al malo sólo el cariño / Lo vuelve puro y sincero.

De par en par en la ventana / Se abrió como por encanto / Entró el amor con su manto como una tibia mañana / Al son de su bella diana hizo brotar el jazmín / Volando cual serafín / Al cielo le puso aretes / Y mis años en diecisiete / Los convirtió el querubín. (Parra, V. 1966)

Las universidades europeas de ULM y la de Koblenz-landau han publicado literatura específica sobre el llamado “Factor D”, una suerte de factor general presente en los distintos investigados respecto de lo que vendría a describirse como los núcleos duros de la maldad humana.

Investigando la inteligencia hace más de 100 años Charles Spearman trabajó buscando un *factor G* de la inteligencia humana, diferentes tests psicológicos se basaron en investigar en las personas la inteligencia general (*G*) frente a la inteligencia adquirida (Psicoactiva. 2019). Por ejemplo, un clásico test que investigó la inteligencia humana en el factor *G* era el test de Raven en donde no se necesitaban niveles de instrucción para captar los cocientes intelectuales; los test de Otis, Alpha y Beta en cambio exigían niveles de conocimiento para investigar lo que sería una inteligencia adquirida.

Siguiendo a Spearman, muchos investigadores han tratado de buscar factores *G* también en la falta de ética humana. El psicólogo cognitivo Morten Moshagen (Moshagen, M., Zettler, I., Hilbig, B. 2019) de la Universidad ya citada de ULM, investigó los distintos campos de la maldad humana y aplicando la teoría que en su momento se investigó para el cociente intelectual, ha tratado de describir los que podían ser los

factores que mejor predisponen a investigar en forma general el Factor *D* de la maldad del ser humano.

El estudio se basa en trabajo de campo, 2500 personas investigadas para un screening masivo y precisamente por ello es que puede llegarse a algunas conclusiones respecto de las motivaciones, deseos, pulsiones y pasiones que pueden inducir a los seres humanos a cometer actos de maldad.

Investigadores como Michael Stone han medido inclusive herramientas que buscan 22 grados distintos de maldad en la conducta humana, sin embargo, en esta visión introductoria sobre la correlación que puede haber entre la ética, la Bioética y la maldad, nos concentramos en los principales 9 factores que determinan el ya nombrado Factor *D*.

- El egoísmo, una excesiva preocupación por sí mismo.
- El maquiavelismo, la tendencia a realizar actos contrarios a la finalidad moral; frialdad, manipulación, estrategia para aniquilar a los demás.
- Ausencia de sentido moral, más que una inmoralidad, una amoralidad pues el factor de ética y moral no está dentro de los valores de la persona a investigarse.
- Narcisismo, la excesiva preocupación por sí mismo y la búsqueda por sobresaltar los valores propios en decremento de los demás.
- El asumir que hay un derecho psicológico mediante el cual una persona siente tener más derechos, prerrogativas y privilegios que los demás, como una condición sine qua non de superioridad frente a los demás.
- Psicopatía, conducta delictiva en donde existe insensibilidad, intendencia compulsiva a asaltar la verdad, impulsividad, violencia y agresividad.
- Sadismo, después del Marqués de Sade que escribiera inclusive libros sobre la conducta sexual ligada a la maldad, el sadismo en general —desligando la sexualidad de la maldad— ha sido investigado por distintos autores. La tendencia, el deseo y el placer de producir dolor y mediante esta agresión acrecentar el ego no solamente sexual sino general de la conducta humana en actos de placer en donde el poder se exhibe como una herramienta de ejercicio de dominio.

- El interés social y material, la búsqueda constante de bonificaciones sociales de refuerzos y distintas formas de obtención de comentarios y elogios tanto morales como materiales; la búsqueda constante de un éxito patológico es uno de los factores claves en el rastreo de los nueve rasgos oscuros del Factor *D* de la maldad.
- La mala fe, la predilección por hacer el mal, inclinarse a no realizar actos de servicio sino en favor de la agresión y el abuso por lo que se puede caer en los excesos de robo y de humillación donde cualquier acto es justificado para que se ejercite a plenitud el acto de la malevolencia.

En el caso de la medicina y la salud, tampoco existen médicos y profesionales de la salud que han sido absueltos por la historia respecto del ejercicio de su maldad, solamente citaré el caso del doctor Joseph Mengele (BBC News. 2019), el investigador del nazismo en los campos de concentración y por cierto el psiquiatra de profesión jefe de Estado de Serbia, Radovan Karadzic (Naciones Unidas. 2019) que fue expulsado de la Asociación Psiquiátrica Mundial, por la acusación de ser uno de los principales mentalizadores del exterminio de la sociedad islámica en la guerra de la ex Yugoslavia en tiempos tan duros como genocidas.

En el debate de la ciencia y la sociedad contemporáneas ha tomado fuerza el tema de la muerte asistida, la eutanasia activa o pasiva; en estos días—enero del 2022— se trata en uno de los tribunales de Colombia el caso de una petición sistemática de un paciente que busca la muerte asistida sin tener una enfermedad terminal (CCN Español. 2022); por tanto, la eutanasia es un tema que alerta polémicas intensas respecto de la ética y la Bioética al margen de que cada vez más sociedades aceptan la legalidad de la eutanasia —al menos pasiva— sin embargo, hay personajes médicos de la historia que han sido acusados como verdaderos ángeles de la muerte al practicar indiscriminadamente eutanasias masivas en la población. Es el caso de Jacob Kevorkian, cuyo lema era “Morir no es un crimen”, fue un médico activista conocido en Estados Unidos como “Doctor muerte” por la aplicación de eutanasia a 130 pacientes de forma ilegal (BBC News. 2011).

Distintos estudios sobre el hombre de Neanderthal se exhiben ahora en relación con la violencia; Este fue mucho más exitoso que el Homo sapiens, duró mucho más sobre la superficie de la tierra y se ha demostrado en buena parte que el Homo Sapiens tiene varios de los genes del Hombre de Neanderthal.

¿Quién es más primitivo que el otro? una larga discusión para la antropología física, sin embargo, las corrientes pre homínidas mantienen en general la tendencia de que los seres humanos mientras más antiguos en la escala biológica, más cuotas de agresividad tienen. Aquello puede ser una aseveración falsa pues motivados por el poder y la cultura, distintos representantes del Homo Sapiens han demostrado para la historia que pueden ser más sádicos que los hombres primitivos; las guerras no solamente tribales sino entre naciones y guerras mundiales han dado cuenta de que han sido un factor impresionante para el ejercicio de la maldad.

Los odios pueden ser no solamente religiosos o políticos sino también familiares y a veces regionales en sociedades y pueblos con multitudes inversas, es decir, con poblaciones menores. Los odios han alimentado inclusive verdaderas guerras civiles dentro de los distintos países, por eso menciona Krauze que “La piel de los dictadores, de los autócratas y de los caudillos es muy delgada. Una de las funciones más altas de la literatura es molestar, incomodar a los tiranos” (Alconada, H. 2022).

Muchas veces las raíces de la maldad tienen que ver no solo con la agresión y el odio, sino también con un sentimiento universal que muchas veces alimenta la maldad, el miedo. Por el miedo, pánico, terror, recelo y alarma frente a nuevas ideas, amenazas que pueda sentir una persona, las razones de la maldad se explican por sí solas.

Vivimos tiempos en donde la corrupción campea. Una forma sutil de maldad humana. La justificación sobre la misma ha seguido dos lógicas: que si alguien es corrupto pero hace obra pública, se lo disculpa y quizá hasta se lo aplaude y que quien no acumula riqueza rápida es considerado como bobo, según declaraciones a la prensa del coordinador nacional de la Comisión Nacional Anticorrupción, instancia de la sociedad civil organizada, Germán Rodas Chávez (El Comercio. 2022).

En el caso particular del Ecuador que no ha estado vacunado contra el odio para nada, persisten polarizaciones acumuladas de la historia digna de ser relevantes a la hora de descubrir y trabajar sobre el tema de la maldad colectiva: luchas enconadas entre conservadores y liberales, luchas internas entre socialistas y comunistas (por cierto que también dentro de las sociedades llamadas con corte político demagógico populista y neopopulista se alimentan odios ancestrales).

Por ejemplo, menciona Vargas Llosa el eterno malentendido en el caso de los militantes de extrema izquierda: “su convicción de que había dictadores “buenos”, como Stalin o Fidel Castro. Yo creo, y es una

de las convicciones a la que he sido fiel en mi vida política, que todos los dictadores, sean de derechas o de izquierdas, son malísimos” (Vargas Llosa, M. 2022).

Los odios raciales en el mundo han sido feroces, fruto de la falta de tolerancia a la otredad racial y del color de la piel; el exterminio de los indígenas en la Patagonia, en Canadá y Estados Unidos con solamente derecho de reservaciones, la guerra de Secesión de los Estados Unidos cuyo móvil principal fue la tendencia a favorecer o abolir la esclavitud negra.

En el caso del Ecuador, sin duda, que los residuos existen y persisten, las maldades colectivas son fuertes y alimentadas por los odios políticos en los últimos años han resultado en una enconada actividad en donde los males colectivos se han vuelto visibles a la luz del día.

Segundo Moreno Yáñez en la investigación de su doctorado en la Universidad de Bonn en Alemania ha demostrado que en el Ecuador hubo más de 200 levantamientos indígenas (Moreno Yáñez, S. 1992), por eso es que una sociedad que respeta la otredad, que es solamente intolerante a una cosa: a la injusticia, puede alimentar de alguna manera una visión social, equitativa y promisoría para demostrar que el ser humano puede lograr finalmente tener más humanidad de la que se supone está investido; la lucha en favor de superar los odios es una tarea política y pedagógica propia de los territorios de la academia y de la propia universidad para fomentar mejores aires, para que una sociedad sea más igualitaria, más equitativa, más justa, más tolerante y más inclusiva.

Ingo Zettler es uno de los científicos que mejor ha entendido y ha profundizado con investigaciones doctrinarias y empíricas sobre la maldad (El Imparcial. 2018). Las posibles causas de la maldad humana por tanto, no solamente deben apuntarse al campo de la sociología, la antropología y la cultura sino que nunca hay que dejar de lado las posibles bases biológicas, neurobiológicas que tienen también asiento en constituciones anatómicas fisiológicas de predisposición previa para el ejercicio de la maldad. Por supuesto que los excesos deben ser combatidos desde la modernidad, ya no está en vigencia el criminal nato —siguiendo a Lombroso— en la descripción clásica que en tiempos anteriores criminalistas de fama internacional lo llevaron a la visión de epítome de la explicación, no está ya en vigencia el hecho de que el criminal nace; sin embargo, es cierto que en algunos síndromes en donde ciertas bases neurológicas y endocrinológicas están presentes, personalidades con cierto genoma y mapa genético pueden estar predispuestos al ejercicio mayor de conductas violentas o irregulares. Por ejemplo, los síndromes de Turner y Klinefelter,

cuyos cambios genéticos sugieren que quienes lo padecen tendrían tendencias psicopáticas. De esta forma, tanto la visión genética como la biológica, la neuro biológica y la cultural en forma más sensata y prudente deben ser tomadas en cuenta al momento de explorar el concepto de la maldad.

Cesare Lombroso, fundador de la Escuela Positivista Criminológica, desarrolló una teoría que sostiene que la criminalidad está ligada a causas físicas y biológicas, en la que el delito es resultado de los impulsos o tendencias innatas de una persona que pueden observarse incluso en los rasgos físicos de las personas, desde asimetrías craneales hasta la forma de la mandíbula u orejas (Vive UNIR. 2021). Teoría que ha sido sometida al debate y en la actualidad ha sido rebasada en buena medida; sin embargo, insumos valiosos de la propuesta original deben ser siempre tomados en cuenta.

Hace una década se produjo en Noruega un asesinato masivo de adolescentes en una isla mientras pasaban una estación de verano (BBC News. 2021), el perpetrador fue un fanático político que creía que los adolescentes son los futuros líderes de una humanidad perversa en donde se asista a la equidad de los Derechos Humanos; el criminal fue un extremista de derecha que veía con añoranza que las posiciones extremas comandadas por Hitler y el nacionalsocialismo debían ser retomados para la historia presente, fanáticos no solamente hay religiosos sino políticos y la maldad se cierne con creces sobre ellos.

Sin embargo, cabe recalcar en forma enfática y final que no significa que existen seres buenos o malos, sino que cada uno de los seres humanos pueden tener dosis distintas de una y otra características axiológicas y éticas dependiendo de distintos móviles en donde la historia de vida personal y familiar, la experiencia de vida, la cultura y las bases biológicas y genéticas juegan un papel al momento de eclosionar o predisponer un momento prolongado o súbito del ejercicio de la maldad.

Un largo camino le queda aún a la especie humana por evolucionar.

Referencias

- Alconada, H. Enrique Krauze (2021) “*La tragedia de América Latina ha sido la ideologización.*” La Nación. <https://www.lanacion.com.ar/ideas/enrique-krauze-la-tragedia-de-america-latina-ha-sido-la-ideologizacion-nido8012022/>
- Álvarez, M. Daniel Camargo, (2021) el “*Monstruo de los Manglares*” que buscaba vírgenes para sus asesinatos. La Vanguardia. <https://www.lavanguardia.com/sucesos/20210716/7603955/daniel-camargo-monstruo-manglares-virgenes-asesinatos-colombia-ecuador-caras-mal.html>
- Amaya, S. (2018) *El Petiso Orejado: la historia real detrás del mito que causó terror a principios del siglo XX.* La Nación. <https://www.lanacion.com.ar/sociedad/el-petiso-orejado-la-historia-real-detras-del-mito-que-causo-terror-a-principios-del-siglo-xx-nid2107666/>
- BBC News (2011) *El legado del “Doctor Muerte”.* BBC News Mundo. https://www.bbc.com/mundo/noticias/2011/06/110603_perfil_doctor_jack_kevorkian_en
- BBC News. (2018) ¿Qué es el Factor D que define los “rasgos oscuros” de la personalidad como el egoísmo, el rencor o la psicopatía. BBC News Mundo. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-45685775>
- BBC News (2019, March 2) *La segunda muerte de Josef Mengele, el sanguinario médico nazi que se ocultó en Brasil*— BBC News Mundo. BBC News Mundo; BBC News Mundo. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-47380208>
- BBC News. (2021) “*Creo que nunca lo superaremos*”: cómo está Noruega 10 años después de los atentados que dejaron 77 muertos. BBC News Mundo. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-57916669>
- BBC News (2021) *Nueva masacre en la cárcel de Guayaquil deja “alrededor de 68 muertos”*— BBC News Mundo. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-59274995>
- Cano, S. (2004) *Sentido arendtiano de la “banalidad del mal”.* Belo Horizonte.
- CCN Español. (2022) *Eutanasia en Colombia: aplican procedimiento a 2 pacientes no terminales.* CNN. <https://cnnespanol.cnn.com/2022/01/09/eutanasia-en-colombia-victor-escobar-martha-sepulveda-enfermedades-no-terminales-orix/>
- El Comercio. Germán Rodas: (2022, January 12) “*El país requiere que se transparenten nombres de jueces denunciados*”. El Comercio. <https://www.elcomercio.com/actualidad/politica/german-rodas-corrupcion-jueces-denuncias.html>
- EL IMPARCIAL. (2018) *El núcleo oscuro de la personalidad: la maldad engendra maldad.* El Imparcial. <https://www.elimparcial.es/noticia/193969/sociedad/el-nucleo-oscuro-de-la-personalidad-la-maldad-engendra-maldad.html>
<https://www.unir.net/derecho/revista/tipos-de-delinquentes-criminales/>
- Moreno Yáñez, Segundo. (1992) *Antropología ecuatoriana: Pasado y presente.* Quito. Ediguias

- Moshagen, M., Zettler, I., Hilbig, B. (2019) Measuring the Dark Core of Personality. Ulm University. University of Copenhagen, University of Koblenz-Landau.
- Naciones Unidas. El tribunal de La Haya eleva a cadena perpetua la sentencia de Radovan Karadžić.. Noticias ONU. (2019) <https://news.un.org/es/story/2019/03/1453191>
- Nietzsche, F. (1882) La muerte de Dios.
- Parra, V. (1966) *Volver a los Diecisiete. Las últimas composiciones.* RCA Victor. *Psicoactiva. ¿Qué es el factor G de inteligencia? La Teoría Bifactorial de Spearman.* <https://www.psicoactiva.com/blog/factor-g-inteligencia>
- Sabater, S. (2018) *El Factor D y los 9 rasgos que definen la maldad humana. La mente es maravillosa.* <https://lamenteesmaravillosa.com/el-factor-d-y-los-9-rasgos-que-definen-la-maldad-humana/>
- Saramago, J. (2009) *Cain.* Lisboa: Editorial Caminho.
- Vargas Llosa, M. (2022) *Los dictadores, por Mario Vargas Llosa.* El Comercio Perú. <https://elcomercio.pe/opinion/piedra-de-toque/los-dictadores-por-mario-vargas-llosa-noticia/>
- Vive UNIR. (2021) *Tipos de delincuentes, según Lombroso.* UNIR.

CAPÍTULO II

La Bioética en Ecuador

Edmundo Estévez Montalvo

¿Para qué sirve la ética?
¿Vale la pena aprender ética?

¿Acaso, una asignatura más de tantas y al parecer un poco o bastante aburrida?

Queridos estudiantes, permítanme aventurar una respuesta simple a nuestras interrogantes iniciales. La ética (Bioética), nos pone en contacto con el gran repertorio de valores de la humanidad que nos conducen a lograr nuestro objetivo moral, es decir a decidir libremente lo que queremos, a cumplir con nuestros deberes y a vivir felices. La libertad humana es la raíz de toda acción moral puesto que si no hay posibilidad de elegir entre dos o más acciones no puede haber moralidad. La ética es una construcción humana y desde ella se puede juzgar todo⁵. Las personas dotadas de quicio

⁵ **Moral:** Esta palabra proviene del latín “*mos*” o “*mores*” que significa costumbre, carácter, vale decir las conductas predominantes en una región o población del planeta en un tiempo determinado, para

somos como arqueros y cada uno dispara sus flechas en busca de su blanco. Ese blanco al cual pretendemos llegar siempre con nuestras flechas (actos) son guiados por los valores para ejercitar una conducta buena o deseable socialmente; frente a otros tipos de conducta que no son aceptables. Entonces, la ética nos orienta hacia la vida que queremos vivir, nos acerca a las metas que aspiramos alcanzar y nos orienta a nuestras realizaciones de vida. Así las cosas, el individualismo arrollador de nuestros días puede y debe aprender a vivir con valores emergentes, porque los valores morales⁶ no se pueden entender sin su relación con la capacidad humana para realizarlos con conciencia y libertad. Si todos actuáramos éticamente viviríamos en un mundo feliz, idealizado en perfección y respeto.

La moral se define como un conjunto de normas y valores morales que obliga a un determinado conglomerado social o a cada individuo a una adecuada convivencia. La mayoría de los casos de comportamiento social (es decir, comportamientos que involucran interacciones con otras personas) son moralmente relevantes porque tienen efectos sobre los demás y, por lo tanto, pueden ser evaluados como “correctos” o “incorrectos,” de “inmoralidad, amoralidad, inmoral o amoral”.

Por tanto, el comportamiento moral y social debería ser idéntico desde la perspectiva de las motivaciones específicas. Bajo un enfoque motivacional sobre el comportamiento moral, se configurarán las siguientes cuatro categorías generales:

- Acciones egoístas que no afectan a los demás
- Acciones egoístas que afectan negativamente a los demás (“egoísmo”)

ser justos y felices. Estas no se manifiestan sólo en las convicciones y conductas personales, sino en la textura normativa de las instituciones públicas (propiedad, familia, etc.) como también en el ordenamiento social, económico, político, cultural y religioso, en forma vivida y no sólo pensada. Ética: Esta palabra proviene del griego *ethos = carácter*” y se remonta a Aristóteles en tanto disciplina filosófica que busca metódicamente a través de la reflexión, la justificación de validez universal sobre la acción buena y justa. La ética es una parte de la filosofía que reflexiona sobre la moral, y por eso también recibe el nombre de «filosofía moral». La ética es un saber filosófico, mientras que la moral forma parte de la vida cotidiana de las sociedades; sin embargo, las dos palabras significan prácticamente lo mismo. José Luis López Aranguren, ha llamado a la moral «moral vivida», y a la ética, «moral pensada» (García Banderas y Estevez M, 2010); (Lopez Aranguren, 1997).

6 Los valores morales son cualidades que posee una persona o una acción humana y que puede servir de guía para encauzar nuestra conducta moral. Con el debilitamiento de la moral y, de modo más genérico, del mundo de las normas, ha acabado por hacer resurgir la necesidad de plantear de nuevo la cuestión de los valores, debido precisamente a ese debilitamiento. ¿Se puede vivir sin valores? ¿Es incompatible el individualismo con una concepción ética de las relaciones humanas? Renault, 1998); (Gracia, Como arqueros al blanco. Estudios de Bioética, 2004); (Cifuentes, 2018); (Guitton, Sabiduría cotidiana. El libro de las virtudes recuperadas, 2002)

- Acciones que benefician a los demás, con alta probabilidad de reciprocidad (“altruismo recíproco”)
- Acciones que benefician a los demás, sin beneficios personales directos (materiales o de reputación ganancias) y ninguna reciprocidad esperada (“altruismo genuino”). Esto incluye ayuda altruista también como castigo costoso de los infractores de normas (“castigo altruista”) (Moll, De Oliveira-Souza, y Zahn, 2008; Moll, De Oliveira-Souza, y Zahn, 2008).

En definitiva, lo que se pretende valorar es la experiencia moral o calificación de una acción humana como buena o como mala, como debida o indebida (dicotomías) que la realizamos cotidianamente. Las nociones de deber y de bondad son las categorías básicas de la experiencia moral. Lo que se hace al juzgar moralmente es dividir las acciones humanas en dos grupos antagónicos y contrapuestos. En todo conglomerado social existen calificaciones de acciones más o menos compartidas por sus miembros, para orientar la experiencia moral en la toma de decisiones. Por eso nos interrogamos a la luz de las teorías éticas los siguientes hechos (Rameix, 1996), (Cortina, 2018) (García Banderas y Estevez M, 2010) (Gracia, Como arqueros al blanco. Estudios de Bioética, 2004) (Lopez Aranguren, 1997):

- ¿Cómo decidimos qué está bien o qué está mal?
- ¿Por qué la gente a menudo no está de acuerdo sobre cuestiones morales?
- Cuando estamos de acuerdo, ¿de dónde viene ese acuerdo?
- ¿Puede una mejor comprensión de la moral ayudarnos a resolver los problemas que nos dividen?
- ¿Qué tipo de cosa es ese deber que aparece en la experiencia moral?
- ¿Cuáles son esas normas morales?
- ¿Por qué deben cumplirse los deberes (si éstos constituyen el lenguaje de la ética y provienen de los valores)?
- ¿Cómo determinar lo que es bueno y lo que es malo?
- ¿Podremos vencer la corrupción mediante la educación en valores?

¿Cómo ha llegado la Bioética a Ecuador? ¿Tiene algún prisma de orientación?

En tanto que mirada de conjunto, nuestra pretensión es en primera instancia contextualizar el problema ético de hoy tratando de precisar sus antecedentes y de indicar las implicaciones del mismo (I), para luego proceder a una exploración de algunos de los puntos neurálgicos del actual debate ético y bioético que se desarrollarán explícita o implícitamente en el texto (II), orientándose en la parte final al aporte de una especie de “claves de lectura” que permitirán una mejor comprensión y utilización de la Bioética para los fines que se pretenden, que no son otros que el ofrecimiento de unas herramientas de reflexión y orientación para promoción de una vida de calidad.

Marco histórico contextual del desarrollo de la Bioética

La Bioética es un neologismo acuñado por el oncólogo norteamericano Van Rensselaer Potter (1911-2002), el mismo que dedicó toda su vida a la investigación del cáncer y al cultivo del humanismo, mediante la exaltación de los valores éticos. El término Bioética, de origen griego, alude a dos magnitudes de notable significación bios = vida y ethos = ética. Su significado etimológico sería entonces ética de la vida. Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (DRAE), la Bioética se define como *“disciplina científica que estudia los aspectos éticos de la medicina y la biología en general, así como las relaciones del hombre con los restantes seres vivientes”*.

En 1971 Potter publicó un libro llamado *“Bioética: un puente hacia el futuro”* en el cual desarrolla la siguiente tesis: —existen dos culturas que al parecer no son capaces de comunicarse, la científica y la humanística— Si aceptamos que esta incomunicación es una de las razones que gravitan sobre el futuro de la humanidad; posiblemente estableciendo un puente entre esas dos culturas, construiremos un puente hacia el futuro (García Banderas y Estevez M, 2010).

En otra parte afirma el autor, que —“En todo miembro de la especie humana hay, como resultado del proceso evolutivo que busca la adaptación perfecta al medio, un instinto por obtener ventajas a corto plazo, dándole preferencia en relación con las necesidades de la especie humana a largo plazo”— El objetivo de la ética global es el de preparar personas capaces de percibir la necesidad de futuro y de cambiar la orientación actual de nuestra

cultura, además que puedan influir en los gobiernos, en el ámbito local y global, a fin de conseguir el control responsable de la fertilidad humana, la protección de la dignidad humana y la preservación y restauración del medio ambiente. Estos son los requisitos mínimos para poder hablar de supervivencia aceptable, contrapuesta a supervivencia miserable.

Esta visión holística, Potter, la desarrolla posteriormente en su siguiente obra “Bioética, ciencia de la supervivencia”; en la cual proclama que la —ética implica acción de acuerdo a estándares morales —Los valores éticos no pueden separarse de los hechos biológicos, tenemos una gran necesidad de una ética de la tierra, de la vida salvaje, de la población, de una ética del consumo, una ética urbana, internacional, geriátrica, etc. Todos estos problemas involucran la Bioética y la supervivencia del ecosistema.

La humanidad según Potter tiene la necesidad de una nueva solidaridad que provee el “conocimiento de cómo usar el conocimiento, el mismo que podría ser llamado —la ciencia de la supervivencia—. Opina que esta ciencia debe ser construida sobre la biología, ampliada más allá de sus fronteras tradicionales para incluir los elementos más esenciales de las ciencias sociales y humanidades, con énfasis en la filosofía que significa —amor a la sabiduría—, y proclama que una ciencia de la supervivencia debe ser más que una ciencia sola, por lo cual propone el término Bioética para armonizar los dos componentes más importantes: conocimiento biológico y valores humanos.

En 1988, el profesor Potter reiteró sus ideas iniciales creando una Bioética Global. El entendía el término “global” como una propuesta abarcativa que englobe todos los aspectos relativos al vivir, esto es, la salud por una parte y la cuestión ecológica por otra. El profesor T. Engelhart, defendió la propuesta de que la Bioética es básicamente pluralista. Esta tesis también tuvo diferentes interpretaciones. Algunos autores, como Alastair V. Campbell y Solly Benatar, entendieron el término global no en el sentido amplio desde un punto de vista interdisciplinario, sino como una visión uniforme y homogénea en términos mundiales encuadrada al proceso de globalización. Es decir, el establecimiento de un único paradigma filosófico para el enfoque de las cuestiones morales en el área de la salud, constituyendo así, una forma nueva de imperialismo (García Banderas y Estevez M, 2010).

Con el objetivo de rescatar su reflexión original, el profesor Potter propuso en 1998 una nueva definición de Bioética Profunda. Esta denominación fue utilizada por primera vez por el profesor Peter Waithouse, aplicando a la Bioética el concepto de ecología profunda del

filósofo noruego Arne Naess. Esta propuesta abarcante y humanizadora de la Bioética ya había sido defendida por otros autores, como el profesor André Compte-Sponville. En el año 2001, el Programa Regional de Bioética de la OPS, definió el concepto amplio incluyendo la vida, la salud y el ambiente como área de reflexión.

Lo fundamental es anotar que para Potter la Bioética debe mantener sus características fundamentales: abarcante, pluralista, interdisciplinaria, de apertura ideológica e incorporación crítica de nuevos conocimientos (Goldim, 2005), (García Banderas y Estevez M, 2010). Por su parte, Warren Reich (1978), propuso la siguiente definición de Bioética: “Estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias biológicas y la atención sanitaria, en cuanto se examina esta conducta a la luz de valores y principios morales” (Reich, 1995).

La primera definición de Warren Reich constante en la Enciclopedia de la Bioética no aclara dos cosas esenciales relativas al objeto formal: si la Bioética es ciencia descriptiva (Estudio de cómo se comportan realmente los hombres) o normativa (Como deberían comportarse). Además en la primera etapa de la Bioética esta definición se ha identificado con el principalismo. Luego del convenio internacional de Erice, en 1991, se formuló una nueva definición que se incorporó a la segunda edición y que dice así: “Bioética es un término compuesto derivado de las palabras griegas Bios (vida) y Ética. Ella puede ser definida como el estudio sistemático de las dimensiones morales, incluidas la visión moral, las decisiones, la conducta y las políticas de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, usando las diversas metodologías éticas en un marco interdisciplinario”.

Según Aramini en esta nueva definición ha sido ampliado el objeto formal que comprende “una variedad de metodología éticas” superando la identificación con el principalismo. También el objeto material se ha ampliado a las conductas sociales y a las dimensiones políticas.

En la tercera edición de la Enciclopedia (2004), se define como “El examen moral interdisciplinar y ético de las dimensiones de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la salud”. En la actualidad se mantienen diversas posiciones; entre las principales hay que citar las siguientes:

- Bioética como disciplina autónoma distinta de la ética médica, de la medicina legal y de la deontología médica
- Bioética como ética aplicada

- Bioética como nueva ética
- Bioética como rama de la filosofía moral
- Bioética personalista

Postula que hay posibilidad de integrar los principios de la Bioética anglosajona, con la ética de las actitudes. Los principios dicen, proporcionan las indicaciones generales de los comportamientos y las virtudes, permiten el reconocimiento del comportamiento bueno, la motivación de la obediencia de los principios, la interiorización de los mismos y la actuación del deber. Entre los principios y las virtudes se instaura una relación de reciprocidad. La reflexión bioética tiene que considerar las motivaciones, virtudes y valores, además de los deberes y obligaciones. Aquí se deben conjugar la objetividad de la verdad y el bien con la subjetividad del comportamiento (la motivación del acto aquí y ahora).

Para el personalismo el ser humano es una totalidad de espíritu y cuerpo que le confiere una unidad singular; y le hace un objeto de derecho y no un objeto para nadie (García Banderas y Estevez M, 2010).

Los principios son los siguientes:

- a. Defensa de la vida física:** es el valor fundamental mediante el cual la persona se realiza, expresa su libertad, proyecta el futuro y entra en relación con los demás (principio de indisponibilidad). Del reconocimiento de este valor fundamental, brota el principio de inviolabilidad de la vida física que no puede ser violado ni siquiera para favorecer la vida de otros.
- b. Principio terapéutico o de totalidad:** implica que los actos médicos sobre el cuerpo humano, inclusive los concernientes al comportamiento genético sólo son posibles cuando la intervención sobre una parte del cuerpo tenga como fin salvaguardar el todo (vida). El acto médico debe ser el único medio para vencer la enfermedad, tener probabilidades razonables de éxito y el consentimiento explícito del paciente.
- c. Principio de libertad y responsabilidad:** se entiende este como elección y actuación de un proyecto de vida. El acto humano en el que se ejercita la libertad es verdaderamente leal, si se lo hace con responsabilidad consigo mismo y con los demás.
- d. Principio de sociabilidad:** es el vínculo natural que existe entre los hombres y compromete a todos en la construcción del bien común.

Por lo tanto se considera la vida y la salud como bienes personales y sociales.

e. Principio de subsidiariedad: todo hombre es responsable de la propia salud y tiene el derecho y el deber de protegerla; cuando el individuo no está en capacidad de tutelar su propia vida o salud, la sociedad debe intervenir para asegurarle el alcance de sus objetivos esenciales.

Relato de los comités nacionales de Bioética y de la comisión nacional de Bioética

De acuerdo a la UNESCO (2005), existen cuatro tipos de comités:

- Comités de Bioética de carácter normativo o consultivo (CNC)
- Comités de asociaciones médicas profesionales (AMP)
- Comités de ética médica u hospitalaria (CEH)
- Comités de ética en investigación (CEI)

Frente al progreso C y T promovido sobre todo por la investigación biomédica en la que participan seres humanos y animales de experimentación se plantearon nuevos retos a la encrucijada formada entre libertad de investigación y protección de derechos y beneficios de los sujetos de investigación.

La creación de los comités de Bioética en investigación biomédica (CEI) se justifica plenamente para garantizar la protección de los derechos humanos de los sujetos de investigación. Numerosos instrumentos fundamentan su constitución, como la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, desde 1964 hasta la actualidad.

Los comités surgen, por tanto, como mecanismos para la protección de los derechos de las personas, para garantizar su seguridad y bienestar y para evaluar la investigación que se propone desde la perspectiva científica, atendiendo a su calidad y pertinencia, pero también desde el prisma ético, que orienta especialmente a evitar que los intereses de la ciencia o de la sociedad prevalezcan sobre los del individuo implicado en dichas investigaciones. Estos comités deben evaluar los problemas éticos, jurídicos y científicos de los proyectos de investigación relativos a los seres humanos (De Lecuona, 2011).

En el Ecuador, uno de los primeros Comités creados bajo normativa y acreditación internacional fue el COBI, un Institutional Review Boards (IRB/OHRP). Nos cupo el honor de su creación y dirección por largos y fructíferos años. La comisión nacional de bioética en nuestro país se organiza luego de un sostenido proceso impulsado por mi dirección en la CONABI y con el apoyo de OPS. El consultor de este proceso fue el Dr. Luis Justo (Argentina). Su gestión y destino pudo haber encontrado mejores logros. A diferencia de los países vecinos Colombia y Perú, el Ecuador limitó de manera penosa su avance e incursión en el fortalecimiento de la I y D en el ámbito biomédico y genómico. La pandemia actual puso en evidencia estas graves limitaciones (Sisa, Eliminación de comité “ad hoc” abre una puerta para incrementar la investigación en COVID-19, 2021), (Sisa, Mena, y Teran, *The negative impact of ad hoc committees for ethical evaluation: The case of COVID-19 related research in Ecuador*, 2021), (Sisa, Noblecilla, y Orozco, *Rationale to continue approving placebo-controlled COVID-19 vaccine trials in LMICs*, 2021).

La ética médica en Ecuador, sus aportes y proyección a futuro

El Dr. Agustín García Banderas bosquejó con magnífica elocuencia el desarrollo de la Bioética en América Latina. El PSJ. Alfonso Llano Escobar, publicó un artículo en la revista del Instituto de Bioética de la Universidad Javeriana (CENALBE), del cual vamos a extraer algunas ideas y datos, y además hacer algunos comentarios (García Banderas y Estevez M, 2010). Como se ha manifestado reiteradamente, la Bioética en Norteamérica, tuvo un origen simultáneo a inicios de la década del 70 del siglo pasado: En Wisconsin con Potter y en Georgetown con Helleger. A despecho de la visión holística de Potter, siguió la línea trazada por el Instituto Joseph y Rose Kennedy, para estudios de salud reproductiva, dirigida por el obstetra holandés André Helleger.

A juicio de muchos bioeticistas, cuyo criterio compartimos, este constructo cultural norteamericano se guió por el pragmatismo y redujo la Bioética a una ética médica aplicada, bajo el dominio del modelo principalista. Esta es la que se ha llamado la “época de los pioneros”. En USA alcanzó un rápido desarrollo y una gran publicidad, lo que determinó su expansión a otros países.

En el caso de Latinoamérica, esta transdisciplina fue desconocida en la primera década (1970-1980); y se puede considerar como una primera etapa,

lo que el autor antes citado, califica como el “fenómeno del trasplante”; el mismo que como tal, es difícil que se adapte por completo a un medio distinto, por sus antecedentes históricos, étnicos, culturales, religioso y la idiosincrasia propia de nuestros pueblos, en los cuales campean la pobreza, el subdesarrollo, la marginalidad y la inequidad.

Coincidimos plenamente con Alfonso Llano, en la consideración de que el predominio de la moral católica en Iberoamérica, contrastaba con la hegemonía protestante en los países anglosajones. Esta diferencia de modelos religiosos, en nuestro concepto, dificulta el trasplante de un producto liberal y laico propio de la ética protestante, que privilegia la autonomía y la libre interpretación de los textos religiosos, y la moral católica por su lado que impone la autoridad eclesiástica como fuente de la ética. De estos sucesos no ha sido ajeno nuestro país.

Otro gran problema es el trasplantar la Bioética norteamericana, cuyo centro de preocupación es la biotecnología avanzada, a poblaciones que no disponen de estos recursos y cuyos principales problemas son la pobreza, la corrupción, la insatisfacción de las necesidades básicas, el hambre, la desnutrición y el hacinamiento, con sus secuelas de morbimortalidad específica. Hay que considerar también la tradición médica paternalista y de raigambre hipocrática, que persiste hasta la presente en muchos países de Iberoamérica.

Esto significaba un contraste entre dos culturas, y como afirma A. Llano: “La revolución Bioética del BIOS o tecnificación de la vida, y del ETHOS, secularización de la moral, resultante del progreso biotecnológico en USA, contrastaba con la cultura pretécnica y la moral cerrada de los países latinoamericanos.

No obstante estas dificultades, se inició el estudio, la difusión y el desarrollo de la nueva transdisciplina en Iberoamérica. Entre los principales hitos históricos, cabe destacar los siguientes: En Argentina: el médico humanista J. Alberto Mainetti, de la Fundación Mainetti, ubicada en Gonnet, inició un movimiento de humanización y fundó en 1972, el Instituto de Humanidades Médicas y difundió sus ideas a través de la revista Quirón. A principios de la década del 80, invitó a E. Pellegrino, T. Engelhardt y J. Drane para dictar conferencias en el referido Instituto. A fines de los 80, J. Carlos Tealdi fundó la Escuela Latinoamericana de Bioética (ELABE), la cual dictó durante 10 años un programa de enseñanza.

En Colombia, en la década de 1970-1980, comenzó un movimiento de humanización de la medicina en Bogotá, Medellín y Cali, que fundaron Escuelas de Medicina con una visión orientada a la formación integral que

supere el enfoque tecnocientífico. Sus principales representantes fueron Fernando Sánchez Torres, Jaime Escobar y Pablo Arango.

Contribuyó a este proceso ASCOFAME, (Asociación colombiana de facultades de medicina) filial de FEPAFEM. En 1985, el Dr. F. Sánchez fundó el Instituto colombiano de estudios bioéticos (ICEB), el mismo que ha mantenido seminarios periódicos.

Etapas de consolidación (1990-2000): La Bioética alcanza un gran desarrollo en los países de Latinoamérica, debido a tres hechos:

La publicación del Boletín de la OPS, que luego se transformó en libro, con los aportes de verdaderas autoridades en la materia, con lo cual se introdujo oficialmente la Bioética en nuestro continente. En 1990, el Padre Llano fundó en Colombia el Consejo nacional de Bioética (Cenalbe). Este fue un antecedente para la constitución de la FELAIIBE (Federación latinoamericana de Institutos de Bioética), con la misión de promover la integración de Centros e Institutos. Esta entidad comenzó en 1995 a organizar Congresos latinoamericanos y publicar cuatro veces al año un Boletín con el nombre de "BioVínculo".

La creación del programa regional de Bioética de la OPS (1994), en colaboración con la Universidad de Santiago de Chile, el mismo que a partir de 1996 ofreció maestrías bajo la dirección del profesor Diego Gracia. En la actualidad, el programa regional está dirigido por el profesor Fernando Lolas. Otra entidad que se ha preocupado de la extensión y consolidación en Latinoamérica es la UNESCO, a través de publicaciones, foros y cursos a distancia, que benefician a un gran número de profesionales que se forman en ellos y que son y serán los agentes multiplicadores de la pluridisciplinar en el futuro. Se ha formado una red latinoamericana de Bioética de la UNESCO, a la que pertenecen varios países de la región.

La Bioética se ha incorporado a nuestro medio con retraso en relación a otros países y tenemos un largo camino por recorrer; sin embargo, el trabajo diario y tesonero de los que nos hemos dedicado al cultivo de esta disciplina permitirá su posicionamiento dentro del contexto latinoamericano. Este retraso cronológico puede convertirse en fortaleza, ya que en nuestro concepto, no se trataría de un trasplante como en otras latitudes, sino la germinación de esta inter multi transdisciplina que se encuentra en etapa de revisión a nivel mundial, para construir una Bioética con caracteres propios, acordes con la realidad socioeconómica, política y cultural que viven nuestros pueblos. Necesitamos tomar decisiones autónomas, pero esta autonomía se ve limitada por la pobreza e ignorancia reinantes; de ahí

que nuestros esfuerzos deben orientarse a denunciar y tratar de corregir la inequidad que es el origen de casi todos los males que nos aquejan.

En el escenario ecuatoriano podría resumir brevemente en el hecho singular y protagónico realizado por las universidades donde se gestó por vez primera la necesidad regulatoria de los comités de Bioética frente al desarrollo de investigaciones biomédicas, especialmente financiadas con fondos internacionales. La industria farmacéutica de investigación se incorporó a renglón seguido a esta acometida, dinamizando fuertemente la tarea investigativa junto a los pocos comités universitarios que brindaron su apoyo para dar vigencia y soporte a estos nuevos desafíos. Las pocas investigaciones que alcanzaron el ocasional auspicio financiero nacional junto a las miles de tesis, tesinas y trabajos de investigación de grado y posgrado se beneficiaron de las singulares prestaciones de estos comités primigenios. El reformismo estatal acreditador incorporó como estímulo puntuado la existencia o no de comités de Bioética para la acreditación universitaria. Así empezó la odisea y la carrera por conseguirlos en todas y cada una de las instituciones de educación superior.

Otro aspecto destacado es el de la lenta pero progresiva incorporación de la Bioética en las mallas curriculares de las facultades y carreras relacionadas con ciencias de la vida; gran parte de ellas con improvisados docentes y con recursos formativos inadecuados y escasos. Desde los organismos de control se establece la obligatoriedad de la enseñanza de la Bioética en los cursos de cuarto nivel en el área de la salud. En el 2009 y desde el ejercicio de la presidencia de la Comisión Nacional de Bioética (CONABI/CONASA) generamos entre otras actividades relevantes y positivas una investigación nacional para determinar la situación de la Bioética en los programas académicos de pre y posgrado de todas las universidades ecuatorianas, con el fin de trazar el camino para la construcción de un plan nacional que garantice su mejor su mejor inclusión e incorporación en la formación de los nuevos profesionales de la salud que consta en la magnífica publicación realizada con los auspicios y respaldo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (Cardenas, García Banderas, y Estevez M, 2009). En los años subsiguientes se desata una oculta y ambiciosa carrera de “apropiación” de la Bioética que se puso en franca evidencia en la constitución de la Comisión Nacional de Bioética y en la creación de la primera maestría de Bioética. Todo proyecto moral como éste, terminó de alguna manera en un fracaso: la posibilitación de tareas conjuntas en Bioética fueron conculcadas por el poder instituido. Las grandes contradicciones entre el poder y el deber oficialista terminó

gestando este parto de los montes bajo una impronta fascista y fundamentalista que terminó atropellando todo a su paso.

Concluamos con la célebre frase de Lord Acton, “el poder corrompe, y el poder absoluto corrompe absolutamente”. Maleficio, malicia, malignidad y maldad, y sus contrarios, constituyen la geografía ética del poder, de éste poder pervertido. Los tres primeros cubren el área del poder como posibilidad: como posibilidad física, el maleficio, y como posibilidad moral (la intención moralmente negativa en la malicia, y la inducción en la malignidad); finalmente está el poder objetivado, y la objetivación del poder es la maldad (Gracia, Como arqueros al blanco. Estudios de Bioética, 2004). Así, un balance provisional para el quehacer ético ecuatoriano bajo la impronta del abuso y de la miseria humana.

¿El futuro de la Bioética en el Ecuador?; el reto más grande por emprender es el de la educación moral de todos frente a un estado fallido y atropellado por la corrupción en todos los sectores de la sociedad. El lenguaje de la ética son los deberes, y estos provienen de los valores. A partir de esta relación proponemos en general la existencia de problemas éticos y de opiniones éticas. Las teorías éticas dan respuesta a los problemas éticos, pero también determinan qué opiniones éticas son verdaderas. Llegó la hora de la verdad, ya basta de tanta hipocresía o moralina; vamos a reconstruir el tejido social, a desterrar a los hombres de cloaca y a los reyes de metro cuadrado con grandes cargas de moralita, prima hermana de la dinamita. Los “poderosos” comenzarán a sonreírnos, pero nosotros somos más. El sol brillará nuevamente para todos y no para los que detentaron el poder sostenido por la falacia y la maldad.

Los valores son producto de cambios y transformaciones a lo largo de la historia; surgen con un especial significado y cambian o desaparecen en las distintas épocas y todos los seres guardan sus propios valores. Cuando se habla de valores se hace referencia, de alguna u otra forma, a la relación del ser humano con los demás, consigo mismo y con las cosas (Sanchez Hernandez, 2006). Nada que pase por nuestro frente lo dejamos de valorar (hechos y valores). Realidades más que palabras para rescatar la ética maltratada; esa es nuestra agenda moral propuesta a futuro.

Adela Cortina propone como hilo conductor de esta propuesta de educación moral, la necesidad de reflexionar sobre la superioridad de la libertad frente a la esclavitud, el adoctrinamiento y la manipulación; degustar el valor de la igualdad entre las personas, que tienen dignidad y no un simple precio, sea cual fuere su raza, religión, edad, género o su orientación sexual; respetar activamente, y no solo tolerar, las ideas de

quienes piensan de forma distinta, pero moralmente aceptable; apreciar el diálogo como camino para resolver los conflictos, cuando están puestas las condiciones para que el diálogo sea auténtico, y tomar nota de que la apuesta por la justicia no es un mero consejo, sino la exigencia indeclinable que constituye el quicio de cualquier sociedad pluralista y democrática. Si la justicia falla, como valor y como virtud social, la sociedad está desquiciada. Con claro perjuicio para todos, pero sobre todo para los más vulnerables.

La escuela y la universidad bien podrían vincularse con actividades que encarnen la moral pensada en la moral vivida como parte del currículo escolar. El trabajo conjunto con organizaciones cívicas solidarias se hace aquí imprescindible.

Es verdad que educamos en tiempos de incertidumbre, ignoramos qué habilidades y competencias científicas y técnicas serán las más adecuadas para encontrar un lugar en el mundo laboral, pero sí que sabemos que es desde los valores éticos mencionados desde los que debería orientarse el quehacer de las ciencias y las técnicas y de la sociedad en su conjunto (Cortina, 2018).

Conclusiones

- Frente a la diversidad de pensamiento o republicanismo moral, no se trata tampoco de establecer simplemente una especie de “pacto de no agresión o de mutuo respeto intransigente”, sino de encontrar soluciones a los problemas que nos son comunes, problemas que no distinguen sexo, raza, estatus económico, nacionalidad o creencia religiosa o política, sino que son problemas del ser humano y de la humanidad. Es precisamente en este intento de buscar soluciones en el que se ubica la Bioética, intento que parte del reconocimiento de que, no sólo vivimos en medio de unas sociedades moralmente pluralistas, sino de que en las discusiones sobre los problemas específicos tienen mucho que decir las ciencias y disciplinas, y que hay que contar también con sus opiniones a la hora de tomar decisiones acertadas (Salas, 2010).
- Las experiencias morales cotidianas, es decir las acciones emprendidas (buenas o malas, debidas o indebidas) son materia de reflexión filosófica de la teoría moral. Empecemos en las aulas enseñando las nociones del deber y de la bondad, categorías básicas de toda experiencia moral. Perfectibilidad y cultivo de estas

tres virtudes: Justicia, benevolencia y tacto. La enseñanza de la ética combina estas tres virtudes: la justicia porque es preocupación por lo colectivo y los equilibrios, la benevolencia porque es preocupación por la persona individual y el tacto porque es preocupación por la relación misma de las personas en el tejido social (Guitton, Sabiduría cotidiana. El libro de las virtudes recuperadas, 2002).

- Institucionalizar la ética y volver a ella. Aferrarse a la ética como a una balsa en una tormenta. ¡Una nueva arca de Noé! Regresar a ese mundo olvidado, repleto de sabiduría cotidiana y de virtudes recuperadas y de valores emergentes. La vida es difícil para el alma superior que desea actuar bien y se encuentra sola. El bien crecerá y la soledad desaparecerá. Que no cuiden más la despensa las mismas ratas.
- La educación formal e informal constituye pieza clave en la forja de la moral ciudadana. Las personas no nacen ciudadanas, se hacen. Es la educación la que le hace ser.
- El país debe tomar de manera urgente un verdadero cauce moral. Las viejas estructuras caducas desmoralizan a La Nación (sin moral). Ésta es una tarea inminente e impostergable de la ética y de la Bioética. No podemos dejar a las futuras generaciones un estado fallido. Nuestro compromiso ético por los pobres debe ir más allá de una caridad universal o de las obras humanitarias. Hay que vencer a las desigualdades sociales con humildad, armonía y bondad.

Referencias

- Cardenas, S., García Banderas, A., y Estevez M, E. *La Bioética en la formación de recursos humanos de la salud. Situación actual y desafíos en el Ecuador*. Quito: OPS. (2009)
- Cifuentes, L. (2018) *La Ética en 100 preguntas*. Madrid: Nowtilus.
- Cortina, A. (26 de Julio de 2018) *Educar en valores éticos*. *El País*, págs. 2-6.
- De Lecuona, I. (2011) *Los comités de ética como mecanismos de protección en investigación biomédica: Análisis del Régimen Jurídico Español*. Pamplona: CIVITAS.
- García Banderas, A., y Estevez M, E. (2010). *Bioética Clínica*. Quito: Imprenta Terán.
- Goldim, J. (31 de 08 de 2005) *A evolução da definição de Bioética na visão de Van Rensselaer Potter 1970 a 1998*. Obtenido de Núcleo Interinstitucional de Bioética: <http://www.Bioética.ufrgs.br>

- Gracia, D. (2004) *Como arqueros al blanco. Estudios de Bioética*. Madrid: Triacastela.
- Guitton, J. (2002) *Sabiduría cotidiana. El libro de las virtudes recuperadas*. Buenos Aires: Sudamericana.
- López Aranguren, J. (1997) *Ética*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Moll, J., De Oliveira-Souza, R., y Zahn, R. (2008) *The neural basis of moral cognition. Sentiments, concepts, and values*. *Ann. N.Y. Acad. Sci.*, 161-180.
- Rameix, S. (1996) *Fondements philosophiques de l'éthique médicale*. Paris: Ellipses.
- Reich, W. (1995) *Bioethics definition*. En W. T. Reich, *Encyclopedia of Bioethics*. Macmillan Library Reference.
- Renaut, A. (1995) *El futuro de la ética*. Barcelona: Galaxia Gutenberg.
- Salas, J. (2010) *Estudio introductorio*. En A. García Banderas, y E. Estevez M, *Bioética Clínica* (págs. 6-25). Quito: Imprenta Terán.
- Sanchez Hernandez, A. (2010) *Los valores ético morales desde una perspectiva psicológica*. *Rev Hum Med*, 1727-8120.
- Sisa, I. (2021) *La eliminación del comité "ad hoc" abre una puerta para incrementar la investigación en COVID-19. edición médica*.
- Sisa, I., Mena, B., y Teran, E. (2021) *The negative impact of ad hoc committees for ethical evaluation: The case of COVID-19-related research in Ecuador*. *Developing World Bioeth.*, 3-6.
- Sisa, I., Noblecilla, E., y Orozco, F. (2021) *Rationale to continue approving placebo-controlled COVID-19 vaccine trials in LMICs*. *The Lancet*, 878.

Lecturas sugeridas

- Casado, M. (Comp.), *"Estudios de Bioética y derecho"*, Ed. Tirant lo Blanch, 2000, 350 pp., ISBN 84-8442-035-3. Disponible en <http://www.Bioéticayderecho.ub.edu/es/solicitud/libro-estudios-de-Bioética-y-derecho>
- Casado, M. (coord.), *"De la solidaridad al mercado. El cuerpo humano y el comercio biotecnológico"*, Ed. Universitat de Barcelona, 2017, 299 pp., ISBN 978-84-475-4119-5. Disponible en <http://www.Bioéticayderecho.ub.edu/solicitud/libro-solidaridad-mercado>
- Casado, M. (Coord.), *"Sobre la dignidad y los principios. Análisis de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO"*, Ed. Civitas, 2009, 600 pp., ISBN 978-84-4703-261-7. Disponible en <http://www.Bioéticayderecho.ub.edu/es/solicitud/libro-sobre-la-dignidad-y-los-principios>
- Casado, M. (Edición), *"Materiales de Bioética y Derecho"*, Ed. Cedecs, 1996, 470 pp., ISBN 84-89171-48-3. Disponible en <http://www.Bioéticayderecho.ub.edu/es/solicitud/libro-materiales-Bioética>
- Casado, M. y Buxó, M.J. (coords.), *"Riesgo y precaución: pasos hacia una Bioética ambiental"*, Publicacions de la residència d'investigadors, 2005, 225 pp. Disponible en <http://www.Bioéticayderecho.ub.edu/solicitud/libro-riesgo-precaucion>

- Casado, M. y Gonzáles-Duarte, R. (Eds.), “Retos de la genética en el Siglo XXI: genética y Bioética”, Ed. Universitat de Barcelona, 1999, 236 pp., ISBN 978-84-8338-053-6. Disponible en <http://www.Bioéticayderecho.ub.edu/es/solicitud/libro-retos-genetica>
- Casado, M. y Luna, F. (coords.), “Cuestiones de Bioética en y desde Latinoamérica”, Ed. Aranzadi-Civitas-Thomson Reuters, 2012, 469 pp., ISBN 978-84-470-3892-3. Disponible en <http://www.Bioéticayderecho.ub.edu/solicitud/libro-cuestiones-latinoamerica>
- Estévez, E., y García, A. Bioética de Intervención. Imprenta Terán. Quito, 2009.
- Gracia, D. *Planteamiento general de la Bioética*. En: Couceiro, A (ed.) Bioética para clínicos. Editorial Triacastela. Madrid, 1999.
- López Baroni, M.J., “El origen de la Bioética como problema”, Ed. Universitat de Barcelona, 2016, 187 pp., ISBN 978-84-475-3988-8. Disponible en <http://www.Bioéticayderecho.ub.edu/es/solicitud/libro-origen-Bioética>
- Lorda, PS., y Barrio Catalejo, IM. Un marco histórico para una nueva disciplina: La Bioética. En: Couceiro, A (ed.) *Bioética para clínicos*. Editorial Triacastela. Madrid, 1999.
- Pellegrino, E. La metamorfosis de la ética médica. Una mirada retrospectiva a los últimos 30 años. En: Couceiro, A (ed.) Bioética para clínicos. Editorial Triacastela. Madrid, 1999.
- Sádaba, J., “Principios de Bioética laica”, Ed. Gedisa, 2004, 144 pp., ISBN 84-7432-996-5. Disponible en <http://www.Bioéticayderecho.ub.edu/es/solicitud/libro-Bioética-laica>
- Salas, JC. En: García-Banderas, A, y Estévez M. *Bioética Clínica*. Primera edición. Imprenta Terán. Quito, 2010.
- Savater, F. *Los siete pecados capitales*. Editorial de bolsillo. Barcelona, 2013.
- Solinis, G. (Dir.), “¿Por qué una Bioética Global? XX aniversario del Programa de Bioética de la UNESCO”, Ed. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), 2015, 168 pp., ISBN 978-92-3-300014-8. Disponible en <http://www.Bioéticayderecho.ub.edu/es/solicitud/libro-por-que-una-Bioética-global>

CAPÍTULO III

Derechos humanos y bioética

Rafael Caiado Amaral

El tema Derechos Humanos y Bioética puede parecer a los profesionales de la salud en formación algo un poco raro, pues sería un tema más relacionado con las ciencias jurídicas o con las ciencias humanas en general. Sin embargo, esa percepción es sólo aparente, como se intentará demostrar en las páginas siguientes.

Los Derechos Humanos representan una conquista y un permanente reto para toda la especie humana, para las generaciones actuales y futuras. Ellos no deben ser comprendidos solamente como algo a ser observado y concretizado por los Estados nacionales o espacios comunitarios, sino también por todos los individuos, grupos, empresas en sus relaciones privadas, ya que los Derechos Humanos representan, además de la afirmación de que todas las personas son sujetos no objeto de derecho, el consenso mínimo para los Estados y para la Sociedad.

De ese modo, conocer, comprender, dialogar y aplicar los Derechos Humanos es una necesidad universal, la cual debe involucrar a todos en

el seno de una sociedad abierta de intérpretes de los Derechos Humanos. Además, Derecho Humanos y Bioética tienen una interface común, que es la dignidad humana, a partir de la cual se construye y se desarrolla consensos, derechos, respuestas y límites a la acción del hombre con relación a viejos temas renovados a partir de nuevas tecnologías, así como a nuevas cuestiones que emergen de la innovación biotecnológica.

Así, estudiar los Derechos Humanos y su relación con la Bioética significa comprender las bases del ejercicio de la ciudadanía global, esto es, tener derechos, conocerlos y aplicarlos; plantear y resolver problemas relacionados con el ejercicio de las ciencias de la salud; aprender a convivir y a respetar la diferencia en un mundo plural que debe ser tolerante e inclusivo y, sobre todo, tener una formación profesional no solo técnica, sino también humanista y ética. Ese estudio no tiene la pretensión de ser algo exhaustivo o lleno de términos técnico-jurídicos, sino un texto enunciativo, un punto de partida y no de llegada. Con esa propuesta, les invito a la lectura y a la reflexión en las siguientes páginas.

El marco de la declaración de los derechos humanos

Según Anton Schütz (2012, p. 37), la historia del Derecho europeo occidental es desde muy lejos una historia del Derecho fuera del Derecho. (La historia del derecho europeo es en gran medida una historia del derecho fuera del derecho⁷). Esa no es una constatación sólo del Derecho europeo, sino a nivel mundial.

A lo largo del tiempo, los derechos siempre fueron previstos para algunas personas o para algunos grupos, con la exclusión por muy variados motivos de la gran mayoría de la población, lo que, en realidad, no se podría llamar de Derecho. A pesar de todo ello, las ideas y los pensadores de ayer no pueden ser olvidados, pues fueran a partir de los pequeños éxitos que se construyó la idea de los derechos humanos que hoy conocemos, derecho de todos y para todos, y fruto de la lucha por la libertad, contra la opresión, búsqueda por igualdad y solidaridad.

André de Carvalho Ramos (2018) hizo un breve recorrido histórico de los derechos humanos desde el origen hasta su afirmación universal con la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, tras las atrocidades de la Segunda Guerra Mundial. En la antigüedad

⁷ *Dass die europäische Rechtsgeschichte weitgehend eine Geschichte des Rechts außerhalb des Rechts ist Dürig, (2016, p. 96)*

oriental (Oriente Medio, India, China) ya se tenía en cuenta en los códigos de conducta el amor y respeto al otro. En Grecia, tuvo importancia la idea de justicia y la superioridad de determinadas normas, aunque por encima de la voluntad del poder de la ciudad. En Roma, hubo la consagración del principio de la legalidad, que fue un paso contra el arbitrio. La idea de Derechos Humanos también fue influenciada por el cristianismo, donde se hablaba de igualdad y solidaridad (Libro de Paulo, en la Epístolas a los Gálatas). En la Edad Media han surgido los primeros documentos formales con la consagración de algunos derechos a algunas personas contra el soberano, que fue la “Magna Charta Libertatum” de 1215. Después, tuvo lugar la “Petition of Rights” de 1628 y el “Habeas Corpus Act” de 1679. En el siglo XVIII, la independencia de los Estados Unidos de América, la proclamación de la Constitución y las posteriores enmiendas constitucionales, así como la Revolución Francesa y la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano tuvieron un lugar importante en el desarrollo de los Derechos Humanos.

Sin embargo, los Derechos Humanos como algo universal era sólo una idea, un ideal, sin aplicación efectiva en la vida de las personas. Ese escenario se ha vuelto insostenible después de la Segunda Guerra Mundial, periodo en que la persona humana y el desprecio a su condición llegaron a un nivel insoportable (Dürig, 2016, p. 96). Muchas y terribles experiencias en nombre de las ciencias médicas con personas han sido llevadas a cabo por los nazistas, que ignoraban la naturaleza de esos seres vivos y los trataban peor que a los animales, lo que está muy bien descrito en la acusación que se sucedió en el Tribunal de Nüremberg (1946):

Los procesados en este caso están acusados de asesinatos, torturas y otras atrocidades cometidas en nombre de la ciencia médica. Las víctimas de estos crímenes se cuentan por cientos de miles. Sólo un puñado sigue vivo; algunos de los sobrevivientes aparecerán en esta sala. Pero la mayoría de estas miserables víctimas fueron masacradas en el acto o murieron en el curso de las torturas a las que fueron sometidas.

En su mayor parte son muertos sin nombre. Para sus asesinos, estos desdichados no eran individuos en absoluto. Venían en lotes al por mayor y los trataban peor que a los animales. Eran 200 judíos en buenas condiciones físicas, 50 gitanos, 500 polacos tuberculosos o 1.000 rusos. Las víctimas de los crímenes se cuentan entre los millones anónimos que encontraron la muerte a manos de los nazis y cuyo destino es una horrible mancha en las páginas de la historia moderna (Annas, Grodin, 1992, p. 67⁸)

8 Para mejor comprensión de lo que se pasó en el régimen nazi, merece la pena la lectura del libro “The Nazi Doctors and the Nuremberg Code”, de George J. Annas y Michael A. Grodin

9 *The defendants in this case are charged with murders, tortures and other atrocities committed in the name of*

Al final del juicio de Nüremberg, se editó el Código de Nüremberg, cuyos diez principios de Derechos Humanos y de Bioética son los cimientos de la protección de la persona humana en general y en las ciencias biomédicas:

Todas las barbaridades ocurridas en la Segunda Guerra Mundial, y a lo largo de la historia, despertaron una conciencia colectiva de reconocerse la dignidad humana frente a las prácticas científicas que la ignoraban y frente a toda y cualquier forma de vulgarización y banalización de la persona (Oliviera, 2007). En ese contexto, los países, a pesar de sus muy distintas culturas y formas de pensar la vida, comprendieron que comparten valores mínimos, los cuales están por encima de esas diferencias. Así, nació la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), como un marco en el proceso de internacionalización de los Derechos Humanos alrededor del mundo, en cuyo preámbulo se destaca el siguiente trecho:

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;

Considerando que el desconocimiento y el menosprecio de los derechos humanos han originado actos de barbarie ultrajantes para la conciencia de la humanidad, y que se ha proclamado, como la aspiración más elevada del hombre, el advenimiento de un mundo en que los seres humanos, liberados del temor y de la miseria, disfruten de la libertad de palabra y de la libertad de creencias;

Considerando esencial que los derechos humanos sean protegidos por un régimen de Derecho, a fin de que el hombre no se vea compelido al supremo recurso de la rebelión contra la tiranía y la opresión.

Ella representa el consenso mínimo entre los pueblos de la tierra con relación al conjunto básico y fundamental de derechos que una persona debe tener, cuyo compromiso recíproco de los pueblos es garantizarles un nivel al menos estándar en todo el planeta.

Por eso, todos los seres humanos, por el simple hecho de serlo, tienen el derecho y todos los demás el deber de respetar y garantizar la dignidad, pues uno de los primados de esa calidad fundamental es, en las palabras de Hannah Arendt, el derecho a tener derechos (Recht, Rechte zu haben), cuyo lo más básico es no ser tratado únicamente como un objeto o como medio.

medical science. The victims of these crimes are numbered in the hundreds of thousands. A handful only are still alive; a few of the survivors will appear in this courtroom. But most of these miserable victims were slaughtered outright or died on the course of the tortures to which they were subjected. For the most part they are nameless dead. To their murderers, these wretched people were not individuals at all. They came in wholesales lots and were treated worse than animals. There were 200 Jews in good physical condition, 50 Gypsies, 500 tubercular Poles or 1,000 Russians. The victims of the crimes are numbered among the anonymous millions who met death at the hand of the Nazis and whose fate is a hideous blot on the page of modern history." (Annas, Grodin, 1992, p. 67)

En este sentido, la Declaración Universal de los Derechos Humanos representa y es la garantía que cualquier ciudadano puede invocar para tener un mínimo de respeto independientemente de dónde esté, pues los Derechos Humanos tienen cuatro marcas distintivas: universalidad; esencialidad; superioridad normativa; y reciprocidad. (RAMOS, 2018, p. 30), las cuales los definen como la premisa antropológica (anthropologischen Prämissen) del mundo en las palabras de Peter Häberle (2007, p. 39)

Es cierto que la universalización de los Derechos Humanos es una obra inacabada, todavía en construcción, pues después de la Segunda Guerra Mundial hubo el Apartheid en Sud África, Guerra Química en Vietnam, Genocidios en África, Base Militar de Guantánamo, Segregación Racial en los EE. UU. Por eso, fue necesaria la edición de otras normativas internacionales generales, como los Pactos de Derechos Civiles, Políticos, Económicos, Sociales y Culturales de 1966, y específicas, como la Convención contra la Tortura (1984), Convención sobre la Protección de las Personas con Discapacidad (2006), Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (1981) etc. Además del sistema onusiano de protección de los Derechos Humanos a nivel global a partir de Organización de las Naciones Unidas, lo cual intenta, como ya se ha dicho, garantizar un nivel mínimo de derechos a todas las personas en el planeta, hay los sistemas regionales, que, de acuerdo con las características y desarrollos de su área geográfica, buscan garantizar un nivel de protección más acentuado que el mundial.

Actualmente en el mundo hay tres sistemas regionales de protección de Derecho Humanos: el europeo, el africano y el americano. Específicamente en relación con el continente americano, rige la Convención Americana de Derechos Humanos (1969), que representa un compromiso de garantía mínima de derechos en ese espacio geográfico, la cual debe orientar los Estados y la sociedad en América. Así como en el sistema onusiano, la protección de los Derechos Humanos en América no es algo acabado, sino en construcción, en que el gran desafío es que el texto de la convención se transforme en norma jurídica imperativa a todos los Estados—*law in book* en *law in action*—, de modo que toda la sociedad y la Corte Interamericana de Derechos Humanos deben actuar de manera preventiva y represiva contra los abusos a los Derechos Humanos que todavía suceden.

El impacto de los derechos en la medicina (el marco de los mínimos)

Las ciencias de la salud, especialmente la medicina, también fueron impactadas por la universalización de los Derechos Humanos a partir de la Declaración Universal de Derechos Humanos 1948 y las convenciones y declaraciones en el sistema onusiano y regional en los años siguientes. No se puede olvidar que las barbaridades y atrocidades perpetradas en el régimen nazista en nombre de las ciencias médicas fueron uno de los motivos por lo cual los pueblos del mundo se unieron para afirmar el valor mayor que es la dignidad humana, que no puede ser violada bajo ningún pretexto.

Antes, en general, las ciencias de la salud eran solamente auto reglamentadas a partir de normas deontológicas, que fueron y son insuficientes como límites a las prácticas científicas o rutinarias del ejercicio de la profesión que violan los valores, principios y derechos más básicos de las personas.

De ese modo, el marco de los mínimos que representa los Derechos Humanos debe ser observado por las ciencias de la salud, sobre todo, el derecho a la dignidad, a la autodeterminación, a no discriminación, cuyos principios irradiaron efectos al punto de transformar la práctica médica y la propia relación médico-paciente, la cual dejó de ser una “arte silenciosa” en las palabras de Guilherme de Oliveira (1995) para transformarse en una relación comunicativa en que el enfermo está empoderado y debe ser informado sobre todo y dar su consentimiento.

Así, además de los principios contenidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos que ya impactaron el ejercicio de las ciencias de la salud, después, específicamente en el ámbito de la Bioética, tres otras declaraciones tuvieron especial relevancia y pusieron de manifiesto la necesidad de garantizar derechos mínimos a todas las personas directa o indirectamente involucradas con la biotecnología: la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y Derechos Humanos, la Declaración Internacional sobre Datos Genéticos Humanos, y la Declaración sobre Bioética y Derechos Humanos.

En el ámbito europeo, desde 1997, ya se tiene una reglamentación específica referente a la protección de los Derechos Humanos y de la dignidad humana con respecto a la Biología y a la Medicina, el Convenio de Oviedo, lo cual normar e irradia efectos a los Estados europeos en esos temas, con la edición de leyes y normativas que cambiaron las prácticas biotecnológicas y la relación médico-paciente.

De otra parte, en el sistema americano de Derechos Humanos no hay una normativa específica sobre la Bioética. Pero, eso no puede ser ningún obstáculo al desarrollo de prácticas según los Derechos Humanos, pues se tiene las normativas del sistema onusiano y la Convención Americana de Derechos Humanos que contienen muchos derechos, sobre todo, lo de la dignidad humana, el referente a la vida, a la integridad física y psíquica, salud y libertad, los cuales pueden y deben irradiar efectos a la Bioética, con el objetivo de construir una Bioética americana, a partir de las características y peculiaridades del continente y de su pueblo. En ese sentido, es tarea de toda la sociedad, de los profesionales de la salud, de los comités de ética y de los gobiernos mantener el debate vivo, plural, tolerante y multidisciplinar sobre los Derechos Humanos y la Bioética, pues las convenciones y declaraciones de derechos mencionadas “son instrumentos vivos, cuya interpretación tiene que acompañar la evolución de los tiempos y las condiciones de vida actuales” sin que haya retrocesos.

Teorización de la dignidad y sus alcances

La dignidad de la persona humana, en cuanto concepto jurídico marco en las declaraciones de derechos humanos y también presente en las constituciones de muchos Estados, es un fenómeno del siglo pasado y representó y todavía representa una reacción a las barbaries de la Segunda Guerra Mundial y a las violaciones de los derechos más sencillos de las personas en dictaduras y gobiernos totalitarios alrededor del mundo, así como también en las relaciones privadas (Häberle, 2005, p. 91).

Así, la dignidad de la persona humana está en la base del sistema internacional de protección de los Derechos Humanos y de los sistemas jurídicos-constitucionales¹⁰, de manera que todo el edificio social y político está construido a partir y para la realización de ese valor/derecho superior, razón por la cual todos debemos respetarlo y promoverlo en todas las relaciones, sean verticales o horizontales.

De igual manera, la Bioética tiene por base la dignidad humana y se desarrolla a partir de ella, siendo esa la interfaz que la une a los Derechos Humanos, donde todas las personas son consideradas sujeto de derecho

10 Artículo 1º de la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948); Artículo 5º de la Convención Americana de Derechos Humanos (1969); Artículo 3º de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005); Artículo 1º de la Constitución de Brasil (1988); Artículo 1º de la Constitución de Alemania (1949); Artículo 11 de la Constitución de Ecuador (2008); Artículo 1º de la Constitución de Colombia (1991).

y no objeto, y a ellas se debe garantizar el estándar mínimo de derechos que son los derechos humanos. Con ese propósito, en 2005, se firmó la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.

A pesar de su relevancia histórica y actual, para muchos ella se constituye en un término vago, impreciso y de difícil conceptualización, razón por la cual algunos escritores han dicho que ella sería inútil o estúpida, ya que, en concreto, no significa nada o significa todo, de manera que puede ser utilizada por todos los argumentos a favor o en contra de una situación (Manrique, 2009).

En ese sentido, muchas veces es utilizada como un “knock-down argument” para poner término a una discusión cuando se está delante de un concepto sin consenso o para imponer las creencias de una mayoría o de un grupo sobre los otros. Sin embargo, el pensamiento de que la dignidad de la persona humana sea inútil se muestra abusivo y equivocado, pues su sentido no acepta de todo como lo hacen creer algunos.

Es cierto que la definición de dignidad humana no es fácil, pues constituye un valor y un derecho muy dúctil, que debe estar en la base de toda construcción social. Pero no se puede olvidar del contexto en que ella ha emergido y de su propósito, cual sea: poner en evidencia que todas las personas son relevantes e importantes porque integran la comunidad humana, de modo que una sociedad libre, igualitaria, tolerante e inclusiva se edifica a partir de esa comprensión.

De ese modo, los estudiosos y la propia sociedad deben intentar establecer sus trazos en un determinado tiempo y espacio. Para tanto, Ingo Wolfgang Sarlet ha propuesto establecer las dimensiones de la dignidad con el intento de llegar a un concepto aceptable de la dignidad de la persona humana. La primera dimensión sería la ontológica, basada en Kant, por la cual la dignidad es una cualidad intrínseca al ser humano en razón de ser capaz de autogobernarse.

Según esa dimensión, la dignidad del ser humano derivaría de la autonomía considerada tanto en sentido abstracto, algo inherente a toda especie humana, como en concreto. De ese modo, todos los seres humanos, los capaces o no, los malos o buenos, tienen dignidad, la cual debe ser respetada y promovida:

Además de eso, no se deberá olvidar que la dignidad —por lo menos de acuerdo con lo que parece ser la opinión dominante— independiente de circunstancias concretas, pues es inherente a toda y cualquier persona humana, ya que, en principio, todos —incluso el más importante criminal— son iguales en

dignidad, en el sentido de que son reconocidos como personas, aunque, no se comporten de forma igualmente digna en sus relaciones semejantes, incluso consigo mismo. (Sarlet, 2005, p. 20)

La segunda dimensión es la llamada relacional, intersubjetiva, mediante la cual los seres humanos deben tratarse con respeto, porque cada uno de nosotros tenemos un valor intrínseco y que tiene que ser respetado por todas las otras personas.

La tercera, por su vez, es la dimensión histórico-cultural de la dignidad, según la cual la dignidad de la persona humana es un concepto en construcción en la línea del tiempo y del espacio, de modo que no puede ser determinado de manera cerrada o con pretensión de validez indeterminada ya que tiene que concretizarse histórico-culturalmente:

Ya por esta razón hay quien apunte para el hecho de que la dignidad de la persona no debe ser considerada exclusivamente como algo inherente a la naturaleza humana (en el sentido de una cualidad intrínseca), esto a medida en que la dignidad tiene también un sentido cultural, fruto del trabajo de muchas generaciones y de la humanidad, razón por la cual las dimensiones natural y cultural de la dignidad de la persona se completan, guardando, por eso, relación directa con la dimensión prestacional de la dignidad. (Sarlet, 2005, p. 27)

Es necesario aclarar que texto normativo y norma son cosas diferentes y no se confunden, siendo esta el resultado de la interpretación por medio de la sociedad abierta de los intérpretes y de la concretización de los textos. Además, los textos jurídicos y, por consiguiente, las normas, según Norberto Bobbio (1992, p. 5), son históricos y culturales, nacen de la lucha por la defensa de nuevas libertades en contra de viejos poderes o comprensiones y de forma gradual—no todos de una vez ni de una vez por todas—.

Así, la comprensión, el alcance y el significado de la dignidad humana hoy no puede ser la misma de 1948, pues han sido incorporados muchos elementos como, por ejemplo, la protección de los datos, sobre todo de los datos sobre la salud. Por eso, la protección de la dignidad de las personas exige en los días actuales también hoy en día la protección de sus datos.

En ese contexto, no se puede olvidar la función nomogénica de la dignidad humana, pues a partir de su desarrollo nuevos derechos o nuevas interpretaciones de antiguos textos son creados como respuesta o nuevas exigencias ante el desarrollo biotecnológico (Novais, 2019, p. 27).

La cuarta dimensión que también nos habla Ingo Sarlet es la dignidad de la persona humana como límite y como tarea de la comunidad

internacional, del Estado y de la sociedad, comprendida como expresión de la dimensión objetiva de los derechos fundamentales, razón por la cual todas las acciones deben tener como límite el respeto a la dignidad, por un lado, en el sentido de que el ser humano nunca podrá ser reducido únicamente a un objeto, y, por el otro, como tarea de intentar por medio de acciones positivas promoverla, con el propósito de se garantizar condiciones materiales mínimas para que todas las personas puedan, según sus elecciones autónomas, desarrollarse.

El carácter positivo y prestacional de la dignidad humana gana especial expresividad en situaciones de graves crisis como las vividas en la pandemia de COVID-19, en la cual una parte del mundo no tiene acceso a tratamientos, pruebas y vacunas contra la COVID-19. Respetar la dignidad no es solo asegurar la autonomía, sino también justicia en su nivel mínimo, que, en el caso, sería la distribución equitativa de vacunas, máscaras, equipos para todo el mundo, como forma de proteger la especie humana en todos los lugares. No se puede olvidar que dignidad es verbo, no sustantivo.

De otra parte, como límite, la dignidad impone que ciertas cosas no sean realizadas sin el consentimiento de la persona, pues habría una grave violación de la dignidad en cuanto valor intrínseco de toda la humanidad. Como ejemplos, se puede mencionar algunos de los apartados del artículo 3º de la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea: “a prohibición de las prácticas eugenésicas, y en particular las que tienen por finalidad la selección de las personas; la prohibición de que el cuerpo humano o partes del mismo en cuanto tales se conviertan en objeto de lucro; la prohibición de la clonación reproductora de seres humanos.” O el párrafo cuarto del artículo 199 de la Constitución Federal de Brasil de 1988: “§ 4º A4 La ley dispondrá las condiciones y requisitos que faciliten la extracción de órganos, tejidos y sustancias humanas con fines de trasplante, investigación y tratamiento, así como la extracción, procesamiento y transfusión de sangre y sus derivados, con cualquier tipo de comercialización.”¹¹

Al final de su estudio, el referido profesor brasileño propone el siguiente concepto de dignidad de la persona humana:

De ese modo, por dignidad de la persona humana se tiene la cualidad intrínseca y distintiva reconocida en cada ser humano, por la cual él merece lo mismo respeto y consideración por parte del Estado y de la comunidad, lo que implica, en ese sentido, un conjunto de derechos y deberes fundamentales que

11 *§ A lei disporá sobre as condições e os requisitos que facilitem a remoção de órgãos, tecidos e substâncias humanas para fins de transplante, pesquisa e tratamento, bem como a coleta, processamento e transfusão de sangue e seus derivados, sendo vedado todo tipo de comercialização.*

asegure a la persona tanto contra todo y cualquier acto degradante o inhumano, como para garantizar condiciones existenciales mínimas para una vida saludable, además de promover su participación activa y corresponsable en los destinos de la propia existencia y de la vida en comunidad con los demás seres humanos. (Sarlety, 2005, p. 37)

Se nota que, por ser el contenido de la dignidad de la persona humana, en todas sus dimensiones, un concepto que se desarrolla en el tiempo y espacio, la mejor forma de averiguarse su respeto y su concretización en una situación concreta es por medio de una constatación negativa (Häberle, 2005, p. 129) a partir del imperativo Kantiano de la no reducción del ser humano únicamente como objeto o como medio:

Actúa de tal manera que tomes la humanidad, tanto en tu persona como en la de cualquier otro, siempre al mismo tiempo como un fin, nunca como un mero medio. (Kant, 2009, p. 243)

La dignidad de la persona prohíbe que los seres humanos sean reducidos a cosas o que sean solamente instrumentalizados para la realización de fines ajenos, de modo que haya una degradación de su estatuto moral como persona, a la medida que se vuelve un ser inferior. Como ejemplos, se puede apuntar la esclavitud, la tortura, la experimentación con seres humanos sin consentimiento, condiciones degradantes de trabajo, el tráfico de personas etc.

En ese contexto, la fórmula del objeto permite controlar la realidad social y normativa para que se verifique si la dignidad de la persona humana está o no siendo violada y, con ello, los poderes públicos y la propia sociedad puedan cumplir su papel de respetarla y de concretar de forma adecuada. Jorge Reis Novais ha sintetizado de esa forma la violación de la dignidad humana a partir de su aspecto negativo:

Hay violación de la dignidad humana cuando la persona no es respetada en su humanidad, cuando a ella no es reconocida su naturaleza de sujeto, y cuando es puesta o abandonada en una situación o en un estado en que no dispone de condiciones mínimas para desarrollar sus capacidades de realización humana. (Novais, 2019, p 62).

La interacción derecho y Bioética

La Bioética es una ciencia racional, práctica, inter-multidisciplinar de la vida humana en una perspectiva personal, interpersonal, social y ambiental, y tiene por objetivo reflexionar y proponer argumentos para orientar las acciones humanas y gubernamentales en ciertas situaciones vitales y ante los retos de la biotecnología.

Los temas y desafíos de la Bioética, muchas veces, presentan consecuencias jurídicas a los individuos e instituciones, de modo que surge la necesidad de establecerse normas jurídicas, en distintos niveles jerárquicos, para que se obtenga la esperada seguridad jurídica sobre una determinada cuestión y se evite abusos. Además, no podemos olvidar que el derecho tiene la coerción externa como característica principal, la cual impone a todas las personas que se cumplan las normativas, sino se implantará la sanción respectiva.

Así, el Derecho, entendido como instrumento de organización social, es casi siempre impulsado por las discusiones y argumentos planteados y desarrollados por la Bioética en su tarea normativa, pues, según Günter Dürig (2016, p. 100), los mecanismos jurídicos sólo pueden proteger las normas éticas a la medida que al mismo tiempo sean también normas jurídicas.

Sin embargo, en otras ocasiones, los problemas jurídicos o las normas establecidas por los legisladores impulsan discusiones Bioéticas, las cuales intentan reflexionar, comprender y plantear soluciones a partir del desarrollo legislativo o jurisprudencial.

De ese modo, la Bioética y el Derecho tienen una función de retroalimentación y no de dependencia en la ordenación y reflexión de los problemas y de las necesidades sociales en un determinado lugar y en un determinado tiempo, siendo que el punto de partida siempre debe ser los Derechos Humanos (Lecuona, 2019, p. 14). Como ejemplos de esa retroalimentación, se puede mencionar las soluciones propuestas por la Bioética en los supuestos de consentimiento de los menores, cuya reglamentación casi no existe en los países. Ese es un problema jurídico que se presenta todos los días en los Tribunales y no se tiene una norma jurídica específica y clara que lo resuelva. La Bioética ha propuesto el criterio de la madurez que es aceptado en muchos sitios alrededor del mundo.

Además, también se puede decir de los casos de los Testigos de Jehová que no aceptan transfusiones de sangre. En general no hay una

normativa para esas situaciones y, cuando se presenta un conflicto entre los profesionales de la salud y el enfermo, que sea mayor de edad, se afirma la autonomía del paciente, mismo que eso pueda resultar en su muerte, pues es una de las dimensiones de la dignidad humana. En los supuestos en que el enfermo sea menor de edad y no tenga madurez suficiente, la Bioética propone otra solución, cuál sea, la realización de la transfusión, pues la vida del enfermo menor de edad tiene preponderancia sobre la voluntad de los padres.

Las técnicas de reproducción asistida y los vientres de alquiler, además de cuestiones Bioéticas, también plantean problemas jurídicos relacionados a la paternidad-maternidad y a los embriones no utilizados, de manera que surge la necesidad de una normativa impulsada y reflexionada a partir de diálogo con la Bioética. En el campo normativo, en España hay la Ley 41/2002 que disciplina el ejercicio de la autonomía de los pacientes y la documentación clínica y la Ley Orgánica 3/2021 que reglamenta la eutanasia.

En Alemania, se tiene los artículos 630 a hasta 630 h del Código Civil, los cuales regulan el contrato de servicios médicos y los deberes del profesional como, por ejemplo, el deber de información, de seguridad y privacidad de la historia clínica etc.

En el ámbito europeo, hay el artículo 3º de la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, que reglamenta el principio de la dignidad humana y su aplicación en el ámbito biomédico.

En Brasil, se tiene la Ley 9434 que reglamenta los trasplantes de órganos y la Ley 11105 que establece normas de bioseguridad y permite la investigación científica con embriones que serían descartados después de la autorización de los responsables.

Como último ejemplo, vale la pena mencionar la Sentencia T-970/2014 del Tribunal Constitucional de Colombia que reconoció la muerte digna como derecho fundamental autónomo a partir de la dignidad humana y del derecho fundamental a la autodeterminación y, por ello, ordenó a que los órganos estatales, incluso el Legislativo, que establecieran normas de organización y de procedimiento que asegurasen tal derecho fundamental según las directrices allí definidas.

Principios, valores y derechos

El estudio de la Bioética, y su relación con el Derecho, se desarrolla a partir de principios, valores, derechos y deberes que están previstos en distintas fuentes normativas o no, los cuales a partir de la pluralidad e interdisciplinariedad deben ser comprendidos y aplicados.

El eje nuclear es la dignidad humana, ya trabajado en los párrafos anteriores. Igualmente dignos de nota son los principios clásicos de la autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia que fueron definidos por Tom Beauchamp y James Childress (2011) a partir del Informe Belmont que serán trabajados en el capítulo cuatro de este libro.

En la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, además de los mencionados principios clásicos, también están previstos los de la protección de las generaciones futuras, protección del medio ambiente, la biosfera y la biodiversidad, aprovechamiento compartido de los beneficios, responsabilidad social y salud, solidaridad y cooperación, respeto de la diversidad cultural y del pluralismo, protección de las personas carentes de la capacidad de dar su consentimiento, respeto de la vulnerabilidad humana y la integridad personal, privacidad y confidencialidad, no discriminación y no estigmatización, prohibición del tráfico ilícito de órganos, tejidos y materiales relacionados con la genética, la necesidad de los comités de ética.

Además, en la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos ha sido consagrado el principio de que el genoma humano es patrimonio de la humanidad, por eso, él está fuera del comercio. Todos esos principios, valores y derechos no se limitan a los enfermos, sino que a toda la sociedad, pues también son aplicables a todas a las personas como bien señalado por María Casado (2018, p. 57).

Además, son guías y representan una pauta de valores a ser desarrollada por los Estados y por la sociedad en sus relaciones institucionales y personales, uniéndose técnica, humanidad y ética. Algunos de esos principios merecen destaque en este trabajo, pues, de una cierta manera, son olvidados o dejados un poco al margen en los manuales o en las prácticas educacionales.

Lo primero es el principio de la responsabilidad. Ese principio tiene dos dimensiones, una individual, y otra social. Aquella está prevista en el artículo 5º de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos y debe ser comprendida como un límite reflexionado al ejercicio de la

libertad: “Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás.” La libertad debe ser ejercida con prudencia y consecuencia, esto es, de modo responsable, para consigo y para con las otras personas.

Una aplicación de esa dimensión de la responsabilidad está en el párrafo séptimo del artículo 226 de la Constitución de Brasil cuando se trata del planeamiento familiar, tema esencialmente bioético que afecta a los profesionales de la salud y la comunidad en general: “§ 7º Fundada en los principios de la dignidad humana y la paternidad responsable, la planificación familiar es una decisión libre de la pareja, correspondiéndole al Estado proporcionar los recursos educativos y científicos para el ejercicio de este derecho, sin que exista forma coercitiva por parte de instituciones oficiales o privadas.”¹²

La otra dimensión de la responsabilidad es la social, la cual fue desarrollada por Hans Jonas (2020) al proponer una ética para la civilización tecnológica, en que todos debemos preocuparnos no sólo con el presente, sino también con el futuro, con las generaciones que están por venir, siendo que se incluye también una preocupación con el medio ambiente en todos sus aspectos.

Para Jonas el desarrollo tecnológico debe mirarse en la responsabilidad social, por lo que ha propuesto el siguiente imperativo a modo de Kant: “Actúa de tal manera que los efectos de su acción sean compatibles con la permanencia de un vida humana auténtica sobre la tierra” (2020).

En el artículo 14 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derecho Humanos se encuentra una aplicación del principio de la responsabilidad en su dimensión social. Otro principio que es esencial a la Bioética del siglo XXI es lo de la vulnerabilidad, que está previsto en la primera parte del artículo 8º de la Declaración Universal sobre Bioética y Derecho Humanos: “Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se debería tener en cuenta la vulnerabilidad humana”.

Maria do Céu Patrão Neves (2006) señala la existencia de una vulnerabilidad en el sentido adjetivo y otra en el sentido sustantivo. Aquella sería detectable en los enfermos y en las personas que participan de los ensayos o investigaciones clínicas, que están en una posición de vulnerabilidad técnica e informacional con relación a los profesionales de salud, lo que

12 *Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições oficiais ou privadas*

caracterizaría una relación asimétrica. Por eso, algunos derechos, como el consentimiento informado y esclarecido, son esenciales para intentar equilibrar la relación y empoderar la parte vulnerable.

En el sentido sustantivo, la vulnerabilidad se refiere a la persona humana en sí considerada, pues ella es frágil y mortal, de ese modo todo desarrollo científico y las prácticas en salud deben tener en cuenta esa cualidad. En esa dimensión, la vulnerabilidad se relaciona con el principio de la responsabilidad social, imponiendo la adopción de reglas y mecanismos de control del desarrollo de la biotecnología y de los servicios de salud con vistas a garantizar el respeto a la condición humana en cuanto ente vulnerable.

Igualmente, importante se muestra la mención al principio de la integridad de la persona, lo cual está previsto en la parte final del artículo 8º de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos: “Los individuos y grupos especialmente vulnerables deberían ser protegidos y se debería respetar la integridad personal de dichos individuos.”

En la era de la técnica, de la súper especialización, los profesionales pierden el sentido del todo, de la persona que está delante de sí, que pasa a ser vista solamente como un tumor, un hueso roto etc. Esa perspectiva desintegrativa del ser humano, en realidad, es una forma de deshumanizar al sujeto, lo que, de cierta forma, viola su dignidad al olvidarse de su totalidad.

Así, la persona no puede ser reducida a un número o a un órgano con defecto. Es necesario comprenderla por completo, en su integralidad e integridad, pues el concepto de salud incluye no solamente el aspecto físico del sujeto. Por eso, Camila Vasconcelos (2020, p. 87) asigna que las ciencias de la salud no pueden resumirse a una cuestión meramente técnica, sino que deben constituirse también en una actividad profundamente humana como una exigencia ética.

Conclusión

Como se ha señalado, los Derechos Humanos representan una conquista y una respuesta de la comunidad global a las atrocidades que han sido cometidas a lo largo de la historia y, sobre todo, en la Segunda Guerra Mundial. Ellos son un compromiso, el elemento nuclear de un mundo en el cual las personas tienen derecho a tener derechos y no solamente deberes,

en el cual se debe garantizar y respetar la dignidad de la persona y los derechos mínimos para una existencia digna en sociedad.

Por eso, los Derechos Humanos simbolizan, así como en la mitología griega, el mástil y la cera en los oídos de Ulises para que no sucumbiera al canto de la sirena y apartarse de los caminos posibles a partir de los límites de los Derechos Humanos.

Así, el pre-compromiso universal que debe unir las personas alrededor de los Derechos Humanos es también uno de los retos de la formación académica y práctica de todos los profesionales de la salud, con vistas a que se tenga un profesional además de técnico, humanista y ética.

Referencias

- Annas, George J.; Grodin, Michael A. (1992). *The Nazi Doctors and the Nuremberg Code*. Oxford: Oxford University Press.
- Beauchamp, Tom L.; Childress James F. (2011). Principios de Ética Biomédica. Traducción de Luciana Pudenzi. 2ª ed. São Paulo: Ediciones Loyola.
- BOBBIO, Norberto (1992). *A era dos direitos*. Rio de Janeiro: Campus.
- Casado, María; Baroni, Manuel Jesús López (2018). *Manual de Bioética laica (I)*. Barcelona: Ediciones de la Universitat de Barcelona.
- García Manrique, Ricardo. (2009). *La dignidad y sus dimensiones en la Declaración*. In: Casado, María. Sobre la Dignidad y los Principios. Navarra: Editorial Aranzadi.
- García Manrique, Ricardo; Escobar Roca, Guillermo. (2019). *Argumentación e Investigación en Derechos Humanos*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Dürig, Günter. (2016) *Escritos reunidos. 1952-1983*. Traducción de António Francisco de Sousa y António Franco. São Paulo: Editora Saraiva.
- Häberle, Peter. (2005) *A dignidade humana como fundamento da comunidade estatal*. In: Sarlet, Ingo Wolfgang (org.). *Dimensões da Dignidade*. Porto Alegre: Livraria do Advogado.
- Häberle, Peter. (2007) *Das Menschenbild im Verfassungsstaat*. 4ª ed. Berlin: Duncker y Humblot.
- Häberle, Peter. (1998) *Die offene Gesellschaft der Verfassungsinterpreten*. Häberle, Peter. *Verfassung als öffentlicher Prozeß*. 3ª ed. Berlin: Duncker y Humblot
- Häberle, Peter. (1998) *Zeit und Verfassung*. In: Häberle, Peter. *Verfassung als öffentlicher Prozess*. 3ª ed. Berlin: Duncker y Humblot.
- JONAS, Hans. (2020) *Das Prinzip Verantwortung*. 8ª ed. Frankfurt: Suhrkamp Taschenbuch Verlag
- Kant, Immanuel. (2009) *Fundamentação da Metafísica dos Costumes*. São Paulo: Barcarolla.
- Lecuona, Itiziar de (Coord.). (2019) *Derecho y Bioética*. Barcelona: Editorial UOC.

- NEVES, Maria do Céu Patrão. (2006) *Sentidos da vulnerabilidade: características, condição, princípio*. In: *Revista Brasileira de Bioética*. Brasília.
- Novais, Jorge Reis. (2019) *Princípios Estruturantes de Estado de Direito*. Coimbra: Almedina.
- Oliveira, Aline Albuquerque S. (2007) *Interface entre Bioética e direitos humanos: o conceito ontológico de dignidade humana e seus desdobramentos*. In: *Revista Bioética*, Brasília. p. 170-185.
- Oliveira, Guilherme Freire Falcão. (1995) *O fim da “arte silenciosa”. O dever de informação dos médicos*. In: *Revista de Informação e de Jurisprudência*. Portugal,
- Ramos, André de Carvalho. (2018) *Curso de Direitos Humanos*. 5ª ed. São Paulo: Saraiva.
- Sarlet, Ingo Wolfgang. (2005) *As dimensões da dignidade da pessoa humana: construindo uma compreensão jurídico-constitucional necessária e possível*. In: Sarlet, Ingo Wolfgang (org.). *Dimensões da Dignidade*. Porto Alegre: Livraria do Advogado.
- Schütz, Anton. *Nicht-denkende Juristen und mehr-als-denkende Institutionen. Überlegungen zum Denken Pierre Legendres*. In: MEIN, Georg (Org.). *Die Zivilisation des Interpreten*. Wien: Verlag Turia + Kant, 2012.
- Vasconcelos, Camila. *Direito Médico e Bioética*. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2020.

CAPÍTULO IV

¿Qué es la Bioética?

Rafael Caiado Amaral

El objeto de la Bioética

A partir de la barbaridades de la Segunda Guerra Mundial en el campo de las investigaciones y experimentos con personas por los nazistas ha surgido en la comunidad internacional una toma de conciencia colectiva sobre la necesidad de reglamentar esas prácticas respetando la dignidad de la persona humana y según patamares axiológicos que fuesen comunes a los pueblos del planeta.

En 1942, en el campo de concentración de Dachau, tuvo lugar lo que se llamó de High-Altitude Experiments¹³ (Annas, Grodin, 1992, p. 71), en el cual las personas habían sido puestas en una cámara cuya presión era alterada con vistas a simular condiciones atmosféricas prevalecientes en gran altitudes que los pilotos podrían volar sin paracaídas u oxígeno.

¹³ Experimentos de los efectos de la gran altitud

Esos experimentos han sido realizados con personas detenidas por los nazistas, porque, en las palabras del Capitán Médico de la Fuerza Aérea alemana, Sigmund Rascher, “considerable regret was expressed at the fact that no tests with human material had yet been possible for us, as such experiments are very dangerous and nobody volunteers for them” (Annas, Grodin, 1992, p. 71).

En los relatos de la investigación, el estado de las víctimas ha sido así descrito:

El informe describe las reacciones de la víctima: ‘convulsiones espasmódicas’, ‘respiración agónica convulsiva’, ‘conclusiones clónicas, gemidos’, ‘grita fuerte’, ‘convulsiona brazos y piernas’, ‘hace muecas, se muerde la lengua’, ‘no no responde al habla’, ‘da la impresión de alguien que está completamente loco’. (Annas, Grodin, 1992, p. 73)¹⁴

También se realizaron experimentos con gas mostaza en el campo de Sachsenhausen; experimentos de esterilización por cirugía o por rayos-x en Auschwitz; experimentos con bombas incendiarias humanas en 1943; experimentos con venenos en 1944; experimentos con drogas, regeneración de huesos, músculos y nervios y trasplantes de huesos en Ravensbrück:

En las mujeres de Ravensbrück también se probó el trasplante de huesos de una persona a otra y la regeneración de nervios, músculos y huesos. El acusado Gebhardt ordenó personalmente que se llevarán a cabo experimentos de trasplante óseo y, en un caso, se extrajo la escápula de un recluso en Ravensbrück y se llevó al Hospital Hohenlychen y se trasplantó allí. Mostraremos que los acusados ni siquiera tenían un objetivo científico sustancial. Los experimentos fueron sin sentido, sádicos y completamente salvajes. (Annas, Grodin, 1992, p. 77)¹⁵.

Se puede observar por aquellos ejemplos la barbaridad y la desconsideración total de la vida y de la dignidad de las personas detenidas por los nazistas en sus experimentos sádicos y diabólicos, de modo que la ciencia, el “progreso”, puede al contrario de lo que se imagina, cuando usado de forma desvirtuada y abusiva, ser maléfica a la humanidad.

14 *The report describes the victim’s reactions – ‘spasmodic convulsions’, ‘agonal convulsive breathing’, ‘clonic conclusions, groaning’, ‘yells aloud’, ‘convulses arms and legs’, ‘grimaces, bites his tongue’, ‘does not respond to speech’, ‘gives the impression of someone who is completely out of his mind’.* (Annas, Grodin, 1992, p. 73)

15 *Bone transplantation from one person to another and the regeneration of nerves, muscles and bones were also tried out on the women at Ravensbrück. The defendant Gebhardt personally ordered that bone transplantation experiments be carried out, and in one case the scapula of an inmate at Ravensbrück was removed and taken to Hohenlychen Hospital and there transplanted. We will show that the defendants did not even have any substantial scientific objective. The experiments were senseless, sadistic, and utterly savage* (Annas, Grodin 1992, p. 77)

En 1966, Henry K. Beecher, después de un análisis de 50 estudios médicos publicados en revistas especializadas importantes, publicó en *The New England Journal of Medicine* el resultado de esa investigación, cuya conclusión fue que, por lo menos, un cuarto de los estudios fueron antiéticos ya que había problemas con las personas que de ellos participan, en general vulnerables, discapacitados mentales, encarcelados, delincuentes juveniles, personas mayores muy enfermas, niños, en cuyos supuestos el consentimiento no fue obtenido o fue solamente algo formal. Beecher (1966) enfatizó que sólo en 2 de los 50 estudios analizados el consentimiento fue mencionado.

Los estudios analizados por Beecher (1966) fueron variados y se referían a enfermedades graves como, por ejemplo, arritmias cardíacas, infecciones, hemodinámica cerebral, neoplasias malignas, de manera que los errores éticos han sido numerosos y diversos, lo que demostraba la urgencia del problema. A propósito, el ejemplo 22 clasificado como estrambótico:

Estudio extraño:

Ejemplo 22. Existe la duda de si el reflujo ureteral puede ocurrir en la vejiga normal. Teniendo esto en cuenta, se realizó vesico uretrografía a 26 bebés normales menores de cuarenta y ocho horas de vida. Los bebés fueron expuestos a rayos X mientras la vejiga se llenaba y durante la micción. Se realizaron múltiples radiografías puntuales para registrar la presencia o ausencia de reflujo ureteral. No se encontró ninguno en este grupo y, afortunadamente, no hubo infección después del cateterismo. Cuáles pueden ser los resultados de la exposición extensa a los rayos X, nadie puede decirlo todavía. (Beecher, 1966)¹⁶.

En sus conclusiones, Beecher llama la atención, por un lado, para la necesidad de que el consentimiento sea, de hecho, voluntario, informado y esclarecido, sobre todo en grupo de personas vulnerables como aquellos de los estudios analizados y, por otro, para la necesidad de que los investigadores sean responsables y sigan patrones éticos en sus investigaciones. Al final, concluye:

Un experimento es ético o no en su inicio; no se vuelve ético post hoc: los fines no justifican los medios. No hay distinción ética entre fines y medios". (Beecher, 1966).¹⁷

16 *Bizarre Study: Example 22. There is a question whether ureteral reflux can occur in the normal bladder. Within this in mind, vesico-urethrography was carried out on 26 normal babies less than forty-eight hours old. The infants were exposed to x-rays while the bladder was filling and during voiding. Multiple spot films were made to record the presence or absence of ureteral reflux. None was found in this group, and fortunately no infection followed the catheterization. What the results of the extensive x-ray exposure may be, no one can yet say. (Beecher, 1966)*

17 *An experiment is ethical or not at its inception; it does not become ethical post hoc – ends do not justify means.*

En ese contexto, el artículo de Beecher tuvo mucha relevancia para la Bioética, pues, de acuerdo con Débora Diniz (1999), ha mostrado que la inmoralidad no era exclusividad de los médicos nazistas, lo que imponía que fuesen llevados en serio la forma, los fines y los límites de las investigaciones biomédicas.

En 1972, salió a superficie el caso Tuskegee, en que afro americanos con sífilis fueron por 40 años objeto de una pesquisa en la cual no recibieron ningún tratamiento, cuando ya existía (penicilina) ni siquiera sabían que participaban de tal investigación.

Ese caso impactante puso más luces sobre la necesidad de que la práctica médica y las investigaciones observen principios y valores éticos, además de respetarse la dignidad de todos los involucrados. Fue a partir de la discusión sobre Tuskegee que se hizo el Informe Belmont en que fueron propuestos algunos de los principios clásicos de la Bioética como la autonomía, beneficencia y no maleficencia.

María Casado (2018, p. 61) pone otro ejemplo que merece la pena mencionarlo, la falsa campaña de vacunación en Pakistán a pedido del servicio secreto de los EE. UU. con el objetivo de conseguirse de forma fraudulenta el ADN de menores de edad para que se intentase localizar los hijos de Osama Bin Laden y, por consiguiente, el propio terrorista.

En los días actuales, en Brasil, se puede mencionar el caso Prevent Senior, (todavía en investigación por las autoridades). Esa empresa de seguros de salud, especializada en personas mayores y con unidades hospitalarias, hizo la distribución a las personas de medicamentos con ineficacia comprobada contra la COVID-19. Además, hay la acusación de promover experimentos sin el consentimiento de los enfermos, de coaccionar médicos, de defraudar datos de la investigación médica y de declaraciones de óbitos de las personas que murieron debido a la acción de la empresa.

Todos esos ejemplos, de ayer y de hoy, indican el objeto de la Bioética, lo cual fue muy bien sintetizado por Lucien Sève: “el objeto de la Bioética es asegurar el respeto, a través de las innovaciones tecnológicas, del ser humano.” (Casado, 2018, p. 19).

En ese contexto, la Bioética, fundada en los Derechos Humanos, objetiva reflexionar, discutir, dialogar, proponer y apuntar, al menos, el camino que no debe ser seguido por violar gravemente los derechos mínimos de las personas.

There is no ethical distinction between ends and means (Beecher, 1966)

En un mundo pluralista, con muchas y variadas formas de fundamentarse la existencia, la Bioética dialoga entre la esperanza que la biomedicina y la biotecnología (Ernst Bloch) hacen surgir y la responsabilidad (Hans Jonas) que todas las personas y los investigadores deben tener con vistas a que el progreso no sea la causa del fin de las personas o del planeta, y/o sea logrado a costa de su deshumanización.

Entre la esperanza y la responsabilidad hay muchas posibilidades y algunas imposibilidades de modo que, siempre mirando al respeto a la persona humana, la Bioética debe dedicarse a discutir, por medio de argumentos racionales, el impacto de la biomedicina y de la biotecnología en los más variados aspectos de la vida social.

Especificidad disciplinar de la Bioética

Interdisciplinariedad

Como se ha asignado, la Bioética es una ciencia nueva, práctica, plural y orientada a la vida y al respeto a la persona tanto en el proceso de desarrollo tecnológico como en sus resultados.

Los problemas, las indagaciones y los dilemas bioéticos trascienden al campo clásico del conocimiento, pues los análisis, las propuestas y los argumentos exigen una perspectiva más amplia del objeto de estudio, so pena de tener una visión miope y, por consiguiente, imprecisa e insuficiente.

Por ello, la Bioética es una rama del conocimiento esencialmente inter(multi)disciplinar, ya que sólo de esa manera se podrá tener una visión amplia, a partir de multiperspectivas y proponer soluciones más adecuadas y legítimas a los dilemas que la biomedicina y la biotecnología plantean

En ese contexto, conviene recordar el concepto filosófico de pre-comprensión por lo cual el sujeto interpreta y reconoce el objeto de estudio a partir de sus precomprensiones, las cuales van a guiar el proceso interpretativo-concretizado.

En la Bioética, las distintas pre-comprensiones se comunican, se dialogan, son confrontadas siguiendo las lecciones de Gadamer (2010) a partir de las diversas disciplinas involucradas. El jurista, el médico, el filósofo, el biólogo, el psicólogo, el economista, todos ponen sobre la mesa la mirada sobre el problema bioético desde su ciencia y praxis y a partir

de ello buscan, de manera conjunta, dialógica y sin jerarquía, ampliar su horizontes sobre el objeto de estudio y alcanzar consensos.

Gadamer en “Verdad y Método” enseña que en el círculo hermenéutico se debe oír el otro, confrontar sus precomprensiones y, después de ese proceso, volver al objeto con vistas a comprenderlo siempre de una manera más consolidada.

Habermas (2011) explica, que, si hay una verdad, ella debe ser buscada de forma cooperativa, comunicativa y dialógica. Ya Arthur Kaufmann (2010, p. 444) apunta que el pluralismo es la condición de posibilidad de la verdad.

Por eso, la Bioética es, por excelencia, una ciencia plural, multidisciplinar, porque intenta responder a dilemas, a problemas, a angustias existenciales y que están directamente involucradas en la esencialidad de la persona, de la sociedad y del planeta, los cuales no pueden ser resueltos por una rama del conocimiento de manera aislada y definitiva.

Como materialización de esa perspectiva de la Bioética, el artículo 19 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005) ha planteado la exigencia de crear comités de ética, los cuales deben ser necesariamente pluridisciplinarios y pluralistas:

Artículo 19: Se deberían crear, promover y apoyar, al nivel que corresponda, comités de ética independientes, pluridisciplinarios y pluralistas con miras a:
a) evaluar los problemas éticos, jurídicos, científicos y sociales pertinentes suscitados por los proyectos de investigación relativos a los seres humanos;

Por último, cumple enfatizar que la Bioética es una ciencia viva, que se construye y se desarrolla en el tiempo y en el espacio, de modo que el proceso de construcción de consensos a partir de una perspectiva interdisciplinar es continuo, siendo que la comprensión del presente es la pre-comprensión del futuro en las palabras de Peter Häberle (2019, 61)

Laicidad

Muchos temas bioéticos como, por ejemplo, el inicio y el fin de la vida son abordados de manera dogmática por las religiones. Además, según importante estudio de Manuel Jesús López Baroni (2018), los padres del término “Bioética”, Fritz Jahr y V. R. Potter, eran teólogos protestantes en Alemania y EE.UU., y el Instituto Kennedy de Ética de la

Universidad Georgetown, que era de los jesuitas, de modo que la Bioética, en los comienzos, tenía una carga religiosa muy grande.

Sin embargo, la Bioética no puede estar subordinada a cualquier religión o ser una parte de la Teología. Es necesario que la Bioética sea laica, plural, donde todas las formas de comprender la vida y la existencia sean oídas y puedan participar activamente de la esfera pública.

Cumple siempre recordar que una de las primeras luchas por derechos se dió en el marco de la necesidad de una libertad religiosa, en que las personas podrían tener y expresar o no su fé sin recelo de persecuciones.

La pluralidad de religiones, de dioses, ya demuestra la existencia de muchas formas de comprender la vida y la existencia humana. Hay también aquellos que no tienen religión o que no creen en nada o en nadie. Todas esas formas de mirar la vida deben ser protegidas y respetadas.

Así, es impensable aislar la Bioética a la religión o a una religión específica. El mundo es plural, nosotros somos plurales, cada uno con su identidad y personalidad. Pluralismo es la esencia del mundo y el cimiento de la democracia, la cual no es el gobierno de la mayoría, sino el gobierno que respeta la minoría. Schiller ya decía que “la mayoría no es la mejor prueba”.

Por eso, la Bioética debe ser comprendida como una ciencia de la pluralidad, de la tolerancia y de la inclusión a partir de un diálogo abierto y amplio en la esfera pública siempre con respeto al consenso mínimo entre los pueblos que son los Derechos Humanos, lo que permite la construcción de muchos caminos adecuados o, al menos, indicar los que deben ser excluidos a partir del ejercicio de la autonomía, del derecho a la autodeterminación y de la salvaguardia de la dignidad humana.

Carácter global y regional

La globalización puso abajo las fronteras en el mundo. No hay más muros o distancias. Los países y las personas están conectados e interligados. Igualmente están los procesos tecnológicos y sus resultados, los cuales pueden estar accesibles a una gran parte de la población mundial.

Muchos de los problemas y dilemas bioéticos ganaron, pues una dimensión global, sobre todo aquellos relacionados con efectos del calentamiento global, contaminación de los océanos, hambre, tráfico de personas y órganos, y experimentación humana, lo que impone la

adopción de consensos mínimos y protocolos de comunes en el trato de esas cuestiones.

Por otro lado, no se puede olvidar que hay pautas bioéticas regionales y locales, cuyo desarrollo y respuestas dependen de muchos factores como, por ejemplo, el modelo de estado, especificidades culturales, nivel de urbanización, etc.

En estos supuestos se debe construir algo que sea adecuado a esos lugares y no importar respuestas acabadas de países europeos o de América del Norte, lo que es algo común en los países en desarrollo.

Es cierto que la comparación es un elemento de construcción de soluciones, pero no se debe hacer un traslado total e irreflexionado de soluciones de otros países, sobre todo para América o en África dónde la diversidad de culturas es inmensa. Por lo tanto, el universal y el regional en términos bioéticos deben convivir de manera armoniosa.

Carácter social

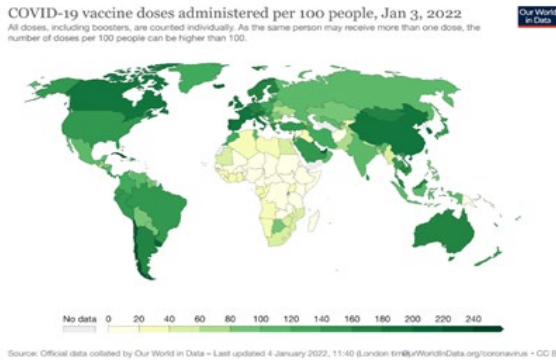
Una de las bases de la Bioética es la justicia, de modo que el progreso y los avances tecnológicos deben ser compartidos entre la población en general. Por otro lado, es esperado que, a partir de organismos internacionales, se fomente la inversión de capitales en la investigación de enfermedades raras y en la producción de medicamentos huérfanos que no serían atractivos a las empresas desde un punto de vista comercial.

Sin embargo, lo que se observa, en general, es la privatización de los años y la colectivización de los riesgos y de los sacrificios.

En la pandemia del COVID-19, la investigación para la producción de las vacunas utilizó poblaciones de todos los continentes del planeta. Pero, la distribución de las vacunas alrededor del mundo es absurdamente desigual, según los datos de 3 de enero de 2022 de portal inglés "Our World in Data" de la Universidad de Oxford:

Figura 1.

Covid-19 dosis de vacunas administradas por cada 100 personas, Enero 3, 2022.



Mathieu, E. et al. (2020) Coronavirus (COVID-19) vaccinations, Our World in Data. Disponible en : <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations> (Accessed: 27 June 2023).

En ese sentido, la sociedad y los Estados deben directa o indirectamente concretar lo dispuesto en el artículo 16 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005) que impone el aprovechamiento compartido de los beneficios del progreso científico biotecnológico, sobre todo entre los países en desarrollo.

Las definiciones de la Bioética

La bioética es una ciencia nueva y, todavía, está en construcción. Por eso, no se puede hablar de “la” Bioética, sino de “las” Bioéticas, de modo que su definición en las palabras de Lecuona (2019, p. 11) es un reto pendiente.

Hay muchas bases teóricas y orientaciones lo que fomenta múltiples definiciones y alcances de esa nueva ciencia. Esa variedad de definiciones no es algo malo, sobre todo porque la Bioética se renueva cotidianamente en el rápido proceso de desarrollo tecnológico de los días actuales, de modo que tener un concepto abierto permite que ella irradie efectos sobre lo que antes no se imaginaba o pensaba.

En este breve apartado se hará un recorrido por algunos conceptos de Bioética sin que se pretenda analizarlos o hacerse un comentario crítico acerca de cada uno de ellos. V. F. Potter ha dicho que Bioética sería el conocimiento de cómo usar el conocimiento.

Manuel Jesús López Baroni (2016, p, 155) define la Bioética como “el ágora en la que se comunican los especialistas de diferentes campos de conocimiento. Sus materias están acotadas en un extremo por la filosofía política y en el otro, por la ciencia ficción. Su objeto es el estudio de cómo interacciona el hecho cultural humano, esto es, su naturaleza simbólica, con las leyes de la naturaleza. Aspira a crear reglas axiológicas universales antes de que sea demasiado tarde.”

Ricardo García Manrique entiende que la Bioética es “una disciplina racional y práctica, es decir, su función es la de ofrecer criterios fundados racionalmente para orientar la acción humana ante ciertas situaciones vitales. De este carácter práctico y racional se sigue la necesidad de elaborar argumentos que constituyen las razones para la acción. La mera voluntad no justificada, las creencias religiosas o las instituciones no constituyen ‘razones’ para la acción (aunque la motiven; pero no lo hacen racionalmente) y por eso queda fuera del campo de la Bioética” (Lecuona, 2019, p. 18).

Para G. Hottois, la Bioética es “un conjunto de investigaciones, discursos y prácticas, generalmente pluridisciplinarias, que tienen por objeto clarificar o resolver cuestiones con dimensión ética suscitadas por el avance y aplicación de las ciencias biomédicas” (Lecuona, 2019, p. 20).

María Casado define la Bioética de la siguiente manera: “Análisis de los aspectos éticos, jurídicos y sociales y políticos del impacto de la biomedicina y la biotecnología, desde el marco del respeto y la promoción de los derechos humanos reconocidos.” (Casado, 2018, p. 29).

Particularmente, me he afiliado a la línea de pensamiento de María Casado, porque creo que es la que abarca de manera sólida, propositiva y constructiva, a partir del consenso mínimo entre los pueblos, que son los Derechos Humanos, el pensamiento pluralista y posibilista que debe tener a mi juicio la Bioética.

Paradigmas en Bioética

Como ya se ha señalado, el mundo es plural, lleno de corrientes filosóficas e ideológicas, por medio de las cuales intentamos comprender y justificar nuestras elecciones y la propia existencia.

El hombre no es un ser neutral, pues mira los objetos y los interpreta a partir de sus pre-comprensiones, de modo que con la Bioética pasa lo mismo. Dependiendo de la corriente ideológica o filosófica de la persona o

de un determinado grupo de expertos, sus escritos o orientaciones tienden a una determinada dirección. Importante que los lectores u oyentes tengan eso en mente con vistas a confrontar sus propias pre-comprensiones.

De ese modo, se puede decir que hay muchos paradigmas teóricos en la Bioética, los cuales serán presentados de manera sucinta a seguir.

La Bioética religiosa, la cual está en los orígenes de esa ciencia, tiene la pretensión de que los temas bioéticos sean discutidos y monopolizados a partir de la confesión religiosa, en particular, del cristianismo.

De otra parte, está la Bioética laica, más adecuada a las democracias, donde el pluralismo social e ideológico son garantizados de forma que las personas tengan el derecho de elegir y de trazar de manera informada y responsable sus proyectos de vida. La Bioética laica es la ciencia de la pluralidad y de las posibilidades que las más distintas corrientes de pensamiento permiten dentro del respeto a los Derechos Humanos y de la dignidad de la persona.

Otro paradigma es el de la posibilidad de comercialización del cuerpo humano. Según ese paradigma que es basado en la autonomía de la persona, el cuerpo humano deja de constituirse en una institución digna y fuera del mercado para convertirse en un producto disponible y negociable. En EE. UU. es común mirar anuncios en los cuales se ofertan pagos en dinero para que las personas participen de investigaciones o de experimentos científicos.

De otra parte, hay otra corriente que rechaza, aunque con el consentimiento de la persona, cualquier tipo de comercialización del cuerpo humano en sentido amplio, lo que incluye la participación remunerada en ensayos clínicos, pues la persona y su cuerpo tienen dignidad y no precio, de modo que están fuera del mercado en aplicación de las lecciones de Kant:

En el reino de los fines todo tiene o un precio o una dignidad. Cuando una cosa tiene un precio, se puede cambiarla por otra cosa como equivalente, pero cuando una cosa está por encima de todo el precio y, por lo tanto, no se permite lo equivalente, entonces ella tiene dignidad.¹⁸ (Kant, 2016, p. 52)

Como ejemplo, se puede mencionar el artículo 14 del Código Civil brasileño que prevé la posibilidad de disposición del propio cuerpo por la persona para después de su muerte, siempre de forma gratuita, con el objetivo científico o altruista. Igualmente, el artículo 6º de la Ley 9434, Ley de

¹⁸ *Im reiche der Zwecke hat alles entweder einen Preis, oder eine Würde. Was einen Preis hat, an dessen Stelle kann auch etwas anderes, als Äquivalent, gesetzt werden; was dagegen über allen Preis erhaben ist, mithin kein Äquivalent verstattet, das hat eine Würde.* (Kant, 2016, p. 52)

Trasplantes, prohíbe la remoción de tejidos, partes, órganos de personas muertas todavía no identificadas.

Se puede hablar también del paradigma principialista, de origen estadounidense, que se construyó a partir del Informe Belmont y del libro de Tom L. Beauchamp y James F. Childress, “Principios de Ética Médica” (2011), en el cual la Bioética está fundada en cuatro principios: autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia, cuya aplicación debería resolver las cuestiones, problemas y dilemas que se presentasen.

En ese modelo hay una fuerte predominio del carácter individualista, en que la autonomía individual tiene una prevalencia sobre los otros principios, lo que es una de las críticas a la insuficiencia de ese modelo ante los grandes retos que se debe ocupar la Bioética en el siglo XXI.

En contrapartida a ese paradigma, está la Bioética basada en valores y virtudes, la cual busca inspiración en Aristóteles y se ajusta mejor al modelo de Estado Social de Europa continental y a los desafíos sociales, colectivos y ambientales que a Bioética debe también dedicarse. En la Cátedra Unesco de Bioética de la Universidad de Barcelona, dirigida por la Profesora María Casado, ese modelo de Bioética es desarrollado a partir de investigaciones sólidas que están disponibles en la página web del Observatorio de Bioética y Derecho (www.Bioeticayderecho.ub.edu).

En Brasil, Volnei Garrafa (2005), ante la insuficiencia del modelo principialista, ha propuesto la Bioética de intervención, la cual tiene por objetivo proponer una alianza con el lado más débil de la sociedad a partir de un pensamiento utilitarista y consecuencialista tanto a nivel público y colectivo como privado y particular:

Así, la Bioética de intervención defiende como moralmente justificable, entre otros aspectos: a) en el campo público y colectivo: la priorización de políticas y toma de decisión que privilegien el mayor número de personas, por un mayor espacio de tiempo y que resulten en las mejores consecuencias, aunque en perjuicio de ciertas situaciones individuales, con excepciones puntuales que pueden ser discutidas; b) en el campo privado e individual: la búsqueda de soluciones viables y prácticas para conflictos identificados con el propio contexto donde los mismos ocurren. (Garrafa, 2005)

Áreas temáticas de la Bioética

Las áreas temáticas de la Bioética son variables y a menudo se amplían con el tiempo, pues el proceso y los resultados del desarrollo

biotecnológico imponen nuevas reflexiones y una irradiación del alcance de esa ciencia en otros ámbitos del conocimiento y de la vida práctica. Por eso, la relación a seguir presentada es solamente un enunciado, sin pretensión de exhaustividad.

Temas referentes al inicio y al final de la vida

En ese apartado están comprendidos los temas clásicos como aborto y eutanasia, que son los más mediáticos y que despiertan hace siglos muchos debates y controversias. En estos supuestos se puede discutir sobre la dignidad humana de la mujer, del feto, el conflicto de interés, el papel y la relevancia del padre, el concepto de paternidad y de maternidad responsable, el planeamiento familiar, la protección de las mujeres contra todo los tipos de violencia moral, física, sexual, psicológica etc, sino también el derecho al libre desarrollo de la personalidad, el derecho a no sufrir, el respeto a la autonomía de la persona, aunque eso signifique su muerte.

Además, muchas otras cuestiones emergen de esos temas como, por ejemplo, la reproducción asistida, la maternidad subrogada, el valor moral y jurídico de los embriones no utilizados. Igualmente, el valioso tema de los trasplantes, el concepto de muerto, el procedimiento, quién puede ser donador y lo qué se puede donar. Es un área temática muy amplia, controvertida y que necesita de un debate democrático y plural, sin pasiones o dogmas, lo que debe reflejar la discusión acerca de las reglas jurídicas.

Educación

La pedagogía de la Bioética es esencial no sólo a los profesionales de la salud, sino también a todas las personas desde la escuela fundamental con vistas a la construcción de una ciudadanía involucrada con esos temas, ya que la ciudadanía está fundada en tres pilares: tener derechos, conocerlos y saber aplicarlos.

Bioética asociada a los Derechos Humanos simboliza la emancipación y el empoderamiento de las personas sobre su propia existencia y sobre los temas a ellos relacionados. Además de eso, ayuda en la construcción de una sociedad tolerante e inclusiva, ya que así como yo las otras personas también tienen derechos, los cuales pueden ser ejercidos de manera

adecuada y distinta, lo que impone a todos el respeto a las elecciones de todos y de cada uno.

Convivir de manera armoniosa en la diferencia es algo que necesita ser enseñado desde muy temprano como muy bien señalado por el artículo 23 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos:

Artículo 23: Educación, formación e información en materia de Bioética 1. Para promover los principios enunciados en la presente Declaración y entender mejor los problemas planteados en el plano de la ética por los adelantos de la ciencia y la tecnología, en particular para los jóvenes, los Estados deberían esforzarse no sólo por fomentar la educación y formación relativas a la Bioética en todos los planos, sino también por estimular los programas de información y difusión de conocimientos sobre la Bioética.

Además, desde muy temprano hasta el final de la vida, somos llamados a tomar decisiones existenciales —el menor maduro puede dar el consentimiento sobre una cuestión existencial o se puede hacer una directiva anticipada de voluntad para cuando no más se tiene capacidad de expresar sus deseos—. Todos estos ejemplos necesitan de una educación individual y colectiva para que se vuelva algo natural, que no cause ningún espanto o conflicto, de modo que todos puedan tomar sus decisiones de manera autónoma, voluntaria, informada y responsable.

Ética de la salud (en la medicina, odontología, enfermería, etc)

La Bioética así como la conocemos tiene sus raíces en la ética de las ciencias de la salud, apoyada en reglas deontológicas. Pero, esa ciencia representa más que reglas técnicas para el ejercicio de una determinada profesión, pues ella debe ser ejecutada de manera también humana y ética.

En ese contexto, los profesionales de la salud deben promover y respetar la autonomía esclarecida de los enfermos, tratar de manera adecuada la historia clínica, garantizando la confidencialidad y el sigilo, luchar contra la estigmatización de algunas enfermedades como, por ejemplo, la SIDA, dependencia de drogas y otras enfermedades de la mente, asegurar el derecho a objeción de conciencia etc.

Genética

El desarrollo de la ciencia en el campo de la ingeniería genética es gigantesco en los últimos años, lo que ha puesto, por un lado, esperanza y, por el otro, riesgos de abuso.

Los científicos han conseguido no sólo la secuenciación del genoma humano, así como también la posibilidad de su edición, de clonación, de creación de seres vivos, animales o vegetales, genéticamente modificados, la realización de diagnósticos de enfermedades hereditarias en embriones antes de que sean implantados, el análisis genética de los tumores, la concepción de un bebe medicamento etc.

Las posibilidades son muchas, casi infinitas, pero también los riesgos de abusos. Por eso la Bioética, a partir de los Derechos Humanos, tiene un papel de extrema importancia en esas cuestiones, pues puede definir los fines adecuados y los procesos para se intentar alcanzar tales propositivos, separándose lo bueno, lo aceptable, de lo abusivo y de lo inadmisible, pues hay límites que no pueden ser traspasados.

A partir de la aplicación práctica del principio de la responsabilidad, Hans Jonas (2017, p. 216) ha presentado entre sus reflexiones sobre la técnica, medicina y la ética la siguiente conclusión, que considero muy oportuna, cuya traducción libre ahora se comparte:

- Los errores mecánicos son reversibles. Los errores biogenéticos son irreversibles.
- Los errores mecánicos afectan directamente el objeto. Los errores biogenéticos tienen efecto más allá de ellos.¹⁹

Big Data²⁰

Hoy en día los datos de las personas son un activo muy valioso en el mercado, sobre todo los datos referentes a cuestiones de salud, de modo que proteger los seres humanos también significa proteger sus datos.

19 3. *Mechanische Kunstfehler sind reversibel. Biogenetische Kunstfehler sind irreversibel. 4 Mechanische Kunstfehler haften am direkten Objekt. Biogenetische Kunstfehler breiten sich von ihm aus, wie dies ja auch von den Wohltaten erhofft wird.* (2017, p. 216)

20 Grandes Datos

A partir de la colecta, guarda y tratamiento de los datos de las personas las empresas y gobiernos pueden violar la privacidad, la confidencialidad y hacer usos inadecuados de muchas formas como, por ejemplo, orientación de productos o servicios, estigmatización, segregación ideológica, manipulación de preferencias etc.

Es cierto que el mundo es tecnológico y digital, pero debe haber protocolos y procedimientos para que las personas a partir de sus datos no se conviertan en objetos o en marionetas en las manos de algunos. En ese contexto, la Bioética puede aportar argumentos, propuestas y soluciones, o sea, caminos posibles para ese desafío de la modernidad.

Ecología

El tema de la ecología hizo parte de los primeros escritos en Bioética a partir de Potter y Fritz (Baroni, 2018) y todavía es una cuestión actual, cuya discusión es indispensable a partir de los valores bioéticos.

Además del hambre y de los problemas de saneamiento (o la falta de ello) sobre todo en países en desarrollo, hay también la cuestión del calentamiento global, del uso de alimentos genéticamente modificados y su impacto en la naturaleza, la protección de los animales y la contaminación atmosférica y de los ríos y océanos, lo que impacta de manera grave la vida humana y el planeta.

El desarrollo sostenible es una preocupación Bioética, ya que el progreso científico no puede significar por más paradójico que pueda parecer el fin del planeta. Es necesario que se piense en el bienestar de la presente y de las futuras generaciones, las cuales deben vivir en un ambiente ecológicamente equilibrado (artículos 16 y 17 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos).

Investigación

No solamente los resultados, sino también el proceso de desarrollo científico debe seguir los parámetros bioéticos y los Derechos Humanos. Los fines nunca justifican los medios. Hay cosas, como dijo Sandel (2014), que el dinero no puede comprar.

Por eso, es indispensable un control seguro sobre las aprobaciones, inversiones, proceso y resultados de las investigaciones por los órganos estatales y por la sociedad civil nacional e internacional, de manera que las investigaciones sean íntegras, fiables y sin desvíos de finalidad.

En ese particular, no se puede olvidar del artículo de Beecher (1966), que nos muestra que, además de los investigadores, los periódicos deben seguir patrones éticos en el análisis, conferencia de los datos y, sobre todo, cuanto a la metodología de investigación, de manera que se rechace aquellos estudios que no cumplen las exigencias éticas y se los denuncie a los órganos competentes.

Además, las innovaciones deben, en mayor o menor intensidad, cumplir una función social con la coparticipación de los resultados con la comunidad, como prevén los artículos 14 y 15 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005).

Referencias

- Annas, George J.; Grodin, Michael A. (1992) *The Nazi Doctors and the Nuremberg Code*. Oxford: Oxford University Press.
- Baroni, Manuel Jesús López. (2016) *El origen de la Bioética como problema*. Barcelona: Edicions de la Universitat de Barcelona.
- Beauchamp, Tom L.; Childress, James F. (2011) *Principios de Ética Biomédica*. Traducción de Luciana Pudenzi. 2ª ed. São Paulo: Ediciones Loyola.
- Beecher, Henry K. (1966) *Ethics and Clinical Research*. In: *The New England Journal of Medicine*. v. 274.
- Casado, María. (2018) *El Objeto de la Bioética*. In: Casado, MARÍA; Baroni, Manuel Jesús López. *Manual de Bioética laica (I)*. Barcelona: Edicions de la Universitat de Barcelona.
- Casado, María. (2018) *Principios, valores y derechos de los ciudadanos ante la biomedicina y la biotecnología*. In: Casado, MARÍA; Baroni, Manuel Jesús López. *Manual de Bioética laica (I)*. Barcelona: Edicions de la Universitat de Barcelona
- Diniz, Débora. (1999) Henry Beecher e a gênese da Bioética. In: *O mundo da saúde*. São Paulo, v. 23, n. 5.
- Gadamer, Hans George. (2010) *Wahrheit und Methode*. 7ª Ed. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Garrafá, Volnei. (2005) *Da Bioética de princípios a uma Bioética interventiva*. In: *Revista Bioética*.
- Häberle, Peter. (2019) Tempo e Constituição. Tradução de Rafael Caiado Amaral e Cláudia Perotto Biagi. In: Amaral, Rafael, Caiado, Biagi; Cláudia Perotto; Gontijo, André Pires (Orgs.). *Sobre os ombros de um gigante se vê mais longe. Estudos em homenagem a Peter Häberle*. Curitiba: Editora CRV.

- Häbemas, Jürgen. (2011) *Theorie des kommunikativen Handelns*. Berlin: Suhrkamp Verlag.
- Jonas, Hans. Technik, Medizin und Ethik. (2017) *Praxi des Prinzips Verantwortung*. 9^a ed. Berlin: Suhrkamp.
- Kant, Immanuel. (2016) *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten*. Berlin: Hofenberg Sonderausgabe.
- Lecuona Rarmírez, Itziar. (2019) *Bioética (o Bioéticas) y derecho*. In: Lecuona, Itziar de (Coord.). *Derecho y Bioética*. Barcelona: Editorial UOC.
- Sandel, Michael J. (2014) *O que o dinheiro não compra*. Tradução de Clóvis Marques. 6^a ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

CAPÍTULO V

Los principios de la bioética

Fernando Estévez Abad

El origen de los principios

Los dilemas morales que requieren debate ético enfrentan a los profesionales de la salud con la diversidad de valores que expresan los pacientes o usuarios de los servicios; entendiendo que todos ahora vivimos en sociedades plurales en las cuales además el multiculturalismo marca las elecciones éticas. Frente a estas situaciones de diversidad moral es importante contar con un marco referencial de reflexión, por estas razones, la publicación y el conocimiento de los denominados principios fundamentales de la Bioética ofrece un espacio que con cierto orden permita tener una guía de acción y sobre todo de evaluación y discusión para resolver estos dilemas morales.

Estas pautas de discusión deben cumplir con un requisito fundamental, la aceptabilidad independiente de las creencias, pero que permitieran compartir un marco de valores, principios, deberes y obligaciones.

Con estas condiciones, enmarcados además en el concierto de variabilidad del contexto en los casos clínicos que se enfrentan en la profesión es patente que estos principios pudiesen quedarse cortos o su aplicabilidad pudiese presentar conflictos, por estas consideraciones no se puede entender que estos principios se entiendan como absolutos, sino que por lo contrario se convierten en herramientas que pueden guiar la discusión y la acción en la práctica clínica profesional.

Algunos de los principios de la ética médica han estado presentes en la práctica durante siglos. En el siglo IV a. C., Hipócrates, un médico-filósofo, instruyó a los médicos “para ayudar y no hacer daño” (Epidemias, 1780 en: Hippocrates y Farr (trad), 2010). Las consideraciones de respeto a las personas y a la justicia han estado presentes en el desarrollo de las sociedades desde tiempos remotos; sin embargo, específicamente con respecto a las decisiones éticas en medicina, en 1979 Tom Beauchamp y James Childress publican la primera edición de los principios de ética biomédica.

A raíz de esa publicación se ha ido popularizando el término principialismo, entendido como un marco de reflexión, que sustenta las discusiones éticas en los “principios”, de forma que se pueda encontrar respuestas ante las incertidumbres planteadas por los conflictos éticos. El Informe Belmont²¹ plantea tres principios que recuperaban el respeto por las personas en la investigación, sugiriendo que la justicia y la beneficencia fueran entendidas como el marco directriz para los procesos de investigación en biomedicina, en el marco del respeto del valor moral de los seres humanos (autonomía). A partir de tal publicación, se esperaba que la investigación y de la mano de ella, la práctica clínica, mantuvieran el humanismo como eje de las acciones en biomedicina; en la práctica actual los profesionales y los pensadores de los derechos sostienen que se pueden aplicar siempre, incluso en los casos individuales, como marco de orientación en la búsqueda de los deberes morales implicados en tales condiciones.

Insúa (Insúa, 2018) propone en su publicación un marco de reflexión que ayuda a entender las condiciones de aplicabilidad y las limitaciones del principialismo. En su interesante artículo propone además un sustento racionalista que relaciona las definiciones y cruces relativos a la comprensión de los términos que se utilizan para las discusiones éticas relativas a la biomedicina: deberes, principios, reglas; cada una con alcances y limitaciones, pero que se entrecruzan en la práctica profesional.

²¹ Creado por el Departamento de Salud de los Estados Unidos y publicado en 1978 con el título de “Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación”; tratado en los primeros capítulos del presente manual.

Las reflexiones morales relativas a la ciencia y la tecnología, relativas al poder que aportan para intervenir sobre los seres humanos, requiere un debate que permita entender los alcances y limitaciones de las acciones sobre las personas; en palabras de la Dra. María Casado, es necesario reflexionar si todo lo que puede hacerse, debe hacerse (Casado y López Baroni, 2018); la valoración de lo alcanzable versus los límites implica el aprendizaje del manejo de la incertidumbre; la condición de reconocer la responsabilidad de las acciones profesionales y de investigación también es una reflexión ineludible; confrontar estos dilemas, la asunción de la responsabilidad enmarcada en los objetivos de la medicina utilizan necesitan el aporte de la Bioética en cuanto ética aplicada.

La filosofía del derecho permite entrelazar algunos conceptos que en el diálogo coloquial decurren entre grises que los mezclan o los transforman en sinónimos, oscureciendo en muchas ocasiones su aplicabilidad. Allegreti (Allegretti, J, 1978) sugiere que: un principio es un juicio obligatorio de cumplimiento, que puede expresar un límite a la acción o que puede aportar para favorecer un comportamiento que limite un acto; mientras que las normas o reglas se pueden entender en cuanto se constituyen en guía que permiten interpretar y aplicar un principio. Cuando los principios de la Bioética se aplican sin un marco reflexivo y sin contenido disciplinar; es muy fácil que cualquiera emita criterios de experto, la sociedad entiende que el marco moral propio de cada ser humano puede entonces imponerse a otros; en mi opinión, es precisamente el mecanismo y la fuente que genera la contradicción de los absolutos que tantas dificultades supone para la práctica profesional en los ámbitos de la salud y mucho más para enfrentar los dilemas éticos que derivan del avance de la ciencia y la técnica.

El análisis de las acciones médicas relacionadas con investigaciones que no respetaban a las personas ha desnudado una y otra vez, muchos conflictos relativos al daño de los participantes, especialmente en investigación. Los experimentos nazis de la segunda guerra, investigaciones como las del caso Tuskegee o el caso Surfaxín que llegó con sus tentáculos a Latinoamérica han permitido concienciar al orbe en relación con los riesgos a los que de forma voluntaria por parte de los investigadores, los sujetos de investigación han sido expuestos a lo largo de la historia, incluso en casos en los que se juzga el comportamiento social, las relaciones humanas y la toma de decisiones.

La publicación del informe Belmont aportó con la descripción de tres principios ineludibles en todas las investigaciones que incluyesen como participantes a seres humanos: el respeto por las personas, la beneficencia

y la justicia. En este informe se rescatan algunos de los valores propios de la medicina, en particular la beneficencia, entendida como la regla fundamental para hacer el bien; este informe asociaba por primera vez además un principio complementario, la no maleficencia (es decir no hacer daño). Entendiendo que todo procedimiento que se lleve adelante en medicina o en investigación biomédica comporta el riesgo de daño; desde la toma de la historia clínica y el examen físico, hasta la intervención con técnicas y nueva tecnología, existe la posibilidad de dañar.

Probablemente uno de los aportes de mayor impacto para la práctica médica y para la investigación en biomedicina son las pautas sobre cómo aplicar los principios en la investigación a través del consentimiento informado, la evaluación de riesgos y beneficios para los participantes en la investigación y la selección de los participantes en la investigación (Beauchamp y Childress, 2019). A raíz de la publicación del informe Belmont, los autores además aportan a la comunidad científica la primera edición del libro Principios de la Ética Biomédica, individualizando cuatro principios: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.

Las acciones médicas y de investigación, cuando se enfrentan con dilemas morales y requieren la acción de la ética para la toma de decisiones requieren algún método de reflexión (deberes, valores, límites) que permita que el avance científico y las acciones sanitarias respetando el marco de la beneficencia, encuentren un límite relacionado con el daño mínimo aceptable, pero por sobre todo el permiso de los actores principales (los pacientes y los participantes). El uso de los principios como marco de reflexión (principlismo) aporta un camino de reflexión estructurada que se constituye en un modelo formal para la toma de decisiones. Los principios aportan con pautas para la toma de decisiones justificadas sobre las cuales previamente se lleve adelante una reflexión moral. El enfoque del principlismo además, de forma ideal, no implica la prelación de ninguno de ellos por sobre los otros; cada uno se considera vinculante *prima facie*²² (Diccionario Jurídico y Social, 2022) al caso en cuestión.

En mi opinión, el principlismo es un buen inicio para las discusiones éticas relativas a la práctica sanitaria pero no permite resolver todos los conflictos; peor aún, cuando se los quiere aplicar de forma universal a los conflictos bioéticos, su alcance es limitado. Especialmente si se utiliza sin

22. Término de origen latino que podría traducirse como “a primera vista”, “de primera apariencia” o “en principio”. Se utiliza frecuentemente para el análisis jurídico y se entiende que permite evaluar una situación evitando prejuicio o incluso juicio. Se utiliza como frase previa a un comentario o una opinión para aclarar de forma implícita que no se está tratando de llegar a conclusiones apresuradas, que las reflexiones se sustentan en sí mismas y luego de contraponerse permitirán llegar a una definitiva.

un marco reflexivo complementario, si se trata de hacer de él una especie de padre nuestro, se corre el riesgo de no ver el bosque y fijarnos solamente en el árbol. Si se utiliza de forma automática muestra una reflexión lineal, un enfoque que no permite aportar concesiones en el contexto de los casos y de las historias individuales; a pesar de todo, es una de las herramientas con mayor alcance y se utiliza para el análisis y la resolución de problemas bioéticos.

¿Cómo se aplican los principios?

Utilizados de forma intuitiva, los principios de uso corriente en la ética de la atención médica parecen tener un valor evidente y una aplicación clara. La noción de que el médico “no debe dañar” a ningún paciente está en el imaginario social y sustenta la exigencia de la mayoría de personas. La idea de que el profesional de la salud debe desarrollar un plan de atención establecido con antelación, para brindar el mayor “beneficio” al paciente luego de haber analizado otras alternativas, es un acto racional así como evidente; además, antes de implementar el plan de atención, se acepta como obligatorio para los profesionales, que deben contar con el permiso de los pacientes. Probablemente este es el hecho que ha marcado la medicina del último medio siglo, y que ha cambiado la relación otrora vertical entre profesionales de la salud y pacientes; en la que los pacientes tenían una especie de obligación sin escapatoria y debían acatar las decisiones que se les imponía.

La sociedad espera que las prestaciones médicas se entreguen en el marco de la justicia; de tal forma que quienes tienen necesidades similares, en circunstancias similares, reciban un trato equitativo. Esta última reflexión además toma particular interés en situaciones como la vivida por el planeta debido a la pandemia de la COVID-19; siempre los recursos sanitarios serán escasos, la demanda y necesidades son mayores que la oferta; en general en salud siempre hará falta mayor cantidad de recursos, procedimientos y medicamentos.

Los cuatro principios no son jerárquicos, cuando se trata un caso o conflicto moral en particular, ningún principio “triunfa” de forma automática sobre otro; con frecuencia en la cátedra, al analizar los conflictos suele notarse una especie de tendencia a considerar que la autonomía debe primar sobre los demás principios, pero cuando se discute con los alumnos y se consideran las variables asociadas pertinentes, queda claro

que se debe tomar en cuenta todos los principios cuando sean aplicables al caso clínico que se esté considerando con igual peso.

También puede ocurrir que al analizar un caso clínico se encuentre que la aplicación de dos o más principios implique la presencia de un conflicto entre ellos. Veamos el caso del tratamiento de enfermedades que implican el uso de tecnología potencialmente lesiva, el cáncer es un ejemplo; los pacientes como parte del tratamiento se requiere el uso de medicación o de radiación; ambos procesos tecnológicos incluyen riesgos de daño del tejido sano además de producir la muerte del tejido enfermo.

El marco de la acción beneficente, eje de los actos sanitarios recomienda que no se cause daño al paciente, pero en estos casos, se coloca en la balanza de riesgos y beneficios los pesos y contrapesos de tomar curso de acción utilizando estos medios producto de la investigación científica. Cuando se presenta un caso así entonces encontramos que habría conflicto entre actuar de forma beneficente buscando el bienestar del paciente (en este caso por ejemplo prolongar la vida o retrasar la muerte prematura), pero al mismo tiempo el uso de los fármacos y la radiación pueden causar daño (que deberá cuantificarse encontrando siempre que pese más el beneficio); para terminar, en un caso de este tipo la recomendación a la luz de los principios incluye necesariamente que el paciente sea incluido en la toma de decisiones, que se respete su autonomía y por supuesto su percepción de dignidad e integridad luego de recibir información completa.

Pesar y sopesar riesgos y beneficios potenciales es entonces una reflexión fundamental, que aporta en la definición del mejor curso de acción. Cuando se utiliza el marco del principialismo como reflexión bioética en la atención sanitaria, es un deber defender cada uno de ellos (un deber *prima facie*). En las situaciones reales es necesario equilibrar las demandas que presenta cada uno de los principios, tratando de equilibrarlos y dilucidar cuál de ellos tiene mayor peso en la reflexión moral, al aplicarse a cada caso en particular; esto implica entonces que a pesar de que veamos casos similares, los colaterales (la edad, el género, las creencias, etc.) pueden comportar una respuesta distinta; por lo tanto, no hay recetas en la aplicación de los principios frente a casos particulares.

Manuel López en su libro *Manual de Bioética Laica* (Casado y López Baroni, 2018), recuerda que el análisis de los conflictos éticos despertados por el avance de la ciencia y relativo a los problemas universales de la Bioética y a la propia práctica clínica debe complementarse con una forma fundamental de reflexión ética; la ética de las virtudes sustentada en la distinción aristotélica entre virtudes éticas e intelectuales. Su argumento

en rescate de esta reflexión de los conflictos morales, incluso previa al principialismo, se sustenta en la vivencia social; reconociendo el estado de derechos alcanzado por la mayoría de países de Europa Occidental, pero también aplicable a la vivencia de países sudamericanos como el Ecuador; en los que vivimos la salud como condición de derechos universales. Esta forma de organización social, sustentada en la solidaridad, cuando enfrenta problemas morales relativos a la ciencia-tecnología y atención sanitaria no puede responder con una reflexión principialista más propia de sociedades de mercado.

Este aporte de Manuel López pone de relieve que los deberes *prima facie* son vinculantes a menos que entren en conflicto con deberes más fuertes o más estrictos. Nuevamente huelga como ejemplo la pandemia de COVID-19, en la que claramente encontramos un severo conflicto devenido del principio de autonomía que enfrentó al de justicia; muchas de las acciones sanitarias requirieron que algunos derechos fundamentales fuesen limitados (como el de asociación, el de libre circulación, la propia vacunación) en beneficio de toda la sociedad.

Aplicar la beneficencia (hacer el bien)

Los profesionales de la salud tienen el deber de beneficiar al paciente, de ejercer medidas positivas que permitan prevenir o eliminar el daño del paciente; es un deber actuar por hacer el bien. Este principio se constituye en el eje de la acción médica, e implica que el doliente (el paciente) por su estado de necesidad entable relación con una persona a la que la sociedad ha otorgado permiso y competencia para brindar cuidado y atención a estas necesidades; esto implica que lo que la sociedad exige de las profesiones de la salud; la ayuda o auxilio.

El objetivo de proporcionar beneficios se aplica tanto a pacientes individuales como a la sociedad en su conjunto. Por ejemplo, la buena salud de un paciente en particular es un objetivo adecuado de la medicina y la prevención de enfermedades mediante la investigación, el desarrollo de nuevas tecnologías como las vacunas responden al mismo objetivo, solo que en esta última situación, se ha ampliado para ofertarse a la población.

En la reflexión relativa a pesos y contrapesos, se puede considerar que la beneficencia es un deber limitado, tal como se plantea en el ejemplo del cáncer; la no maleficencia y la autonomía podrían comportar un límite a la acción constante de la beneficencia. Otra discusión relativa a los límites

de la beneficencia la plantean las situaciones de emergencia, cuando se enfrenta la situación en la que varias personas solicitan (o necesitan) ayuda, el profesional sanitario puede verse en la disyuntiva de prelación, ¿a quién se debe atender primero?; o en casos en los cuales se atiende a un paciente que no puede expresarse por sí mismo (por ejemplo si está en estado de coma), tenemos el deber benéfico de actuar sobre su situación de salud (actuar diligentemente, cohibir hemorragias, suturar heridas, intubar), pero ¿hay algún límite?, ¿se debe llegar a las últimas consecuencias?; estos son dilemas morales derivados de las variables de cada caso.

También está la condición en la cual un profesional puede elegir a quién admitir en su práctica, por situaciones derivadas de la autonomía moral y sus efectos (objeción de conciencia) o por situaciones propias de la *lex artis*²³ (principios de la profesión) relativas por ejemplo a la especialidad y su ejercicio o al entrenamiento clínico y las competencias adquiridas (no realizaremos actos para los cuales no nos hemos entrenado).

Por mucho tiempo y primordialmente previo a la discusión planteada por el informe Belmont, la acción médica se sustentaba en el sentido del deber; ofertar atención y toma de decisiones por parte del profesional sanitario, y de obedecer y acatar por parte de los pacientes; a este tipo de relación sanitaria se le denominó paternalismo.

A partir del informe Belmont se entiende que la relación se hace horizontal, el médico mantiene sus deberes, pero el paciente acata a la luz de su moral (autonomía); el médico ya no puede anular los deseos del paciente; incluso si considera que el acto benéfico es imperativo, deberá informar, deberá preguntar y deberá tomar la decisión en conjunto con el paciente. Estas reflexiones cortas, permite entonces entender que la beneficencia, eje del acto sanitario, no debe aplicarse a ultranza; se transforma en deber ineludible para los profesionales pero se analiza con el prisma de la decisión moral del paciente, los actos benéficos tienen como límite la decisión del paciente.

El respeto de la autonomía

Cualquier noción de toma de decisiones morales parte de la premisa de que las personas involucradas son adultos, autónomos, capaces

²³ Según el diccionario panhispánico del español jurídico de la RAE; se considera la *lex artis* al “conjunto de reglas técnicas a que ha de ajustarse la actuación de un profesional en ejercicio de su arte u oficio”. Accesible en: <https://dpej.rae.es/lema/lex-artis>

y que toman la decisión de forma voluntaria y en base de información pertinente. Las decisiones que se toman en beneficio de la recuperación de salud o en las necesidades de prevención tomadas en autonomía implican que la capacidad respeta la autodeterminación se toma como un acto libre y voluntario; este principio es el que enmarca precisamente la ejecución y respeto por el consentimiento informado.

Los profesionales de la salud tenemos el deber de fortalecer la relación con los pacientes, de forma tal que las decisiones benéficas sean tomadas en conjunto; el ejercicio de la autonomía libre, competente e informada permite que los pacientes tomen las decisiones que consideren respetan su moral.

En sentido de la aplicación *prima facie*, siempre se debe respetar la autonomía de los pacientes; este respeto no se lleva adelante como una cuestión de actitud sino como parte del ejercicio profesional que permita promover la autonomía de los pacientes. Esta reflexión es fundamental porque de esta forma se entiende que el consentimiento no es un acto defensivo, no se utiliza como herramienta de coerción ni tampoco se considera un mero documento parte del historial o de la ficha médica.

Entender el consentimiento como un ejercicio pleno de autonomía pone entonces también un marco de reflexión para los profesionales de la salud que aceptan las decisiones morales de las personas que acuden por necesidad; reduce las tensiones y aporta a la comprensión del derecho humano de libre ejercicio de voluntades. Esta reflexión permite entonces entender por ejemplo que las negativas a la aplicación de tecnologías, técnicas o procedimientos médicos, a pesar de que a los profesionales les resultan chocantes, deben respetarse; por ejemplo el rechazo a la transfusión sanguínea.

La decisión libre e informada, en casos como el planteado entonces, debe respetarse; pero el paciente tiene el derecho pleno de conocer las consecuencias de las decisiones, incluido el riesgo de morir.

Las decisiones morales entonces, tomadas en el ejercicio pleno de autonomía permiten balancear el eje de la profesión y del deber médico —la beneficencia—; entender que las decisiones morales plenamente informadas además imponen el deber de cuidado es otra reflexión que los profesionales de la salud deben ejercer ante cada caso y primordialmente ante cada uno de los conflictos morales que puedan enfrentar con decisiones inesperadas por parte de los pacientes a quienes cuidan.

Los procesos comunicacionales deben entonces acompañarse de habilidades efectivas (ver capítulo de relación médico-paciente); la práctica de las habilidades comunicacionales, crucial herramienta de los profesionales de la salud, debe ejercerse de forma comprensiva y respetuosa de los valores propios del paciente; incluso en aquellos casos en que se contraponen o difieren de los objetivos estandarizados en la práctica de la biomedicina.

Las acciones *prima facie* en situaciones de conflicto moral que contraponga las recomendaciones de los profesionales con las posibles decisiones de los pacientes incluyen también el respeto irrestricto por los deberes de la medicina; son acciones *prima facie* también evitar daño, proporcionar beneficio y no abandonar a los pacientes.

Lo contrario puede ocurrir en situaciones de emergencia, o si los pacientes son menores incapaces o si se actúa en casos de consentimiento por representación; también podría ocurrir en casos de emergencias en los cuales el consentimiento deberá ejercerlo el profesional sanitario; en esos casos el deber *prima facie* constituirá respetar el ejercicio de la autonomía por representación de quien pueda permitir conocer los valores morales del representado. El caso propuesto por ejemplo de la situación de urgencia en la cual no haya familiares o representantes legales impone a los profesionales de la salud el deber de actuar en el marco de la *lex artis* (de los conocimientos y las normas dictadas por la profesión). Si se presenta algún caso en el cual los profesionales de la salud considerasen que las decisiones de los representantes legales no responderían a los valores morales de menores o personas no competentes siempre podrá ejercerse el marco de la jurisprudencia, pues finalmente es deber del estado velar por los derechos de los ciudadanos; en particular de los menores.

La no maleficencia

El principio de no maleficencia exige que no provoquemos daño o lesión intencionalmente al paciente, ya sea por acción u omisión. En este sentido, se consideran acciones negligentes aquellas en las cuales se impone un riesgo de daño por no tener cuidado suficiente o cuando los riesgos sobrepasan los beneficios y a sabiendas del poco efecto se toma la decisión de llevar adelante la acción médica o sanitaria.

La oferta de atención médica debe por lo tanto, para cuidar la no maleficencia, el ejercicio de la *lex artis*, de los conocimientos actualizados respecto al uso de la tecnología en la atención sanitaria. La oferta de la

atención adecuada debe minimizar el riesgo de daño, respaldando la toma de decisiones no solo en la convicción moral individual del oferente (profesional sanitario) sino en consideración de las opciones morales de los pacientes también.

Este principio, fortalece de manera importante la concepción de las competencias médicas, entendida como la formación completa, exhaustiva, dedicada y sobre todo responsable; la toma de decisiones en el marco del conocimiento pleno de la evidencia científica supone entonces un acto deontológico. El hacer el bien no puede sobrepasar al no hacer mal; de todas formas es posible que ocurran imponderables, los errores médicos pueden ocurrir, pero este principio sustenta un compromiso ineludible que deben tener los profesionales sanitarios para proteger a los pacientes de los posibles daños, conocerlos y esperarlos es la regla además cuando se toma decisiones relativas al ejercicio de actos médicos o utilización de tecnología potencialmente lesiva.

Cuando se ejerce la profesión se pueden presentar situaciones en las cuales aparezca de forma inevitable el riesgo de dañar, en estos casos luego de valorar en el marco científico los riesgos versus los beneficios, siempre existe un marco deontológico que obliga a la acción moral que implique elegir y recomendar la tecnología que implique el menor de los males; estas decisiones además no se pueden tomar en forma estandarizada sino que deben tomarse de manera individualizada, como se mencionó previamente, dando importancia a la implicación de los pacientes en la toma de decisiones; el ejercicio de la práctica médica que exige el consentimiento informado está también orientado a que la información plena permita que los pacientes sean parte de la decisión, que decidan cuál es la propuesta moralmente aceptable.

Muchos pacientes están dispuestos a soportar dolor como resultado de las acciones médicas y el uso de tecnología, pero esta condición de sufrimiento esperable sopesada con el beneficio relacionado con la recuperación de la salud o la salvaguarda de la dignidad permiten tomar la decisión moral del menor daño posible. Los pacientes aquejados de enfermedades de pobre pronóstico pueden entonces también tomar la decisión sobre los efectos o la evolución de la enfermedad misma; pueden por ejemplo decidir que no se tomen medidas extremas como la reanimación cardiopulmonar en caso de eventos de detención cardíaca, o que no se inicien medidas de soporte vital extremo, en fin, a limitar también las acciones extremas.

Con el ejercicio pleno de la autonomía y el conocimiento completo de las opciones y los riesgos, los pacientes son capaces de apoyar en la toma

de decisiones relacionadas con limitar esfuerzos terapéuticos, o el uso de acciones fútiles o ineficaces. La razón de estas elecciones se sustenta en la capacidad de juicio moral que tienen las personas (pacientes y médicos); muchos pacientes elegirán por ejemplo no prolongar la vida si se asocia con condiciones dolorosas de pobre manejo, condiciones debilitantes en situaciones de dependencia mayor, es decir, en el concepto individual y personalísimo de la dignidad; para estos pacientes estas condiciones pueden implicar un daño mayor que la muerte; en estas situaciones la elección moral del paciente se hace en ejercicio pleno de autonomía, el paciente es quien puede decidir el menor o mayor daño para sí mismo.

El principio de justicia

La aplicación de este principio debe tomarse en dos vías, relativas precisamente a las acciones de los profesionales de la salud; esta aplicación discriminatoria debe ser un marco de reflexión que hay que adecuar al momento y a la situación de la acción profesional. Cuando se conversa en grupos sociales acerca de la percepción de este principio, surge a priori la idea de que “la igualdad implica repartir los en la misma medida para todos”. Un padre de familia por ejemplo debe establecer las medidas suficientes que permitan que aporte a sus hijos por partes y condiciones iguales los elementos necesarios para la supervivencia y el desarrollo personal. A todos dará igual acceso a la alimentación, a todos dará igual acceso a educación, a todos dará igual acceso a salud; pero puede surgir un evento en el cual alguno de sus hijos por condiciones sobrevenidas y no esperables manifieste un requerimiento mayor.

Tomando el ejemplo de la salud, si uno de ellos sufre un accidente severo y se requieren más recursos para ayudarlo a recuperarse, el padre no escatimará esfuerzos hasta conseguir tal fin, con esa condición, no llevará un libro de cuentas en el que al centavo inscriba cuánto ha tenido que invertir para ayudarlo en tal empresa; si alguno de los hijos reclamase a posteriori que no ha recibido igual inversión en sus condiciones de salud estaríamos viendo una situación de justicia desigual.

Este caso hipotético permite entonces entender que la percepción de justicia en situaciones de desigualdad requerirá un prisma distinto de juicio moral; si los seres humanos somos diferentes y si las circunstancias vitales profundizan estas diferencias, la idea de justicia se orientará más bien a la reflexión de que se debe dar “a cada cual según su necesidad”; sobre

todo cuando se aplica esta reflexión en los países en los cuales las normas fundamentales protegen los bienes sociales como la salud y educación, el principio complementario que surge para la toma de decisiones es la solidaridad; una sociedad en la cual la decisión respecto a la salud sea la universalización, el acceso igualitario y la protección de la misma se deben poner en juego los principios de solidaridad. Quienes tienen mejor condición apoyarán a los que la tienen disminuida; quienes tienen mayor necesidad recibirán más apoyo; la decisión moral por tanto, podría ser que se oferte “más para los desiguales e igual para los iguales”.

Esta modificación de la definición Aristotélica de la justicia (dar a cada uno lo que le corresponde) implica que la distribución justa de los bienes de la sociedad requiere un prisma especial de análisis, los derechos. Las decisiones relativas a la justicia distributiva también dependen entonces del hecho relativo a la escasez de recursos, de que frente a muchas necesidades y pocos recursos hay que tomar decisiones morales que permitan llegar a la mayoría; por esta reflexión en salud pública se establecen políticas que favorecen el trato igualitario para las personas que son iguales, pero que se apliquen medidas diferentes para quienes están en condiciones de vulnerabilidad; por ello además, la discusión política de las acciones justas se relativiza y se complejiza.

Para establecer medidas de justicia no se evalúa a las personas en condiciones unidimensionales (por ejemplo solo la edad, o solo el género, o solo una enfermedad), las situaciones vitales y las condiciones de vulnerabilidad además no son una fotografía del momento, la vulnerabilidad es más que un adjetivo, es el resultante de varias condiciones (Luna. F, 2009); este análisis bioético de la vulnerabilidad permite entender que la justicia distributiva debe utilizar varios factores como criterios para la toma de decisiones, entre los que se debe considerar diversos análisis de caso, tomando como prioritarios los de la desigualdad y cómo últimos los del mercado y los costes (Beauchamp y Childress, 2013):

- A cada persona una parte igual
- A cada uno según su necesidad
- A cada uno según su esfuerzo
- A cada uno según su aporte
- A cada uno según sus méritos
- A cada uno según las leyes del mercado

Rawls (1999) afirma que muchas de las desigualdades que experimentan los seres humanos son el resultado de una “lotería natural” o una “lotería social” por la cual el individuo afectado no tiene la culpa, por lo tanto, la sociedad debería ayudar a igualar el campo de juego, proporcionando recursos para ayudar a superar la situación de desventaja. Uno de los temas más controvertidos en la atención de la salud moderna es la cuestión de “¿quién tiene derecho a la atención de la salud?”.

La respuesta a esta cuestión es variable, en el concepto del multiculturalismo entendemos que de acuerdo a cada sociedad y su contrato común, se tomarán las decisiones relativas al acceso a los recursos. Las sociedades capitalistas invertirán el orden de prioridades y preferirán que las leyes del mercado determinen las acciones políticas justas en salud, pero también hay sociedades en las cuales la solidaridad se utiliza como prisma de juicio; en estos casos se aplicará el primer principio (a cada uno según su necesidad). El principio de justicia es una fuente de reflexión que permite entender que las exigencias deben tomarse en el terreno, en el día a día, en la situación de caso por caso.

Finalmente la segunda rama de reflexión relativa a la justicia es la que se utiliza en la investigación; en tales condiciones la exigencia de la Bioética orienta a la utilización Aristotélica del principio; la justicia implica la oferta de recursos por igual para todos. No se puede establecer las condiciones apropiadas de la investigación si no se ofrece igual tecnología, igual cuidado, igual protección, igual recuperación e igual reparación para todos. ¿Por qué es así en la investigación?, pues precisamente porque las condiciones de ingreso a la nueva tecnología exigen los métodos propios de la investigación y la estadística; se parean los grupos, se igualan las condiciones, se definen las mismas intervenciones; en principio, para identificar las diferencias y la utilización apropiada de los métodos estadísticos que permitan encontrar las mejores respuestas.

Limitaciones de los principios

Los cuatro principios que operan actualmente en la ética del cuidado de la salud tuvieron su inicio como recomendaciones para la investigación; la necesidad planteada en la práctica médica de las últimas décadas, de la mano además del avance tecnocientífico, hizo necesario que se utilicen también para las situaciones de la práctica clínica. De ahí que se han convertido en guías de la acción moral de la ética médica en las cuatro

décadas precedentes; ello también ha devenido en que su utilización y racionalización pierdan profundidad y se transforman casi en un padre nuestro que implicaba poca reflexión y casi inmediata aplicación.

Esta utilización un tanto banal de los principios ha hecho también necesaria la especialización de los profesionales de la salud en las áreas de la filosofía y las ciencias sociales, cada vez es más frecuente ver a profesionales sanitarios cursar formaciones de perfeccionamiento en Bioética, en la búsqueda de la mejor fuente de reflexión moral, de la utilización de los métodos de la filosofía aplicados a los dilemas morales que surgen en la profesión.

El enfrentamiento de situaciones moralmente ambiguas en el cuidado de la salud, los matices relativos al uso de los principios han tenido que refinarse, redefinirse y complejizarse. Gert (Gert.B, 1997) argumenta que, con la excepción de la no maleficencia, los principios son defectuosos como guías de acción moral, ya que son tan inespecíficos que parecen simplemente recordarle al tomador de decisiones las consideraciones que deben tenerse en cuenta.

También propone una reflexión crítica que sugiere que el principialismo no distingue entre reglas morales e ideas morales; también que no aportan con un método universal de aplicación de los principios en la resolución de los conflictos cuando algunos de ellos entran en colisión. Para Gert el aplicar los métodos clásicos de la reflexión moral utilizando como metodología la reflexión moral y la transparencia son enfoques de mayor utilidad (Gert, Culver y Clouser, 1997).

Para abonar a la reflexión más contemporánea López-Baroni (López-Baroni, MJ. 2011) sugiere que los avances en la biotecnología implican riesgos otrora inesperables, que no se puede contemporizar con la idea naciente de Beauchamp y Childress de los años setenta en el siglo pasado; los riesgos ahora son mayores, las posibilidades de daño son impensables, los ámbitos de acción son universales y los efectos en muchas ocasiones pueden ser inesperados.

Sugiere que una serie de nuevos principios han aparecido de la mano de la investigación explosiva:

- Principios cautelares: de responsabilidad y precaución.
- Principios de soberanía alimentaria y biodiversidad.
- Principio de la tercera cultura, que realiza el conocimiento científico como único mecanismo de progreso y conocimiento.

En rescate de la gran aportación de López-Baroni, adjunto una reflexión que considero crucial en su artículo de análisis:

Si los cuatro principios prístinos giraban alrededor del principio de autonomía, representativo del imaginario occidental cristiano, estimo que el principio derivado más significativo de los de segunda generación es el de responsabilidad, flanqueado por el de precaución. Juntos representan otro tipo de imaginario colectivo, el temor, el pavor, la incertidumbre y el desasosiego que nos causa tomar conciencia de que nuestros actos pueden provocar la extinción de la vida en la Tierra. El salto es sin duda cualitativo. En una década se pasó de formular unos valores que permitieran al paciente elegir su tratamiento en el micromundo de un hospital, a formular principios para prevenir situaciones con implicaciones planetarias irreversibles.

Referencias

- Allegretti, J. (1978). *Ethics: Rules and Principles* (1st ed., pp. 407-413). Macmillan.
- Beauchamp, T., y Childress, J. (2019). *Principles of biomedical ethics*. Oxford University Press.
- Casado, M., y López Baroni, M. (2018). *Manual de Bioética laica (I)*. Universitat de Barcelona.
- Diccionario Jurídico y Social / Enciclopedia on line. (2022). Retrieved 25 September 2022, from <https://diccionario.leyderecho.org/prima-facie/>.
- Frankena, WK. *Ethics*, 2nd Edition. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1973.
- Gert B, Culver CM, Clouser KD, *Bioethics a Return to Fundamentals*. New York: Oxford University Press, 1997.
- Hippocrates, y Farr (trad), S. (2010). *The History of Epidemics* (1st ed.). Gale Ecco, Print Editions.
- Hippocrates. *The history of epidemics*. Samuel Farr (trans.) London: T. Cadell, 1780.
- Informed Consent, Parental Decision Making, Withholding or Withdrawing Life-Sustaining Treatment, *Bioethics Tools*
- Insua, J. (2018). Principialismo, Bioética personalista y principios de acción en medicina y en servicios de salud. *Persona Y Bioética*, 22(2), 223-246. <https://doi.org/10.5294/pebi.2018.22.2.3>
- Jonsen AR, Siegler M, Winslade W. *Ethics*, 7th Edition. New York: McGraw-Hill Medical, 2010.
- López Baroni, M.J. (2011) "Los principios no originarios de la Bioética," *Argumentos de Razón Técnica*, (14), pp. 113-149.
- Luna, F. (2009). Elucidating the Concept of Vulnerability: Layers Not Labels. *International Journal of Feminist Approaches to Bioethics*, 2(1), 121-139. <http://www.jstor.org/stable/40339200>

- McCormick, TR. (2008) *Ethical issues inherent to Jehovah's Witnesses. Perioperative Nursing Clinics*;3(3): 253-259.
- Povar, G. (1991). What does Quality Mean: Ethical issues in Quality Assurance. In R. Palmer, A. Donabedian y G. Povar, *Striving for Quality in Health Care: An Inquiry into Policy and Practice*. (1st ed., pp. 131-168). Health Administration Pr. Retrieved 26 September 2022, from.
- Rawls J. A (1999) *Theory of Justice*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

CAPÍTULO VI

Pedir permiso: el consentimiento y la medicina

Fernando Estévez Abad

Usted está en una consulta de atención primaria, un día normal de su trabajo acude a consulta una adolescente mayor de 17 años; acompañada de su madre le relata un cuadro de molestias abdominales vagas pero sobre todo mucha náusea y disminución del apetito durante el último mes. En la entrevista, muchas de las preguntas son contestadas por la madre de su paciente relativas a la alimentación, al comportamiento e incluyendo quejas de poco ánimo de la paciente y excesiva somnolencia adscrita a “pereza”. La adolescente casi no responde y tiene de vez en cuando alguna lágrima que quiere brotar de sus ojos. Usted junto con el equipo de salud que la atiende cruzan miradas cómplices, su sospecha es un embarazo. ¿Cómo proceder?, parte fundamental de la atención en la entrevista es averiguar cambios relativos al ritmo del ciclo menstrual, vida sexual activa y por supuesto tratar de construir una relación empática que permita

avanzar con los exámenes necesarios, entre los cuales por supuesto está la determinación de Beta HCG. ¿Es necesario pedir permiso a la mamá?; y si no se pide permiso ¿es posible dejar deslizar su bolígrafo por la prueba en mención sin advertirle que lo está haciendo?; ¿alguna de sus acciones puede devenir en daño sobre la paciente?.

Los profesionales de la salud encontramos dilemas éticos a cada paso de la práctica profesional, el caso planteado es de los más comunes y comporta una serie de preguntas al paso de la consulta, del procedimiento o de la solicitud de estudios complementarios deben sortearse; no se diga si la relación que requiere pedir permiso, está inmersa en un proceso de investigación.

Los primeros atisbos de consentimiento informado los vemos a partir de los juicios de Nüremberg que culminan con la promulgación del primer código de Ética Médica (Annas y Grodin, 1995) que mostraron varias prácticas absolutamente lesivas de unos seres humanos sobre otros y vieron fortalecidos los sustentos éticos (actualmente bioéticos) en el informe Belmont, llevado adelante más de treinta años luego y que mostró que muchas de esas prácticas, incluyendo la discriminación lesiva y la poca conciencia de daño en muchos procesos clínicos y de investigación médica.

La Dra Mirentxu Corcoy (Corcoy Bidasolo, 2015) que en el seno del Observatorio de Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona ha producido mucho material al respecto, llama la atención sobre una reflexión ética fundamental en este caso, confronta la reflexión dicotómica de la “libertad de terapia versus el consentimiento” como un eje que a la luz de las relaciones humanas actuales que inmersas en la práctica clínica y de investigación comportan la necesidad del establecimiento de nuevos parámetros en la relación entre médicos y pacientes o entre investigadores y participantes.

Según la Dra. Corcoy, se entiende que las condiciones de juicio de los actos médicos y la responsabilidad profesional debe ir mucho más allá que la exigencia de una disculpa y que el ámbito jurídico, la reflexión y el juicio social además de la ética propia de la investigación científica en el ámbito de la biomedicina exigen acciones que respetando la deontología de cada una de las ciencias, se enmarque en el respeto por los derechos de los seres humanos como premisa a las intervenciones relativas al ejercicio profesional o investigador de unos seres humanos sobre otros.

La reflexión sobre las acciones de la medicina no puede sino respetar lo que en el OBD denominamos el “marco de los mínimos”; para nosotros, los Derechos Humanos; que pueden bien complementarse en el “marco de

los mínimos” sugeridos por otros pensadores de la Bioética como Diego Gracia (Gracia Guillén, 2008); esta reflexión no se contrapone a la sugerida por Gracia sino que más bien la complementa, le da contenido ético, sustento jurídico y aporta a la construcción de un marco de racionalidad, reflexión, respeto por la deontología, profesionalismo, humanismo y sustenta la práctica de las profesiones sanitarias en la práctica de la virtud como eje de las acciones.

La dignidad y la autonomía, condición *sine qua non*

El “*primum non nocere*” (primero no hacer daño) clásico de la medicina de la antigüedad mantiene su vigencia. Los principios de respeto por las personas, asociado con la beneficencia y la justicia complementan los fundamentos de la Bioética como ciencia. El avance en los derechos humanos ha imbricado una impronta importante en el respeto hacia los pacientes.

La discusión de la dignidad se mantiene. El derecho de cada persona, de ser aceptado como un ser individual y social, con particularidades e intereses propios marca la percepción de la dignidad. El marco del respeto del ser humano por su propia condición es parte fundamental de la definición de dignidad, por esta razón la relación médico paciente en la medida de un continuum de interacciones, de intercambio de emociones y de saberes asociada con los mejores mecanismos comunicacionales debe considerarse un elemento fundamental además de una habilidad que se puede construir, perfeccionar y evaluar; mucho más en las condiciones de la docencia.

¿Cuándo conoce el médico al paciente si no es en la entrevista y en la interacción de las conversaciones que persiguen la terapia, la prevención o la recuperación?; una buena relación médico-paciente presenta el marco apropiado del respeto a la dignidad y por supuesto sustenta las bases de la toma de decisiones compartidas, sustento del consentimiento. El respeto al paciente como ser humano imbrica el respeto por sus decisiones en el marco moral personal e individual, de conocer y de respetar además su percepción vital. La autonomía y el respeto por la misma entonces, permite que la dignidad sea preservada; este respeto empático sustenta el consentimiento informado.

La propuesta Kantiana en relación de que cada persona debe ser tratada siempre como un fin en sí y nunca como un simple medio sientan las bases de la práctica médica; por supuesto esto enmarca

también la relación entre médicos y pacientes (Gracia D. Como arqueros al blanco. Estudios de Bioética. España: Ed. Triacastela; 2004. p.105-7). El no instrumentalizar a las personas nos hace entender que comunicar no es sólo preguntar ni contar; es interactuar. La formación médica clásica con la visión de enfermedad permite que los profesionales de la salud se formen en un ambiente en el cual se consideran cazadores; la presa es la enfermedad, hay que identificarla y destruirla; con esta visión los pacientes quedan en medio. Cuando se aprende medicina así, el objetivo es “encontrar y destruir”; como médico quiero y me angustia encontrar el diagnóstico, pues si lo hago bien tengo algo que destruir y ése es mi papel (Ferraz y Guedes, 2017).

Una mejor formación médica entonces requiere que aprendamos a considerar a los pacientes como el sustrato de la actividad profesional; sin instrumentalizar sino respetándose en su integralidad. No es necesario diagnosticar para destruir, se necesita diagnosticar para apoyar. La comunicación entonces puede también entenderse como una herramienta que puede aprenderse y que debe entrenarse y corregirse.

La relación médico-paciente es una condición técnica pero es también una actividad con contexto profundamente humano en la cual el paciente es otro actor; en definitiva entender la relación médico paciente y las habilidades comunicacionales como el momentum de intercambio y de construcción de empatía permite entender que el consentimiento no es un documento; es parte fundamental de una buena comunicación en la cual los actores se ponen a tono y por sobre todo llegan a acuerdos; es una situación de relación humana en la cual dos personas interactúan y se apoyan.

Una buena relación médico paciente sustenta el consentimiento respetando las dimensiones de dignidad de los actores; entonces permite entender que el profesional sanitario respeta en el marco de la autonomía moral a su paciente, a la gestión de su propio cuerpo, a las decisiones vitales. Se establece el marco fundamental de respeto por los derechos, la intimidad, la privacidad y el manejo de los datos (sensibles o no) solamente con la orientación de la búsqueda del beneficio de quien los ostenta; de esta forma entonces, el consentimiento permite también investigar sin dañar; el “*primun non nocere*” de la medicina clásica se ha llevado a la práctica clínica moderna y por supuesto transversaliza el respeto de los derechos en la investigación.

Cuando la relación médico paciente cumple requisitos técnicos, respeta los procedimientos en el marco de los derechos permite que la responsabilidad se convierta en el marco de la acción médica; si la empatía que

se genera entre el profesional de la salud y el paciente que confía, es lo suficientemente intensa de tal forma que reduce el daño, o lo limita, o lo entiende y acepta como necesario; siempre en respuestas a las necesidades del paciente o de la sociedad en el caso de la investigación.

En una relación de esta característica la deliberación es un intercambio importante, la construcción de los consentimientos informados no es un mero trámite ni se transforma en la búsqueda de complementar formularios sino que se entiende que favorece la colaboración expresa, corresponsable y autónoma del paciente, que es la muestra escrita o no, de la confianza y el entendimiento.

Por estas razones en el ámbito del desempeño del aprendizaje, del mundo académico y de la docencia, es importante generar momentos y períodos claros de capacitación. La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca es la primera en Ecuador que ha establecido dentro del currículo formal de la formación de médicos una cátedra denominada “relación médico paciente”, que luego de la reforma curricular ha sido incluida en la cátedra general de Bioética, como un complemento de actividad práctica de capacitación.

El establecimiento de momentos formales del currículo orientados a la capacitación de la reflexión, de la reafirmación de los valores de la profesión y también de construcción y capacitación en habilidades implica dejar de lado el discurso del prejuicio y de la autosuficiencia; otrora se escuchaba que “la relación médico paciente” se da por entendida en la enseñanza de la medicina, al igual que ocurría con el consentimiento en las relaciones verticales.

La construcción de la relación médico paciente encuentra entonces el culmen de la responsabilidad en el consentimiento. La situación de dolencia hace necesario que se entienda además que la obtención (en el caso del profesional o investigador) y el otorgamiento (en el caso del paciente o participante de investigación) del consentimiento es mucho más que un mero momento de comunicación verbal y por lo contrario debe entenderse como el motor de la atención, prevención, curación, acompañamiento e investigación; es decir de los objetivos mismos de la profesión.

En el marco del respeto por los derechos y la dignidad de las personas encontramos en este acto comunicacional actores; unos (profesionales de la salud e investigadores) obligados a informar, dar cuentas, responder y aclarar todas las dudas posibles en el ejercicio profesional respetando la

deontología y las leyes²⁴; otros (los pacientes o participantes) protegidos por el marco de los derechos, a quienes hay que informar con detalle, con respeto, con empatía. Considerado así el consentimiento se entiende claramente que no es un mero documento, que no es un formalismo; se transforma en un puente de construcción comunicacional, de respeto, que permite entender cuando los pacientes o participantes no dan permiso, no otorgan consentimiento, pero no quedan desamparados; tan importante es considerar este acto sanitario o investigador que quienes otorgan permiso puede también negarse a escuchar o ser informados, pero no pueden quedar desamparados (recordemos los objetivos de la medicina y el marco de la deontología).

La empatía y el consentimiento

La empatía es la percepción personal que hacemos de las percepciones de otros; estas percepciones pueden ser emocionales y causan un enorme impacto en la relación entre las personas. Un médico empático es alguien capaz de entender el sufrimiento de su paciente, los pacientes esperan que el médico no solo diga “lo siento” sino que realmente lo sienta. La empatía centra la esperanza de las personas enfermas, dolientes, de encontrar alguien en quien confiar, que no sienta piedad sino que sea movido a actuar. Varios estudios se han realizado y muestran el efecto positivo que tiene sobre los pacientes un médico empático; la sola conducta de “ponerse en la piel del otro” mejora la credibilidad, el apego terapéutico y por sí misma presta alivio (Spiro H. What is empathy and can it be taught. *Ann Intern Med* 1992; 116: 843-6).

Cuando esto ocurre entonces el médico se transforma en el instrumento más importante del tratamiento, especialmente cuando se enfrentan situaciones en las que “no hay más por ofrecer”. Según varios autores, esta conducta constituye el eje primordial del verdadero “arte” de la medicina y cuando la aplicamos a la práctica sanitaria que respeta los derechos permite entender la razón por la cual no abandonamos a los pacientes que no quieren ser informados, o que rechazan tal o cual

24 Se recomienda complementar el estudio del tema, con la lectura de los documentos relativos al consentimiento vigentes en el Ecuador; el Ministerio de Salud Pública tiene varios espacios de acceso libre para que los profesionales de la salud entiendan el marco normativo nacional que sustenta el consentimiento informado.

Les facilito un link de acceso a un documento general relativo al mismo en: https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2014/11/MSP_Consentimiento-Informado_-AM-5316.pdf.

procedimiento, o que enmarcan sus decisiones a futuro preservando su percepción de dignidad, incluido el momento de la muerte.

Este marco de reflexión configura el segundo requerimiento ético de la existencia del consentimiento, luego de cumplir y respetar la autonomía debe cumplirse el objeto primordial de la medicina, la beneficencia; todo lo que se propone al paciente es precisamente en su beneficio; la empatía como marco de construcción comunicacional permite que el beneficiario real, utilizando la autonomía decida si lo que se le propone es precisamente lo que considera mejor para él.

El consentimiento como documento

El consentimiento informado implica un acuerdo, comporta la promesa de cumplimiento del respeto de ciertos límites o alcances del acto profesional o se relaciona con el permiso otorgado voluntariamente. Puede definirse como “el acuerdo voluntario y revocable de una persona competente para participar en un procedimiento terapéutico o de investigación, basado en una comprensión adecuada de su naturaleza, propósito e implicaciones” (Delany, 2005).

También es un principio fundamental y se encuentra establecido en el marco legal de la mayoría de países occidentales, en el Ecuador podemos encontrar referencias al mismo relativas en la Constitución de la República, en la Ley de Amparo de derechos de los Pacientes o en los códigos de buenas prácticas y los códigos deontológicos de los colegios profesionales. La protección del cuerpo y de la integridad de la persona proporciona el derecho a la protección de la integridad contra la invasión de otros.

El consentimiento informado se acepta ahora como la piedra angular de la práctica médica (Faden et al., 1986), la Asociación Médica Mundial en la Declaración de Helsinki (1964) enfatizó la importancia del consentimiento informado para la investigación médica al informar adecuadamente al sujeto de los objetivos, métodos, beneficios anticipados, peligro potencial y molestias que el estudio puede implicar (“WMA —The World Medical Association-WMA Declaration of Helsinki— *Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*”, 2022).

Todos los procedimientos médicos, incluidos los exámenes, los procedimientos de diagnóstico y la investigación médica en pacientes en ausencia de consentimiento constituyen violación de la integridad por

el cual los actores pueden ser declarados como responsables por daños y perjuicios en la jurisprudencia.

El consentimiento informado es el proceso continuo de proporcionar al paciente o, en el caso de un menor o un adulto incompetente, al padre o tutor legal con la custodia, información relevante del médico sobre el diagnóstico y las necesidades de tratamiento para que se pueda tomar una decisión informada sobre el consentimiento para el tratamiento. El tratamiento y el diagnóstico no pueden imponerse a nadie que no desee recibirlos.

Con estas premisas queda expreso que en caso de riesgo mayor, cuando la integridad de los pacientes o participantes se pone en riesgo, se hace necesario construir el consentimiento como un documento, en el cual quede claro que los participantes o pacientes, luego de recibir información clara, comprensible, completa, aceptan los procedimientos que se les ha propuesto.

Finalmente es importante también aclarar que el consentimiento no es un evento irreversible, no se puede considerar que una vez otorgado o una vez firmado los resultados del permiso otorgado tendrán carácter obligatorio para quien lo otorgó; el respeto por la autonomía, la autodeterminación, la protección de la dignidad y los derechos humanos implican que quien otorga un permiso podrá revocar en cualquier momento; un consentimiento expresado verbal o por escrito puede revocarse cuando el otorgante lo considere necesario.

Los elementos legales del consentimiento informado

El consentimiento informado completo desde una perspectiva legal generalmente requiere la discusión de lo siguiente (Appelbaum et al., 1987), (TAY, 2005):

- El diagnóstico del paciente,
- La naturaleza y el propósito de un tratamiento propuesto o procedimiento,
- Los riesgos y beneficios de un tratamiento propuesto o procedimiento,
- Alternativas y riesgos y beneficios asociados,

- Los riesgos y beneficios de no recibir o someterse a un tratamiento o procedimiento.
- Las precauciones especiales requeridas en el postoperatorio,
- Las recomendaciones del médico.

Es esencial que esta información se discuta en una terminología simple de forma que el paciente pueda entender fácilmente; se pueden y deben utilizar los términos médicos pero adaptarlos a la comprensión del paciente. También es esencial que el paciente tenga la oportunidad de hacer preguntas sobre su condición y el tratamiento o cirugía propuesta, de tal manera que una condición importante es otorgar el tiempo suficiente al paciente para reflexionar sobre lo que se le propone; hecho que en situaciones de urgencia puede requerir acortamientos adaptados a la necesidad emergente.

El médico o el profesional de la salud quien explica el procedimiento y que solicita el permiso debe documentar minuciosamente el proceso de comunicación en la historia clínica del paciente. Una documentación oportuna y completa en el expediente del paciente puede ser una prueba sólida en un tribunal, ya que el proceso de comunicación se llevó a cabo de hecho y que el médico hizo una revelación adecuada al paciente; no releva de responsabilidades pero explica con claridad que el procedimiento de pedir permiso se realizó de forma asertiva, oportuna y completa.

La omisión de cualquiera de los datos anteriores puede invalidar el consentimiento del paciente siendo entonces responsabilidad del médico tratante asegurarse de que el paciente comprenda completamente toda la información que se le ha proporcionado; por esta razón es el responsable directo del procedimiento quien debe solicitar el consentimiento; no es una práctica ocasional que personal sanitario colateral sea en el sistema sanitario quien solicita los permisos, pero este hecho deja claro que las prácticas no respetan el marco del consentimiento que debe respetar la dignidad y sustentar la comunicación.

¿Quién puede explicar con detalle los procedimientos, complicaciones, opciones y alcances?, precisamente quien los lleva adelante; si el responsable del procedimiento es quien pide permiso, está aportando a la construcción de la confianza, se reduce la incertidumbre, se minimizan los daños colaterales (incluido el daño moral) y por supuesto también la probabilidad de litigio en tribunales. Por otra parte también es responsabilidad del médico tratante proporcionar información detallada

a solicitud del paciente y responder a todas las preguntas formuladas por él o su familia, de una manera que el paciente considere satisfactoria y en términos comprensibles (Wear, 1998).

Elementos de validez del consentimiento informado

El consentimiento de un paciente generalmente se considera válido si (y sólo si) se cumplen los siguientes criterios (Casado, 1996), (Singhal, 2012):

- ***El paciente tiene capacidad de decisión.*** La capacidad de tomar decisiones sobre el consentimiento y el grado de capacidad del paciente para comprender la naturaleza y las consecuencias del tratamiento ofrecido, esta capacidad se entiende como competencia. La competencia se relaciona directamente con la madurez psicológica y en el marco jurídico con la madurez de edad y la independencia; la competencia se relaciona con la condición biológica-civil de adultez autónoma; esta condición es importante tenerla en cuenta para los casos en los cuales las acciones médicas o de investigación van a ejercerse sobre menores de edad, tema que trataremos más adelante.
- ***El paciente ha sido informado adecuadamente.*** Significa que se ha revelado al paciente una cantidad suficiente de información sobre la naturaleza y las consecuencias del tratamiento.

Hay tres estándares de divulgación para una información adecuada.

- *La lex artis —el estándar de la práctica profesional—:* La cantidad de información divulgada está determinada y avalada por la práctica tradicional de una comunidad profesional.
- *El estándar de persona razonable:* La pertinencia de un dato se mide por el significado que le daría una hipotética persona razonable al decidir someterse a un procedimiento. El médico debe divulgar toda la información que una persona razonable considere relevante.
- *La consideración subjetiva.* La adecuación de la información se juzga por referencia a las creencias, deseos y temores específicos

del paciente individual. Por lo general, se espera que un médico conozca y tenga acceso a información relevante del paciente, que le permita conocer con claridad los alcances y limitaciones que tendrá hacia la información entregada.

- **El paciente no ha sido coaccionado.** El paciente debe consentir el tratamiento voluntariamente; si se le obliga a aceptar o se le amenaza con graves consecuencias si se niega, su consentimiento no es válido.

Excepciones a la regla para brindar información y obtener el consentimiento

Hay dos excepciones a la regla en las que se puede divulgar menos información: el privilegio terapéutico y la situación de emergencia que pone en peligro la vida (Shaha et al., 2013).

El *privilegio terapéutico* se relaciona con situaciones en las cuales el profesional de la salud puede retener información si cree que liberarla sería psicológicamente perjudicial o dañaría al paciente si se divulga (por ejemplo, si el paciente tiene tendencias suicidas o una enfermedad mental). Sin embargo, incluso en este caso, es posible que no se justifique que un médico retenga información si un paciente hace una pregunta específica (Shaha et al., 2013).

El privilegio terapéutico no significa que los profesionales tengan derecho de mentir a sus pacientes; los médicos en el marco de la acción profesional y en respeto de la *lex artis* y los principios de la Bioética tienen el deber ético de compartir información con los pacientes en respeto de sus intereses, necesidades, expectativas y por sobre todo para salvar la brecha del conocimiento.

En *situaciones de emergencia que ponen en peligro la vida*, mucho más si el paciente no puede expresar su voluntad; el profesional sanitario debe tomar las decisiones por él. En esta situación aparece una variante de consentimiento por representación que pone sobre el médico la decisión de libertad de terapia, con el objetivo de otorgar el máximo beneficio posible al paciente. Si se enfrenta en emergencia un paciente inconsciente, intoxicado, desorientado o limitado en su competencia (capacidad de decisión), el médico puede administrar el tratamiento necesario so pena

de cometer un acto violatorio de los principios de la medicina si no brinda tratamiento oportuno en caso de necesidad.

Como complemento en este acápite debemos recordar los límites aceptables a la obtención del consentimiento para llevar adelante una acción sanitaria: “cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas” y “cuando existe riesgo grave e inmediato para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él” (Corcoy Bidasolo, 2015).

Terminología complementaria

Consentimiento implícito y su variante, el consentimiento tácito

El consentimiento implícito se entiende como producto de la confianza y la empatía que un paciente desarrolla con su médico cuando entra en contacto por primera vez y debido a esta empatía permite la historia y el examen de sí mismo. Esta empatía y confianza forma la base del consentimiento implícito y es el tipo de consentimiento más comúnmente empleado en la práctica médica y general.

El consentimiento implícito se limita al examen hasta la inspección, palpación y auscultación, excluyendo el examen de la región genital y partes íntimas; varios países europeos han definido las partes íntimas, que generalmente incluyen todos los orificios naturales del cuerpo y las partes genitales, incluido el examen de los senos en las mujeres.

Las limitaciones del consentimiento implícito derivan de que siempre existirá la posibilidad de malentendidos entre el médico y el paciente sobre lo que realmente implican las acciones del paciente; por esta razón, en salvaguarda de los intereses del paciente, especialmente cuando se trata del examen médico de partes íntimas se debe establecer un marco de protección del mismo, la presencia de un familiar cercano o de confianza o la presencia de varios miembros del equipo sanitario (respetando la intimidad, el género, la etnia, los valores, etc).

El consentimiento tácito deviene de la consideración de aceptación del acto o del procedimiento, que nace de la inacción o ausencia de negativa por parte del paciente; esta forma de consentimiento deja abierta la interpretación; de tal forma que es fundamental y cumple los requisitos

de las buenas prácticas clínicas que el profesional sanitario explique con claridad los procedimientos que va a llevar adelante, que pida permiso de forma clara y completa para que no existan malos entendidos y sobre todo para que el paciente no sienta que su integridad puede ser lesionada por la práctica médica.

Consentimiento expreso

El consentimiento expreso puede ser de carácter escrito o verbal y se toma cuando existe algún riesgo material de lesión a la integridad del paciente. El consentimiento expreso incluye el consentimiento informado, que es la forma ideal de consentimiento porque incluye todos los aspectos de la toma de decisiones significativas en las que puede emitir un juicio equilibrado y además cumple con los requisitos formales de validez y completitud.

En el manejo ambulatorio y hospitalario siempre será también recomendable complementarlo con una anotación en la historia clínica del paciente que pueda ser de utilidad en el futuro como prueba corroborativa para sustentar la defensa del médico en caso de necesidad o para corroborar que se respetaron los derechos del paciente. Las notas en el historial clínico también son importantes en caso de que el paciente desee retirar su consentimiento.

El consentimiento expreso oral, cuando está debidamente atestiguado, es tan válido como el consentimiento expreso por escrito, pero este último tiene la ventaja de una prueba fácil y un registro permanente.

El consentimiento de los menores (asentimiento)

El asentimiento es una forma de consentimiento implícito de conformidad, se relaciona con la aceptación, aprobación o anuencia relativa al acto médico o procedimiento de investigación; se utiliza como denominación al consentimiento que se utiliza en pediatría. En este marco, de todas formas debe ser entendido como una práctica moral en respeto de la autonomía de los menores y se relaciona directamente con los procesos de inclusión en la toma de decisiones; los asentimientos tienen mayor peso en relación con la mayor edad de los menores.

Su importancia radica también en la construcción de una relación médico-paciente empática, inclusiva y respetuosa de los derechos. Los paradigmas en los que se sustenta se relacionan con la condición de protección permitiendo que se construya con el proceso un marco de protección de los adultos hacia los menores en salvaguarda de sus aspiraciones y también en la protección del mejor interés, privilegiando el ejercicio de los derechos como marco de mínimos y garantizando la realización efectiva de los intereses de los menores (Pinto Bustamante y Gulfo Díaz, 2015).

Privacidad y confidencialidad

Una de las condiciones sobre las que descansa el consentimiento informado es que se respete la privacidad de los pacientes. La privacidad se refiere a “las personas y su interés en controlar el acceso de los demás a sí mismas” (Home et al., 2022). Salvaguardar esta información es una parte clave de la relación de confianza y respeto que existe entre el médico y el paciente.

Dependiendo del tipo de tratamiento, independientemente de los datos que se recopilen, el médico puede tomar varias medidas para garantizar la confidencialidad de la información de sus pacientes mediante el uso de códigos, mucho más si algunos de sus pacientes serán además sujetos de investigación.

La privacidad protege el mundo más íntimo de las personas, lo privado solamente está abierto al titular. En el marco de la empatía, la necesidad y la construcción de la relación médico-paciente deviene la liberación de datos personales, de datos sensibles asociado con la exposición del mundo interior. Es un deber del profesional sanitario respetar esta confianza; la privacidad es un derecho humano básico, y el mantenimiento de la confidencialidad es una obligación profesional. Ninguna persona debe correr el riesgo de sufrir daños debido a la divulgación de su información privada como resultado de su participación en la relación sanitaria ni en los procesos de investigación.

Además es importante anotar que la obligación de un investigador de proteger la confidencialidad es mayor que la de un médico, ya que la investigación a menudo no proporciona beneficios al participante y no proporciona una razón convincente para involucrarse en la investigación.

La información personal puede divulgarse sin el consentimiento de un individuo en casos en los que se pone en juego el interés público, cuando los beneficios para la sociedad superan el interés del individuo en mantener la confidencialidad de la información; se señala en casos en los cuales se requiere:

1. Registro de enfermedades,
2. Investigaciones de enfermedades transmisibles,
3. Estudios de vacunación, o
4. Informes de eventos adversos de medicamentos.

Conclusión

El consentimiento informado no es un documento, el equívoco uso del mismo se ha generalizado a nivel global asociado con la práctica profesional en medio de tensiones; la intromisión de intereses de terceros parece haber desdibujado el principio con el cual el consentimiento se recomendó como parte de las buenas prácticas clínicas y de investigación, a raíz de los juicios de Nüremberg y el informe Belmont.

No se debe considerar como un aspecto puramente formal sino como parte inherente de la relación médico-paciente e investigador-sujeto de investigación; orientado primordialmente a la construcción de la confianza, a la mejora de los resultados, a la satisfacción de los actores y al ejercicio de derechos.

En caso de necesidad y en las situaciones en las cuales la posibilidad de daño, de lesión a la integridad parecen inevitables se establece la recomendación del consentimiento escrito; mientras mayor sea el riesgo de daño, mayor es la exigencia de la construcción de un documento.

Referencias

- Annas, G., y Grodin, M. (1995). *The Nazi doctors and the Nuremberg Code*. Oxford University Press.
- Appelbaum, P., Lidz, C., y Meisel, A. (1987). *Informed Consent: Legal Theory and Clinical Practice* (1st ed.). Oxford University Press.
- Casado, M. (1996). *Nuevos materiales de Bioética y derecho* (1st ed.). CEDECS.
- Corcoy Bidasolo, M. (2015). Libertad de terapia versus Consentimiento. In M. Casado, *Bioética, Derecho y Sociedad* (1st ed., pp. 111-134). Trotta S.A.

- Delany, C. (2005). Respecting patient autonomy and obtaining their informed consent: ethical theory—missing in action. *Physiotherapy*, 91(4), 197-203. <https://doi.org/10.1016/j.physio.2005.05.002>
- Faden, R., Beauchamp, T., y King, N. (1986). *A history and theory of informed consent*. Oxford University Press.
- Ferraz, I., y Guedes, A. (2017). Protagonist-patient and servant-doctor: A medicine for the sick doctor-patient relationship. *European Psychiatry*, 41, S683. doi: 10.1016/j.eurpsy.2017.01.1185
- Gracia Guillén, D. (2008). *Fundamentos de Bioética*. Triacastela.
- Home, D., Ethics, B., Resources, B., Bioethics, E., y Item, V. (2022). *Privacy and Confidentiality: As Related to Human Research in Social and Behavioral Science*. Repository.library.georgetown.edu. Retrieved 17 September 2022, from <https://repository.library.georgetown.edu/handle/10822/941748>
- Pinto Bustamante, B., y Gulfo Díaz, R. (2015). Asentimiento y consentimiento informado en pediatría: aspectos bioéticos y jurídicos en el contexto colombiano. *Revista Colombiana De Bioética*, 8(1), 144. <https://doi.org/10.18270/rcb.v8i1.1022>
- Shaha, K., Patra, A., y Das, S. (2013). The Importance of Informed Consent in Medicine. *Scholars Journal Of Applied Medical Sciences*, 1(5), 455-463. Retrieved 17 September 2022, from https://saspublishers.com/media/articles/SJAMS15455-463_ZPY7XBW.pdf
- Singhal, S. (2012). *The Doctor y Law* (3rd ed.). MESH Publishing House Pvt. Ltd.
- Tay, C. (2005). Recent developments in informed consent: the basis of modern medical ethics. *APLAR Journal Of Rheumatology*, 8(3), 165-170. <https://doi.org/10.1111/j.1479-8077.2005.00143.x>
- Wear, S. (1998). *Informed Consent: Patient Autonomy and Clinician Beneficence within Health Care (Clinical Medical Ethics series)* (2nd ed.). Georgetown University Press.
- WMA— *The World Medical Association-WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Wma.net. (2022). Retrieved 16 September 2022, from <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

CAPÍTULO VII

La relación médico paciente en las profesiones sanitarias²⁵

*Fernando Estévez Abad
Joaquín Martínez Montauti*

Introducción

La relación médico-paciente (RMP) es un conjunto de eventos que forman parte del eje central de la atención sanitaria, un eje complejo y multilateral. La relación se establece en un momento crucial porque pone en contacto a dos personas una, el paciente, que está aquejado por una situación de enfermedad o compromiso de salud y la otra, el médico, que aporta sus conocimientos capaces de generar expectativas asociadas al alivio, al acompañamiento o a la recuperación de tal quebranto.

²⁵ Algunos elementos de ésta lectura, autoría del Dr. Fernando Estévez se presentaron y fueron publicados en las memorias del I CONGRESO INTERUNIVERSITARIO DE Bioética organizado por la Universidad del Azuay. <https://revistas.uazuay.edu.ec/index.php/memorias/issue/view/16>

Una buena relación se sustenta en el marco de los principios fundamentales de la Bioética que ante el avance de la técnica y la ciencia han debido ser profundamente matizados. Factores externos a la relación —como los intereses económicos; el acceso a las prestaciones sanitarias; los compromisos ideológicos, religiosos o contractuales; los intereses de los allegados; etc.—presionan a los actores principales—paciente y médico—generando tensiones en ocasiones inevitables y en otras innecesarias, que a veces, pueden ser soslayadas con una buena comunicación. El hecho de comprobar que el respeto del otro y una comunicación efectiva, orientada y centrada en la persona marca una buena relación médico-paciente pone de relieve la necesidad de establecer pautas claras de formación y capacitación pertinentes en el currículo de la formación médica. La respuesta humana, empática y un lenguaje claro y comprensible sientan las bases para una relación que respete la dignidad de la persona.

Una persona enferma es un ser complejo, que sufre, que tiene aspiraciones, expectativas y necesidades; pero, igualmente, debe considerarse que los médicos y el personal sanitario son también personas que además de cumplir su deber tienen intereses propios, son sujetos que en el marco de la responsabilidad profesional cumplen deberes pero también son sujetos de derechos. La sociedad espera de los médicos que ofrezcan sus mejores esfuerzos en bien de otros lo cual implica mantener su práctica asistencial subordinado los intereses de terceros —de cualquier tipo, económico, institucional, religioso o ideológico, etc.— a los intereses del paciente.

La medicina históricamente se desarrolló en la búsqueda de ayuda para los enfermos, la curación de la enfermedad y el retraso de la muerte prematura. El objetivo de ayuda a los enfermos es amplio ya que también incluye la prevención y el tratamiento del sufrimiento, la educación para el autocuidado y la colaboración en la toma de decisiones sobre la salud.

El trabajo de los médicos sustentado en un marco social de respeto por el ser humano y de solidaridad como eje conductor de las acciones en salud, trasciende el momento de la interacción entre los dos actores y genera resultados personales y sociales.

El papel del médico

El paciente X luego de ser sometido a varios estudios complementarios es diagnosticado como portador de una enfermedad neurodegenerativa

para la cual no existe hasta la actualidad un tratamiento curativo, ni paliativo. El médico que le trata, en la segunda consulta, le explica el pronóstico y cuál es la situación actual y que a lo largo de los próximos años su condición se irá deteriorando y aumentarán la limitación y dependencia; finalmente le dice que morirá dentro de los próximos 4 a 6 años.

El paciente W tiene un dolor de 4 meses de evolución que le afecta la mitad de la cara; muy intenso e incapacitante. Ha consultado varios profesionales en el sistema de Salud, utilizando tanto los servicios públicos como los privados. Finalmente en una consulta desesperada y luego de reevaluar los estudios a los que ha sido sometido descubren una lesión que había pasado inadvertida. Esta lesión afecta un nervio craneal responsable del intenso dolor. Se somete a estudio y se determina un cáncer de mal pronóstico.

Estas dos viñetas constituyen ejemplos de algunas de las situaciones a las que se enfrentan los pacientes y los profesionales. En ambos casos el paciente, una vez explicados diagnóstico y pronóstico, se enfrenta a la necesidad de un cambio drástico en sus expectativas de vida: asumir que la muerte ya no es algo indeterminado que sucederá en un futuro impreciso y que, además y a partir de ahora, el sufrimiento es más que una posibilidad. No todas las personas reaccionan igual ante la perspectiva del sufrimiento y de la muerte. Algunos reaccionan negando la enfermedad y otros intentando adaptarse a ella. De todas formas esta noticia provocará cambios en el planteamiento de vida del individuo; lo que pensaba el paciente en relación con el futuro ya no será como lo había planificado.

Con esta reflexión iniciaremos, desde el marco de la Bioética, una breve discusión sobre algunos de los posibles conflictos y expectativas que se pueden presentar en la relación entre médicos y pacientes. El temor ante una mala noticia, el intercambio de información, la explicación sobre qué se puede esperar razonablemente, los pronósticos o los procedimientos terapéuticos, todos y cada uno de ellos generan tensiones que, en buena parte, derivan de la ansiedad y la incertidumbre que acompañan a la recepción de tal información.

La imagen social del médico ha cambiado, se ha ido modificando con el paso del tiempo. Todavía queda en la memoria de las personas la idea del médico benevolente, que actúa en el marco de la beneficencia y que siempre hará el "bien", y es precisamente esta imagen la que puede generar tensiones si las expectativas no se cumplen, o si los conflictos de interés se imponen (por mencionar solamente dos factores distractores).

Entonces, importa conseguir que la relación entre los profesionales de la salud y los pacientes, surgida de la necesidad y desarrollada en un marco profesional y técnico, mantenga el contenido humano; se trata de que el trato humano no se pierda; y como lo manifiesta Pedro Gutiérrez, la humanización del acto médico necesita que además de la técnica, la ciencia y el conocimiento, se lleve adelante en el marco de la virtud²⁶, tal como también lo expresa Joaquín Martínez (Martínez Montauti, 2018). Dos grupos de virtudes imponen el deber del acto médico: un grupo lo constituyen las propias del acto médico científico y responsable que requieren la habilidad de la competencia profesional y el juicio clínico; y el otro, es el respeto por las personas que incluye actitudes y valores (compasión, honestidad, confianza y el derecho a decidir) (Gutiérrez Recacha, 2006).

Los objetivos de la medicina, el impacto de la cultura y la vida moderna

Los objetivos de la medicina son producto de la lógica propia de esta ciencia y de la denominada “lex artis” que le pertenece. Pero al mismo tiempo, los objetivos de la medicina pueden ser vistos como los principios fundamentales que inspiran la práctica profesional. Como afirma Callahan (Callahan 1998), son de crucial importancia para determinar los objetivos y prioridades de la investigación, asignando recursos médicos escasos y tratando con pacientes enfermos. Estos objetivos están condicionados por la percepción social y por los interferentes culturales; por ello es importante considerar que aunque los objetivos de la medicina no varían, la práctica profesional no es única, sino que los saberes propios de la medicina se ponderan según las situaciones y los lugares en los cuales se aplican.

En 1996 el Hastings Center (“The Hastings Center-Bioethics Research Institute”, 2018) después de un debate que duró muchos meses propuso cuatro objetivos de la medicina:

- La prevención de la enfermedad y de las lesiones así como la promoción y mantenimiento de la salud.
- El alivio del dolor y el sufrimiento causados por las enfermedades.

²⁶ Virtud: 1. f. Actividad o fuerza de las cosas para producir o causar sus efectos. 2. f. Eficacia de una cosa para conservar o restablecer la salud corporal. 3. f. Fuerza, vigor o valor. 4. f. Poder o potestad de obrar. 5. f. Integridad de ánimo y bondad de vida. Diccionario de la RAE. Edición del Tricentenario. (Consultado el 17-11-22)

- El cuidado y curación de los enfermos así como el cuidado de aquellos que no pueden ser curados.
- La prevención de una muerte prematura y la consecución de una muerte tranquila.

La industrialización, la sociedad de mercado, el mundo del consumo o los intereses de capitales e inversionistas han encontrado en la medicina una fuente de actividades susceptibles de ser explotadas mercantilmente como bienes de consumo. El apareamiento de la “industria de la salud” conlleva un cambio de mentalidad y cultura, se difumina el derecho a la salud a favor del mercado de la salud. Esta nueva cultura presiona la relación médico-paciente para convertir por un lado, al paciente en un consumidor de productos sanitarios y por otro, a los profesionales para que vean a los pacientes como clientes. Estas presiones se acompañan del intento de aplicar las mismas normas y consideraciones del mundo del negocio y del consumo a la relación. Este cambio apunta a sustituir los valores de la RMP por los valores propios de una relación entre proveedor o “vendedor” de un servicio y un cliente.

Los cambios afectan de forma desigual a los diferentes valores en que se sustenta la RMP. Las obligaciones de veracidad y respeto de la autonomía persisten. En cambio, se debilita el respeto a la intimidad, la confidencialidad y sobre todo la fidelidad/ lealtad. Dos ejemplos demostrativos son la invasión de la intimidad a través del Big data o la toma de decisiones a través de algoritmos. En este nuevo escenario, la RMP debe seguir estando orientada en procurar la beneficencia y esforzarse en ser no maleficente además de respetar la autonomía de las personas y la justicia.

El nuevo paradigma de la RMP va calando progresiva y profundamente en la sociedad alterando los roles profesionales y permitiendo que los conflictos de interés tomen prelación. El cambio, asociado con los éxitos en el cuidado de enfermedades antes mortales, éxitos que son posibles gracias al avance científico y tecnológico, ha permitido que la sociedad sucumba ante la tentación de medicalizar y comercializarlo todo; hemos llegado a un punto en el cual las vicisitudes naturales de la vida, como el luto, la alimentación, la propia vivencia de salud o enfermedad, son bienes de consumo o circunstancias que se resuelven con una relación comercial.

Pero esos mismos éxitos han tenido consecuencias no deseadas, como las secuelas neurológicas graves o la pérdida de la vida de relación de los estados vegetativos. Estas nuevas situaciones han hecho evidente que la

atención sanitaria ha de ir más allá de un mayor número de hospitales, de aparataje o de fármacos. Ahora hemos aprendido que la medicina de atención debe incluir planes de acompañamiento, de alivio del dolor, de protección frente a la vulnerabilidad y el sufrimiento, de agilidad en el tratamiento de las enfermedades prevalentes, de protección y asistencia en la discapacidad así como, por supuesto, tener presente que la atención debe orientarse hacia la prevención con impacto en actividades saludables para la vida y las personas y con una visión integral (no solo la enfermedad sino la salud en sí), individual y grupal.

La medicina tampoco puede desligarse de los problemas emergentes: el envejecimiento y sus consecuencias, otrora problema reservado para el mundo desarrollado pero que afectará con mayor potencia a los países en desarrollo. Los profesionales sanitarios deberán ser capaces de enfrentar las atávicas enfermedades que afectan a sociedades escasamente desarrolladas (infecciosas, parasitarias) y las del mundo desarrollado (cardiovasculares, metabólicas, degenerativas, traumatismos).

Necesitamos urgentemente establecer políticas y decisiones más certeras. El avance tecnológico supone además el apareamiento de una presión social cada vez mayor en demanda de sus efectos beneficiosos. La asistencia sanitaria ve como los recursos económicos rápidamente son insuficientes frente a las nuevas tecnologías que no por ser nuevas son mejores que las anteriores y que, en muchas ocasiones ofrecen solo beneficios marginales, pero que por ser más costosas acrecientan la dificultad de financiación y por ello discriminan el acceso de las poblaciones más desfavorecidas económica, social o geográficamente.

Las sociedades en las cuales las leyes del mercado son las dominantes orientan el desenvolvimiento individual en el beneficio personal. Este tipo de sociedades apunta a la satisfacción personal y a la idea de una calidad, aparente, que se puede comprar o pagar. En las sociedades en las cuales el principio de atención sanitaria está marcado por la solidaridad, los problemas van por otra vía, pero enfrentan las presiones de la insatisfacción individual y la percepción de la escasez que, en muchas ocasiones está condicionada también por la percepción de escasa calidad.

Debemos ser capaces de discutir y determinar si vamos a permitir que las reglas del mercado, que generan tensiones y minan la confianza entre paciente y médico, y que rompen con los fines altruistas de la medicina, se instalen en un sistema que se precia de solidario.

La medicina des-humanizada, la formación y profesionalización

El centro del ejercicio profesional es el paciente del cual se debe mantener una visión integral que respete los objetivos de la medicina y la orientación de la profesión. Al mismo tiempo, es menester tener presente que para mantener un ejercicio profesional de calidad es fundamental preocuparse por la viabilidad económica y por el mantenimiento de la eficacia, la eficiencia, la equidad y la calidad. En atención a los pacientes deben aunarse las presiones históricas de necesidad de sanación con las necesidades de cuidado, asistencia y acompañamiento.

Es un deber de la sociedad permitir que la medicina oriente su desempeño hacia sus propios objetivos centrándose en el paciente y evitando que las presiones externas de la propia sociedad o del mercado sean las dominantes. La sociedad y la academia deben converger para que la formación de los profesionales sanitarios asuma, además de la justicia, la solidaridad como valores necesarios en la atención de los pacientes, para que se entienda que los conocimientos, la excelencia y la responsabilidad de un buen profesional de la salud van necesariamente ligados a la capacidad de producir y generar espacios de trabajo seguros y donde el paciente sea el protagonista (MOORE et al., 2010).

Papel del médico que trabaja para una institución con sus propias orientaciones, necesidades, limitaciones y regulaciones

Evaluación del trabajo de los médicos

En primer lugar se debe considerar cómo se evalúa el trabajo del médico. En la actualidad y en la mayoría de organizaciones sanitarias, el desempeño de la actividad profesional se mide de forma cuantitativa: el número de pacientes atendidos o de exploraciones practicadas sin una valoración específica de la calidad del acto médico, calidad que se considera implícita. De ahí que exista la necesidad de establecer un contrapeso capaz de aportar además de la valoración cuantitativa, una visión cualitativa que contemple tres aspectos:

- los valores de la relación,
- la eficacia desde el punto de vista profesional es decir, la pericia diagnóstica y terapéutica, y
- la relación interpersonal.

Preguntarse dónde se produce la relación médico-paciente

En segundo lugar, la RMP necesita ambientes físicos y entornos apropiados que permitan la práctica de habilidades comunicacionales efectivas y que respeten la intimidad de la relación y la confidencialidad de los datos que se generan.

Por ello, también están incluidos dentro de la calidad de la RMP, los ambientes de discusión profesional, los grupos de interés, la evaluación y auditoría de los historiales clínicos. Todo ello asociado con una capacitación permanente, por supuesto de la mano de la responsabilidad. Se debe mantener el esfuerzo formativo académico, la profesionalización y capacitación orientadas a dichos objetivos de calidad.

La práctica asistencial

En tercer lugar, los avances de la medicina actual, de la tecnología y el impacto de la comunicación hubieran sido impensables en otras circunstancias, pero si se utilizan de forma no apropiada u orientados a intereses de terceros, pueden poner en riesgo a las personas. Los efectos no esperados pero posibles pueden ser:

- La medicalización de las emociones,
- La fragmentación del ser humano en órganos sanos o enfermos que, además, es una de las causas de la polifarmacia,
- La hospitalización innecesaria, o
- El maltrato mismo en casos más severos, como por ejemplo, los tratamientos fútiles o el encarnizamiento terapéutico.

Una medicina humana debe tener conciencia de sus propios límites. La práctica de la medicina debe ser compasiva, empática, solidaria y leal al paciente.

A modo de conclusión de este párrafo se puede afirmar que “Humanizar la medicina deviene una obligación moral”.

El impacto de la tecnología

En los últimos años, los avances en las áreas de la biomedicina han conseguido cambiar profundamente el pronóstico de enfermedades antes incurables, tanto en la prevención, como en el diagnóstico o la terapéutica. Una lista no exhaustiva incluye la vacunación masiva de la población, los avances en Salud Pública, las prótesis articulares y las endovasculares, la antibioterapia, la anestesia, los trasplantes, la cirugía intraútero o la cirugía endoscópica. Así se han erradicado enfermedades que habían sido mortales como la viruela —y otras han casi desaparecido— como la poliomielitis que, cuando no era mortal, causaba graves secuelas-. Pese a esos éxitos, algunas sociedades abandonan o titubean ante la vacunación, una actitud fomentada por las teorías anti-vacuna, y en consecuencia, asisten a la reaparición de enfermedades de las cuales ya estaba libre (Martínez y Casado (comp). 2000).

El cáncer es otra de las enfermedades cuyo pronóstico era sombrío hasta la introducción de los nuevos tratamientos inmunológicos o los genéticos personalizados que se acompañan de una mejora exponencial de la supervivencia; no obstante, los precios prohibitivos de dichas terapias excluyen a gran parte de la población mundial. Como último ejemplo, citar el avance del tratamiento del SIDA que lo ha convertido en una dolencia crónica cuando en las últimas décadas del siglo XX la mortalidad era del 100%. Como en el caso del cáncer, el acceso a los tratamientos frente al SIDA se ve obstaculizado por el precio de la medicación.

Estos avances ligados a la prevención, las nuevas terapias o los logros en la fabricación de dispositivos biomédicos, sumados a los cambios en la práctica médica, han propiciado que se haya modificado la discusión sobre la dicotomía vida-muerte (Ceriani Cernadas, 2014). La introducción en la práctica clínica habitual de equipos sofisticados de soporte vital o la incorporación de las unidades de cuidado intensivo han proporcionado el tiempo útil imprescindible para lograr que los pacientes se recuperen de situaciones clínicas antes letales aunque han puesto al descubierto

fenómenos hasta entonces desconocidos como el estado vegetativo o la recuperación neurológica mínima.

Todos estos avances consiguen que la ausencia de latido cardíaco ya no sea sinónimo de condición de muerte lo cual ha llevado a que las nuevas definiciones de muerte incorporen la actividad del encéfalo.

La discusión entonces nos lleva a nuevas preguntas: ¿Tiene sentido retrasar la muerte sin un límite? ¿Cuándo debemos hacerlo? ¿En qué casos debemos establecer límites? ¿Quién debe hacerlo? (Martínez Montauti, 2018).

Estos avances despertaron una idea de éxito arrollador junto con la presencia de una soberbia individual y tecnológica llevó a afirmar y proclamar “victoria”. El logro de alargar la esperanza de vida hizo pensar que se conseguía lo anhelado. No obstante, las discusiones generadas en torno a las peticiones de eutanasia o de suicidio asistido por cansancio vital (Casado (coord), 2009) desencadenan nuevas aristas y preguntas: alargar la vida ¿es un objetivo de la medicina? No es mejor plantearse si tenemos que empezar una discusión más humana sobre qué es vivir. O, preguntarnos si se puede definir y decidir que la vida es suficientemente buena para seguir viviéndola y quién o bajo qué condiciones puede hacerlo.

Estas preguntas sin una respuesta única requieren un debate social y mientras éste se lleva a cabo, la profesión debe seguir guiándose por los cuatro objetivos de la medicina citados más arriba. Porque, pese a todos esos avances, las personas seguimos padeciendo males sin posibilidad actual de cura y en muchos casos ni siquiera de tratamiento paliativo. Una mención especial merecen las enfermedades mentales de las cuales tampoco se ha conseguido erradicar el dolor ni el sufrimiento que provocan. Con el agravante de incompreensión y estigma que pueden llevar asociado.

Tal vez sea éste el momento de hacer una conclusión parcial: Los límites de la tecnociencia existen y no sabemos si podremos salvarlos. Los avances especialmente en genética, biotecnología y neurociencia (en particular con la inteligencia artificial) (Duarte García-Luis, 1999) pueden hacernos ver “espejismos”. La profesión médica no debe dejar de ofrecer a la sociedad y a los enfermos no solo su capacidad técnica y científica sino también humanidad, acompañamiento, compasión y solidaridad.

Terminaremos este capítulo con tres cuestiones que surgen desde y hacia la investigación en medicina y biotecnología:

- Es necesario establecer con claridad el camino a seguir, las necesidades tienen que identificarse no solamente desde el punto de vista individual sino también social.
- No se puede dejar de pensar en los que todavía no están, la frase cliché de “por las generaciones futuras” debe pensarse con suficiente cuidado; las investigaciones que impactan sobre la edición del ADN abren posibilidades enormes, pero también enormes riesgos, y en muchos casos sus posibles efectos podrían no verse solo en los seres humanos sino en la naturaleza misma; por ello han surgido las nuevas corrientes de análisis y discusión en Bioética; al principalismo bioético clásico hay que añadir el *principio de precaución*²⁷ como herramienta para el análisis.
- Y por último, resaltar que la relación médico-paciente se ve traslapada hacia nuevas profesiones sin tradición deontológica o que se mantienen al margen de los objetivos clásicos de la medicina. Estas profesiones corren el riesgo de construir nuevas relaciones más mercantiles.

La especialización y tecnologización médica

En el último tercio del siglo pasado la mejor respuesta a los problemas de salud parecía ser la especialización e incluso la sub-especialización aunque aprender esos conocimientos sea lento y costoso. De ahí que a partir de esa época, la formación de los médicos ha debido prolongarse en tiempo y coste económico. Pero una parte de la actualización de los conocimientos también es por una necesidad del mercado que es capaz de producir terapias nuevas, técnicas o dispositivos que mejoran la supervivencia o el bienestar, de forma sustancial—como la cirugía endoscópica o los nuevos tratamientos del cáncer—o marginal, como muchos fármacos nuevos pero que en realidad son leves modificaciones de otros más antiguos.

Adquirir las habilidades necesarias para aplicar el desarrollo biotecnológico y los avances en métodos diagnósticos y terapéuticos ha obligado a que la formación de los médicos se prolongue hasta llegar a ser necesaria la formación continua. Estos factores—económico y disponibilidad—introducen más dificultad de acceso a la profesión y al ejercicio

²⁷ El principio de precaución es un concepto que respalda la adopción de medidas protectoras ante las sospechas fundadas de que ciertos productos o tecnologías crean un riesgo grave para la salud pública o el medio ambiente, pero sin que se cuente todavía con una prueba científica definitiva de tal riesgo.

profesional. Otra dificultad añadida que condiciona el aprendizaje es el sujeto de estudio y sobre el cual se aprende la profesión—el ser humano—ya que son evidentes las consecuencias de la falta de pericia.

El éxito del método de investigación por órganos/ aparatos y de su aplicación clínica ha corroborado las expectativas que la lucha contra la enfermedad es cada vez más efectiva. El gran logro ha sido retrasar la muerte y mejorar las condiciones de salud.

No obstante, el impacto de estas variaciones en la formación y atención médica ha tenido un impacto mixto. Por un lado, la posibilidad de realizar procedimientos antes impensables es un evento cierto; pero también se enfrenta a la queja, cada vez más frecuente, de una práctica médica más deshumanizada.

Los cambios generados por el modelo biomédico tradicional han permitido grandes avances y éxitos pero al precio de fragmentar a la persona. La idea de la especialización tuvo un impacto tan grande que las personas – pacientes se transformaron en órganos o aparatos enfermos. Un médico ya no es suficiente sino que cada paciente requiere de varios para recibir cuidado y atención lo cual acaba por romper uno de los tres aspectos de la continuidad de la relación médico paciente, a saber, una relación sostenida y dirigida por un médico responsable²⁸.

El estudio de los órganos del cuerpo humano por separado ha profundizado el conocimiento de sus funciones y de sus enfermedades pero, como es obvio, los seres humanos somos más que un conjunto de órganos, aparatos y sistemas. La aplicación de esos conocimientos no ha servido para que seamos vistos como un todo. En la práctica clínica es importante tomar en cuenta los antecedentes históricos, sociales, epidemiológicos y psíquicos de cada paciente. La humanización de la atención sanitaria necesita incorporar las dos visiones, la cultural del individuo—que es y se siente un ser único—y la visión biológica de la enfermedad. A medida que se avanza en el conocimiento fragmentado del cuerpo crece la necesidad de la visión “holística”.

Otra consecuencia de la “tecnologización” de la atención sanitaria deriva del coste económico de la tecnología que ahonda la desigualdad y la discriminación por razones económicas. Los costes de la tecnología son pagados por alguien; ya sea de forma individual o colectiva dependiendo

28 “El médico responsable” puede dar respuesta a las principales aspiraciones de un paciente, entre ellas, recibir una atención respetuosa, humana e integral, una información clara y una continuidad en el seguimiento. <http://www.medicosypacientes.com/articulo/la-figura-del-medico-responsable-garantiza-una-personalizacion-y-humanizacion-adeuada-de> (consultado el 8-11-22)

del sistema de salud. La atención sanitaria, cuidados, procedimientos diagnósticos e intervenciones terapéuticas y preventivas tienen que ser financiadas. Además, hablar de salud implica no solamente la generación de estrategias para enfrentar la enfermedad; sino también prevención, calidad de vida y experiencia humana y social que son factores fundamentales para mantener la salud. La desigualdad es un marcador paralelo que incide fuertemente en las condiciones de salud o enfermedad de las personas (García, 2005).

El cuidado de las personas con un marco de referencia humano es imprescindible; y este cuidado tal como reza la vigente Constitución de la República del Ecuador se debe hacer con una visión solidaria y completa; el ser humano es uno y el cuidado individual y colectivo tiene relación directa con el ambiente y las condiciones de vida. En este marco, el médico es un actor fundamental y cuando en justo respeto con sus aspiraciones personales se forma hacia la especialidad y subespecialidad, lo debe hacer con responsabilidad y tener presente que aprender por especialidad requiere de forma obligatoria trabajo en equipo.

La comunicación en la relación entre médicos y pacientes

En situación de necesidad y cuidado, los pacientes buscan ayuda; desde siempre la existencia del médico estuvo relacionada con el tratamiento del sufrimiento y la presencia de enfermedades. Este sufrimiento debido al padecimiento de una enfermedad, en una persona con su universo propio, sus emociones, sentimientos y perspectivas es lo que en medicina se denomina más correctamente *dolencia* (Moore, Gómez, Kurtz y Vargas, 2010).

Los pacientes esperan que el médico sea capaz de enfrentar la enfermedad y solucionarla, que tenga habilidad, profesionalismo, sagacidad y tino; todo esto en el marco de la comunicación. Los pacientes esperan que los médicos sepan escuchar, que comuniquen y expliquen los hallazgos de una forma comprensible, ágil y empática (Ruiz-Moral et al., 2008). Finalmente los pacientes esperan ser capaces de tomar parte en las decisiones. Todas estas expectativas se enmarcan en la esperanza de que el médico sea una persona empática, que entienda lo que se siente aunque no lo haya padecido; en fin, el paciente espera ser tratado como un ser humano, no como un caso clínico o como una lección de la facultad de medicina.

La confiabilidad se sustenta también en la credibilidad; los pacientes esperan que los médicos les digan la verdad pero que sepan cómo

hacerlo. Esta comunicación, especialmente si se trata de malas noticias se transforma en información y comunicación sensible (Ashar, 2017). Los pacientes esperan que los médicos, en un ambiente empático, sean capaces de transmitir información e interactuar para mejorar la comprensión. Necesitan la mano de apoyo y la interacción con alguien capaz de ofrecer esperanza, pero sin engañar ni ofrecer falsa esperanza.

Los pacientes esperan además ser capaces de fortalecerse, de enfrentar con entereza la incertidumbre, mucho más si se trata de enfermedades crónicas o degenerativas. Para ello necesitan alguien “que sepa” esté a su lado. No quieren sentir pena o autocompasión, no quieren transformarse en un “peso” para la familia; y sobre todo, esperan ser capaces de avanzar en su lucha individual, ser capaces de mantener el optimismo y preservar al máximo su autonomía y su propia percepción de dignidad.

En este marco entonces, no se puede soslayar que la relación médico-paciente (RMP) es una interacción humana compleja en momentos difíciles o de mucha expectativa; para ello las habilidades de comunicación son una herramienta fundamental. La necesidad de una comunicación efectiva y eficaz es fundamental en el quehacer del médico, por supuesto centrado en la persona (paciente).

La formación profesional requiere que los sistemas educativos también permitan a los profesionales de la salud entrenarse en esta habilidad. Históricamente se consideraba que la comunicación, al ser un patrimonio humano, es en sí misma un hecho consumado. Pero no todo el que sabe hablar también sabe preguntar, explorar, investigar, escribir, describir, explicar y responder.

El proceso de comunicación entre médicos y pacientes tiene todos los tiempos posibles de un evento de interacción; la clásica organización de la comunicación como una interacción bidireccional también se ha puesto en discusión; especialmente porque la interpretación de emisión y recepción corre el riesgo de mantener un flujo unidireccional de emisor a receptor sin posibilidades de retorno; las habilidades de comunicación para construir empatía, para interactuar y por sobre todo para incluir a los interactuantes en el ámbito del acompañamiento requiere un ir y venir, como lo explica la Dra. Moore, una interacción “frisbee” (de ida y vuelta). Se pensaba que los médicos debían formarse como expertos en preguntar todo, en la búsqueda de los detalles, sin pararse a pensar si el mero hecho de preguntar puede dañar; la formación de los profesionales de la salud debe favorecer la construcción de habilidades comunicacionales, con la capacidad de aprender a escuchar.

El hecho de entender que la entrevista médica no es un momento, sino un proceso (en el marco de la continuidad que explica el Dr. Martínez Montauti), ha hecho que cada vez con mayor frecuencia los médicos centren su trabajo en la enfermedad. La continuidad explicada por el Dr. Martínez Montauti se entiende como el proceso comunicacional, no momentáneo, implica evolución en el tiempo, adaptación, dinamismo; que permite finalmente dar frutos (resultados) en el futuro; entendida así la relación genera diagnóstico, experiencia, recursos, etc.

La comunicación incluye una serie de eventos bi o multidireccionales (en los casos de pacientes limitados) que necesita ser un proceso activo, ágil, de escucha y expresión. En los sistemas cerrados como las instituciones de atención sanitaria el médico está entre la “espada y la pared” porque su tiempo es precioso y muy limitado ya que, obligado por un contrato, debe atender a un cierto número de pacientes y para cumplir con esa exigencia laboral, controlan al máximo el fluir de la entrevista, “van al grano”. Por lo tanto la comunicación puede transformarse en una espiral que no genere confianza e impida establecer relación y se limite a recabar información. En estos escenarios se enfrenta un “contador de historias” —el paciente— y un “preguntador de hechos” el médico.

Una buena comunicación entonces sienta las bases y permite construir los engranajes de una mejor relación. Los pacientes esperan que los médicos respeten sus valores, preferencias y necesidades. Los pacientes necesitan que los médicos integren en su trabajo no solo el diagnóstico sino el cuidado. Los pacientes esperan del médico un gran flujo de información comprensible. Finalmente los pacientes esperan del médico y de la relación con él, algo de confort, apoyo emocional y tranquilidad, aunque la noticia no sea muy buena (Callahan, 1998).

La relación médico-paciente (RMP)

La RMP es una relación interpersonal que se establece entre un profesional sanitario y una persona a la que atiende en calidad de profesional sanitario²⁹. Este tipo de relación entre los pacientes y un profesional sanitario es común para todas las profesiones sanitarias, no obstante, no en todas ellas los valores que la sustentan se manifiestan con la misma intensidad.

²⁹ Por cuestiones de comodidad y claridad en el discurso, a la persona que consulta al profesional sanitario, la vamos a llamar paciente. Este es un término ampliamente aceptado por la Referencias y también por las personas que consultan a los servicios sanitarios.

La tendencia en las últimas décadas es situar al paciente en el centro de la atención sanitaria (Hirpa et al., 2020). Al centrar la atención sanitaria en el paciente se subraya el interés y la importancia de la relación médico-paciente. Este interés renovado se sostiene en dos hechos insolubles. Por un lado, porque la relación médico-paciente es el espacio donde ocurre el acto sanitario. Y por otro, por la influencia que ejerce la RPM sobre los resultados para el paciente y sobre las reclamaciones a los profesionales sanitarios (Kenny et al., 2010).

Entre los actores de la relación, es decir, el paciente y el profesional sanitario, se establece un acuerdo que ofrece dos perspectivas según se considere desde la del paciente o la del médico. El grado de coincidencia de esas perspectivas es variable pero se relaciona con los resultados de la relación. Cuando la coincidencia es mayor crecen la satisfacción del paciente, la confianza, el seguimiento de las recomendaciones y la adherencia al tratamiento. Algunos factores sobre los que se puede intervenir influyen positivamente sobre ese acuerdo y por lo tanto se pueden promocionar.

Entre esos factores están el número y naturaleza de los problemas tratados durante el encuentro entre médico y paciente, la educación del paciente, el número de prescripciones médicas o el tipo de medicamentos prescritos. E inversamente, la falta de acuerdo genera frustración y obstaculiza una atención sanitaria de calidad. La existencia de este pacto manifiesta que la relación médico-paciente es un proceso interdependiente en el cual los dos actores se influyen el uno al otro aunque en diferente medida ya que para el médico la relación forma parte de su profesión y, en cambio, para el paciente la relación forma parte del camino para conseguir un bien (diagnóstico, tratamiento, salud, prestación social, etc.) (Kenny et al., 2010).

Esta visión abre la puerta al análisis de la relación partiendo de dos puntos de vista: el del paciente y el del profesional. Pero no solo muestra una vía para analizar la relación sino que también permite analizar los resultados desde ambos puntos de vista. Y, teniendo en cuenta que existen factores modificables, hace posible incidir en ellos para mejorar los resultados. Es importante subrayar que la visión del paciente predice mejor los resultados que la observación por parte de terceros. Dicho en otras palabras: la experiencia del paciente es determinante (Ruiz-Moral et al., 2006), y es posible la evaluación externa.

Los autores que analizan la RMP la fundamentan en hipótesis como la confianza o la alianza para conseguir un objetivo de salud común o sentimientos como la empatía. A continuación vamos a exponer qué aportan

a la RNM estos tres puntos de vista dejando de lado la confianza como sustrato de la RMP ya que de ella hablaremos más adelante, empezaremos considerando la empatía.

La *empatía* hace referencia a la capacidad de una persona de identificarse con el otro, de comprender la experiencia personal de otro, pero sin vincularse a esa persona. En este caso es el profesional sanitario quien comparte los sentimientos o la experiencia del paciente. La empatía, de la misma manera que la confianza, es uno de los sustratos que mejoran la calidad de la RMP y de sus resultados.

De esa definición se desprende que el concepto de empatía es multidimensional ya que se le reconocen tres esferas: la afectiva, la cognitiva y la del comportamiento. La esfera afectiva se refiere al concepto de cuidado y a la aceptación incondicional del paciente. El aspecto cognitivo se engloba en la sensibilidad individual y en la capacidad de entender la situación del otro. Este atributo cognitivo es considerado, por algunos autores, el más importante ya que significa comprender las experiencias y puntos de vista del otro junto con la capacidad de comunicárselo (S.J.Weiner, 2007). Mientras que la dimensión de comportamiento incluye el altruismo y la construcción de una relación terapéutica.

La empatía se considera una habilidad que proporciona recursos para entender al paciente y facilitar una relación terapéutica. Esto, en la atención centrada en el paciente, significa la aceptación incondicional del otro (Moudatsou et al., 2020). Al ser considerada una habilidad se sobreentiende que se puede aprender y perfeccionar.

La escala de Jefferson permite valorar cuantitativamente la empatía. Esta escala fue introducida para evaluar a los estudiantes de medicina y posteriormente se ha estandarizado su uso para las profesiones sanitarias en diferentes países: Corea, EEUU, Italia o Polonia. La actitud empática de los profesionales sanitarios se ve influenciada por factores externos a la RMP y que dependen de los responsables de la gestión de recursos como, por ejemplo, el número de personas a las que deben asistir, centrar la atención exclusivamente en la terapia, el tiempo dedicado a la consulta, la carga administrativa que debe realizar el profesional, las relaciones con el resto de profesionales sanitarios, el estatus socioeconómico o la formación en este campo (Zaki, 2020).

Los detractores de la empatía argumentan que el foco de la empatía son las emociones del profesional más que una respuesta directa a las necesidades del paciente y para evitar que esto suceda, debe estar supeditada a los procedimientos del cuidado. Al englobar en el cuidado se

puede prevenir el error de considerar probadas o exactas las emociones y conocimientos sobre el otro adquiridos por el profesional a través de la empatía y, en consecuencia, perder la curiosidad o la perspicacia necesarias en la RMP. Un argumento similar se ha utilizado para poner en cuestión la continuidad interpersonal de la RMP (Ridd et al., 2015).

En los casos anteriores los valores son transaccionales ya que subyace un pacto que traslada o deposita en el profesional sanitario una parte de la autonomía del paciente. El pacto y la transacción que resulta, generan conocimiento y experiencia sobre la propia relación a la par que la profundiza en cuatro direcciones: conocimiento mutuo, fidelidad desde el punto de vista del paciente, miramiento hacia el paciente y confianza (Ridd et al., 2009).

La RMP forma parte del proceso de atención sanitaria y puede ser vista tanto como un proceso o como un resultado, pero de una u otra manera es capaz de mejorar los resultados de la atención sanitaria.

La conceptualización de la RMP de *Ridd et al.* se expande en dos esferas, la del paciente y la del profesional. La profundización de la relación entre los dos actores necesita desarrollarse en el tiempo, es decir, que puede conceptualizarse como un proceso que progresa y consolida a través de la experiencia de las consultas con el profesional sanitario. Tanto la profundización de la relación como la experiencia generada son el resultado de este proceso o lo que es lo mismo, son productos de la relación. Para profundizar la relación el paciente necesita que se desarrolle en el tiempo, necesita intervenir, ser activo, poder escoger y decidir y que la relación con el profesional sea de calidad. Ahí intervienen no solo los valores personales del médico —ya hemos hablado de la empatía— sino también la calidad de los resultados: diagnóstico, tratamiento, etc.

John G. Scott *et al.* (Scott et al., 2008) analizan la relación terapéutica que se establece entre un grupo seleccionado de médicos de asistencia primaria en activo y sus pacientes; el análisis se basa en las entrevistas que los investigadores realizan a ambos. Del resultado de este análisis surgen tres procesos clave capaces de fomentar las relaciones curativas:

- crear/ valorar un vínculo emocional sin prejuicios;
- administrar/ apreciar el poder del médico cuando lo utiliza de la manera que más beneficia al paciente; y
- mostrar/ mantener el compromiso de cuidar a los pacientes a lo largo del tiempo.

Estos procesos, a su vez, muestran la importancia de la relación interpersonal ya que conectan con tres sentimientos del paciente: la confianza, la esperanza y el sentimiento de ser reconocido. Y en contrapartida, las competencias del clínico que facilitan estos procesos son la autoconfianza, la autogestión emocional, la atención plena y el conocimiento.

Los autores reseñados más arriba utilizan una definición de relación terapéutica que incluye: *“Sanar significa ser curado cuando sea posible, reducir el sufrimiento cuando la cura no sea posible, y hallar un significado más allá de la experiencia de la enfermedad.”* Esta definición sitúa la curación en el contexto de la relación profesional sanitario-paciente; no obstante, no es el único espacio posible ya que, en la curación, intervienen otros profesionales y otros elementos que contribuyen al resultado. Otro dato importante de este trabajo es que, según los autores y los resultados obtenidos, la relación terapéutica funciona en ambos sentidos, del profesional al paciente y viceversa. De este hecho da fe que el grupo de profesionales del estudio, aun trabajando en condiciones muy difíciles, mantenía un nivel de entusiasmo profesional elevado.

El grado de intimidad que se genera en este tipo de RMP en la cual la continuidad con el profesional es imprescindible, puede suscitar la duda de si se ofrecen cuidados por debajo del estándar porque se subestima la sintomatología. Los estudios hechos en este sentido no lo corroboran y, en cambio, sí muestran mejores resultados en cuanto a satisfacción, adherencia al tratamiento, experiencia de los pacientes y los profesionales, diagnósticos más acertados y tratamientos más adecuados (Ridd et al., 2015).

Conclusión

La relación médico-paciente es un continuo de la práctica médica. Permite que se establezca una lógica de mínimos a respetar y que los intereses de los pacientes, los médicos, la medicina y la sociedad se pongan a tono. La comunicación en la relación médico paciente es bidireccional y ha de permitir que el paciente ejerza su derecho fundamental de persona —la autonomía—.

Una buena relación médico paciente permite que la persona enferma no sea un sujeto pasivo sino más bien un actor importante de la atención; su voluntad se cumple en el marco de la racionalidad y cuando firma u otorga un consentimiento no entrega permisos sin responsabilidades;

demuestra que la información se ha comprendido y los riesgos posibles se han discutido y aceptado.

Para la sociedad considerar la salud como un bien de consumo es un “mal negocio”, la salud no es un bien en el cual se invierta o se arriesgue como ocurre con los capitales financieros. Como la pandemia de Covid-19 ha vuelto a poner de manifiesto, la salud es un bien común, del cual depende el bienestar individual y colectivo, la capacidad de trabajo, la economía y un largo etc. La salud es un bien a cuidar, a proteger, a promover y fomentar; por ello además no nos parece acertado tratar de asimilar conceptos del mundo del comercio y economía, que consideran a los pacientes consumidores y al trabajo que oferta el médico, productos.

Una buena relación médico-paciente sustentada en las mejores habilidades de comunicación permite que el lenguaje de la incertidumbre y probabilidades propias de la jerga médica sean entendidas. Cuando la relación médico-paciente se sustenta en una buena comunicación la incertidumbre es menor, el sufrimiento y la dolencia son más llevaderos, la empatía encuentra un hilo conductor.

La comunicación en el aprendizaje del médico es fundamental. Es una herramienta y es una habilidad que debe enseñarse, aprenderse y perfeccionarse, de la misma manera que son habilidades aprendidas el manejo del bisturí, el criterio o el método clínico. Una buena relación médico paciente permite que el paciente no sea visto de forma fragmentada, permite que el paciente – persona sea visto como tal, como un ser integral.

Los médicos como personas tienen también sus intereses, necesidades, perspectivas y proyecciones. Es entonces importante entender que la formación profesional y la práctica diaria deben mantenerse en el marco de la lógica de la profesión. Las necesidades y preferencias profesionales, asistenciales, docentes o investigadoras no pueden soslayar el hecho de que los médicos trabajamos con personas dolientes y por eso mismo, con esa vulnerabilidad añadida.

Referencias

- Ashar, B. (2017). Enhancing the Doctor-Patient Relationship. *Medical Clinics of North America*, 101(5), xv-xvi. doi: 10.1016/j.mcna.2017.07.003
- Callahan, D. (1998). Editorial— Medical education and the goals of medicine. *Medical Teacher*, 20(2), 85-86. doi: 10.1080/01421599881147

- Casado (coord), M. (2009). *Sobre la dignidad y los derechos*. (1st ed., pp. 41-94). Pamplona: Thomson Reuters.
- Ceriani Cernadas, J. (2014). Medical technology as the object of ethics. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 112(4). doi: 10.5546/aap.2014.eng.298
- Duarte García-Luis, J. (1999). La relación médico-paciente en las enfermedades neurológicas. *Revista De Neurología*, 29(07), 642. <https://doi.org/10.33588/rn.2907.99328>
- Franco-Giraldo, Á. (2015). El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(3). doi: 10.17533/udea.rfnsp.v33n3a11
- García, J. M. B. (2005). Determinantes Sociales De La Salud Y De La Enfermedad. Recuperado 9 de mayo de 2016, a partir de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=322127617008>
- Gutiérrez Recacha, P. (2006). La humanización de la medicina. *Educación Médica*, 9. <https://doi.org/10.4321/s1575-18132006000600014>
- Hirpa, M., Woreta, T., Addis, H., y Kebede, S. (2020). What matters to patients? A timely question for value-based care. *PLOS ONE*, 15(7), e0227845. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227845>
- Kenny, D., Veldhuijzen, W., Weijden, T., LeBlanc, A., Lockyer, J., Légaré, F., y Campbell, C. (2010). Interpersonal perception in the context of doctor-patient relationships: A dyadic analysis of doctor-patient communication. *Social Science y Amp; Medicine*, 70(5), 763-768. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.10.065>
- Martínez Montauti., J. (2018). *La relación médico-paciente* (1st ed.). Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona.
- Martínez, J., y Casado (comp). M. (2000). *Estudios de Bioética y Derecho*. (First ed., pp. 147-156). Valencia: Tirant to Blanch.
- Moore, P. Gómez, G., Kurtz, S., y Vargas, A. (2010). La comunicación médico paciente: ¿Cuáles son las habilidades efectivas? *Revista Médica De Chile*, 138(8). <https://doi.org/10.4067/s0034-98872010000800016>
- Moudatsou, M., Stavropoulou, A., Philalithis, A., y Koukouli, S. (2020). The Role of Empathy in Health and Social Care Professionals. *Healthcare*, 8(1), 26. <https://doi.org/10.3390/healthcare8010026>
- Ridd, M., Ferreira, D., Montgomery, A., Salisbury, C., y Hamilton, W. (2015). Patient-doctor continuity and diagnosis of cancer: electronic medical records study in general practice. *British Journal of General Practice*, 65(634), e305-e311. <https://doi.org/10.3399/bjgp15x684829>
- Ridd, M., Shaw, A., Lewis, G., y Salisbury, C. (2009). The patient-doctor relationship: a synthesis of the qualitative literature on patients' perspectives. *British Journal of General Practice*, 59(561), e116-e133. <https://doi.org/10.3399/bjgp09x420248>
- Ruiz-Moral, R., Gavián-Moral, E., Ángel Pérula De Torres, L., y Jaramillo-Martín, I. (2008). ¿Cuáles son las expectativas de los pacientes cuando acuden a una consulta de atención primaria y qué piensan los médicos sobre ellas?. *Revista De Calidad Asistencial*, 23(2), 45-51. [https://doi.org/10.1016/s1134-282x\(08\)70469-x](https://doi.org/10.1016/s1134-282x(08)70469-x)

- Ruiz-Moral, R., Pérez Rodríguez, E., Pérula de Torres, L., y de la Torre, J. (2006). Physician–patient communication: A study on the observed behaviors of specialty physicians and the ways their patients perceive them. *Patient Education and Counseling*, 64(1-3), 242-248. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2006.02.010>
- Scott, J., Cohen, D., DiCicco-Bloom, B., Miller, W., Stange, K., y Crabtree, B. (2008). Understanding Healing Relationships in Primary Care. *The Annals of Family Medicine*, 6(4), 315-322. <https://doi.org/10.1370/afm.860>
- The Hastings Center— Bioethics Research Institute. (2018). Retrieved from <https://www.thehastingscenter.org>
- Weiner, S. J., y Auster, S. (2007). From empathy to caring: defining the ideal approach to a healing relationship. *The Yale journal of biology and medicine*, 80(3), 123–130.
- Zaki, J. (2020). The caregiver's dilemma: in search of sustainable medical empathy. *The Lancet*, 396(10249), 458-459. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31685-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31685-8)

CAPÍTULO VIII

Visión global de los conflictos en bioética

Edmundo Estévez Montalvo

La OMS puso el listón muy alto al definir la salud en positivo y no en negativo, como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad”*. Carecer de salud, según tal acepción, es carecer de muchas cosas, de todo aquello que consideramos un bien básico: bienestar físico, equilibrio psíquico, autoestima. Las causas de la pérdida del bienestar pueden, a su vez, ser orgánicas, pero también sociales: falta de empleo, vivienda, educación, vestido, alimentación, salud, recreación.

Esta idea de bienestar completo con que se quiere definir la salud resulta poco operativa, y, además, reduccionista, ya que, finalmente dará lugar a la creencia de que todos los infortunios y desgracias que pueden caer sobre nosotros son problemas de salud. Y puesto que son problemas de salud, tienen que ser curables.

El concepto o definición de la OMS plantea una serie de problemas de acuerdo a (Camps, 2001):

- Es un problema epistemológico, porque nos remite a una idea platónica de salud
- Es un problema político, dado que la protección de la salud es un derecho universal (cobertura de necesidades versus recursos)
- Es un problema moral por la pretensión moralizante de la vida sana

Alcance y significado

El método NBI³⁰ es un método recomendado por Cepal, a comienzos de los años ochenta, como una opción para aprovechar la información de los censos demográficos y de vivienda, en la caracterización y medición directa de la pobreza. Su base conceptual, descansa en definir un conjunto de necesidades que se consideran básicas para el bienestar de los hogares y considerar la pobreza como “ la situación de aquellos hogares que no logran reunir, en forma relativamente estable los recursos necesarios para satisfacer las necesidades básicas de sus miembros” . El método NBI, tipifica la pobreza mediante un conjunto, generalmente pequeño, de necesidades específicas, definidas a conveniencia. Esta metodología nos permite visualizar un desagregado conjunto de indicadores relativos a una “vida de calidad” (Lo que produce más satisfacción y felicidad en el mundo no es vivir más tiempo sino vivir mejor—*qualys-*)

- Erradicar la pobreza extrema y el hambre
- Lograr la enseñanza primaria universal
- Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer
- Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años
- Mejorar la salud materna
- Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades
- Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente
- Fomentar una alianza mundial para el desarrollo

La redacción platónica del concepto de salud, no es buena para nada. El mundo entero está enfermo y nadie es ya responsable de nada.

30 El método “directo” más conocido y utilizado en América Latina es el de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI).

La responsabilidad por el futuro es totalmente nuestra. Ese debería ser el detonante principal de la ética. Cómo hacer entonces compatibles justicia y bienestar, un cuidado de la salud que busque lo mejor no para algunos individuos, sino para todos. Una vida de calidad en libertad y con autorregulación.

Los derechos humanos y las libertades fundamentales nos permiten desarrollarnos plenamente y hacer uso de nuestras cualidades humanas, nuestra inteligencia, nuestras aptitudes y nuestra conciencia, así como satisfacer, entre otras, nuestras necesidades materiales y espirituales. Según lo ha proclamado la ONU, los derechos humanos se basan en el deseo, cada vez más extendido en la humanidad, de vivir una vida en la que se respeten y protejan la dignidad y el valor inherentes de cada ser humano. La ausencia de esos derechos no sólo constituye una tragedia individual y personal, sino que también crea las condiciones de inestabilidad social y política donde germinan la violencia y los conflictos que se producen entre las sociedades y las naciones y dentro de éstas.

Hoy en día se superponen de manera cruel y descarnada la corrupción y la gran afectación a los derechos humanos de grandes grupos poblacionales que viven bajo los umbrales de la pobreza y cobijados a la sombra de las inequidades cada día más insalvables. Bienvenida la opinión altiva de Leonardo da Vinci para todos los causantes de este nuevo holocausto y desprecio a las masas: “la mayoría de los hombres no son otra cosa que seres habitantes de letrinas” (Sloterdijk, El desprecio de las masas, 2011).

La noción de derechos humanos entraña el reconocimiento de que todo ser humano es acreedor al disfrute de sus derechos humanos sin distinción por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento u otra condición. Rosa Parks, representa un símbolo en la lucha contra el racismo y por la vigencia de los derechos humanos. Nuestra Mama Tránsito Amaguaña, heroína nacional y ejemplo de lucha organizada contra la explotación y el racismo. Las conquistas sociales destacadas por Tránsito fueron “el aumento del salario, la supresión obligatoria del trabajo de la mujer, la rebaja del número de ovejas que cuidaba el ovejero, el aumento de alimentos para la subsistencia del cuenta yo y su familia.

Se consiguió también que la Asistencia Pública y los patronos doten de las herramientas a los trabajadores, porque las que usábamos no eran de hacienda; las herramientas eran de los huasipungueros, el arado, la pala, la hoz, la barra: todo era de propiedad de los peones (...). Eran propios nuestros... Por andadora, luchadora, caminante, solita quedé, dice

Tránsito. Yo ca asisita nomás soy... asisita nomás quedé. He sufrido bastante porque he vivido huyendo de los enemigos. Haciendo sesión, siempre perseguida, siempre trabajando, siempre luchando, caminante... Yo he gritado en castellano y luego en quichua: que la ley sea justicia para blancos, para ricos, para pobres. Que no pongan a un lado al indio, que trabajemos cariñosamente para vivir así. Comunista es comunidad, no revolución. ¿Por qué vamos a pelear? Que tengamos amistad, entre blancos y runas hay que trabajar. ¿Tienen hijas, tienen hijos, tienen mujer? Verán acordarán: después de mi tiempo, otro tiempo vendrá y ustedes cogerán leña de otro tiempo (Últimas Noticias, 13 mayo, 2009)³¹.

Las Naciones Unidas propusieron como primera meta erradicar la pobreza extrema y el hambre. Sin duda alcanzar los restantes siete Objetivos del Milenio era también urgente, pero la pobreza extrema y el hambre imposibilitan alcanzar cualquier otra meta, y por eso, lo primero es lo primero. Los actualmente propuestos Objetivos del Desarrollo Sostenible, que deberían cumplirse en el 2030, encabezados en este caso por la meta “Final de la pobreza”, sin más, implican o comprometen en la tarea al mundo económico, empresarial y político. Tal como señala Adela Cortina, no sólo reducción de la pobreza extrema, sino fin de la pobreza, a secas³².

Reflexiones sobre los problemas alrededor de la vida:

Los confines de la vida: aborto

La interrupción voluntaria del embarazo es un problema ético de vieja data. Es una constante que siempre ha acompañado el devenir de las distintas sociedades humanas; sin embargo la manera de enfrentarlo ha experimentado notables cambios a lo largo del tiempo³³; ³⁴. En paralelo, se acentúan notables cambios sobre cómo deseamos y cómo hablamos y ejercitamos nuestros deseos y de cómo llegamos a ser lo que somos. El modo en el que hoy vivimos el vínculo sexual y su inscripción en una institución, el matrimonio, el régimen patriarcal se configuraron

31 (Estevez M. y García Banderas, 2009)

32 (Cortina, 2017)

33 (Galeotti, 2004)

34 Los tres grandes principios de moral sexual cristiana: monogamia, función reproductiva de la sexualidad y desvalorización del placer sexual, ya se encontraban en Roma antes del cristianismo, en parte por influencia del estoicismo y en parte por determinaciones sociales e ideológicas de la organización imperial (Rios, 2007)

en los primeros siglos del cristianismo ³⁵. A lo largo de la historia, el tratamiento de la sexualidad despertó grandes controversias éticas, filosóficas, religiosas y políticas; pretendiendo unos escapar a los reproches de inmoralidad y los más al ejercicio pleno del erotismo y de las pasiones.

Los datos sobre interrupción voluntaria del embarazo, junto a la concurrencia de las enfermedades de transmisión sexual, representan actualmente un problema de salud pública de enorme magnitud. ¿Qué hacer?. Desde agosto de 2018 una marea verde inunda América Latina, de la cual Ecuador también formó parte. Cada 13 minutos una mujer decide abortar en nuestro país y 3000 niñas menores de 14 años son violadas y embarazadas cada año. Según cifras de la Fiscalía, de 2015 a 2018 se denunciaron 18184 violaciones, el 80% de los casos correspondió a niñas menores de 14 años. Aquello representa un promedio de 10 violaciones cada 24 horas.

El 28 de abril de 2021, la Corte Constitucional despenalizó el aborto en casos de violación. La Corte respaldó su decisión cuando describió las vulneraciones que atraviesan las mujeres y las niñas ante un embarazo forzado. Esta decisión constitucional marca un cambio de época en el Ecuador ³⁶.

¿Dónde radica la controversia social sobre el aborto?

El primer tema se relaciona con el control moral y social de las mujeres a través de su sexualidad y el segundo es el relativo al estatuto del embrión. El planteamiento feminista sostiene el derecho de las mujeres a decidir sobre sus cuerpos como un acto de autonomía y soberanía, más aún en el aborto. Las discusiones filosóficas y teológicas sobre el aborto giran en torno a multitud de cuestiones como la santidad de la vida y su significado teológico.

Otro interrogante que suele convertirse en central para el debate es el de cuándo empieza la vida humana; esta es una cuestión filosófica, biológica, jurídica y también una construcción cultural.

La sociedad, equivocadamente, ha dejado solo en manos de las mujeres y de sectores sociales que defienden derechos sexuales y derechos reproductivos en la diversidad, la lucha en torno a temas tan relevantes, como la violencia de género o la despenalización del aborto. Cuando son cuestiones que atañen al conjunto de la sociedad.

³⁵ (Foucault, 2019)

³⁶ (Goetschel, 2021)

Muchos de los denominados países y estados más desarrollados de Europa, Norteamérica y otras regiones del mundo, incluso de la misma América Latina, tienen legislaciones, institucionalidad y servicios, que garantizan sin barreras, el pleno ejercicio de derechos sexuales y derechos reproductivos; comenzando por una educación sexual sin prejuicios y amplia; acceso real y continuo a métodos anticonceptivos modernos en población adulta y adolescente. E incluyendo también el acceso a abortos en condiciones de seguridad, que disminuyan los daños en la salud e incluso las muertes por abortos practicados en condiciones peligrosas. Respetando plenamente las decisiones individuales, sin interferencias, como aquellas que ocurren a pretexto de objeción de conciencia ³⁷.35).

Según Fernández y Tajer (2005) los imaginarios en torno a la interrupción voluntaria del embarazo en países donde es ilegal el aborto configuran dimensiones subjetivas articuladas al peligro del castigo y la clandestinidad, junto al rechazo social y, a veces, familiar. En resumen, se defiende la siguiente premisa: «el hecho de que una mujer decida abortar y cuente con las condiciones materiales para hacerlo en un país donde dicha práctica se encuentra penalizada y debe realizarse en circuitos clandestinos produce efectos psíquicos que no necesariamente son consecuencia del aborto en sí, sino de su penalización y clandestinización», por tanto, estos efectos conciernen a «las estrategias biopolíticas de disciplinamiento sobre los cuerpos y subjetividad de las mujeres». Desde este enfoque las diferencias en cuanto a la particularización de los abortos se establecen en torno a la clase, edad, etnia o grupo social, opción sexual, tipo de vínculo con su pareja: Estas diferencias en las significaciones sociales establecen argumentos particulares desde los cuales las mujeres que habitan estas diferencias significan sus prácticas y a su vez son juzgadas por ellas por parte del entorno al cual pertenecen ³⁸.

Es frecuente remarcar que la cuestión del aborto es una cuestión de tolerancia, y que partiendo de distintos presupuestos se puede llegar a aceptar que el concepto de persona tiene distintas dimensiones constitutivas: el individuo biológico, el sujeto físico, la personalidad biográfica, la persona ética...

El verdadero espíritu del acuerdo ético es el compromiso, no la concordancia total de todos ³⁹.

37 (Noboa Cruz, 2021)

38 (Fernandez y Tajer, 2005)

39 (García Banderas y Estevez M, 2010)

Los confines de la vida: eutanasia

¿Qué es morir con dignidad?

“Una hermosa muerte honra toda una vida” (Petrarca)

Para responder esta pregunta, debemos comenzar por dar un concepto: la dignidad⁴⁰ es una cualidad inherente a la especie humana que se la tiene por el mero hecho de pertenecer a ella; es el respeto a que tiene derecho todo individuo desde que nace hasta que deja de existir; para los creyentes el fundamento de la misma es la afirmación de que el hombre es hecho a imagen y semejanza de Dios. Desde un punto de vista que no parte del enunciado bíblico, la respuesta la encontramos en la filosofía Kantiana: “todo hombre es un fin en sí mismo y no debe ser tratado simplemente como un medio y, por consiguiente, solamente las cosas tienen precio, en tanto que el hombre tiene dignidad”.

Así planteado el asunto podemos afirmar, que la dignidad constituye un sustento lógico de la existencia humana; es el fundamento de los derechos y deberes humanos. La dignidad es el soporte que determina la actitud del hombre ante la vida personal y social.

Esta cualidad debe el hombre exaltarla en todos los actos de su vida, para darle sustento a la misma y poder justificar su existencia ante esa chispa divina que preside sus actos qué es la conciencia. Siendo la muerte el acto trascendental con el que culmine la trayectoria vital, debe el mismo ser orientado por este principio de dignidad ⁴¹.

Se atenta a la dignidad humana cuando se esclaviza al individuo, se le tortura, se la confina, no se le permite ejercer el libre albedrío y no se le proporcionan los medios necesarios para su desarrollo personal. En el caso de los enfermos terminales, se atenta contra la dignidad cuando se le separa de sus seres queridos, se le confina en “tanatosalas”, se le inmoviliza con manijas, se le fabrican orificios artificiales por donde se introducen catéteres con fármacos o alimentación parenteral con el objeto de mantener lo más posible los signos vitales, en una lucha encarnizada con el proceso biológico irreversible, este ensañamiento terapéutico es el que

⁴⁰ La palabra dignidad es polisémica y, a lo largo de la tradición filosófica y teológica occidental, ha sido objeto de múltiples interpretaciones. Existen tres sentidos o acepciones de dignidad y que aparecen implícitas en las deliberaciones Bioéticas: 1) Dignidad ontológica, 2) Dignidad ética y 3) Dignidad Teológica (Torrealba Rosello, 2005)

⁴¹ (Bieri, 2017)

debe ser rechazado por los médicos honestos que no hacen del paciente un sangriento campo de batalla para satisfacción de vanidad o afán de lucro.

Se pueden extraer de las páginas de la historia muchos ejemplos de dignidad ante la muerte haciéndola colofón de una vida excelsa:

- Sócrates da su última lección a sus discípulos aceptando un fallo injusto y sin huir, pudiendo hacerlo, y apura la cicuta que le ofrece el verdugo y pasa a la inmortalidad dejando sembrados todos los ejemplos de su vida luminosa.
- Jesucristo libre de culpa, agoniza y muere en la cruz (cada paso ignominioso en esa época y luego símbolo de gloria) para redimir el pecado del mundo.
- Napoleón atado como Prometeo en la roca de Santa Elena, recordando las gestas de Arcola, Marlengo, Austerlitz y tantas otras con las que cambió la historia de Europa.
- Bolívar acaba su vida, abandonado de los que le aclamaban diciendo que bajará tranquilo al sepulcro si su muerte contribuye a la unión de los pueblos que liberó.

Se pueden citar más casos, pero lo importante para el hombre común y corriente que no es profeta, filósofo ni hombre de acción, es hacer de la muerte un acto personal de acatamiento examinando si la vida que vivió mereció la pena de haber sido vivida.

Entonces, ¿se debe despenalizar la eutanasia?

El debate sobre este dilema ético, así como sobre el aborto, no creo que pueda llegar a un consenso ya que la ética de los confines de la vida lleva consigo, toma de posición inconciliables desde el punto de vista cultural, religioso, filosófico, etc. de la persona y de las sociedades. Por eso exponemos los principales argumentos que se esgrimen a favor y en contra ⁴²:

42 (García Banderas y Estevez M, 2010)

A favor:

- El hombre tiene derecho a disponer de su propia vida y puede reivindicar la autonomía como parte integral de la dignidad humana y expresión de ésta.
- Una vida en determinadas condiciones es indigna, la imagen que el enfermo proyecta puede ser considerada como humillante e indigna.
- No hay derecho a sacrificar a pacientes y amigos con una forma de existencia totalmente limitada.
- Así como se tiene el derecho a vivir con dignidad, también debe haber derecho de morir dignamente.
- No debe intentarse prolongar la vida cuando ésta no se puede vivir, haciendo del paciente no, un ser humano, sino, un caso clínico interesante.
- Debería haber derechos no solo del paciente terminal sino de su familia.

En contra:

- ¿Cuáles son los límites de la eutanasia? ¿Bajo qué circunstancias se debe aplicar? ¿Cómo legislarla?
- ¿Qué hacer en los casos de enfermos mentales incapaces de consentimiento informado?
- Podrían aumentar el número de eliminaciones a débiles y personas subnormales, así mismo aumentan las presiones sobre el médico por parte de la familia.
- Los ejecutantes podrían ser considerados como verdugos, lo que puede implicar una pérdida de confianza en el médico tratante.
- Podría aumentar el número de homicidios con máscara de eutanasia, para cobrar herencias.
- Podría aplicarse para sentar el negocio del tráfico de órganos, cuando hay intereses de sus médicos.
- Podrían disminuir los recursos destinados a la cura de una enfermedad, ya que resultaría más económico dejar morir a las personas; y también disminuiría la investigación.

- Se puede perder la esperanza de vivir, si como viejos las personas son dejadas de lado, aisladas en asilos, como enfermos pueden ser simplemente eliminados.
- La decisión que conlleva el acto es irreversible.

¿Qué alternativas existen frente a la eutanasia: ortotanasia y medicina paliativa?

De acuerdo a Marciano Vidal, el contenido ético del morir se asume en la realización de 2 valores:

- El respeto ético a la vida humana.
- La exigencia ética de una muerte digna.

La síntesis ética consistirá en mantener en equilibrio los dos valores indicados, a lo cual se llega a través de la ortotanasia ⁴³.

El neologismo ortotanasia (empleado por primera vez en 1950 por el Dr. Boskan de Lieja) se lo debe entender de la siguiente forma:

La muerte es el último acontecimiento importante de la vida y nadie puede privar del mismo al ser humano, sino ayudarlo en ese momento; esto significa aliviar los sufrimientos del enfermo incluso con el uso de analgésicos. Ello implica que es necesario darle la mejor asistencia posible, lo cual consiste especialmente en el aspecto humano, creando una atmósfera de confianza y calidez en el que sienta consideración hacia su existencia humana y su dimensión espiritual en esta situación límite.

Para conseguir esta (muerte digna) la sociedad debe cumplir ciertos requisitos primordiales:

- Atender al moribundo con todos los medios de que dispone la medicina para aliviar su dolor.
- No privarle del morir, tomando como una “acción personal”
- No negar ni eludir el hecho de la muerte como lo hace la sociedad actual, que ha “satanizado” el acontecimiento.
- Favorecer la asistencia religiosa, de acuerdo a las creencias del paciente.

43 (Vidal, 1994)

La Medicina paliativa es el arte de atender a los pacientes terminales, que contempla el hecho de la muerte desde una perspectiva profundamente humana. Esto implica un cambio de mentalidad frente al paciente terminal, dejando a un lado la tecnología de punta y teniendo la humildad suficiente para reconocer que el médico debe “curar unas veces, aliviar otras y consolar siempre de acuerdo al antiguo adagio”⁴⁴.

Entendida así, es la antípoda del “enseñamiento terapéutico” y representa un retorno a los valores médicos tradicionales constantes en el Juramento Hipocrático y en varias Declaraciones y Códigos de Ética Médica. Desde hace algunos años está adquiriendo caracteres de nueva especialidad⁴⁵ la misma que debe ser ejercida no solo por el médico sino por un equipo de personas como enfermeras, trabajadores sociales, eclesiásticos, psicólogos, familiares y voluntarios, que se acerquen al enfermo en los momentos trascendentales en los que su ser físico desciende a las profundidades del sepulcro y su espíritu se eleva hacia el horizonte ilimitado de una existencia libre de las ataduras materiales.

Esta es la respuesta ética y humanizada que se debe dar al hecho trascendente del morir, recordando aquella regla de oro de la moral que dice: “Compórtate con los otros de la manera como quieres que ellos se comporten contigo”.

Finalmente, quienes han defendido la permisibilidad moral de la eutanasia han aducido como principales razones la compasión para los enfermos incurables y con el paciente que sufre y, en el caso de la eutanasia voluntaria, el respeto de la autonomía. En la actualidad existe un amplio apoyo popular a algunas formas de eutanasia, y muchos filósofos actuales han defendido la eutanasia por razones morales. Sin embargo, la oposición religiosa oficial (Ejemplo la Iglesia Católica Romana) permanece invariable, y la eutanasia activa sigue siendo un crimen en todos los países a excepción en Holanda (Países Bajos) y otros. En este país, una serie de casos judiciales, a partir de 1973, han servido para fijar las condiciones en la que los médicos, y sólo éstos, pueden practicar la eutanasia: la decisión de morir debe ser una decisión voluntaria y reflexiva de un paciente informado; debe haber sufrimiento físico o mental que el paciente considera insoportable; no debe existir ninguna otra solución razonable (es decir, aceptable para el paciente) para mejorar la situación; el médico debe consultar a otro profesional con experiencia⁴⁶.

44 (Astudillo, 1995)

45 Primer posgrado en Cuidados Paliativos. Universidad Tecnológica Equinoccial (UTE, 2022). Coordinación académica Dra. Sandra Cevallos

46 (Kuhse, 1995)

En realidad, la muerte a causa de enfermedad, lesiones o vejez, se trataba en las culturas primitivas de forma más realista que hoy en día. Se la aborda como una parte natural de la vida. Provocar la muerte era algo habitual y significaba un acto respetuoso hacia la persona enferma.

Actualmente las cosas han cambiado. La esperanza de vida ha aumentado. Disponemos de adelantos médicos tales como trasplantes de órganos e instituciones sanitarias, en dónde pueden prolongarse la estancia indefinidamente, hecho impensable hace cuatro o cinco décadas. No obstante, es evidente que este progreso puede ser un arma de doble filo. Se prolonga la vida de los enfermos contra su voluntad. La medicina se centra en la biología humana, dejando de lado los principios psicológicos y sociales.

A pesar de la gran diversidad de puntos de vista sobre esta cuestión, los debates sobre la eutanasia se han centrado una y otra vez al menos sobre los siguientes dilemas:

- El apropiamiento de la propia muerte
- Las controversias ético-jurídicas y religiosas acerca de la vida y la muerte en el escenario del debate bioético
- La tecnociencia, la calidad de vida y la justicia sanitaria frente a los derechos individuales y colectivos de una vida y una muerte dignas⁴⁷.

Trasplantes

El trasplante de órganos se considera como la principal terapia de elección en patologías orgánicas en estado avanzado y con fallo irreversible de la función del órgano. El trasplante de órganos, tejidos y células, no depende únicamente de los avances técnicos y farmacológicos, sino más bien y principalmente de la sociedad en su conjunto. Los altruistas donantes ceden parte de sus cuerpos para propios y extraños. Esto hace que se identifiquen una serie de factores que pueden influir en el proceso de donación, como la calidad y organización de los sistemas de salud, la formación y experiencia profesional, la inclinación religiosa del conglomerado social y el marco normativo de esta actividad. Actualmente se reconoce que existe un incremento significativamente mayor de demanda de órganos en contraste con una menor donación de órganos

47 (García Banderas y Estevez M, 2010)

a nivel mundial. La lista de espera de enfermos para recibir un órgano siguen creciendo ⁴⁸.

Según Organs Watch (OMS), de los 70.000 riñones trasplantados anualmente a nivel mundial, 20.000 provienen de donantes vivos, de los cuales 10.000 se obtienen de forma ilícita. El desplazamiento de enfermos a la espera de un órgano hacia países en los cuales se puede comprar órganos de donantes vivos o fallecidos, o bien, a través de la inclusión ilegítima en las listas de espera locales, ilustran el conjunto de problemas de carácter ético y legal.

A partir de la Declaración de Estambul (2008), se definió que el tráfico de órganos incluía al menos tres elementos claves:

- Una acción de reclutamiento, transporte, transferencia o recepción de donantes vivos, fallecidos o de sus órganos.
- Un medio a través del cual se ejecuta la acción como el uso de la fuerza u otras formas de coerción, abducción, fraude, decepción, abuso de poder o de posición de vulnerabilidad o bien pago y/o recibo de dinero o beneficios para conseguir el consentimiento de una persona o de un tercero para tener el control sobre el donante.
- Un propósito de explotación humana para extraer los órganos para el trasplante.

Ahora, y dada su relevancia resumimos algunas definiciones aceptadas internacionalmente en esta materia:

- **Comercialización del trasplante:** práctica en la que un órgano humano es tratado como un producto, siendo vendido o comprado para obtener una ganancia material.
- **Viaje para el trasplante:** el movimiento de órganos, donantes, receptores o profesionales del trasplante entre fronteras jurisdiccionales con el propósito de realizar trasplantes de órganos.
- **Turismo de trasplante:** el viaje para el trasplante se convierte en turismo de trasplante, si: a) incluye tráfico de órganos y/o comercialización del trasplante, b) los recursos (órganos, profesionales y centros de trasplante) son usados para proveer de un trasplante a pacientes de otro país o región y se hace en

48 (Balleste, 2016)

detrimento de la capacidad del país para proveer de trasplantes a su propia población

- **Mercado negro de órganos:** mercado ilegal de órganos para el trasplante que coexiste con un sistema legal de donación de órganos.

El tráfico de órganos viola taxativamente los principios de la Bioética de no maleficencia, autonomía y justicia, además de dañar gravemente la integridad de la profesión médica y menoscabar la confianza de la población en el trasplante de órganos realizados con oportunidad ética y técnica ⁴⁹.

Las voluntades anticipadas y la limitación de esfuerzo terapéutico

La Comisión de Ética de la Sociedad Catalana-Balear de Cuidados Paliativos ha elaborado el siguiente Decálogo de Derechos del Enfermo próximo a la muerte ⁵⁰.

El enfermo terminal tiene derecho a:

- Ser tratado como persona humana hasta el fin de su vida.
- Recibir una atención personalizada.
- Participar de las decisiones que afecten a los cuidados que necesita.
- Que se le apliquen los medios necesarios para combatir el dolor.
- Recibir respuesta adecuada y honesta a sus preguntas dándole toda la información que él pueda asumir e integrar.
- Mantener su jerarquía de valores y no ser discriminado porque sus decisiones pueden ser distintas a las de sus cuidadores.
- Mantener y expresar su fe.
- Ser tratado por profesionales competentes, capacitados para la comunicación y que puedan ayudarle a enfrentarse con la muerte.
- Recibir el consuelo de la familia y amigos que desee que le acompañen en el proceso de su enfermedad y en la muerte.
- Morir en paz y con dignidad.

49 (Balleste, 2016)

50 (Vidal, 1994)

El Comité de Bioética de Cataluña formula algunas consideraciones respecto a la formulación del Documento de Voluntades Anticipadas (DVA) entre las cuales se encuentra el respeto y la promoción de la autonomía del paciente, autonomía que, mediante un DVA, se prolonga cuando éste no puede decidir por sí mismo.

La realización de un DVA, y sobre todo el proceso de reflexión e información que implica el otorgamiento, posibilita el conocimiento de los deseos y valores del paciente, para así poder influir en las futuras decisiones que le afecten. Se trata de una forma de continuar ejerciendo el derecho a ser respetado con los propios valores, asegurando que este respeto se mantendrá cuando se presente una situación de mayor vulnerabilidad.

Si bien el documento de voluntades anticipadas es único, se recomienda en la práctica hacer constar lo siguiente:

- **Los criterios** que tengan en cuenta la priorización de los valores y las expectativas personales.
- **Las situaciones** sanitarias concretas en que quiere que se tenga en cuenta las instrucciones.
- **Instrucciones y límites** ya más concretos en la actuación médica ante decisiones previstas, sobre todo cuando se tiene información de probabilidades evolutivas.
- **El representante** es la persona que se nombra para que actúe como interlocutor válido y necesario con el médico o el equipo sanitario, para que en el caso de que el otorgante no pueda expresar su voluntad por sí mismo, lo sustituya en la interpretación y aplicación de las instrucciones, los criterios y los principios expresados.
- También pueden especificarse **otras consideraciones**, como ratificar la voluntad de donación de órganos, etc.

El principio ético, que sustenta al “testamento vital” es el de la autonomía de la persona; vale decir aquella capacidad de escoger libremente y tomar decisiones, la biografía del hombre se va escribiendo a lo largo de su vida y ésta constituye por la suma de sus actos buenos o malos, acertados o erróneos, exitosos o fallidos y si el ser humano es por esencia un ente autónomo se puede concluir que es un hecho de suprema autonomía el decidir respecto a su calidad de vida y a la muerte digna como colofón de la misma.

El otro principio que entra en juego es el de “no maleficencia”. El “*Primum non nocere*” hipocrático que debe estar presente en la mente del médico, para que sus actuaciones alivien el dolor del enfermo y no prolonguen su sufrimiento.

Surge entonces la pregunta: ¿la vida humana es un derecho o una obligación?, nuestra opinión personal es que participa de las dos cosas.

Se sostiene que el derecho a la vida debe ser respetado desde el momento mismo de la concepción y éste es el argumento para estar en contra del aborto y la eugenesia. El hombre viene al mundo como producto del azar a vivir en un tiempo y lugar no escogidos por él y a lo largo de su existencia, en uso de su libertad elige y da cuenta de sus actos, ya que es responsable de los mismos; lo que no creo es que tenga obligación de soportar una vida reducida a lo meramente biológico, que actualmente con los medios disponibles puede prolongarse, como no sucedía en antaño. Este tipo de supervivencia no creo que entre en el plan divino y peor en el humano.

Séneca el estoico decía que “el bien no está en vivir, sino en vivir bien. El sabio vive mientras debe vivir, no mientras pueda vivir y siempre calibrará la vida en cuanto a su calidad nunca en cuanto a su cantidad”. Consecuente con lo anterior afirma que no tiene sentido morir con dolor o tortura, sino buscar la muerte más dulce.

En definitiva, el testamento vital es un documento que plasma las aspiraciones libres de los hombres, respecto a las postrimerías de su vida⁵¹.

Salud sexual y reproductiva

Los Derechos Sexuales y Reproductivos tienen la categoría de Derechos Humanos, por lo tanto, son inalienables, integrales e indivisibles respecto de los Derechos Humanos universales. Por la complejidad del tema, “los Derechos sexuales y reproductivos se deben encarar con un enfoque integral que incluye defender los derechos de las personas a tomar decisiones libres y responsables sobre su sexualidad y su reproducción sin estar sujetos a ningún tipo de coerción, discriminación o violencia”.

Sin pretender realizar una enumeración exhaustiva, algunos autores proponen la necesidad de pensar como Derechos Sexuales, reproductivos

51 (García Banderas y Estevez M, 2010)

y/o vinculados a la maternidad/ paternidad —aunque diferenciados entre sí— a los siguientes (Lubertino, 1996):

- El derecho al libre ejercicio de la sexualidad, sin discriminaciones ni violencia de ningún tipo.
- El derecho al placer sexual (función recreativa y no reproductiva de la sexualidad).
- El derecho sobre el propio cuerpo (que es más abarcativo que lo sexual o lo reproductivo).
- El derecho a la educación sexual.
- El derecho al acceso a la información y a los servicios de anticoncepción.
- El derecho a la interrupción voluntaria del embarazo en condiciones de seguridad e higiene.
- El derecho a la maternidad/paternidad voluntaria y responsable —como función social— derecho al acceso a la información y al tratamiento, en su caso, frente a la esterilidad.
- El derecho a la maternidad/paternidad adoptiva.
- El derecho de la embarazada y/o de la pareja a una orientación durante el embarazo y hacia el parto y la crianza del hijo/a.
- El derecho a la atención y asistencia materno-infantil integral, humanizada y gratuita, incluyendo los controles prenatales, la asistencia hacia el trabajo de parto y el puerperio.
- El derecho de la pareja embarazada al ejercicio de su sexualidad.

Epidemiología y salud pública.

Las dramáticas condiciones de vida derivadas de las grandes desigualdades sociales en amplios sectores de la población, han determinado una serie de presiones a favor de una intervención pública con la intención de contener y paliar tales intenciones. El proceso que se ha derivado de estas acciones estatales encuentra sus pasos cruciales en la transición de la beneficencia pública al sistema contributivo de seguridad social. Titmuss, establece tres modelos tipológicos de políticas sociales: 1) la residual o de asistencia pública, 2) la particular y 3) la institucional o redistributiva (Titmuss, 1981).

El llamado “bienestar social” se ha ido configurando en las sociedades modernas como uno de los valores determinantes de su organización para mejorar las condiciones de vida de las personas, en miras a la equidad. Esta finalidad ha sido una constante en la historia de la civilización. Esta noción de bienestar trasciende los aspectos exclusivamente culturales, e incluye actualmente como ingredientes a factores esenciales, inicialmente descuidados, y niveles de sofisticación que en un principio no eran exigidos respecto a otras dimensiones del hombre moderno. La asistencia sanitaria es un bien social “primario” y su aplicación universal y eficiente, no es éticamente discutible. Es una obligación justa y obligatoria de la moral pública.

John Rawls (1921-2002) elaboró una detallada, influyente y debatida teoría de la justicia, la cual concierne no sólo a cuestiones estrictamente morales sino a la mayoría de actividades humanas, tales como sistemas jurídicos, sanitarios, instituciones políticas, formas de organización social etc. J. Rawls, considera que “la justicia es la primera virtud de las instituciones sociales, como la verdad lo es de los sistemas de pensamiento”.

Su teoría se orienta a dar las precisiones necesarias y a proporcionar las interpretaciones que se consideran admisibles en casos especialmente difíciles; y la presenta como un modelo del que pueden derivarse las prescripciones a adoptarse en circunstancias determinadas.

Toma como el punto de partida la filosofía de Kant, quien define a la persona como un absoluto moral, es decir como un ente autónomo y con capacidad de desarrollar su propio sentido de moralidad y justicia, de esta forma puede construir la idea de una “sociedad bien ordenada”, la misma que debe tener las siguientes características:

Será una sociedad en la que todos acepten y sepan que los demás aceptan los mismos principios de lo correcto y de lo justo.

Los miembros de esa sociedad serán personas morales, libres e iguales y como tales se verán a sí mismas, y unas a otras en sus relaciones políticas y sociales.

En una sociedad bien ordenada los hombres son iguales, porque se consideran entre sí con igual derecho a determinar y valorar los principios de justicia que han de gobernar la estructura básica de su sociedad. Y son libres porque tienen derecho a plantear opiniones para diseñar instituciones comunes en nombre de sus propios intereses y metas.

Plantados así los pilares fundamentales; se puede aplicar lo que Rawls llama el “constructivismo Kantiano” el cual permitiría construir materialmente la idea de justicia. Al establecer un puente entre las ideas de

“Persona moral y sociedad bien ordenada”; se sitúa en la “posición original”, la cual consiste en la postura básica que adoptarán los ciudadanos para que todos pudieran vivir como personas morales, libres e iguales, sin tomar en cuenta las ventajas y desventajas derivadas de las condiciones naturales y del azar social, una vida de calidad.

Aplicado a la atención de salud, el principio de igualdad de Rawls obliga a que los sistemas de prestación ofrezcan acceso a un determinado nivel de servicios médicos. El concepto fundamental es que en una sociedad justa se garantice el máximo grado de libertad y se combata la desigualdad aumentando los beneficios de los menos favorecidos y los más necesitados (García Banderas y Estévez, 2010).

Finalmente, Norman Daniels aplica la doctrina rawlsiana a la atención de salud, al postular que se deben implantar estos servicios con el objeto de que un mayor número de personas puedan aprovechar las oportunidades que brinda la sociedad. Afirma que cuando hay necesidades de salud, se deben superar obstáculos económicos, la idea de libertad de igualdad es una utopía. Insiste en que en cada etapa de la vida, incluso en la vejez debe haber una igualdad de oportunidades para poner en práctica el plan de vida; naturalmente que esto requiere planificación financiera, ya que los ancianos consumen mayores cantidades en la recuperación de su salud⁵².

La gestión de los datos y la inteligencia artificial

La palabra <inteligencia> proviene del latín *intelligentia* o *intellēctus*, que a su vez provienen del verbo *intellegere* —término compuesto de el prefijo *inter* («entre»), el verbo *legere* («leer, escoger, separar») — que significa comprender o percibir, el sufijo “nt” que indica agente y el sufijo “ia” que indica una cualidad. Todo esto junto, indica la cualidad (-ia) del que (-nt) sabe escoger (*legere*) entre (*inter-*) varias opciones. Es decir, ser inteligente es saber escoger la mejor alternativa entre varias, y también saber leer entre líneas. En definitiva, una persona inteligente es la que sabe discutir, analizar, deliberar y emitir un veredicto (tomar decisiones).

La palabra artificial (hecho por el hombre) viene del latín *artificialis*, formada por *ars*, *artis* = obra o trabajo que expresa mucha creatividad. La palabra latina *artis* se asocia a una raíz indoeuropea “*a-*” (ajustar, hacer, colocar). *Facere* = hacer y “*alis*” = relación o pertenencia.

52 (García Banderas y Estévez, 2010)

Según el Diccionario de la Real Academia, define a la Inteligencia Artificial (IA) como una disciplina científica que se ocupa de crear programas informáticos que ejecutan operaciones comparables a las que realiza la mente humana, como el aprendizaje o el razonamiento lógico.

En pocas palabras entonces, la Inteligencia Artificial (IA) corresponde a la capacidad de simulación de la inteligencia humana por parte de las máquinas. Dicho de otro modo, ésta es una disciplina científica que trata de crear sistemas capaces de aprender y razonar como lo hace un ser humano. Se pretende que estos sistemas aprendan de la experiencia, averigüen cómo resolver problemas frente a ciertas condiciones dilemáticas, que contrasten información, en definitiva, lleven a cabo tareas lógicas y “razonadas”.

El hecho de que un sistema posea hardware humanoide y actúa físicamente como tal es un campo perteneciente a la robótica, y se aleja del concepto de la IA, que se centra más en emular el modo de pensar y razonar de los humanos.

Sin embargo, cabe destacar que, de conseguir un sistema que pudiera aprender y pensar como un humano, poseería notables ventajas sobre éste gracias a su velocidad y capacidad de cálculo y de toma de decisiones.

El Informe anticipado sobre IA en salud: retos éticos y legales (2020) señala que hoy en día los sistemas de información, y en concreto la Inteligencia Artificial (IA), están jugando un papel muy importante en la transformación digital de nuestro entorno. La IA busca emular la inteligencia humana a través de algoritmos y herramientas computacionales para generar conocimiento de manera autónoma a partir del análisis de gran cantidad de datos. El número de aplicaciones de IA aumenta exponencialmente, siendo cada vez más complejas y sofisticadas.

Además, también son más las áreas en las que encuentran aplicación, desde el sector financiero hasta el sector sanitario. En concreto, en este último campo, se prevé que las herramientas de IA contribuirán a la realización de tareas sencillas y repetitivas que consumen el tiempo del personal sanitario, liberándose para que realicen otro tipo de tareas asistenciales de más valor. Pero también a la resolución de problemas complejos de salud, como la detección de la predisposición a desarrollar enfermedades, la detección de portadores de enfermedades hereditarias o la predicción de la respuesta individual a tratamientos.

Estos algoritmos de IA sirven para su desarrollo y aprendizaje del uso masivo de datos que pertenecen a los individuos. Es necesario tener en cuenta que los individuos tienen derechos sobre sus datos,

que hay que respetar, y el hecho de que las herramientas basadas en IA empleen dichos datos puede entrar en conflicto con los derechos de los individuos, planteando retos desde el punto de vista ético y legal. Además, existen otras cuestiones que, dado el ritmo vertiginoso de aplicación de estas herramientas, hay que tener en consideración y plantear para darles respuesta.

Por ejemplo, el riesgo de identificar los datos del paciente, la capacidad de las herramientas de IA para establecer relaciones entre datos a través de del *big data*, el riesgo de que se tomen decisiones sesgadas con base en estos datos, la tendencia a la automatización y la opacidad sobre los elementos esenciales y sobre el proceso por el que un sistema de IA ha llegado a una conclusión que se suman al debate sobre quién debe ser responsable de los resultados de la aplicación de IA en el campo de la salud. Es por esto que, de cara a poder trasladar estas herramientas a la práctica clínica y contribuir a la digitalización de la Medicina Personalizada de Precisión en el futuro, los profesionales sanitarios, científicos, juristas, poderes públicos y la sociedad en general deberán enfrentarse y buscar de manera conjunta soluciones a estos retos. Soluciones que, sin que estas herramientas suponen la sustitución del profesional sanitario, permitan que los sistemas de IA se empleen en la práctica clínica por profesionales pasando por la elaboración de códigos de conducta internacionales y garanticen los derechos de los individuos (Roche F. I., 2020) ⁵³.

En épocas recientes se han explorado nuevas aplicaciones de la IA, así como su posible impacto social: los sistemas de reconocimiento facial, juguetes inteligentes y la optimización de la atención médica. También han sido consideradas las responsabilidades de los desarrolladores y formuladores de políticas asociadas con las tecnologías emergentes.

Otros desafíos constituyen el desarrollo de fármacos, dados sus altos costos y períodos largos de IyD. Es bien conocido que el uso de los medicamentos lleva asociadas las reacciones no deseadas, los llamados efectos secundarios. Cuando los efectos secundarios provocados por un nuevo fármaco superan los beneficios de la función terapéutica del mismo, este será descartado. Este es el motivo principal por el que solo un pequeño porcentaje de las moléculas candidatas que comienzan los ensayos clínicos acaban siendo medicamentos. El daño hepático, o como se conoce en inglés *drug induced liver injury* (DILI), es una de las causas más frecuentes por las cuales el desarrollo de nuevos fármacos es abandonado. El daño hepático o DILI se produce por la toxicidad propia del fármaco y, aunque

53 (Roche F., 2020)

tiene una incidencia relativamente alta (20 sobre 10 000 habitantes), las causas no son totalmente conocidas. Teniendo en cuenta el coste económico, material y humano que comporta el desarrollo de un nuevo fármaco, ser capaces de predecir su seguridad en el momento del desarrollo (y más concretamente si este será potencialmente causante de DILI) es altamente conveniente para optimizar el proceso de descubrimiento.

En este sentido, recientemente se ha puesto al alcance de la comunidad científica un método computacional para predecir si un fármaco es susceptible de causar DILI. El método está basado en IA⁵⁴ y el uso de datos masivos, conocido en inglés como *Big Data*, y se presentó a una competición internacional que evalúa la fiabilidad de métodos de predicción. Los resultados obtenidos en dicha competición internacional validó el uso del método propuesto por Fernández, de la Universidad Central de Cataluña, para la predicción de DILI que, aun no siendo perfecto, tiene un elevado nivel de acierto.

Los métodos basados en IA según estos investigadores presentan dos grandes ventajas que los hacen muy deseables en tareas de predicción. La primera es que pueden utilizar datos de muy variada naturaleza e integrarlos de forma fácil y conveniente. En su caso, el método utilizó información a nivel fenotípico, genético, de estructura química de las moléculas y las respectivas dianas terapéuticas. La segunda gran ventaja de estos métodos es la capacidad de encontrar patrones y conexiones que no serían tan obvios mediante un proceso de aprendizaje autónomo (Fernandez, Oliva, y Aguirre Plans, 2021)⁵⁵.

Otra aplicación y manejo de los Big Data es el del ADN. En un momento en el que producimos cada vez más datos y surge la cuestión de su almacenamiento, los biólogos interesados en este problema han recurrido a uno de los “discos duros” más compactos disponibles: el ADN. En efecto, esta macromolécula presente en todas las células contiene toda la información necesaria para el correcto funcionamiento y reproducción de estas, codificada en sus cuatro bases adenina, citosina, guanina y timina. Sobre este principio, ¿no podría contener datos creados por seres humanos, codificados en las bases del ADN como están en forma de ceros y unos en una computadora? En los últimos años, muchas investigaciones se han centrado en la posibilidad de almacenar datos en el ADN, ya sea in vivo (dentro de las células) o in vitro . Esta solución tecnológica sería, según sus impulsores , una forma de dar respuesta a las dificultades de

54 Inteligencia Artificial

55 (Fernandez L. , 2020)

almacenamiento de datos que surgirán en unos años. La cantidad global de datos digitales se estimó en 2018 en 33 zettabytes (billones de billones de bytes) y se duplica cada dos o tres años.

El almacenamiento de datos en discos duros o cintas magnéticas requiere cada vez más espacio. Por tanto, requiere más recursos en infraestructura y energía. Las células contienen el material genético necesario para mantenerlas vivas y permitirles reproducirse. ¿Podríamos también codificar libros en ADN, por ejemplo en bacterias (aquí, *E. coli*)? NIAID, Wikipedia , CC BY ¿Será el ADN el futuro del almacenamiento de datos? Por último, el almacenamiento tradicional no es muy duradero, por lo que los datos archivados en CD o cintas magnéticas deben transferirse aproximadamente cada 10 años. Estos son los nuevos desafíos de la utilización de datos en IA (Tanner, 2021).

La inteligencia artificial ha demostrado un gran avance en la detección, diagnóstico y tratamiento de enfermedades. Aprendizaje profundo basado en redes neuronales artificiales, ha habilitado aplicaciones con niveles de alto desempeño como en tareas que incluyen la interpretación de imágenes médicas y descubrimiento de compuestos farmacológicos. Hace más de un año, una pequeña compañía estadounidense del ámbito médico, Geisenger, publicó unos resultados sorprendentes sobre la aplicación de IA para estimar el riesgo de muerte a corto plazo en pacientes con ciertas patologías cardíacas, utilizando su electrocardiograma.

Para ello entrenaron a una red neuronal con casi dos millones de electrocardiogramas de casi 400.000 personas. Al final esta IA, basada en una técnica conocida como “aprendizaje profundo”, obtuvo unos resultados mejores que los de los cardiólogos. Los médicos, además, no fueron capaces de encontrar con posterioridad ningún patrón o señal de riesgo en aquellos electrocardiogramas que la máquina había identificado correctamente donde ellos habían fallado.

La IA había encontrado algo en la señal electrocardiográfica que los expertos humanos no eran capaces de detectar. Las redes de neuronas artificiales. Estas redes neuronales usan arquitecturas de aprendizaje formadas por modelos matemáticos muy simples de neuronas. Estás, en un número de miles o decenas de miles, y profusamente interconectadas —en general en capas, como una lasaña, suponen en total cientos de miles o incluso millones de conexiones. Estas conexiones se asocian a valores, denominados “pesos”, que resultan fundamentales en el proceso de obtención de una respuesta a cada entrada aplicada a la red neuronal.

Esta respuesta puede corresponderse, según el caso, con un diagnóstico, con la identificación de un objeto sobre una imagen o con la traducción al español de una frase en inglés. La adecuada selección de estos pesos se realiza durante el entrenamiento de la red sobre conjuntos de datos de entrenamiento. El proceso suele ser muy exigente en cuanto al número y la representatividad de los ejemplos sobre los que aprender, así como los recursos computacionales que se requieren para ello ⁵⁶.

Conclusiones

En el futuro veremos máquinas autónomas actuando en el mismo medio ambiente como seres humanos, en áreas tan diversas como la conducción, la tecnología de asistencia y el cuidado de la salud. Pensemos estos escenarios compartidos con vehículos autónomos, robots acompañantes de ancianos y sistemas de apoyo al diagnóstico médico.

También será necesario pensar que los humanos y las máquinas a menudo necesitarán trabajar juntos y acordar decisiones comunes. Así, los sistemas colectivos de toma de decisiones serán híbridos y muy necesarios para unos y para otros.

En estos escenarios, tanto las máquinas como los sistemas de toma de decisiones colectivos deben seguir alguna forma de valores morales y principios éticos (adecuados al lugar donde actuarán, pero siempre alineados con los humanos, con nosotros, los creadores), así como las limitaciones de seguridad. De hecho, los humanos aceptarían y confiarán en más máquinas que se comporten tan éticamente como otros seres humanos en el mismo entorno. También, estos principios facilitan que las máquinas determinen sus acciones y expliquen sus comportamientos en términos comprensibles para los humanos. Además, a menudo las máquinas y los humanos tendrán que tomar decisiones juntos, ya sea por consenso o llegando a un compromiso programado.

Esto se facilita compartiendo valores morales y principios éticos entre máquinas y humanos ⁵⁷.

⁵⁶ (Ameneiro y Alonso Moral, 2020)

⁵⁷ (Greene, 2016)

Referencias

- Ameneiro, S. B., y Alonso Moral, J. M. (30 de Noviembre de 2020). Las inteligencias artificiales deberían poder razonar sus explicaciones. *The Conversation*.
- Astudillo, W. (1995). *Cuidados del enfermo en fase terminal*. Quito: Editorial Universitaria.
- Balleste, C. (2016). Donación y trasplante de órganos y tejidos: ¿altruismo o negocio? En M. Casado, *De la solidaridad al mercado. El cuerpo humano y el comercio biotecnológico* (págs. 235-247). Barcelona: Universitat de Barcelona Ediciones.
- Bieri, P. (2017). *La dignidad humana*. Barcelona: Herder.
- Camps, V. (2001). *Una vida de calidad. Reflexiones sobre Bioética*. Barcelona: Ares y Mares.
- Casado, M. (2019). *SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. Sobre educación sexual, anticonce*. Barcelona: OByD.
- Cortina, A. (2017). *Aporofobia, el rechazo al pobre*. Barcelona: Paidós.
- Estevez M., E., y García Banderas, A. (2009). *Bioética de Intervención*. Quito: Imprenta Terán.
- Fernández, A., y Tajer, D. (2005). Los abortos y sus significaciones imaginarias: dispositivos políticos sobre los cuerpos de las mujeres. En S. Checa, *Realidades y coyunturas del aborto. Entre el derecho y la necesidad* (págs. 2-19). Buenos Aires: Paidós.
- Fernández, L. (2020). Sombra aquí, sombra allá: reconocimiento facial discriminatorio. *The Conversation*.
- Fernández, N., Oliva, B., y Aguirre Plans, J. (23 de Mayo de 2021). Inteligencia artificial para predecir si un fármaco producirá daño hepático. *The Conversation*.
- Foucault, M. (2019). *Historia de la sexualidad 4. Las confesiones de la carne*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Galeotti, G. (2004). *Historia del aborto*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- García Banderas, A., y Estevez M, E. (2010). *Bioética Clínica*. Quito: Imprenta Terán.
- Goetschel, A. (2021). *Historias de rebelión y castigo. El aborto en el Ecuador en la primera mitad del siglo XX*. Quito: Editorial FLACSO.
- Greene, J. (2016). Our driverless dilemma. *Science*, 1514-15.
- Kuhse, H. (1995). La Eutanasia. En P. Singer, *Compendio de ética* (pág. 405). Madrid: Alianza Diccionarios.
- Lewis, C. S. (2008). *La abolición del hombre*. 2008: Encuentro.
- Lubertino, M. (1996). *Los derechos reproductivos en la Argentina*. Buenos Aires: CEDES. Obtenido de www.ispm.org.ar
- Marina, J. A. (1995). *Ética para Náufragos*. Barcelona: Anagrama.
- Noboa Cruz, H. (14 de diciembre de 2021). Aborto por violación, un enfoque de salud pública. *La línea de fuego*.
- Ríos, R. (2007). *Michel Foucault y la condición gay*. Madrid: Campo de Ideas.

- Roche, F. (2020). *Informe Anticipado Inteligencia Artificial en Salud: retos éticos y legales*. Madrid: Ascendo Consulting Sanidad y Farma.
- Singer, P. (2002). *Una vida ética: escritos*. Madrid: Taurus.
- Sloterdijk, P. (2008). *El desprecio de las masas. Ensayo sobre las luchas culturales de la sociedad moderna*. Valencia: Pre-Textos.
- Sloterdijk, P. (2011). *El desprecio de las masas*. Valencia: Pre-Textos.
- Tanner, I. (23 de Mayo de 2021). ¿Será el ADN el futuro del almacenamiento de datos? *The Conversation*.
- Titmuss, R. (1981). *Política Social*. Barcelona: Ariel.
- Torrealba Rosello, F. (2005). ¿Qué es la dignidad humana? Barcelona: Herder.
- Vidal, M. (1994). *Eutanasia: Un reto a la conciencia*. Madrid: Editorial San Pablo.

CAPÍTULO IX

Ética en psiquiatría y psicología⁵⁸

Gustavo Vega Delgado

Este capítulo introduce el tema relacionado a la psiquiatría y a la psicología con la moral, la deontología, la ética y la Bioética aborda luego cuatro aspectos dominantes sobre la materia —cada uno de ellos con varias vertientes y derivaciones— a saber: investigación científica, asistencia y prácticas profesionales, docencia universitaria, y gestión y gerencia.

Ética y axiología

La filosofía se subclasifica en tres ramas: la filosofía del ser, que a su vez se divide en metafísica u ontología general y metafísicas especiales.

58 **Colaboración: Doctora Fanny Grijalva. Editora y comunicadora. Control y calidad lingüística. Egresada de Derecho Aury Villavicencio. Asistente de investigación de la Rectoría de la Universidad Internacional del Ecuador. Revisión y actualización jurídica. Edición corregida y aumentada. La primera versión se encuentra publicada en: Ética para todos. Coordinación de León Roldós Aguilera. Editorial Ariel. (2004).

La filosofía del conocer, que se divide en lógica, gnoseología y epistemología —una suerte de filosofía de las ciencias—; la tercera rama es la filosofía del hacer, filosofía práctica, cuyas subramas son la ética y la axiología.

Aristóteles inicia la sistematización de la ética escribiendo en torno a ella dos obras principales: *Ética a Nicómaco*, dedicado a su hijo, y *La gran ética*; parecía ser que la calificación del ethos y de los actos buenos y malos, hasta bien entrado el siglo XX, no implicaba mayor controversia en el debate filosófico; sin embargo, con el impulso vertiginoso de las ciencias y de la tecnología, se hizo cada vez más necesario disponer de criterios más objetivos para cualificar los actos humanos.

Max Scheler crea la axiología como disciplina de los valores humanos, asunto gravitacional a la hora de entender mejor el proceso ético. Wilhelm Spranger, por su parte, a través de su libro formas de vida, clasifica los seres humanos en homo “social”, “político”, “científico”, “artístico”, “religioso”, además de otras variables si los valores fundamentales que perseguían giraban respectivamente en torno a la solidaridad ciudadana, la gobernabilidad y el poder, la verdad y sus connotaciones, la belleza y la estética, y la dimensión espiritual. Así la axiología viene a complementar un vacío indispensable y a ofrecer el fundamento necesario para su ejercicio; la teoría de los valores representa, pues una suerte de prólogo obligado de la ética y de la moral.

Diálogo entre las ciencias

Galileo Galilei escribe en los albores del Renacimiento un libro crucial: diálogos acerca de las Ciencias (Galilei, G., 1945), para denotar los debates intensos entre el tradicional método deductivo y el inductivo, este último que recién nacía en la historia de las ciencias. Simplicio y Salviati los dos personajes de su obra, representaban a Aristóteles y a Galileo mismo; tomando prestada esta idea matriz, es imprescindible al tratar el presente trabajo, establecer un diálogo cordial pero desembozado, entre lo moral, lo ético y lo axiológico en tanto ramas de la filosofía; a su vez, ellas deben entrar en contacto con la Bioética en cuanto ciencia interdisciplinaria en lo concerniente a la vida y todas estas ramas, con las ciencias mentales en el momento de tratar las connotaciones de la eticidad, frente a la teoría y la práctica de la psiquiatría y la psicología en un mundo actual y posmoderno.

Epistemología, ética y las ciencias de la mente

Uno de los efectos notables en los campos de la psiquiatría y la psicología es el derivado de la cientificidad y sus conceptos; el principio de inconmensurabilidad de Feyerabend y el de incertidumbre de Heisenberg, fueron dos de las importantes teorías que impactaron en la discusión sobre la validez y los límites del conocimiento en general.

En el campo de la salud, dado además que su análisis central descansa en el ser humano, las imprecisiones deleznable de su abordaje son mucho más posibles, siendo la medicina no sólo una ciencia sino un arte, los efectos de la perspectiva y de la subjetividad dejarían mucho más a descubierto las variaciones de su base científica.

A ello se añade que la psiquiatría, como rama de la medicina, y la psicología, como ciencia afín y directamente emparentada, ofrecen espacios propicios para enfoques, a veces poco precisos, pues su estatuto científico no se rige por aquel que prima en las ciencias fácticas. La ética en estas ramas se afecta no solo por algunas indefiniciones del contenido científico y el problema del conocimiento, sino porque siendo ellas ciencias inacabadas y sujetas a incesante evolución, precisan acondicionamientos constantes.

El epistemólogo y filósofo de las ciencias Mario Bunge ha esgrimido desde la Universidad de McGill en Montreal, su tesis de que el psicoanálisis es una pseudociencia. Concede, sin embargo, el valor de patrimonio del conocimiento de la humanidad a esta disciplina, que ha aportado con varias vertientes. El conductismo clásico de Watson y el operante de Skinner, así como la reflexología clásica de Pavlov, por su parte, han cuestionado los valores de la subjetividad, la introspección y los actos de conciencia, en el dominio de la psicología y sus ciencias conexas, ensayando colocar ingredientes de la mayor objetividad científica sobre sus tendencias y escuelas.

La medicina tradicional, cuestionada originalmente en su estatuto científico, cede cada vez más paso a su legitimidad también en los paradigmas occidentales. Enfermedades propias de la psiquiatría transcultural como el *Imu* entre los Ainú del Japón, el *Shock del Yang* o *Koro* entre los chinos, la *Bouffé Delirante Argue* en Haití, el *Pibloktoq* o histeria ártica entre los inuit o esquimales, la *Psicosis Windingo* o *Whitiko* entre los indios ojibwa del noroeste del Canadá y Estados Unidos, el *Susto* o *Espanto* de Latinoamérica, entre otras tantas entidades, consideradas antes como

expresiones pre o anticientíficas, son ahora objeto respetado de una visión alternativa al conocimiento occidental (Gallagher III, B.J., 1999).

Detrás del debate sobre el conocimiento, su validez y legitimidad, están por supuesto la ética y la axiología —como disciplinas de los actos buenos y malos y de los valores, respectivamente—. Dado que la política es el espacio pertinente para la ética pública, algunos cuerpos legales, como la Constitución Ecuatoriana de 1998, amparaba y estimula las medicinas vernáculas y alternativas a la luz del saber ancestral de los pueblos.

En la Constitución de 2008, sin embargo, la doctrina tomada de Bolivia del *sumak kawsay* o el buen vivir y la plurinacionalidad sobre la pluriculturalidad han abonado nuevos debates sobre los saberes ancestrales de los pueblos nativos como fuente renovada del conocimiento. Es cierto sin embargo que el término “sumak kawsay” como reza en la Constitución, de alguna manera es una copia de lo que consta en la Constitución de Bolivia que en sí mismo es muy conveniente y lúcido aunque en la práctica, el gobierno que impulsó la Constitución de Montecristi falló en impulsar esta política del buen vivir.

Dado el debate citado, las universidades y en particular las facultades afines al campo deben abordar los dilemas del conocimiento, su ética o su aplicación a la práctica profesional. (Sarmiento, P.J., 2001a).

Moralidad, deontología, eticidad y Bioética

Más allá de las vertientes etimológicas propias, distinciones y aproximaciones se han propuesto tradicionalmente entre la moral y la ética. Las territoriales propias y específicas de lo moral, atada a los credos religiosos y la ética, a las disciplinas filosóficas, no tienen ya una estricta vigencia (Olmedo Ll, F., 1998).

Las deontologías, en cuanto disciplinas de los deberes profesionales, son aún materia actual y permanente; los deberes del médico, del psicólogo, del abogado y de todas las profesiones humanas, continúan siendo parte sustancial de la moralidad laboral. Sin embargo, la ética supera las ataduras de los puros deberes, hacia un campo más amplio y dinámico que integra también los derechos.

T. Engelhardt, uno de los principales tratadistas de la Bioética, se refiere a “amigos” y “extraños” morales para señalar la búsqueda diversa y polisémica de la moral. Justicia sanitaria, biodiversidad, genética son

escenarios importantes. Lo pragmático, lo ético y lo moral son diversos usos de la Razón Práctica según Habermas, siguiendo la concepción Kantiana básica sobre lo moral (Díaz E., 2002).

La Bioética nació bajo una doble perspectiva. La perspectiva de la Universidad de Wisconsin partió con el libro de Van Rensselaer Potter en 1971: *La Bioética, puente hacia el futuro*; se la abordó como una disciplina con un carácter abiertamente científico y percibida de modo interdisciplinario, cuyas raíces se extienden a la ecología, a la demografía, tanto como a la biología molecular. La perspectiva de la Georgetown University de Washington D.C. a través de su Instituto Kennedy de Ética, en 1972, lo consideró como una rama de la filosofía y una extensión más del viejo terreno de la ética médica y profesional. (Vélez, L., 2003).

La psiquiatría y la psicología ingresan mucho más pertinentemente a la discusión ética, a la luz de la perspectiva potteriana, en donde se sienten menos ajenas que bajo la perspectiva de Georgetown. Siguiendo dos opciones integradoras, se ha propuesto, sin embargo, que la Bioética sea un puente entre el saber científico y la cultura humanística (Cano, F., 2002).

Psiquiatría y psicología

Cuando nació la psiquiatría, lo hizo conjuntamente con la neurología: los primeros cultores ejercían las dos disciplinas en forma indivisible: paulatinamente, con el avance y el desarrollo de estas ramas, se han reparado de alguna manera el objeto de estudio; pues mientras la neurología se centra en el cerebro y el sistema nervioso, la psiquiatría se centra en la mente y sus imbricaciones; sin embargo, así como al neurólogo no le puede ser ajena la mente, tampoco al psiquiatra le debe ser ajeno el cerebro.

La *psiquiatría* es una rama de la medicina que se especializa en la salud-enfermedad mental. La *psicología* es una disciplina humana que tiene su propio objeto de estudio. Las diferencias estriban en que la segunda no es parte de la medicina, aunque la psicología clínica conlleva el manejo de pacientes. Ciencias del comportamiento o ciencias de la mente, son términos compatibles e intercambiables que a lo largo de este trabajo se utilizan para referirse a las dos disciplinas. Más que ramas antagónicas son perfectamente conexas y su trabajo compartido y en equipo es imprescindible en el mundo de hoy. Remanencias de pugna profesional entre psiquiatras y psicólogos —cuando se trata de una lucha

por el mercado laboral y el prestigio profesional— deben ser observadas no solo como actitudes retardatarias en el campo de la ciencias, sino como reacciones reñidas con la ética profesional.

Bioética, medio ambiente y ciencias del comportamiento

La crítica al progreso y al progreso del progreso, no solo implica abordar los efectos del deterioro medioambiental en la salud integral, sino en la mental en particular. El ruido y la contaminación han impactado fuertemente en el deterioro de la salud mental de las poblaciones especialmente urbanas y, en forma indirecta, el efecto invernadero y la deforestación, en la calidad de vida de poblaciones rurales y urbanas.

El concepto de calidad de vida integra necesariamente la dimensión psicológica y psiquiátrica. Si una forma de definir la psicología implica la consideración del comportamiento humano (evito decir *conducta* para no sugerir un sesgo de la psicología, al exclusivo y parcial campo de conductismo como escuela psicológica) es indudable que los profundos cambios medioambientales han influenciado radicalmente en los comportamientos humanos individuales y colectivos.

Las sequías y el hambre en África, por ejemplo, han elevado considerablemente los conflictos interétnicos y las guerras tribales entre poblaciones sujetas a tales catástrofes. El aumento del ruido eleva las tasas de neurosis —según la clasificación ICD de la OMS de las enfermedades mentales— y de los trastornos de personalidad —a la luz de la DSM de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana—. Los llamados “saqueos famélicos”, en Argentina, luego de la crisis del 2002 se elevaron notoriamente. Es inferible que efectos en la seguridad ciudadana se observan cada vez más en una América Latina cuyo 40 % de la población sobrevive con menos de un dólar por día y en el solo caso del Ecuador el 21 % de la población sobrevive con diecisiete dólares por mes. (Ribadeneira, S. et.al., 2003). Según reportes de la FAO, 1,2 millones de personas —de las 6 mil millones— en el planeta sobreviven con un dólar diario y 800 millones de seres humanos padecen de hambre, homicidios y suicidios han cambiado su perfil en los último diez años en el mundo, tanto que en países como Ecuador, la primera causa de muerte de las mujeres entre el grupo de edad de 15 a 24 años es precisamente el suicidio. En los últimos años estas estadísticas son inclusive más alarmantes.

Parte de los derechos humanos de tercera generación constituye el campo de los derechos medioambientales. El riesgo del agotamiento del planeta lo ha abordado con profundidad Hans Jonas en su obra: *El principio de responsabilidad* (Jonas, H., 1979). Ha dicho, en metáfora, que así como en los Estados Unidos se colocó la Estatua de la Libertad en la costa este, se debe erigir otra similar, la Estatua de la Responsabilidad, en la costa oeste del país. En su obra capital, aquí citada, el subtítulo es decidor: *Ensayo de una ética para la civilización tecnológica*.

Una obra asimismo representativa de este pensador es: *The Phenomenon of life: toward a philosophical biology* (Jonas, H., 1966). Se han realizado, a su vez, acercamientos a su pensamiento desde el ángulo bioético (Sequeira, J.E., 2001).

La Bioética de Potter coloca un puente entre las humanidades y las ciencias biológicas, cuyo contenido no es sólo asunto de los ecologistas sino de los eticistas. Se ha señalado además la importancia de la *casa*, entendida en sentido literal obedeciendo a la genealogía de la palabra ecología: de *Oikos*, casa. Se ha enfatizado sobre la superación del antropocentrismo utilitarista, ante lo que el premio Nobel, médico y teórico Schwitzer, llama la ética de la vida, cuestionando la razón instrumental. Jürgen Habermas, por su parte, insiste en lo que denomina “el mundo de la vida”, para oponer lo suyo a la luz de una crítica de la razón instrumental. Aldo Leopold, de la Universidad de Wisconsin, ha defendido su tesis de la relación hombre-natura, más allá de la dicotomía cartesiana *res cogitans – res extensa* (Sarmiento, J., 2001b).

Bioética, salud pública y mental en el Ecuador

Siendo la Bioética un término inicialmente acuñado en 1971, en América Latina con un prolongado retraso, durante el 37 Consejo Directivo de la OPS en 1994 se creó el Programa Regional de Bioética con sede en la ciudad de Santiago de Chile. Los boletines regionales sobre Bioética han tomado persistencia (OPS/OMS, 2003). En Ecuador, el 8 de junio de 2000 se abordó oficialmente la Bioética en el IX Seminario Nacional de Educación Médica, Evolución y Perspectivas Bioéticas (Afeme, 2000).

Respecto a la legislación sobre Bioética y salud pública, el Código Civil establece ciertas disposiciones sobre impericia, negligencia, imprudencia y dolo aplicables al ejercicio profesional de los médicos como parte del capítulo de los delitos y cuasidelitos; asimismo, el Código Orgánico

Integral Penal que entró en vigencia desde el año 2014, regula el homicidio culposo por mala práctica profesional.

Leyes específicas están aprobadas en relación a la Bioética: La Ley Orgánica de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células vigente desde el 2011 y la Ley de Derechos y Amparo al Paciente con su última reforma en el 2006, que —en concordancia con la Ley Orgánica de Salud— consigna los derechos de los pacientes a una atención digna, a no ser discriminados, a la confidencialidad, a la información y a la toma de decisiones en forma autónoma.

Temas específicos en materia de psicología y psiquiatría no constan directamente en los cuerpos referidos. Desde el 2003, Wilson Cueva Román, expresidente de la Asociación Psiquiátrica Ecuatoriana ha evidenciado esta situación ante los ministros de Salud Pública del país para que aspectos relevantes de la rama ingresen al debate de actualización del Código de la Salud.

Al respecto cabe indicar que, en el 2012 ingresó un primer borrador de lo que se esperaba sería el nuevo Código Orgánico de la Salud, para el 2016 la iniciativa tomó fuerza recogiendo temas como el fortalecimiento del primer nivel de atención, así como prevención y promoción de la salud. En agosto de 2020 la Asamblea Nacional decidió aprobar el proyecto, sin embargo, para octubre del mismo año el presidente Lenin Moreno decidió vetar este cuerpo normativo bajo la premisa de que el mismo tenía vacíos técnicos y científicos, aunque fue de conocimiento público la resistencia de grupos conservadores respecto a la regulación del derecho al aborto que se incluía en el Código referido. Para enero de 2022 ha entrado otra vez al debate de la Asamblea Nacional si el aborto por violación se mantiene o es cuestionado después de la decisión de la Corte Constitucional, en donde fuerzas conservadoras del país pugnan por derogar de forma definitiva la decisión del aborto por violación.

Posiciones punitivas y persecutorias al personal de salud primaron al momento de redactar los cuerpos legales diversos, cuyo debate todavía no está cerrado.

Malestar en la cultura

Se viven épocas difíciles para la sociedad en general. Particularmente en el campo de la salud mental, la situación en el planeta ha probado

incrementos dramáticos de ansiedad, depresión, fobias y trastornos derivados del estrés y de las enfermedades psicosomáticas.

La exdirectora general de la OMS, Gro Harlem Brunstland, se pregunta ¿porqué este incremento? y responde con tres argumentos:

- Razona que con el aumento de la esperanza de vida al nacer, siendo que la población tiende a vivir más tiempo, parece estar más propensa a pugnar con los problemas del cuerpo que con los de la mente.
- Señala que los grupos vulnerables, o las personas que atraviesan situaciones vulnerables, estaban antes mejor protegidos por redes sociales y familiares de solidaridad, en tanto que hoy parecen estar menos predispuestas dichas redes a ofrecer su ayuda.

Finalmente, endosa la situación a la mercantilización y comercialización de la existencia humana. (Laboratorios Roche, 2003). El Premio Nobel portugués, José Saramago, ha dicho con frontalidad que hoy el hombre “se ha vuelto descartable” como las jeringuillas hipodérmicas, como los guantes de quirófano.

La pandemia del coronavirus, Covid-19, que se extiende por cerca de dos años y con la aparición de diversas cepas como delta y ómicron, ha empeorado más aún la deteriorada salud mental a nivel general. El maltrato doméstico, según reportes de la OMS, se ha elevado en un 600 % en tiempos de pandemia; y luego de momentos de confinamiento y de crisis financiera, el suicidio se ha disparado aceleradamente (Vega, G. 2020).

La pérdida del sentido de la vida y su desilusión iluminaron antes varias obras en el pensamiento. *El malestar en la cultura* fue una obra pionera (Freud, S. ed., 1973) para referirse a las pulsiones del Id o el Ello, en riesgo de hacer que el Yo sucumba ante la fuerza de las pasiones inconscientes que desestabilizan la conciencia. Marx, en *Miseria de la filosofía* (Marx, K., 1973) a través de su crítica de Proudhon, se refiere al extravío de las ciencias en abordar el problema del hombre.

La obra *El hombre en busca de sentido* (Frankl, V., 1991) inaugura para las ciencias mentales la noesiterapia y la logoterapia, en donde el núcleo duro de la solución existencia del ser humano radica en una perspectiva ética sobre la espiritualidad en la madura concepción filosófica sobre el sufrimiento humano. A la luz de un mundo consumista, los deseos buscan la satisfacción inmediata (Ciaramelli, F., 2001). C.G. Jung ya había dicho

que las primeras psicoterapias en la historia del ser humano, más que científicas eran espirituales: fe, esperanza y caridad, las virtudes teologales. Presiones de consumo refinado en países desarrollados o en las élites de los que están en vías de desarrollo, ofrecen disfrutes transitorios, en donde se extravía una búsqueda falsa para lograr estándares de la salud mental.

Es indispensable cambiar el gozo de comprar, por valores profundos y trascendentes del hombre (Sábato, E., 2000).

El desafío de la futura Bioética es que, más que nunca, poseemos conocimiento científico y capacidad tecnológica; sin embargo no tenemos la mínima noción de cómo utilizarlos, siendo que la crisis de nuestra era es la de haber adquirido un poder inesperado que debemos usar en medio del caos de un mundo postradicional, poscristiano y posmoderno (H.T. Engelhardt).

Investigación con seres humanos en ciencias mentales

Luego de los juicios de Nuremberg, en donde se comprobó que el doctor Mengele y sus colaboradores ejercieron su profesión al servicio nazi, torturando, asesinando y violentando innumerables leyes naturales de los detenidos en los campos de concentración, se empezó a reglamentar los criterios para el buen manejo de la investigación científica en las ciencias de la vida. Las normas Bioéticas en seres humanos son:

- El beneficio a la humanidad no debe oponerse al daño que se haga a una persona.
- El beneficio de la investigación debe ser mayor que los riesgos de daño que se deriven del desarrollo de la misma.
- Durante la investigación se debe salvaguardar no sólo la autonomía y la vida de los sujetos en los cuales se experimenta, sino también su integridad física, psíquica y social, siguiendo el principio Kantiano de que ningún ser humano es un medio sino un fin.
- Debe obtenerse un consentimiento pleno e informado del sujeto que va a participar en la investigación (Vélez, L., 2003).

En el campo de la psicología, un acontecimiento especial ocurrió en un momento de la historia con Watson, el científico del conductismo. Esta situación cambió el rumbo de la ética en cuanto al manejo de la investigación con humanos en la psiquiatría y en las ciencias psicológicas. Watson,

en un orfanato, experimentó con el niño Albert, produciéndole fobias de laboratorio: mediante diversos estímulos nocivos desencadenó miedos y crisis obsesivas en el huérfano. Posteriormente, cuando el resultado de las observaciones afinaba la teoría de la conducta generada, el citado científico y su equipo se propusieron ingresar a buscar el tratamiento con el niño. Lastimosamente cuando así se decidió, el niño Albert había abandonado el orfanato, desconociéndose su destino (Wadeley, A. y Blasco, T., 1995).

Un hecho de ciencia ficción en el cine representó un acontecimiento relevante en lo concerniente al debate sobre la experimentación ética de la psiquiatría y la psicología con humanos. En la cinta *A clockwork Orange* (Kubrik, S., 1971), traducida al español como “La naranja mecánica”, basada en un libro que llevó el propio nombre que sirvió de guion para la producción cinematográfica citada, los papeles estelares los interpretaron Malcolm McDowell, Patrick Magee y Michael Bates; representaron a un grupo de psicópatas que fueron sometidos a “lavados cerebrales” para despertar tratamientos aversivos, en contra de la violencia física y de las violaciones sexuales, conductas que eran rutinarias de la pandilla. Mediante técnicas estresantes, lograron producir vómitos y reacciones adversas, cada vez que los sujetos experimentados presenciaban en proyecciones, situaciones de violencia y sexo. Se logró mediante tal efecto, convertirlos en seres inocuos, ante las psicopatías que antes ellos provocan cotidianamente. Pero a la vez, el impacto en su dignidad humana y en su condición de normalidad se afectó de tal forma que se convirtieron en seres temerosos, enfermizos y neurotizados.

La ética en la investigación puede ser enfocada desde varias perspectivas. Una de ellas es cuando se asiste a distinguir un proceso, mediante el enfoque del tiempo observado; así, una investigación puede ser de corto y otra de largo plazo. La justificación, la selección, el consentimiento informado, el derecho a abandonar la investigación en cualquier momento, son requisitos que la ética ha ido acuñando a lo largo de la práctica real de tipo profesional.

Con relación a la investigación de largo alcance, un histórico como controversial asunto ético ocurrió con el Tuskegee Report, en el cual durante cuatro décadas se investigó el curso que tomaba la enfermedad de la sífilis con un grupo de la población afro-norteamericana del sur de Estados Unidos; en dicho estudio se decidió no dar antibióticos a los investigados, a pesar de que ya varios de ellos habían sido descubiertos durante tiempos más recientes a la investigación; tal omisión fue calificada como claramente antiética (William J. y Curran J.D., 1974).

Por el contrario, un estudio a largo plazo que hizo celebridad por la paciencia científica y la tenacidad, que empero no implicó controversias éticas lo llevó a cabo McClelland y McCord y McCord, a través de su obra publicada, *The drinking man*, siguiendo las directrices teóricas de Alfred Adler, entorno a su concepción del sentimiento de inferioridad y búsqueda del poder, decidieron, durante varias décadas, investigar las razones por las que una población ingería alcohol desde épocas de infancia hasta su adultez y seguir a los que hicieron alcoholismo y beber por problemático, frente a los que no desarrollaron esta enfermedad adictiva, concluyendo —desde el ángulo de sus propias perspectivas e interpretaciones— que la razón central de la bebida en los investigados a largo plazo, se debía a la búsqueda de poder.

Investigación con animales

Dos oleadas históricas se presentaron en relación a las actitudes de la sociedad frente a la experimentación con animales. La primera, de tinte radical, tomó partido por la posición antiviviseccionista, que prohibía cortar, mutilar animales vivos y, por extensión, combatía la decisión de medicarlos y utilizarlos en nombre de la ciencia.

En 1975, luego de la publicación del libro de Peter Singer en Gran Bretaña, *Animal Liberation*, los planteamientos fueron más moderados y las condiciones y requisitos para experimentar con animales, se aceptaron con beneficio de inventario (Wadeley, A. y Blasco, T., 1995). A partir de esta oleada, se empezó a hablar por primera vez de los derechos de los animales, asunto que antes tenía exclusiva restricción para los seres humanos (Singer, P., 1990).

Ordenanzas para la protección de los animales han dispuesto por ejemplo, los municipios de Cuenca y Quito en el Ecuador. Y en Bahía de Caráquez, la activista por los derechos de la naturaleza y los animales, Verónica Fernández Orrantía, ha creado un escenario extraordinario para animales abandonados por el terremoto del 2016 y también luego del feroz impacto de la pandemia, logrando que en su programa de protección de animales se adopten a centenares de canes, gatos e incluso asnos que habían sido abandonados a su suerte. Se trata de una tarea progresista y espectacular en el campo de la defensa de los animales.

Asistencia y práctica profesional

Consentimiento informado en psiquiatría y psicología

A pesar de que algunos pacientes mentales pueden carecer de autonomía y derecho a su libre determinación, es siempre ético recibir autorización del consentimiento a ser tratado. En casos extremos, por falta de juicio, raciocinio, conciencia y otras funciones indispensables para su decisión, la familia siempre debe involucrarse en dicha autorización. La única situación en donde se puede prescindir de la voluntad de tratamiento de un paciente es en el caso de una emergencia psiquiátrica, definida ésta como la reclusión o medicación temporal y forzada, por alta probabilidad de daño físico propio o a otros. Cabe, sin duda, partir la opinión de otro psiquiatra o del *staff* profesional. El paciente debe ser reevaluado cada 48 o 72 horas para definir si el tratamiento puede ser reiterado (Vélez, L., 2003).

Sexualidad y ética

Los aspectos derivados de la sexualidad y del afecto ocupan importantes capitales en la ética de la psicología y la psiquiatría. A partir del título de la obra poética de Ovidio, *Ars Amandi*, Erick Fromm se ocupó, entre tantos, sobre este problema en su clásico libro *El Arte de Amar*, una investigación sobre la naturaleza del amor (Fromm, E., ed. 1990). Intensos cambios ha experimentado la sociedad frente a la sexualidad, tanto que distintos enfoques culturales salpican fuertemente la ética sobre ella. El destape de los inhibidores de la sociedad norteamericana frente al sexo y a la sexualidad lo inició Alfred Kinsey a través de sus encuestas y estadísticas sobre las prácticas sexuales, y un discípulo radical de Freud, Wilhelm Reich, migrado a Maine en Estados Unidos, desarrolló una teoría propia: la Orgasmología, en la que señala muchos de los derechos humanos frente a la sexualidad (López Ibor, J., 1970). Las múltiples teorías, a veces confrontantes sobre el tema, siempre interesan a la academia pero sobre todo a la práctica cotidiana de culturas y pueblos.

La infibulación, ablación del clítoris o circuncisión femenina, practicada ancestralmente por algunas culturas africanas y también asiáticas —creencia cultural combatida fuertemente por los activistas de los derechos humanos—, la autoinmolación en el fuego, por las viudas en la cultura y religión hindú, las creencias andinas sobre una

preñez sobrenatural provocada por el arco iris o *cuiching* —tanto como las tolerancias e indulgencias sociales frente a ello— y, también de las serranías de los Andes, el mito del *chuzalongo*, un duende que persigue y asesina a las mujeres a través de su gigante miembro viril, son ejemplos todos de las impregnaciones de la cultura, sus creencias y prácticas y de la ética sobre la sexualidad y el amor.

El Satí es una ceremonia que consiste en la autoinmolación de las viudas que al lanzarse sobre la empalizada en donde se crema el cadáver del marido como una aparente muestra de amor, ellas prefieren ser sacrificadas por el fuego luego de la extinción física de sus esposos. Este ritual ha tenido distintas lecturas dado que una viuda en el concepto del hinduismo pierde todos sus derechos económicos e incluso su estatus social, por lo que pasa a ser un acto no sólo místico, sino de protección contra un futuro incierto y doloroso que le queda por sobrellevar ante la pérdida masiva de sus derechos humanos.

Desde Kant se han definido los radicales trascendentales de la persona humana como una manifestación subjetiva de la primacía del pensar sobre lo sensible. Esos radicales de la persona son la libertad, el don, la coexistencia, el carácter además, el conocer, el amor, la intimidad, la novedad y la irreductibilidad (Gamboa, G., 2002).

El embarazo de las adolescentes es un acontecimiento que impacta fuertemente en varios países en donde la represión sexual va de la mano con la falta de información sobre métodos de protección de la fecundación. El SIDA, en buena parte transmitido sexualmente, ha disminuido fuertemente en Brasil gracias a la información masiva. Holanda y Bélgica legalizaron el matrimonio entre lésbicas y entre *gays*, y avanzan en el debate legal sobre la oportunidad de adoptar hijos por parte de parejas homosexuales. El compositor, pianista y cantante británico Elton John elevado al rango de Sir por la reina Inglaterra, el artista con su esposo homosexual David Furnish tienen dos hijos por delegación de embarazo, Zacarías y Elías. En Ecuador, a pesar de posiciones legales conservadoras, conozco parejas homosexuales que tienen hijos adoptados —desde su nacimiento— y lo hacen con el afecto que muchas veces no se observa en padres heterosexuales.

La polaridad de los criterios científicos y éticos sobre la sexualidad siempre desatará visiones polisémicas. Por ejemplo, el debate de si cabe o no tratamiento para la homosexualidad, una vez que fue erradicada como enfermedad mental, a partir del Congreso de Hawai de la Asociación Psiquiátrica Mundial en 1977, se ha reactivado (Van den Aardweg, 2000).

Por otro lado, dado la cambiante apertura ante la orientación sexual y las decisiones libres de las personas en esta materia, incluso pensadores relevantes —como el caso de Michael Foucault— han confesado públicamente su condición propia de homosexualidad.

Científicos como el padre de la inteligencia artificial, Alan Turing, quién descifró el lenguaje críptico de Enigma y que a pesar de ser un héroe de guerra por acortar el término de la Segunda Guerra Mundial alrededor de tres o cuatro años, por su condición de ser homosexual⁵⁹ fue condenado a prisión en Inglaterra y finalmente a un debatido suicidio o quizás homicidio con una manzana envenenada. Cuando al pasar de los tiempos los defensores de Turing demandaron que se retire la sanción que había pesado sobre él para resarcir moralmente su imagen, la reina de Inglaterra ordenó se disponga el levantamiento de la sanción que pesaba sobre la marginación histórica de la que Turing había sido sujeto y objeto; sin embargo, el entonces Primer Ministro de Gran Bretaña, ultraconservador, se resistió a hacerlo, bajo el argumento de que en el tiempo en que fue acusado, la homosexualidad era un delito y por tanto no podía levantar la sanción.

Como homenaje a él, Steve Jobs puso como símbolo de su firma, Apple, una manzana mordida, precisamente porque Turing prefirió probablemente morder una manzana envenenada con la cuál murió.

El recientemente elegido presidente, Gabriel Boric —el presidente más joven de la historia de Chile con 35 años— acaba de anunciar su gabinete para el próximo periodo, encargando el Ministerio de Educación a Marco Antonio Ávila, homosexual declarado. Corrientes de tolerancia y apertura sobre la orientación de género se evidencian cada vez más en la política internacional.

Un acontecimiento imprescindible a la luz de la ética sobre la sexualidad es el capítulo sobre los derechos sexuales, aceptados a partir del XIII Congreso Mundial de Sexología, celebrado en Valencia, España, capítulo revisado y aprobado por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología el 26 de agosto de 1999 en el XIV Congreso Mundial de la rama en Hong Kong.

59 El autor de la presente investigación tiene varios trabajos en donde ha abordado desde el punto de vista científico el tema de la homosexualidad, evitando en lo posible que continúe la vulnerabilidad y marginalidad que las sociedades con fuertes credos religiosos, sociales y culturales, han satanizado y anatemizado la homosexualidad. Por eso es que en unos casos, pensadores, artistas y demás personas de las diferentes ramas del conocimiento han asumido su sexualidad como parte del tenor de las épocas y el orgullo gay se ha celebrado con fuerza cada vez más convocante. En el caso de la particular forma de aceptar o rechazar la homosexualidad, cabe recordar que la Asociación Psiquiátrica Mundial desde su congreso en Hawái, la retiró de la lista de enfermedades mentales.

Los citados derechos son:

- El derecho a la libertad sexual, el que excluye la coacción, la explotación y el abuso.
- El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo.
- El derecho a la privacidad sexual, siempre y cuando no interfiera en los derechos sexuales de otros.
- El derecho a la equidad sexual, que se opone a la discriminación de sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase, religión o limitación física o emocional.
- El derecho al placer sexual, incluyendo el autoerotismo.
- El derecho a la expresión, que va más allá del erotismo hacia la emoción y el amor.
- El derecho a la libre asociación sexual, a contraer o no matrimonio, a divorciarse y a otras asociaciones sexuales responsables.
- El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables, que abarca el tener o no hijos y el acceso a métodos de regulación de la fecundidad.
- El derecho a la información basada en el conocimiento científico, la investigación científica, la ética y la difusión.
- El derecho a la educación sexual integral, que parta desde el nacimiento e involucre a las instituciones sociales.
- El derecho a la atención de la salud sexual, la prevención y el tratamiento (Rodríguez Castelo, R., 2003).

Algunos dilemas éticos en ciencias mentales

La psicocirugía o lobotomía—inicialmente propuesta por Burkhardt—gracias a la información masiva ha sido uno de los temas más espinosos de la psiquiatría de antaño. En la modernidad, es una práctica en desuso. Los aspectos morales de esta controvertida técnica produjeron intensos debates éticos. Terreno propio de la religión, la moral católica también ha discutido sus implicaciones, y desde mediados del siglo XX se tendía solamente a justificar cuando se dictamina médicamente como el único tratamiento de una grave enfermedad mental o de un inaguantable dolor

(Catholic Hospital, USA y Canadá, 1995). Desde el ángulo combinado de la ciencia y a la vez de la religión, este tema crucial ha sido tratado en un pionero trabajo ético y psiquiátrico, por quien es a la vez doctor en ciencias y sacerdote religioso (Schuman, S.I., 1974).

Técnicas innovadoras en su tiempo pronto se revirtieron en obsoletas, tanto que practicarlas hoy sería no solo antiético sino ingenuo, como es la piretoterapia —concretamente la malarioterapia— iniciada por Jules von Wagner-Jauregg, y el coma insulínico propuesto por M. Sakel, para tratar pacientes psicóticos. Con el advenimiento de los medicamentos antipsicóticos de última generación, el electrochoque —propuesto por L.V. Meduna y perfeccionado por Cerletti y Bini— entra cada vez más en desuso, reservándose sin embargo, para casos extremos de alto riesgo suicida que no se controle con las técnicas convencionales y para casos de psicóticos refractarios.

Durante la segunda mitad del siglo XX, otros aspectos psicológicos y psiquiátricos puestos en la lupa de la controversia ética han sido: la narco síntesis, el hipnotismo, la experimentación humana en la rama, la vivisección —o el cortar a un sujeto viviente—, los injertos y trasplantes, la mutilación, incluida en el sistema generador y la esterilización eugenésica (O' Donnell, T., 1965). Estas técnicas sin embargo, manejadas con regulaciones morales y científicas y en contextos de consentimiento informado, pueden ser valiosos aliados éticos en las terapias.

En varios países de Mesoamérica, tras largas contiendas de guerra civil, se acuñó oficialmente el término “desaparecidos” para quienes se presumía su muerte tras detenciones en cruentas guerras civiles, pero que nunca sus cadáveres aparecieron. En varias dictaduras, la presunción de ausencia, la declaración de ausencia y la presunción de muerte —como denomina la psiquiatría forense clásica— (Vargas, E., 1999) es un largo proceso que moviliza a la sociedad civil en forma altamente participativa. Tal es el caso de Las Madres de la Plaza de Mayo, en Argentina, tras la denominada Guerra Sucia entre el 79 y el 83, y los activismos a favor de la desaparición de los hermanos Restrepo en Ecuador. El enfoque de psicoterapia para las familias de los desaparecidos se convirtió en una verdadera sub especialidad profesional en las ciencias del comportamiento, que abarca importantes decisiones éticas y científicas. En el caso de Argentina, la genética ofreció aclaraciones indispensables para probar el origen parental de los hijos y nietos de los desaparecidos.

En Ecuador, dada la desaparición de varios aviones durante transportes de rutina en rutas nacionales, muchas familias nunca supieron sobre el

hallazgo de sus víctimas; una de esas naves, encontrada tras largo tiempo, cerró la zozobra de la incertidumbre; se confirmó así el axioma clásico de la psiquiatría que una respuesta dolorosa pero segura, finalmente es menos sufrible que una respuesta dolorosa aunque dubitativa.

Un dilema que atraviesa la práctica psicológica y psiquiátrica cotidiana tiene que ver con la relación cara a cara entre el médico y su paciente y las instituciones que tienen sus propias reglas, ante las cuales trabaja; tales interacciones desencadenan controversias y polaridades reales. Invocando a Mateo, el evangelista:

Ningún hombre puede servir a dos maestros”, un proverbio inglés por su parte apunta: “No man may serve two masters for that one corrupted the other”. George Bernard Shaw en su libro *Saint Joan* mencionó de modo más simple: “Masters two will not do. (Shestack, J., 1974).

Cuellos de botella para la ética son varios temas que la ciencia y la tecnología han puesto en la catapulta del desarrollo, como el de los trasplantes de órganos y el de los nuevos anticonceptivos (Seminario Internacional de Bioética, 2002). Es también polémico y controversial, tanto para eticistas como para psiquiatras y psicólogos, las difíciles decisiones con relación a la reasignación de sexo (Di Pietro, M.L., 2000). No tan actuales, pero siempre complejas, son las asesorías psicológicas ante los temas de la adopción y la inseminación artificial. Las dismorfofobias y sus impactos en diversos diagnósticos secundarios y, en algunos casos, la búsqueda de la cirugía estética para corregir disconformidades con el yo físico de las personas, es un tema que especialmente en poblaciones jóvenes, ha presentado alta frecuencia y complejas decisiones Bioéticas y psiquiátricas.

Los trasplantes de órganos ocupan un importante interés científico y ético actual, así como el tema de tráfico de órganos reporta aún jugosas ganancias para bandas internacionales. La antigua práctica médica de las transfusiones sanguíneas —que es quizá la primera forma de trasplante que la ciencia intentó— ofrece impactos de riesgo ético serio, en especial en materia de la transmisión del SIDA. Las transfusiones sanguíneas, por otro lado, presentan dilemas y nudos en la ética profesional, frente a personas que necesitando a veces por cuestiones de vida o muerte, sus credos religiosos respectivos les impiden donar o recibir sangre; los Testigos de Jehová prohíben a sus fieles tal práctica. Entre el respeto a la religión de los pacientes y el alto riesgo de mantenerlo con vida si se violenta dicho respeto ajeno, dista toda una gama de reacciones éticas profesionales. Si consultado el paciente sobre dichos riesgos para su vida de no recibir

una transfusión e informado debidamente, y si éste se encuentra en pleno juicio, se debe acatar la decisión final del paciente en esta materia.

En enero de 2022, el primer trasplante exitoso inmediato de un corazón de cerdo, mutado genéticamente para evitar el rechazo inmunológico, se dio bajo el paraguas de la universidad de Maryland en Estados Unidos. Dada la escasez de órganos humanos y los conflictos legales para ser utilizados, la ciencia explora volver exitoso el sistema de xenoinjertos.

El manejo ético y psiquiátrico frente al dolor y el sufrimiento es un capítulo importante. El dolor del alma, la trascendencia del dolor anímico, las condiciones que disminuyen la capacidad protectora del dolor, el rechazo y la rebeldía frente al sufrimiento así como su aceptación y sublimación, son asuntos que en la práctica del psiquiatra y del psicólogo deben revertirse de un enfoque moral (Barrientos, T., 2001).

El dilema frente a las aseguradoras de salud implica varias dificultades. La mayor parte de ellas no cubren los costos de los servicios psiquiátricos y psicológicos. Bajo la opinión de que los costos de recuperación para las aseguradoras serían muy reducidos en casos de la consulta en enfermedades mentales, la mayor parte de dichas compañías y empresas no cubren costos parciales por hospitalización, ni consultas ambulatorias, tampoco medicamentos de especialidad. Psiquiatras y psicólogos, por su parte, claman que si se trataran a tiempo muchas de las enfermedades mentales, su control evitaría que surjan consultas y costos —humanos y económicos— en otras de las especialidades de la salud, en tanto derivaciones de padecimientos mentales inicialmente. Otra dificultad estriba en la confidencialidad; puesto que la mayor parte de los diagnósticos de la psiquiatría y la psicología conllevan conductas profesionales expresas en torno al sigilo y el secreto, la posibilidad de reclamo por costos implicaría que el diagnóstico deba ser consignado para tales fines, asunto en muchos casos inadmisibles para la ética.

La práctica diaria del psiquiatra y del psicólogo enrostra situaciones difíciles en el campo de la ética, tanto que destellan rasgos de conflicto y riesgo de afecciones laborales en dichos profesionales. El dilema salta al análisis, cuando alguien que califica la anormalidad mental pueda no estar siempre predispuesto a conservar todas las características de dicha normalidad explorada. Las interconsultas, la supervisión, las juntas médicas y la discusión en la presentación de casos clínicos son espacios idóneos para someter con regularidad a la exploración indirecta sobre la situación mental de los tratantes. Cada actividad y cada especialidad tienen determinados riesgos laborales; en el caso de las

ciencias mentales, riesgos de impactos emocionales al tratar con pacientes mentales, riesgos de impactos emocionales al tratar con pacientes complejos han obligado a varios países a que, para prevenir el buen manejo de ciencia y ética, cada psicoterapeuta deba, para sí mismo, seguir periódicamente sesiones de psicoterapias como requisito para su propio ejercicio. Siguiendo a Freud, en un clásico de la literatura especializada: *Psicopatología de la vida cotidiana* (Freud, S., 1973), hay también, en el caso de los psiquiatras y psicólogos, riesgos reales de psicopatología de su vida cotidiana, en donde olvidos, equivocaciones, errores y actos fallidos, entranpan la práctica profesional diaria.

Derechos humanos de los pacientes mentales

Franco Basaglia, en la Italia de 1978, inauguró una nueva época en la ética de la salud mental, al lograr convencer a la comunidad y a la academia sobre la necesidad de aceptar tanto los derechos de los pacientes mentales como el principio del derecho al tratamiento.

Antes, a partir de la época de Pinel y Esquirol, en donde a finales del siglo XVIII se liberaron de las cadenas a los pacientes mentales, tuvo lugar un intenso debate sobre los derechos de los enfermos mentales. En la década de los setenta del siglo XX, la presidencia de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana, a cargo de Alfred Freedman, propuso la necesidad de acuñar los términos Psiquiatría Crítica, pues era imprescindible revisar varias de las normas clásicas en el manejo de los enfermos mentales. Las corrientes anti psiquiátricas de Cooper, su equipo de trabajo y su clásico Pabellón 21 de Londres, en donde experimentaron para poner en ristre sus teorías, cooperaron antes en cuestionar la ortodoxia, con base en su triple como controversial propuesta sobre el entendimiento de la enfermedad mental: anti nosológica, antiinstitucional y anti terapéutica: la enfermedad mental: —a la luz de la corriente antipsiquiátrica— no existía; por tanto no debían los pacientes ser membretados de enfermos mentales, tampoco hospitalizados, menos aún tratados.

Desde la perspectiva de la filosofía de las ciencias, un ingrediente importante en el cuestionamiento de la psiquiatría clásica lo lideró Michael Foucault, quien había escrito obras profundamente influyentes sobre los campos de la lingüística, el derecho, la medicina y la psiquiatría. *Historia de la locura en la época clásica*, *Historia de la sexualidad*, *El nacimiento de la Clínica*; *una arqueología de la mita médica*, fueron algunas de sus obras

afines al tema aquí tratado. Sobre el derecho y el sistema penitenciario, *Vigilar y castigar* representó su visión ácida colocada sobre el papel de las prisiones. La escuela, el hospital y la prisión son para Foucault las tres formas de enajenación del ser humano por parte de la sociedad. Gregory Bateson, con su obra *Pasos para la ecología de la mente*, se acepta que fue así mismo uno de los precursores de la corriente antipsiquiátrica.

Un sacerdote austríaco, que fundó en Cuernavaca, México, una escuela profundamente contestataria y que llevaba el seudónimo de “Ivan Illich”, muertos en el 2002, se abanderó, por su parte, de la principal crítica desde América Latina a la institucionalidad de la educación y de la salud. Sus dos obras epónimas se denominan: *Némesis médica o la expropiación de la salud* (Illich, I, 1975), en ellas plantea que en la salud de los pueblos no sólo que no ha tenido injerencia positiva el sistema médico occidental, sino que éste ha sido altamente lesivo. Por su parte, *La desescolarización de la sociedad* (Illich, I, 1972) constituye su obra en la cual defiende que el sistema educativo deseduca antes que lo contrario.

A fines de la década de los setenta y primeros años de los ochenta del siglo XX, la mitad más una de las camas hospitalarias de Canadá y Estados Unidos estaban ocupadas por pacientes mentales. Sobrevino la época del cierre de los hospitales de crónicos; el agotamiento de los resabios del sistema de manicomios presionó para que se crearán centros comunitarios de salud mental, para que se consolida en el Allan Memorial, anexo a la Universidad McGill de Montreal, el sistema de hospitalización parcial, hospitalización de día y hospitalización de noche, a fin de aparejar el tratamiento entre la casa y la sociedad con el hospital, práctica pionera que inició este centro de cuidados mentales desde temprano en 1912. Paulatinamente se creó el Sistema de Psiquiatría del Hospital General, para evitar marginar y etiquetar en franco divorcio a los pacientes con relación a los de las restantes especialidades.

Según el reportaje de la Deutsche Welle (DW), difundido en la programación de la cuarta semana de enero de 2022, en un muy elaborado proceso de investigación científica con el título de “Guerra en las sombras” documenta la contratación por la CIA del psicólogo de alta experticia internacional James Michel, por la increíble suma de 81 millones de dólares para que sofistique técnicas más elaboradas para los interrogatorios de las agencias internacionales que vigilan y practican espionaje internacional respecto de las personas detenidas.

Fruto del brusco cambio de política sanitaria mental, un considerable número de pacientes mentales empezó a deambular por las calles, sin

hogar; otros fueron detenidos e ingresaron a prisiones, tanto que la Asociación Psiquiátrica del Canadá concluyó que el cambio de política tuvo resultados menos satisfactorios en el impacto sobre los pacientes, que los que se suponía. Un trabajo de importante valor histórico sobre el seguimiento de este tema en la época del cierre masivo de los hospitales psiquiátricos, ha sido profusamente documentado (Robistscher, J., 1974).

La objeción de conciencia ha sido respetada por varias legislaciones internacionales. Amnesty International es una de las organizaciones que con mayor credibilidad mundial en materia de los derechos humanos, ha impulsado varias campañas para que los países respeten la objeción de conciencia.

En Ecuador, desde el 2008 se reconoce el derecho de objeción de conciencia en el artículo 66 de la Constitución: “12. El derecho a la objeción de conciencia, que no podrá menoscabar otros derechos, ni causar daño a las personas o a la naturaleza”. Por razones de conciencia o credo, las personas pueden rechazar los reclutamientos para el servicio militar. A la luz de un espíritu por la paz y mediante claras posiciones en contra de la violencia y de la guerra, infinidad de personas se han pronunciado en contra de ser forzadas a no obedecer a su conciencia, sintiéndose presionados para enfilarse en tales convocatorias, algunas de las cuales devienen en conflictos armados. Desde el ángulo de las autoridades, tales conductas son interpretadas como anti patrióticas y tildadas fácilmente de cobardes. Actitudes a favor de la objeción de conciencia, cada vez toman más partido.

Un asunto que toca el terreno de los derechos humanos de las personas, en la relación a la psiquiatría, psicología y otras especialidades afines, es el de las conductas autoinfligidas y el ayuno voluntario, que personas o grupos deciden, lo que por su parte involucra conductas a tomarse por parte de los profesionales de la salud. Si luego de informar correcta y diligentemente sobre los efectos que pueden ocasionar situaciones de ayuno voluntario, aquellas personas deciden mantener su actitud, el médico, el psiquiatra, el psicólogo no pueden proceder a alimentar a dichas personas a presión, pues la conciencia y libre voluntad de ellas deben ser respetada. Debe quedar claro que dichas personas deben estar en sano juicio y raciocinio para decidir su ayuno. Con miembros del IRA —Irish Revolutionary Army— ocurrió una situación dramática, cuando varios de ellos, a comienzos de la década de los ochenta en el siglo XX, decidieron seguir una huelga de hambre para protestar por el trato que recibían los católicos irlandeses por parte de la protestantes británicos. Tales personas llegaron a la muerte después de más de cien días de ayuno prolongado, asunto histórico y crucial que

sirvió para tomar criterios éticos respecto de las actitudes profesionales con relación a tales decisiones.

Brainwash⁶⁰

El “lavado cerebral” fue —quizás sigue siendo, en algunos lugares oscuros del planeta— una técnica perversa mediante la cual, usando herramientas de la psiquiatría y la psicología, se provocan cambios radicales en los patrones de comportamiento de los sujetos.

Max Eitington, un discípulo de Freud, utilizó técnicas de confesión para la KGB, mediante el uso de la tortura sumada a la persuasión. Hay fotos en las cuales constan Freud y Eitington; también otra clásica en donde Eitington posa junto a Bleuler, Otto Rank, Abraham, Jung, Ferenczi y toda la cúpula científica de la rama, durante el Congreso de la Asociación Psicoanalítica Internacional, en Weimar, Alemania, en septiembre de 1911 (Freud, S., 1973). Sin embargo, aquello obviamente no le involucra a Freud y los demás psicoanalistas, pues el discípulo mal usó las enseñanzas y experiencias de maestros y colegas y manejó el inconsciente y el psicoanálisis al servicio de la antiética.

Muchas veces, un invento o creación, originalmente neutro y usado de buena índole, puede ser sesgado hacia el mal. El psiquiatra y psicoanalista suizo Carl Gustav Jung, creador de la teoría del inconsciente colectivo y los arquetipos y creador de la clasificación de la personalidad en introvertidos y extrovertidos, también inventó el “detector de mentiras”. Tal dispositivo, lamentablemente, dejó de usarse por la psiquiatría y la psicología y pasó a ser dominio de la policía y agentes del orden, quienes no siempre lo usan apropiada como éticamente.

En otro orden de cosas, el propio Einstein se lamentó —con ribetes depresivos— el haber inspirado con sus descubrimientos científicos, el mal uso conferido a la fisión atómica y la creación de la bomba atómica con fines de exterminio.

El hijo de León Trotsky, León Sedov, fue envenenado en una clínica de París mientras había ingresado para ser tratado por una apendicitis. El ejecutor fue Ignace Reiss, exjefe de la KGB, tras órdenes expresas de Stalin. Es sabido que el hermano de Max Eitington, Leonid, se trasladó diligentemente a México para preparar el asesinato de León Trotsky, quien habría logrado asilo político, dadas las gestiones de Diego Rivera y

⁶⁰ Lavado cerebral

Frida Khalo, ante el presidente Lázaro Cárdenas. Al respecto cabe visitar y estudiar los materiales en la casa en donde vivió y fue asesinado Trotsky, la Casa Museo de Trotsky. Av. Río Churubusco, Coyoacán, México, D.F. (Léase además: Cueva, W., 2004).

Los totalitarismos han ofrecido espacios propicios para la crueldad, usando las ciencias en contra de los derechos de las personas. Particularmente los propios enfermos mentales han sido en la historia, blanco de afecciones contra la ética. Un tercio de los pacientes mentales fueron exterminados durante el Tercer Reich. Junto al doctor Mengele, el doctor Fritz Lenz, médico de Hitler, fue el “purificador de la raza” en Auschwitz.

Las páginas negras de la psiquiatría como lo llama Cueva Román, 2004 (op.Cit.) son penosamente múltiples. Fueron tales las atrocidades en las cuales habían caído los excesos del Stalinismo y su saga que, durante el Congreso Internacional de Psiquiatría en Hawái, en 1977, la delegación rusa fue expulsada por la participación de psiquiatras de ese país en la tortura institucionalizada. Ya antes, en la época zarista, cita el psiquiatra francés Ignace Leep, se torturaba a los presos ordenándolos trasladar piedras de un extremo al otro de la prisión, y por la tarde se les exigía devolver dichas piedras al lugar original; aquella práctica repetida cada día, cada semana, mes y durante años, termina por enloquecer a los detenidos, pues no hay peor tarea que la insulza y el sentido de completa inutilidad de lo que se hace. El Gulag, la estepa siberiana, las purgas del régimen soviético de que se empleaba las ciencias —particularmente los conocimientos de las ciencias del comportamiento— para torturar, someter, domesticar y reprimir la oposición política.

Varios regímenes realizaban con sus cautivos sometimientos a largos períodos de oscuridad, añadidos a un persistente redoblar de tambores, lo que enloquecía a los detenidos, buscando éxitos a través del empleo de una “psicología de la rendición”. El reverendo James McGready, de credo calvinista, se inscribió en esta propuesta.

En Norteamérica, el uso del *brainwash* siguió sus propios patrones. Sydney Gottlieb fue un psiquiatra contratado expresamente por Allen Dulles —hermano de John Foster Dulles, secretario de Estado del presidente Dwight Eisenhower— para practicar “lavados cerebrales”. También fue contratado para lo propio el psicólogo Richard Wendt; ambos usaron técnicas como el “sueño involuntario” y las “cámaras insonorizadas”, con el fin de extraer confesiones y extraviar la orientación y la salud mental de los sometidos. Así como los pilotos que pulsaron el lanzamiento de la bomba atómica en Nagasaki e Hiroshima, entraron, según se sabe por sus

biografías, en crisis existenciales y psiquiátricas de profunda culpa, uno de los psicólogos que describió cómo opera la conducta en el espacio sin sonido, en Winnipeg, Canadá, decidió suicidarse, al enterarse sobre el terrible uso antiético que se había dado a su técnica creada.

El doctor Ewen Cameron, fue otro de los controvertidos psiquiatras, que practicó largamente lavados cerebrales. Escocés de nacimiento, nacionalizado americano, trabajó en EUA y Canadá. Ideó la técnica de la “impulsión psíquica” y del “des patronaje” para sus manipulaciones de la mente. Época lúgubre esa, la del afamado *Allan Memorial Institute of Psychiatry* (el autor de estas líneas se formó en su posgrado en psiquiatría en dicho centro académico a fines de los años 1970 y los 80 del siglo XX), que permitió que en el seno de este célebre como ético Hospital, en donde los más logrados éxitos científicos en la rama se habían registrado en la memoria internacional, se experimentaran con Cameron técnicas lesivas contra la ética de las personas.

Basado en los Ejercicios Espirituales de San Ignacio de Loyola, en donde cada uno de ellos en forma simple y contundente estaba destinado a buscar un objetivo particular de conducta religiosa, Cameron recicló a San Ignacio, esta vez con fines de manipulación de la conducta humana. Mediante una suerte de “transferencia patológica” lograba que un secuestrado viera a sus captores como buenos. En parte, en este principio científico de alienación y expropiación del denominado “Síndrome de Estocolmo”, cuando en Suecia, una cautiva se enamoró de su captor y al ser liberada por las autoridades y sometido el secuestrador, ella contrató abogados para sacarle de prisión y finalmente casarse con él.

Distintos grupos terroristas siguen empleando técnicas de manipulación mental en el mundo. El doctor Aziz al Abud, formado en la Universidad Patricio Lumumba, sirvió para el grupo terrorista Hezbolá, usando con las personas técnicas de hostigamiento, aislamiento y miedo para producir reacciones mentales propiciadas e inducidas.

A pesar de que no compete al estricto tema del lavado cerebral, es preciso en este subcapítulo, citar el nombre de Radovan Karadzic, quien ejerciera el más alto nivel de gobierno durante la guerra de la extinta Yugoslavia. Karadzic, psiquiatra de profesión, fue expulsado de la Asociación Psiquiátrica Mundial, como un mecanismo de alta sanción moral, por cuanto la organización planetaria consideraba que su profesión de psiquiatra era incompatible con su irresponsabilidad ética al haber perpetrado crímenes contra lesa humanidad en la antigua Yugoslavia, usando el poder político para tan execrables fines.

La consulta profesional en ciencias mentales

El tiempo que se emplea en la consulta debe ser siempre mayor que en otras especialidades; la privacidad de la entrevista debe rodearse de los mejores elementos profesionales y éticos. El acceso al sonido debe especialmente ser evitado, pues la consulta especializada en psiquiatría y en psicología tiene a veces ribetes de un verdadero confesionario. La confidencialidad y el secreto médico y psicológico tienen connotaciones de mayor relieve. Si se trata de pacientes con enajenación mental, el respeto a su condición implica cuidar grandemente su falta de juicio, lógica o conciencia de enfermedad. La terapéutica debe ser siempre informada y consultada al paciente o sus familiares, si por su propia condición de enfermedad no pueden soportar un buen razonamiento. Se vive en general en la sociedad, un tiempo altamente propicio para que se propague la devaluación de la intimidad, asunto que debe ser éticamente cuestionado (Villaseñor, A., 2002).

Con relación al tema de la psiquiatría y su abordaje ético frente a la epidemia del siglo, el SIDA, varias obras se han propuesto en la materia (Llano, A., 1991) (Tomasevski, K., 1991).

Tanto los fármacos como las distintas técnicas psicológicas a aplicarse de acuerdo a las diferentes escuelas, deben ser suficientemente informados a los pacientes o familiares. El alta médica debe ser siempre sometida no sólo a criterios científicos de la profesión, sino a la aprobación de pacientes o familiares. No pueden ser sometidos a internamiento a la fuerza. Varios casos de hábeas corpus tramitan rutinariamente los alcaldes de diversas ciudades, porque por *vendettas* familiares o por situaciones derivadas de conflictos familiares, se obliga a miembros familiares a internarse en centros psiquiátricos, con la flagrante complicidad de estos, sin la aceptación de quienes se internan.

Si debe ser tratado un paciente ambulatoriamente o por internamiento, ello ha de ser sometido a un conjunto de condiciones y valoraciones. Riesgos de hacerse daño a sí mismo o a los demás, siguen siendo las primeras condiciones que avalan un internamiento de pacientes mentales en centros de salud.

Freud llevaba a su consulta sentado atrás de la cabecera del paciente quien yacía acostado en un diván; Freud tomaba nota sin que el paciente lo observa. El Museo de Freud, en Viena, conserva sus pertenencias — incluido su diván— y sus salas de atención en la calle Berggasse No. 19,

mientras otra parte de sus utensilios lo conserva Londres, ciudad en donde murió, exiliado y refugiado tras la persecución nazi.

Karl Gustav Jung, por el contrario, recibía en consulta a los pacientes vis a vis, enfatiza sobre la necesidad de verles a los ojos a sus pacientes durante la entrevista. Alfred Adler estilaba y recomendaba caminar alrededor —siguiendo la clásica actitud de peripatética del Liceo aristotélico— y conjuntamente con el paciente, mientras se lo recibía en consulta. Erick Fromm, rompiendo con el psicoanálisis individual, proponía colocar a la sociedad enferma sobre el diván del psiquiatra. Otras y distintas escuelas psicológicas tienen sus propios estilos y prácticas de ofrecer consulta especializada a los pacientes y a sus familiares o grupos, que se realizan cuando se organizan distintas dinámicas de grupos: técnicas del rumor, sociodrama, sociograma, terapias gestálticas, Phillips 66, etc.

La transferencia y la contratransferencia, en cuanto desplazamiento del afecto de psicoterapeuta a paciente y viceversa, si bien han sido interpretados científicamente, deben ser manejados con equilibrio, control y probidad, a fin de no involucrar implicaciones afectivas o íntimas, en el contexto ético de la consulta especializada y sus derivaciones. Ferenczi, por su parte, sugería acariciar la piel del paciente como mecanismo de refuerzo emocional aliado de la terapia.

La propaganda médica y también la psiquiatría y psicología deben seguir cánones básicos de prudencia, verdad y modestia. Los medios de comunicación colectiva seducen a los profesionales para que ingresen también a un *marketing*, incluso en el momento de publicitar salud en general y salud mental en particular.

El artículo 50 del Código Deontológico del Colegio Oficial de Psicólogos de España dice:

La publicidad de los servicios que ofrece el/la Psicólogo/a se hará de modo escrito, especificando el título que le acredita para el ejercicio profesional y su condición de colegiado, y en su caso las áreas de trabajo o técnicas utilizadas. En ningún caso se hará constar los honorarios o ni la clase de garantías o afirmaciones sobre su valía profesional, competencia o éxitos. En todo caso habrá una correcta identificación profesional del anunciante. (Wadeley, A. y Blasco, T. 1995).

La receta psiquiátrica

Es importante hacer notar que las terapias no pueden reducirse al mundo farmacológico y por ello, psiquiatras y psicólogos deben incluir en sus sesiones el uso de métodos y técnicas de acuerdo a su capacitación y tendencia escolar. Sin embargo, para focalizar el asunto de la prescripción y cirujanos dentistas, en la mayor parte de las legislaciones, son los únicos autorizados para recetar —o prescribir para emplear mejor el término técnico—. En el caso de sustancias estupefacientes o psicotrópicas, varios países han colocado restricciones sobre añadidas, pues deben hacerlo profesionales que sean debidamente registrados (Dobler, I., 2002).

Un importante debate se ha abierto al respecto de que varios organismos internacionales han incorporado condiciones sobre la obligatoriedad de que cada receta conlleve el nombre del paciente al cual se le prescribe. En la visión opuesta a ello, obedeciendo al principio de la confidencialidad, varios psiquiatras se oponen a que se registre tal identificación del paciente para hacer respetar el secreto médico.

También es importante hacer notar que los psicólogos clínicos no están autorizados a recetar, pues su profesión, al no ser una derivación de la medicina, implica que sus técnicas terapéuticas radican en herramientas no farmacológicas.

La necesidad de que los medicamentos genéricos se despachen en las recetas, abre un debate ético importante al respecto. Lo potestativo sería incluir en la receta tanto el nombre genérico como el comercial, si amerita el caso. Sería preferente, cuando la calidad de los fármacos haya sido corroborada, que no necesariamente los nombres comerciales se incluyan en la receta. La situación es compleja porque muchos laboratorios farmacéuticos patentan sus sustancias con determinados nombres y reclaman que su calidad no es comparada con los genéricos. Por el contrario, muchos países no disponen de genéricos para un muy elevado conjunto de enfermedades. Para el uso de los genéricos y su control, es importante considerar el acceso y el costo de los medicamentos, pues es evidente que ante muchos medicamentos con nombre comercial, la población especialmente marginada no puede hacer uso de los mismos.

Implicaciones emocionales frente a la muerte

“Muerte en Teherán” es uno de los cuentos clásicos que Scherezada relataba, embelesando al sultán en las *Mil y una noches*: un siervo desesperado solicita a su amo le conceda el más veloz de sus corceles, pues se le había presentado la amenazante Muerte; cabalgando sin descanso, huyó hasta Teherán; exhausto, de pronto la Muerte se le vuelve a presentar diciéndole: “No creí que fueras tan puntual a tu cita”. La narración resalta la evidencia de que es condición humana que nadie puede fugarse de la muerte.

Cada cultura y pueblo tiene su propia cosmovisión sobre la muerte. El Día de Muertos, el 2 de noviembre, en México, tiene características originales y el sarcasmo y la hilaridad de los mexicanos puestos sobre el rito, encubre el miedo a Thanatos, el dios de la muerte (Paz, O., 1950). En Pujilí, Ecuador, el 15 de noviembre tiene lugar un rito en donde una enorme bandera negra es custodiada por centinelas untados de negro en sus caras: es la Ceremonia de las Almas. Revisando a los clásicos, *Eros y civilización* se ha escrito para denotar la polaridad de las dos caras de la misma moneda, la vida y la muerte (Marcuse, H., 1965). Los cementerios tienen sus propias lógicas, creencias y actitudes frente a las distintas concepciones de la psiquiatría transcultural (Vega, G., 2004).

Desde el punto de vista psiquiátrico y tanatológico, se han descrito (Kubler-Ross, E., 1969) cinco fases en el proceso de la muerte: 1. Negación. 2. Angustia. 3. Pacto con la muerte. 4. Depresión. 5. Aceptación (Vélez, L. A., 2003).

No es ético ocultar la inminencia de muerte a un paciente. Más allá de piedad y compasiones mal entendidas, cada ser humano tiene derecho a saber que está en riesgo su vida. Deben trazarse medios y estrategias, de cómo comportarse con propiedad psicológica, ante el paciente y sus familiares. En casos de pacientes terminales, se tiende a construir grupos terapéuticos, en donde se incluye en la participación a expertos y a familiares de los pacientes; son grupos encaminados a desencadenar una filosofía práctica adecuada para el bien morir.

Eutanasia

Mientras en la antigüedad eutanasia significaba una muerte honrosa, en la edad media el concepto de eutanasia pertenece más bien al arte

de la vida. En la modernidad, la concepción de la muerte tiene diversas implicaciones: desintegración física, aislamiento social, tristeza de vivir, tanatofobia. La muerte social puede ocurrir antes de la muerte física y la muerte espiritual, antes de la muerte del alma (Engelhardt, D., 2002).

El sentido de utilidad otorga el prestigio, la dignidad y las ganas de vivir. Cuando el viejo esquimal se ve impedido de pescar y cazar, prefiere internarse en los hielos polares, remando su kayak y sucumbe ante el frío: muere congelado antes que sentirse un estorbo para su comunidad. Muchas veces la parafernalia de las ambulancias y el transporte súbito y enajenante de un moribundo hacia un hospital en la zona de cuidados intensivos, conectándolo apresuradamente a un sin número de aparatos, puede implicar que se impida a un enfermo morir en paz, con menos angustia, y algo importante: en el contexto de su familia, en un ambiente de recogimiento y no de sobresalto enajenante y alienador de sus últimos momentos de contacto con su vida (Sábato, E., 2000).

El suicidio asistido

La polémica sobre este delicado tema persiste desde que en 1990 el doctor Jack Kevorkian asistió a un paciente con Alzheimer para que se suicidara.

El filósofo francés Gilles Deleuze, un sábado 4 de noviembre de 1995 (Aragüés, J.M., 1998) tras una larga y paralizante enfermedad, que le impedía escribir —su motor de vida— salta de la ventana de su piso del número 84 de la avenida Niel de París.

El español Ramón Sanpedro, luego de vivir tetraplético y postrado durante 29 años, con un dispositivo que movía con la boca inventado por él mismo, escribió sus cartas y un poemario que se recogieron en el libro *Cartas desde el Infierno*. Finalmente, un médico amigo le ayudó a suprimir su vida el 12 de enero de 1998. El cineasta Alejandro Amenábar ha preparado una cinta cinematográfica sobre esta historia real, bajo el título de *Mar adentro*, con Javier Bardem como protagonista.

Acontecimientos como estos han reactivado los debates legislativos con relación a las leyes sobre la eutanasia. Holanda (actualmente Países Bajos) fue el primer país del mundo en aprobar una ley permisiva al respecto. Aunque el Juramento Hipocrático prohíbe la participación del médico en otorgar medicamentos o medios en contra de la vida de un paciente, nuevos elementos en el análisis han rodeado una intensa discusión internacional. Debe tomarse en cuenta si el paciente atraviesa una depresión,

por ejemplo, u otra enfermedad mental, que le menoscabe el libre juicio y razonamiento para emprender en una libre decisión de suprimir su vida. Las definiciones precisas sobre eutanasia activa y pasiva ingresan al debate sobre esta situación polémica. Dada la creciente presencia de pacientes con enfermedades crónicas y terminales, la inminencia de quitarse la vida ante el cáncer, SIDA y otras de larga y poca soportable paciencia, dispara el gatillo del debate ético frente a la participación de psiquiatras o bajo el consejo de psicólogos ante estas trascendentales decisiones.

La docencia ética frente a la salud-enfermedad mental

El ejercicio de la docencia en general en sus distintos niveles supone una mística y devoción superiores, más que actividades rutinarias de quehacer humano. La docencia en el campo religioso y médico se reviste, por otro lado, de especiales características. Loudet afirma:

Solo dos hombres llegan a la puerta del misterio insondable en el cumplimiento de su magisterio y se sienten estremecidos frente al más allá incognoscible: el médico y el sacerdote. Solo dos hombres durante su noble misión sobre la tierra penetran hasta las raíces del corazón humano y saben de sus miserias, de sus pequeñeces y de sus grandezas, de sus mentiras y sus verdades. (Citado por Cueva, W., 2004)

Por su parte, cuando la docencia universitaria se realiza en el campo concreto de la psiquiatría y de la psicología, el proceso de enseñanza-aprendizaje se reviste de especificidades inéditas en otras ramas. Al trabajar en el campo de las emociones y los laberintos de la mente, el acceso a los pacientes que buscan consulta por problemas mentales tiene condiciones y características añadidas.

Se debe enseñar a los estudiantes de pregrado y posgrado a dedicar mayor énfasis a los pasos de la historia clínico-psiquiátrica, la que presenta originalidades respecto de la historia clínica general. No es ético abordar a los pacientes mentales en grupos estudiantiles masivos o permitir que distintos grupos de estudiantes aborden hasta la saciedad y en forma reiterativa a los pacientes, abusando de las entrevistas y afectando su dignidad. Cuando se recibe en consulta a un paciente en la especialidad, debe consultarle si acepta la presencia simultánea de estudiantes.

La informática y la telemedicina en la ética, psiquiatría y psicología

Los ordenadores, la computación, la informática y el internet, las conferencias simultáneas vía satélite, las aulas virtuales han tenido evidentes impactos en la eficiencia y eficacia del quehacer profesional y en la docencia. En el campo de la psiquiatría y la psicología, sin embargo, dado que los registros de las historias clínicas en muchas situaciones pasan como una práctica regular, es indispensable que a fin de asegurar la confidencialidad, se provean de las estrategias, códigos y restricciones indispensables para que se mantenga el secreto médico.

No es igual difundir que un paciente padece de un catarro común, que si padece de una esquizofrenia, alcoholismo o adicción a ciertas drogas. Si en el registro —computarizado o no— de la historia clínica asoman, por ejemplo, elementos sobre determinada práctica u orientación sexual de un paciente, no es en nada similar a lo ocurrido en muchos casos del campo orgánico, en donde sus connotaciones carecen del impacto emocional respecto del que gravita sobre la dignidad de los pacientes que consultan en el campo mental.

En el mundo informatizado de hoy, varios programas de software que invaden la privacidad y la intimidad, desarrollados por agencias internacionales que intentan vigilar situaciones inherentes al terrorismo. Tal exploración posmoderna supera muchas veces las desconfianzas y el miedo que imperaba en el espionaje de los tiempos de la Guerra Fría. Hoy se han inaugurado nuevas formas de miedo: la exploración en los correos, teléfono y el internet. Tendencias de inseguridad psicológica y de brotes de miedo con rasgos paranoides ocurren ante evidencias de la violabilidad de la intimidad. El *marketing* y el sensacionalismo publicitario contribuyen en gran medida a que personas públicas, especialmente, entren en la mira de la observación. Los *paparazzis* han transformado el voyeurismo, que implicaba la obtención de gozo sexual a través de la mirada escondida, impertinente e invasiva, por otro disfrute: el del gozo mercantil, usando a través de las cámaras fotográficas lo erótico en cuanto espectáculo, lo que se obtiene con más denuedo que lo erótico puro. Claro está que los avatares de la inseguridad ciudadana actual colocan en una grave disyuntiva a la sociedad, pues entre las cartas amenazadas de contaminación con ántrax y el derecho a la inviolabilidad y privacidad de la correspondencia, media toda una controversia ética contemporánea.

Pacientes que tienen perfiles políticos y de estrellato son particularmente sujetos de mayores invasiones y desviaciones de su vida privada, también en materia de sus enfermedades orgánicas o mentales. Estando en la vitrina pública, la confidencialidad para ellos, en la práctica, ha muerto. Es correcto a la luz del derecho y la justicia, que el hábeas data —parte de los derechos humanos de tercera generación— permite transparencia en las cuentas públicas, pero manteniendo el justo límite con el derecho a la dignidad, al honor, a la honestidad y al buen nombre de las personas. La difamación se ha vuelto tarea cotidiana en el inescrupuloso mundo actual.

De otro lado, el derecho y libertad a explorar la verdad histórica conlleva la autonomía y libre decisión para explorar, rompiendo prejuicios y evadiendo prohibiciones, censuras y tabúes, fruto de influencias sesgadas de corte familiares, sociales, políticos y religiosos.

Parte de la ética supone la lucha contra la corrupción. En la Constitución Política del Ecuador, 1998, se constituyó la Comisión de Control Cívico de la Corrupción, CCCC, (Quien aquí escribe fue asambleísta constituyente a la sazón) y es actualmente miembro de la Comisión Nacional Anticorrupción, elegido por unanimidad y posesionado en diciembre de 2021 por decisión de las diversas organizaciones y sectores sociales, con el fin de prevenir y controlar el mal de la corrupción nacional; designación que fue aceptada con sentido cívico, pensando en que no se puede rehuir cruzadas cívicas frente a procesos emergentes, tomando siempre en cuenta la frase del Dante: “en graves crisis morales, declararse en neutralidad está reservado en el peor y más oscuro de los círculos del infierno”.

Es correcto que este organismo emerja desde la sociedad civil, pues no puede surgir del Estado y menos del gobierno, pues sería como *nombrar al ratón custodio del queso*. Es importante hacer esta referencia pues iniciado el 2022, el presidente Lasso anunció la creación de la Comisión Nacional Anticorrupción, usando el nombre de la sociedad civil y declarándose como el ejecutor de una política que ventile la prevención de la corrupción. Muchas voces se han hecho eco en el sentido de que el gobierno no puede manejar una Comisión en donde se siente involucrado.

Profundas afecciones mentales ocurren con gente honesta que perseguida por inquisiciones modernas, han transmutado la lógica jurídica, pues toda persona es inocente hasta que se pruebe lo contrario; no obstante, dado el papel de la psicología del escándalo, en varios casos parece ocurrir lo contrario. El psiquiatra colombiano-canadiense, Carlos Arboleda dictó en Guayaquil, ya en 1994, en el contexto del Congreso

Ecuatoriano de Psiquiatría, un curso agudo y moderno, bajo el sugestivo título de “Psicopatología de la corrupción”.

La pandemia de la Covid-19 desde principios de 2020 hasta más que entrado el 2022 ha dinamizado nuevas y sutiles, a la vez que prácticas, formas de telepsiquiatría, utilizando diversas plataformas por internet.

Los pacientes simulados y las herramientas de la nueva tecnología para la docencia

Los pacientes falsos colaboran en la dramatización y la difusión del aprendizaje sobre determinadas enfermedades (Dután H., 2001). El cine, la televisión, el video, el DVD, aliados importantes de la educación, han propiciado un mundo estético y artístico indispensable en la difusión y en la enseñanza de las ciencias.

En el campo de la medicina, tales innovaciones han sido de particular relieve, pues permiten el ejercicio de la docencia con mejores herramientas. Sin embargo, así como los dobles —los actores del cine y la TV que deben hacer los oficios peligrosos en reemplazo de los personajes estelares—, en el campo de la psiquiatría y la psicología el papel de enfermos mentales simulados debe seguir connotaciones éticas indispensables.

En la vida real, varios actores podrían ser estigmatizados con determinadas enfermedades. Papeles psiquiátricos que Peter O'Toole, Orson Welles, Richard Burton, Anthony Hopkins, Anthony Perkins, Woody Allen han estelarizado, sin duda sirven fuertemente para el séptimo arte, la estética y la ciencia; sin embargo, ello abre un debate importante, inexplorado aún de la ética médica y psicológica en el campo del cine y sus ramas aliadas.

Otro caso distinto ocurre con lo que denomina la psiquiatría forense, simulación de la enfermedad mental (Vargas, E., 1991). En tal caso, siguiendo a Minkowski, la simulación supone una decisión consciente de reproducir trastornos patológicos valiéndose de la imitación, cuyas características son: voluntad consciente en el fraude, imitación de trastorno patológico o de sus síntomas y con el objetivo utilitario de obtener un beneficio para el simulador. De retorno al cine, un clásico de la pantalla consistió la obra traducida al español con el título *Atrapado sin salida*, 1975, protagonizada por Jack Nicholson, quien asumió el papel de quien ensaya fingir o simular un cuadro psicótico, para obtener el beneficio de un ingreso hospitalario dada

su condición de indignancia; el desenlace resulta truculento y con un acento fuertemente ubicado en la línea de la corriente antipsiquiátrica.

En cualquier caso que se utilice el cine y sus derivados y aplicaciones —video, televisión, DVD— para la docencia universitaria en psiquiatría y psicología, es pertinente y ético abrir espacios de foro y debate, en razón de que los límites entre el arte y la ciencia deben ser considerados en el momento del enfoque durante el proceso de enseñanza aprendizaje especializado. Es potestad de las artes ofrecer lenguajes al servicio de la estética, mientras que es dominio de las ciencias asistir al descubrimiento de la verdad.

Se ofrecen algunos ejemplos. En la cinta *Rain Man* protagonizada por Dustin Hoffman, 1988, interpretando el papel de una persona autista, se pueden desprender connotaciones equívocas con relación a los fenómenos de hipermnesia que el paciente destella, asunto que no se correlaciona con la verdad psiquiátrica.

En la película *Despertares* se abordan situaciones de recuperación dramática de pacientes psiquiátricos crónicos, utilizando una droga estupenda, cuyo efecto futuro —no actual todavía— podría ser posible observar por la ciencia.

La película *Hable con ella*, cuyos protagonistas son Leonor Watling, Javier Cámara y Rosario Flores (Almodóvar, P., 2002), aborda la situación de pacientes comatosos, quienes vuelven a la conciencia a través de los cuidados psicológicos y a los afectos emocionales y afectivos prodigados. La cinta enrostra una oportunidad de reflexión para el futuro del coma y sus graves situaciones integrales y de efecto psiquiátrico y psicológico, en particular para pacientes y sus familia; sin embargo, no está claro para la ciencia aún el futuro exitoso frente a esta enfermedad.

La película *Una mente brillante* (Howard, Ron, 2001), basada en la biografía homónima de Silvia Star y cuyo protagonista es Rusell Crowe, aborda la enfermedad psiquiátrica padecida por quien sería en la cinta —y también en la realidad— Premio Nobel en Economía; sin embargo, se ofrecen interpretaciones psiquiátricas controversiales, que si bien son patrimonio del séptimo arte, no se compadece en todo momento con la verdad científica.

El clásico del cine, *Amadeus* (Forman, M., 1984), con sus protagonistas, Tom Hulce y F. Murray Abraham, presenta algunos rasgos psicológicos y padecimientos psiquiátricos atribuidos a W.A. Mozart, que no se compadecen con la verdad médica, psiquiátrica e histórica, tampoco ética, con relación al célebre compositor austríaco.

Cuando se echa mano de la pintura, la escultura, la literatura —en sus distintas formas— la música y la danza, la arquitectura, como instrumentos de la docencia aplicada en las ciencias mentales, deben abordarse los discernimientos de rigor para explicitar las correspondencias y divergencias que la perspectiva distinta de artes y ciencias obligatoriamente tienen. Todas aquellas coincidencias y discrepancias, consensos y disensos entre artes y ciencias, deben ser asunto debatido en el marco de una docencia moderna y participativa entre profesores y estudiantes, lo que implica respetar requerimientos éticos en esta múltiple perspectiva de la docencia.

Por otro lado, una docencia moderna y también ética en psiquiatría y psicología implica ligar estas ciencias a otras afines y pertinentes como la criminología, la criminalística, el derecho penal, la medicina legal, la antropología y la sociología. Dado el intenso desarrollo de las ciencias, son indispensables conexiones con otras ciencias, lo que ofrece una visión menos peligrosa y más modesta al momento de abordar y enseñar en la universidad estas cátedras.

Gerencia y eticidad en la salud-enfermedad mental

La administración de servicios de salud mental es un tema de especialidad. Su manejo supone alta capacidad y ética. La apertura de centros psiquiátricos y de instituciones que laboran con adictos y farmacodependientes debe ser autorizada con estricta responsabilidad y celo. Profesionales en las distintas ramas: psiquiatría, psicología, trabajo social, terapeutas ocupacionales, clínicos y otras especialidades derivadas, deben estar en la lista ética básica para que puedan ser abiertos dichos centros.

Dada la connotación existencial y espiritual, varios centros han ingresado en el *staff* a terapeutas vivenciales y terapeutas religiosos o teológicos, asunto conveniente. Sin embargo, no es suficiente ser un adicto en recuperación para integrarse con plena capacidad en el servicio especializado para pacientes farmacodependientes; se requiere instrucción, permanente capacidad —no solo experiencias propias— y altos requisitos morales y éticos para cooperar en la asistencia. Condiciones físicas del centro, alta capacitación del personal y ajuste perfecto a los derechos de los pacientes, son condiciones no negociables para que un centro psiquiátrico o de rehabilitación afín entre en funcionamiento. Por otro lado, no basta con que se autorice su apertura; es indispensable el seguimiento si

no permanente, al menos itinerante de los mismos, pues el mercado ha invadido todos los tejidos de la sociedad y la medicina; la psiquiatría y la psicología no están inmunizadas contra ello. En muchos lugares, personas empíricas y negociantes, con ribetes policiales represivos, han empezado a administrar y gerenciar centros de atención, en donde se castiga, tortura y lesiona física y emocionalmente a pacientes mentales y especialmente a adictos bajo las sombras del confinamiento, el ingreso a la fuerza y el manejo de una ideología con la pasión propia de aquellas tendencias ligadas al comportamiento de las sectas (Vega, G., 2003).

Hay instituciones en donde profesionales apenas han prestado el nombre para justificar su apertura, sin que jamás empleen suficientes horas de trabajo en su dedicación. El testaferrismo es una condición penada en toda legislación democrática. Muchas veces tal prestación de nombres se hace sin dolo, pues no se está al tanto de las implicaciones éticas que tal situación desencadena.

Por otro lado, la gestión en la especialidad de las ciencias del comportamiento implica un conjunto de acciones desde la salud pública, en coordinación con la gestión de posgrados universitarios, en donde los factores inherentes a la prevención, educación para la salud y promoción deben ser tratados y sus recursos formados. La salud mental del niño y el adolescente es un tema prioritario para la ciencia y la ética, alertado ya desde el propio tiempo por el biólogo y psicólogo suizo Jean Piaget. Es impostergable desarrollar programas especiales —dada la situación relevante de varios países latinoamericanos— sobre atención primaria de salud mental en hijos y familias de emigrantes al extranjero. Se requiere una política de información en adolescentes sobre la sexualidad para prevenir embarazos y abortos en condiciones miserables, así como para la prevención del sida. Del mismo modo, deben establecerse prioridades en la gestión de programas de prevención de la salud mental del anciano. Es indispensable, así mismo, generalizar prácticas para controlar el estrés y las enfermedades psicosomáticas en la población adulta —la más propensa y vulnerable— por estar en la etapa de vida frente a la productividad.

Son todas ellas tareas que no solamente son imprescindibles para la asistencia pública, sino que se inscriben en los lineamientos de la ética contemporánea, de acuerdo, claro, a la prioridad de cada problema en cada sociedad.

En tiempos de pandemia, la educación virtual y no presencial ha cobrado sus propias lógicas de llegar. No sólo en el tratamiento sino en la gestión en favor de la prevención de la salud mental en tiempos distintos.

Referencias

- Afeme. Modersa. OPS/OMS. (2000). *Memoria Técnica*.
- Amnesty International. (2002). *Códigos de ética para la profesión médica y afines*.
- Almódovar, Pedro. (2002). *Hable con ella*.
- Aragüés, Juan Manuel. (1998). *Deleuze*. Ed. Del Orto. Biblioteca filosófica, Madrid.
- Barreto, Dimitri. (2002). *La Bioética en el Ecuador*. Ed. El Cóndor, la Serpiente y el Colibrí.
- Barrientos, Tomás. (2001). *El dolor como elemento de vida*. Generación Anáhuac. Universidad Anáhuac. Año XIV, No. 71, 4.
- Catholic Hospitals, USA y Canada. (1955). *Ethical and religious directives for Catholic Hospitals*.
- Cano Valle, Fernando. (2002). *¿Qué es la Bioética?*. Médico Moderno. Año XL, No. 12.
- Comisión de Control Cívico de la Corrupción. (2003). *Serie de documentos. Economía y Ética. Ser ético hoy. Las paradojas de la lucha contra la corrupción. Los olvidos del desarrollo. Poligrafiados*. Proyecto Ética y Universidad.
- Ciaramelli, Fabio. (2001). *El bumerán de los deseos en la época de la satisfacción inmediata*. Acta Bioética.
- Cueva Roman, Wilson. (2004). *Historia de la psiquiatría*. Universidad de Guayaquil.
- Díaz Amado, Eduardo. (2002). *De moralidad y eticidad. Dos dimensiones para la Bioética*. Debate ético y ciencias sociales.
- De Pietro, María Luisa. (2000). *Aspectos clínicos, bioéticos y médico-legales del manejo de las ambigüedades genitales*. Revista Internacional de Bioética, deontología y ética médica. Universidad Anáhuac, Universidad Sacro Cuore.
- Dobler López, Irving. (2002). *La Responsabilidad en el ejercicio médico*.
- Dután, Hólger. (2001). *Reflexiones Bioéticas*. Universidad de Cuenca.
- Engelhardt. Dietrich von. (2002). *La eutanasia entre el acortamiento de la vida y el apoyo a morir: experiencias del pasado, retos del presente*. Debate ético y ciencias sociales.
- Forman, Milos. (1984). *Amadeus*. (Director de la película).
- Frankl, Víctor. (1991). *El hombre en busca de sentido*.
- Freud, Sigmund. (1973). *Psicopatología de la vida cotidiana*. Obras Completas. Tomo I.
- Freud, Sigmund. (1973). *Obras Completas*.
- Freud, Sigmund. (1973). *Malestar en la cultura*. Obras Completas. Tomo 3.
- Fromm, Erick. (1990). *El arte de amar*.
- Galilei, Galileo. (1945). *Diálogos acerca de dos nuevas ciencias*. Biblioteca teórica e histórica de las ciencias.
- Gallagher, III, Bernard J. (1999). *The sociology of mental illness*.
- Gamboa Bernal, Gilberto. (2002). *Una respuesta Bioética. A la búsqueda de la identidad sexual personal*. Persona y ética. U. De la Sabana.
- Howard, Ron. (2001). *Una mente brillante*. (Director de la película).
- Illich, Ivan. (1972). *Deschooling society*.
- Illich, Ivan. (1975). *Némesis Médica. O la expropiación de la salud*.
- Jonas, Hans. (1966). *The phenomenon of life toward a philosophical biology*.
- Jonas, Hans. (1979). *Das Prinzip Verantwortung*.

- Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying*.
- Kubrick, Stanley. (1971). *A clockwork orange*. (Director de la película).
- Laboratorios Roche. (2003). *Benzodiacepinas. La revolución de la calma*.
- López Ibor, José. (1970). *El libro de la vida sexual*.
- Llano, Alfonso. (1991). *El manejo del secreto profesional con pacientes de sida*. Aportes de la ética y el derecho al estudio del sida. OPS/OMS.
- Marcuse, Herbert. (1965). *Eros y civilización*.
- Marx, Karl. (1973). *La miseria de la filosofía*. Marx Engels. Obras escogidas.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Modersa, Comisión del Medio Ambiente del Congreso Nacional y OPS/OMS, 2003.
- O'Donnell, Thomas J., S.J. (1965). *Ética Médica*. Ed. Razón y Fe.
- Olmedo Lorrente, Francisco. (1998). *Y seréis como hombres. La ética como arte de vivir*. Universidad de Cuenca.
- OPS/OMS. (2003). *Bioética informa*.
- Paz, Octavio. (2002). *El laberinto de la soledad*. Fondo de Cultura Económica.
- Ribadeneira, Santiago. (2003). *Propuesta de constitución de la Sociedad de Gestión contra la Pobreza*.
- Robitscher, Jonas. (1974). *Implementing the rights of the mentally disabled: Judicial, legislative, and psychiatric action*. Medical, moral, and illegal issues in mental health care.
- Rodríguez Castelo, Rodolfo. (2003). *Sexualidad Humana. Educación Sexual del Amor para Adolescentes*.
- Sarmiento Medina, Pedro José. (2001). *Epistemología y Facultad de Medicina*. Persona y Bioética. U. De la Sabana.
- Sarmiento Medina, Pedro José. (2001). *Bioética y medio ambiente. Introducción a la problemática Bioética-ambiental y sus perspectivas*. Persona y Bioética. U. De la Sabana.
- Sábato, Ernesto. (2000). *La resistencia*.
- Sequeira, José Eduardo. (2001). *El principio de responsabilidad de Hans Jonas*. Acta Bioética. Nocividad ambiental y alimentaria. OPS/OMS.
- Seminario Internacional de Bioética. (2002). Generación Anáhuac. Años XV, No 74. Universidad de Anáhuac.
- Singer. P. (1990). *Animal and human rights: in conflict*. Viewpoint 2, Scientific European.
- Shestack, Jerome J. (1974). *Psychiatry and the dilemmas of dual loyalties*. Medical, Moral and Legal Issues in Mental Health.
- Tomasevski, Katarina. (1991). *El sida y los derechos humanos*. Aportes de la ética y el derecho al estudio del sida.
- Van Den Aardweg, Gerard J.M. (2000). *Homosexualidad y esperanza. Terapia y curación en la experiencia de un psicólogo*.
- Vargas Alvarado, Eduardo. (1991). *Medicina forense y deontología médica. Ciencias forenses para médicos y abogados*.
- Vega, Gustavo. (2003). ¡A palo limpio!. El Mercurio.

- Vega, Gustavo. (2004). *Sustos y encantos de los cementerios*. Revista Nacional de Profesores. Universidad de Cuenca.
- Vega, Gustavo. (2021). *Historia, cultura y pandemias*. Universidad Internacional del Ecuador.
- Vélez Correa, Luis Alfonso. (2003). Ética médica.
- Villaseñor, Augusto. (2002). *La devaluación de la intimidad*. Medico moderno. Año XL. No. 10.
- Wadeley, Allison., Blasco, Thomas. (1995). *La ética y la práctica psicológica*.
- William J.; J.D. Currán. (1974). *Ethical issues in short term and long term psychiatric research*. Medical, moral and legal issues in mental health care.

CAPÍTULO X

Bioética, ambiente sano y derechos de la naturaleza

Andrés Martínez-Moscoso

La concepción económica, política y social con relación a la gestión de los recursos naturales y la biodiversidad, ha priorizado su valor como objeto, para satisfacer las necesidades humanas. Sin embargo, frente a los desafíos que enfrentamos debido al cambio climático, observamos que las soluciones están en la propia naturaleza y en una gestión eficiente que permita una relación armónica.

La Bioética intenta coadyuvar a la toma de decisiones “justas” y “operativas” en situaciones de conflicto de valores. Con la correspondiente participación no sólo de los especialistas en la materia, sino de la sociedad civil.

El término sostenibilidad, inició su uso en el siglo pasado, entendido como: “Desarrollo sostenible: desarrollo que satisface las necesidades del presente sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras para satisfacer sus propias necesidades” (Our Common Future Report, 1987).

La sostenibilidad ahora se puede definir como una situación en la que la suma de recursos naturales y artificiales permanece al menos constante en el futuro previsible, a fin de que el bienestar de las generaciones futuras no disminuya (Kuhlman, 2010).

Ética ambiental – biocentrismo

La Bioética plantea el imperativo de protección de todas las formas de vida. Sin embargo, un celo o egocentrismo en la visión de la Bioética y del medio ambiente se presenta, pues nace a raíz de grandes desastres naturales y derivaciones de contaminación ambiental, todo ello con el propósito de tomar medidas que garanticen la salud de los individuos y el derecho de estos de vivir en un ambiente sano, y no necesariamente en atención a la esencia del medio ambiente.

En 1950, desde la Universidad de Wisconsin Aldo Leopold, fue quien definió a la “CRISIS AMBIENTAL”, entendida como “la falla con raíces en la actividad económica con una base ética”. Es decir, las relaciones económicas entre los países olvidaron el ecosistema, lo cual implicó el deterioro ambiental (Marquez-Vargas, 2020).

La “ética biocéntrica”, en el sentido de una reflexión que aboga por la vida, la supervivencia de la especie y la solidaridad trans o intergeneracional.

En sus dimensiones regulatorias, el discurso de la Bioética global se plasma en convenciones y acuerdos suscritos por gobiernos, organizaciones no gubernamentales y asociaciones (Leyton, 2009).

Además de textos *SOFT LAW* (se refiere al derecho blando, es decir, declaraciones, convenciones, cuyas decisiones a nivel internacional, no tienen fuerza coercitiva para los Estados parte).

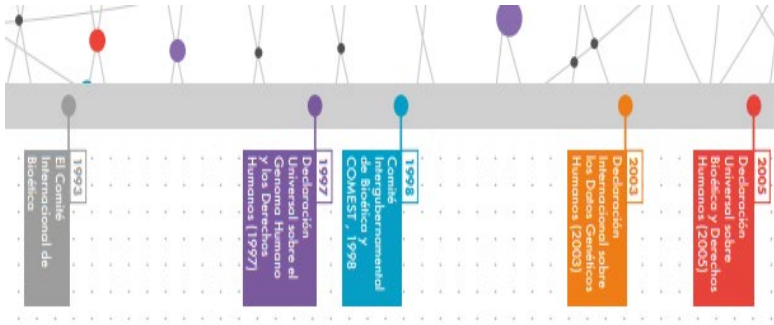
Desde una perspectiva de normativa internacional histórica, su evolución toma en cuenta los siguientes acontecimientos:

Declaraciones Internacionales de Derechos Humanos y Ética de la Investigación de Nuremberg (1948), de Helsinki (1964 y sus actualizaciones). Se establece como primer principio básico de toda experimentación médica el deber de respetar “la vida, salud, privacidad y dignidad de la persona”

El Comité Internacional de Bioética (CIB), creado en 1993. Sus miembros supervisan el progreso de la investigación en las ciencias de la vida y sus aplicaciones asegurando el respeto a los principios universales.

Declaración Universal de Genoma Humano y Derechos Humanos (1997): versa principalmente sobre las investigaciones en genética.

Figura 2. Evolución de los instrumentos internacionales en la materia



Fuente: Elaboración del autor.

Antropocentrismo, biocentrismo y derechos de la naturaleza

La incorporación de la Naturaleza como sujeto de derecho en la Constitución ecuatoriana de 2008, rompe con los paradigmas tradicionales de occidente, es decir, la Naturaleza concebida desde el punto de vista antropocéntrico; y, deja que sea el Ecuador el primer país en el mundo en otorgar este reconocimiento (Acosta, 2008).

Los derechos de la Naturaleza por su defensa de los valores intrínsecos, es denominado biocentrismo, en cambio, el antropocentrismo hace referencia a que todas las medidas y valoraciones parten del ser humano, y los demás objetos y seres son medios para sus fines. Por lo tanto, la Naturaleza en la Constitución ecuatoriana de 2008, tiene una concepción biocentrista y se reconoce como sujeto de derechos (Gudynas, 2011).

Dicho de otro modo, hay que trasladarse del antropocentrismo al biocentrismo, diferenciando en sentido estricto, que los derechos a un ambiente sano son parte de los Derechos Humanos y no necesariamente implican derechos de la Naturaleza (Gudynas, 2009). La finalidad de esta distinción es indicar que las formulaciones clásicas de los Derechos Humanos de tercera generación, es decir, de los derechos a un ambiente sano

o calidad de vida, en esencia son antropocéntricas, y que deben entenderse separadamente de los derechos de la Naturaleza (Martínez, 2008).

La Naturaleza como sujeto de derechos, implica concebir su bienestar como un fin en sí mismo, independiente de las valoraciones subjetivas, y se expresa en otra forma de hacer justicia (Crespo Plaza, 2009).

Tradicionalmente la concepción antropocentrista, toma a la Naturaleza como un objeto de satisfacción de intereses económicos, instauró una justicia ambiental que, considera que los sujetos de derecho son las personas, mientras que la Naturaleza sigue viéndose como objeto o instrumento para garantizar los derechos humanos. Mientras que, el biocentrismo se expresa en una justicia distinta, la justicia ecológica, que se enfoca en asegurar la supervivencia de las especies y sus ecosistemas, garantizando los derechos de la Naturaleza, entendida como sujeto de derechos, así también, su integridad y restauración (Gudynas, 2011).

La perspectiva que reconoce los derechos de la Naturaleza se aparta del Derecho Ambiental clásico, que continúa sosteniendo que el ser humano es el único titular de derechos, y se aproxima al paradigma biocentrista que reconoce a la Naturaleza derechos propios (Zaffaroni, 2011).

Como consecuencia, los derechos de la Naturaleza se distinguen claramente de los derechos ambientales. Estos últimos toman la Naturaleza como un objeto más que como un sujeto, pues tienen como meta proteger el ambiente en tanto que los daños a él causados puedan afectar a los seres humanos, en cambio, desde la perspectiva biocentrista, no es suficiente reconocerla como un bien jurídico al servicio de los seres humanos, es preciso reconocerla como sujeto de derechos (Stutzin, 1985).

Sostenidas las anteriores consideraciones, el fundamento de estas teorías relativas a considerar la Naturaleza como sujeto de derecho, se basan en la cultura y tradiciones de los pueblos ancestrales, quienes de acuerdo a su cosmovisión consideraban a la Naturaleza como un todo, y es esta una de las razones de los avances en la Constitución ecuatoriana de 2008, ya que el Ecuador es un país plurinacional y multicultural. En ese sentido, la Naturaleza es considerada un sujeto de derecho, lo cual implica que no es objeto de apropiación por cuanto no es una cosa sobre la cual recaiga algún tipo de propiedad, sino un ente considerado acreedor de derechos.

En Ecuador, tradicionalmente, se consideraba al ser humano como el único sujeto de derechos, sin embargo, la Constitución de 2008, otorga una calidad especial a la Naturaleza, de tal manera, que se modifica la idea

de considerarla como simple proveedora del hombre, y se establece una relación en doble sentido, de aceptar lo que ofrece y devolverle lo otorgado, constituyéndose como sujeto de derechos.

No obstante, el centro de la discusión reside en si efectivamente la Naturaleza puede constituirse en un sujeto de derechos. A este respecto, existen dos puntos de vista diametralmente opuestos: la perspectiva antropocéntrica que, en virtud de la tradición jurídica occidental positivista, niega la posibilidad de reconocer a la Naturaleza como sujeto de derechos, y el enfoque biocentrista, el cual instituye derechos a la Naturaleza.

Bioética y ambiente

La Bioética plantea el imperativo de protección de todas las formas de vida, el cual si bien es cierto se trata a partir de una concepción de inicios del siglo XX vinculada a la teología, no es hasta mediados del siglo pasado que la misma toma fuerza entorno a la protección de la vida humana y de los seres vivos, bajo unos estándares y principios de actuación por parte del individuo (Rodríguez, 2002).

Sin embargo, un celo o egocentrismo en la visión de la Bioética y del medio ambiente se presenta, pues nace a raíz de grandes desastres naturales y derivaciones de contaminación ambiental, todo ello con el propósito de tomar medidas que garanticen la salud de los individuos y el derecho de estos de vivir en un ambiente sano, y no necesariamente en atención a la esencia del medio ambiente, lo cual ha sido puesto de relieve por algunos ordenamiento jurídicos como el ecuatoriano a partir de su Constitución, y por la jurisprudencia colombiana a través de sus sentencias conocido como “Derechos de la Naturaleza”⁶¹.

Dentro de la agenda 2030, o más conocida como Objetivos de Desarrollo Sostenible (2015-2030), un elemento transversal constituye las diversas acciones que debe tomar la población mundial en relación con el ambiente. Además, la comunidad internacional se ha pronunciado a través de instrumentos internacionales que se preocupan por los efectos relacionados con el cambio climático, entre ellos el “Acuerdo de París” mediante el cual los países se comprometieron a reducir acciones respecto a las emisiones de Gases de Efecto Invernadero.

61 Ver, Caso Río Atrato. Corte Constitucional. <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/t-622-16.htm>

Sin embargo, los retos y compromisos como sociedad son mayores e involucran a las instituciones públicas, gobiernos, empresa privada, sociedad civil y la academia, con el propósito de generar un diálogo entre saberes, disciplinas y áreas de especialización con el fin de establecer un marco de actuación frente a la experimentación, utilización y conservación de las especies vivas.

Antecedentes y ambiente sano en Ecuador⁶²

La República del Ecuador es un país megadiverso, con una extensión aproximada de 283.560 kilómetros cuadrados, de los cuales el 19% se encuentra protegida bajo el régimen de Áreas Protegidas⁶³ administradas por la Autoridad Ambiental Nacional, que es el Ministerio del Ambiente, Agua y Transición Ecológica del Ecuador.

Dadas sus características y compromiso con la naturaleza, el Ecuador es suscriptor de la mayor parte de instrumentos internacionales en materia de protección del medio ambiente desde el retorno a la democracia (1979). En este sentido, el legislador ecuatoriano realizó dos importantes reformas a su Carta Magna, en 1983 y 1996 (Morales, 2013), respectivamente, la primera incorporó el derecho de los ciudadanos a vivir en un medio ambiente sano, y la segunda el desarrollo sustentable.

Sin embargo, la influencia de la Conferencia de Río (1992), así como los procesos del nuevo constitucionalismo en la región (Terol Becerra, 2015) (Constitución de Brasil de 1988, y de Colombia de 1991), influyeron en la norma fundamental ecuatoriana que fue expedida en 1998, y donde destacó sobre todo el artículo tercero, en el que el Estado tomó como uno de sus deberes primordiales el de "... Defender el patrimonio natural y cultural del país y proteger el medio ambiente", mientras que en el capítulo correspondiente a los Derechos Civiles y Políticos, se reconoció "...el derecho a vivir en un ambiente sano, ecológicamente equilibrado y libre de contaminación" (Pérez, 2008).

Dada la inestabilidad política y la ingobernabilidad presentada, Ecuador inició un proceso constituyente en el año 2007, en el cual contó con la

62 La presente sección se realiza a partir de: Martínez-Moscoso, A (2019). El nuevo marco jurídico en materia ambiental en Ecuador. Estudio sobre el Código Orgánico del Ambiente. *Actualidad Jurídica Ambiental* No. 90.

63 Cuenta con un total de 56 reservas naturales, distribuidas entre: parques nacionales (11); reservas marinas (3); reservas ecológicas (9); reservas biológicas (5); reservas de producción de flora y fauna (5); refugios de vida silvestre (10); área natural de recreación (6); y, reserva geobotánica (1). Disponible en: <http://areasprotegidas.ambiente.gob.ec/es/info-snap>, último acceso: 11/01/2022.

participación de diversos colectivos de la sociedad civil, entre ellos el movimiento ambientalista, así como académicos que buscaron transversalizar a más del concepto del medio ambiente sano, el derecho de la naturaleza, a través del cual se cambió el paradigma de mirarla como un objeto (visión civilista), y convertirla en sujeto de derechos (Ávila, 2011). Todo ello al amparo de un nuevo modelo de desarrollo, denominado *Sumak Kawsay* o Buen Vivir, propio de la cosmovisión de los pueblos originarios, en la cual se reconoce a la Pacha Mama (Naturaleza o Madre Tierra), como el espacio donde se reproduce y realiza la vida.

De manera específica, la Constitución del Ecuador fue emblemática por reconocer a la naturaleza como sujeto de derechos (Narváez y Narváez, 2012), pasando de una visión antropocentrista a una biocentrista, a través de la cual se respeta de manera integral su existencia y el mantenimiento y regeneración de sus ciclos vitales, estructura, funciones y procesos evolutivos, así como su respectiva restauración (Prieto Méndez, 2013).

Tabla No. 1. Los principios ambientales reconocidos en la Constitución del Ecuador (2018).

PRINCIPIO	CONTENIDO	NORMATIVA CONSTITUCIONAL
Desarrollo sustentable	Conciliar ambiente y desarrollo como conceptos vinculados.	Art. 395, numeral 1
Pro Ambiente	En caso de duda sobre el alcance de las disposiciones legales en materia ambiental, se aplicarán en el sentido más favorable a la protección de la naturaleza”, lo que concuerda con el “principio pro naturaleza”.	Art. 395, numeral 4. Art. 71, en relación con el art. 11, nº 5

<p>Precautorio</p>	<p>Ordena a las autoridades que adopten medidas de protección a favor del ambiente aún en el caso de que la relación de causa a efecto entre la actividad y el daño no se haya establecido científicamente</p>	<p>Arts. 396 y 73</p>
<p>Prevención</p>	<p>Opera como mandato cuando existe certeza del daño o de la peligrosidad de una actividad.</p>	<p>Art. 396, n°1</p>
<p>Solidaridad y responsabilidad integral</p>	<p>Tiene la finalidad de vincular en la responsabilidad ambiental a todos quienes intervienen en la cadena productiva, comercial y de consumo. Se lo conoce como “el principio de la cuna a la tumba”.</p>	<p>Art. 396</p>
<p>Regulación integral</p>	<p>Las políticas de gestión ambiental deben aplicarse de modo integral, que serán de obligatorio cumplimiento por parte de las autoridades en general y de todas las personas.</p>	<p>Art. 395, n°2</p>
<p>Tutela efectiva e inversión de la carga de la prueba</p>	<p>Posibilidad de acudir a las autoridades y jueces para obtener tutela efectiva, en materia ambiental, incluyendo medidas cautelares que permitan cesar la amenaza o el daño ambiental. Invierte la carga de la prueba, haciendo una excepción al principio de presunción de inocencia.</p>	<p>Art. 397, n° 1 Art. 87</p>

Imprescriptibilidad de acciones y sanciones por daño ambiental	No caducan jamás ni la acción ni la pena.	Art. 395
Consulta previa	Toda decisión o autorización estatal que pueda afectar al ambiente será consultada a la comunidad.	Art. 398 Art. 424

Fuente: Elaboración del autor a partir de Constitución del Ecuador 2008

El derecho al medio ambiente sano⁶⁴

El derecho a un medio ambiente sano se encuentra reconocido en el artículo 11 del Protocolo de San Salvador y debe entenderse como parte de los derechos económicos, sociales y culturales protegidos por el artículo 26 de la Convención Americana.

En febrero de 2018, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, Corte IDH dotó de contenido al “medio ambiente sano”, a través de la Opinión Consultiva OC-23/17, en la cual indicó que existe una relación innegable entre la protección del medio ambiente y la realización de otros derechos. Así mismo consideró que se trata de un derecho autónomo y exigible en todos los casos frente a las autoridades estatales.

Al respecto cabe señalar que el derecho humano a un medio ambiente sano tiene connotaciones colectivas e individuales, en tanto representa un interés universal intergeneracional y también puede tener en las personas repercusiones directas e indirectas en su vida, integridad personal, vida privada, salud, agua, alimentación, vivienda, participación en la vida cultural, derecho a no ser desplazados forzosamente, entre otros, considerados por la Corte IDH como derechos sustantivos.

La Corte IDH ha indicado que existen también derechos de procedimiento cuyo ejercicio respalda una mejor formulación de políticas ambientales, entre los cuales se encuentran la libertad de expresión y asociación, a la información, a la participación y el derecho a un recurso efectivo.

⁶⁴ Apartado desarrollado a partir de: Martínez-MoscOSO, A. y Álvarez, T., (2021). El Derecho al Medio Ambiente Sano en la Opinión Consultiva OC-23/17. JUEES, 1(1), 86–108. <https://revistas.uees.edu.ec/index.php/rjuees/article/view/724>

La participación efectiva se materializa a través del derecho a la consulta previa, libre e informada de los pueblos indígenas de conformidad con el artículo 6.1 del Convenio No. 169 de la OIT, respecto de cualquier plan extractivo que se desarrolle en su territorio.

Según la Corte IDH, los pueblos indígenas se encuentran en situaciones de particular vulnerabilidad frente a la degradación del medio ambiente por sus lazos espirituales y culturales con sus territorios ancestrales, por depender económicamente de los recursos ambientales y porque viven en tierras marginales y ecosistemas frágiles sensibles a las alteraciones en el medio ambiente físico.

Transición ecológica

Los compromisos internacionales en el presente siglo han estado marcados por una agenda basada en la sostenibilidad, entendida esta como aquel desarrollo que satisface las necesidades del presente sin comprometer la capacidad de las generaciones futuras, para satisfacer sus propias necesidades.

Muestra de ello han sido iniciativas como los Objetivos de Desarrollo del Milenio (2000-2015), los Objetivos de Desarrollo Sostenible (2015-2030), y el Acuerdo de París (2015), cuyo objetivo principal radica en brindar una respuesta ante la amenaza del cambio climático a través de mantener el aumento de la temperatura mundial en el presente siglo, por debajo de 2 grados centígrados por encima de los niveles preindustriales.

En este marco de obligaciones internacionales, muchos Estados han puesto en marcha iniciativas que permitan mejorar su tecnología y sus capacidades para cumplir con este propósito, muestra de ello fue el caso español que, en 2020, a través del Real Decreto 2/2020, creó el “Ministerio para la Transición Ecológica y el Reto Demográfico”, el cual entre sus propósitos tiene el de diseñar y ejecutar la política para la lucha contra el cambio climático y la prevención de la contaminación.

Para el caso español, Ernest García (Universidad de Valencia) señalaba que la transición ecológica, supone un proceso de cambios en los sistemas de producción y consumo, formas de vida, valores, en vista que las actuales son muy contaminantes y cambiarlos por otras sostenibles, sin que ello implique modificaciones drásticas del orden económico, político y democrático. Por ello, concluye que es un reto necesario, pero complejo de realizar.

Mientras que, en el caso ecuatoriano, a través del Decreto Ejecutivo No. 59, se cambió el nombre de la Autoridad Ambiental y del Agua, a “Ministerio de Ambiente, Agua y Transición Ecológica”, y se declaró prioridad nacional el desarrollo sostenible.

En un Estado Constitucional de Derechos y Justicia como el ecuatoriano, en el cual la Naturaleza es sujeto de Derechos, y el *Sumak Kawsay* se toma como modelo de desarrollo, habría de preguntarse, ¿de qué manera se articularon las nuevas prioridades del Ministerio?

Más allá, del golpe de efecto que puede generar un nuevo nombre o marca, los retos ambientales en el Ecuador no pueden esperar, y es necesario que el Ministerio se apoye en las ONG, GAD, academia y en las empresas privadas responsables con el ambiente, así como se destine el financiamiento necesario para poder atender con la prioridad que se merecen estos asuntos.

El cambio climático desde el Derecho

Más del 95% de científicos a nivel mundial, consideran que el cambio climático es una realidad, y que su responsabilidad radica entre otros, en factores antrópicos (Pinker, 2018).

Sin embargo, importantes líderes mundiales aún son escépticos frente al fenómeno y se resisten a tomar medidas reales que contribuyan con la adaptación y mitigación frente al cambio climático.

Los seres humanos nos sentimos responsables frente al problema, pero somos incapaces de abandonar nuestro estilo de vida, y preferimos hacer activismo digital en las redes sociales.

No obstante, desde distintas disciplinas y profesiones se han articulado respuestas al cambio climático, en este sentido, por parte del Derecho los juristas vamos un poco atrasados al respecto, pues se ha concentrado más en la conceptualización y marco general (acuerdos y convenciones internacionales), que en medidas puntuales.

Sin embargo, cuando se habla de cambio climático, se refiere al derecho energético, derecho de aguas, derecho ambiental, etc. Del mismo modo, existen ya algunas sentencias emblemáticas en la materia, entre ellas: El caso *Urgenda vs. Holanda*, así también el caso de los jóvenes vs. Colombia, en las que el problema jurídico que se discute es la responsabilidad estatal

frente a su inacción frente a medidas que combatan el cambio climático (Burgers y Stall, 2018).

El Derecho ofrece interesantes respuestas regulatorias en este tema, que van desde la regulación de compras públicas “verdes”, la categorización y derechos que tendrían los “refugiados climáticos” o “desplazados climáticos”, las consecuencias que tendrían los pequeños Estados (islas), que pueden desaparecer por el aumento del nivel del mar (¿Continúan su vida como Estado, pese a carecer de territorio?), los impuestos verdes, los incentivos ambientales, etc (Salinas, 2020).

Las consecuencias del cambio climático cada día son más evidentes, y las respuestas deberían plantearse de manera transdisciplinar, con la cooperación y el trabajo de diferentes profesiones y áreas del conocimiento. Alternativas como el negacionismo, o el simple activismo digital no son respuestas válidas en estos momentos.

Igualdad para la sostenibilidad

Casi de manera unánime, uno de los términos más usados para referirnos a las características que debe tener el desarrollo de los pueblos en el siglo XXI es la sostenibilidad, la cual fue acuñada en el siglo pasado y cuyos elementos de balance y conjunción: a) económica, b) ambiental, y, social, fueron identificados en la cumbre de Río de Janeiro en 1992⁶⁵.

Sin embargo, los estudios y balances no han abordado de manera igualitaria a este tripartito, pues se ha dado mayor énfasis al desarrollo económico debido a la repercusión que tiene sobre las finanzas, y últimamente al elemento ambiental, muestra de ello es el guiño que la comunidad internacional hizo a través de la aprobación de la COP XXI, en la cual se acordó reducir las emisiones como medida para combatir el cambio climático.

Sin embargo, es menor el énfasis que damos a la situación del ser humano en sociedad, y cómo éste (hombre y mujer) puede enfrentar los nuevos retos, en los cuales las medidas en pro de la igualdad son fundamentales a la hora de construir una comunidad más justa.

En este sentido, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL, presentó su obra: “El imperativo de la igualdad”, en el cual

65 Ver: <https://www.un.org/spanish/esa/sustdev/documents/declaracionrio.htm>

realiza un estudio sobre cómo la región debería afrontar los nuevos retos históricos, dentro de un crecimiento económico sostenido y sostenible.

En este caso la organización, fiel a su visión en relación con la igualdad, entendida “...como valor fundamental en la articulación del modelo de desarrollo de nuestras sociedades”, presenta un temario ambicioso que toma a la igualdad como valor fundamental, como causa de los límites al desarrollo, y cuál debería ser la agenda a futuro, pues en la región de manera histórica la desigualdad ha sido la constante (Barcena y Prado, 2016).

Nuestro continente mantiene una alta heterogeneidad en relación a la estructura productiva, lo cual se refleja en desigualdad laboral y desigualdad de ingresos, situación que genera una inminente brecha no sólo productiva y social, sino en otros ámbitos.

Sin embargo, la pregunta es: ¿basta que en un instrumento normativo se defina el marco sobre el cual debe aplicarse la igualdad?, y la respuesta es negativa, ya que no será suficiente, pero al menos permite tenerlo como un valor irreductible y marcar un umbral mínimo de bienestar. De tal suerte, CEPAL, señala que la región atraviesa una realidad con “luces y sombras”, debido a los avances alcanzados, pero de igual manera manifiesta que determinadas brechas se han incrementado exponencialmente, véase la situación de los estudiantes con relación a los estratos sociales, la desnutrición concentrada en la población pobre, el trabajo no remunerado enfocado en las mujeres, entre otros.

De esta manera, es fundamental reconocer a la igualdad como idea fuerza para un nuevo modelo de desarrollo, pero también es clave que también se piense en las personas, en las brechas que existen en relación a acceso a bienes y servicios, pero sobre todo al largo camino que nos toca recorrer con el propósito de alcanzar un reconocimiento pleno de derechos, y sobre todo luchar contra gobiernos que reducen las libertades y aumentan la exclusión.

Conclusiones

La sociedad en el siglo XXI, enfrenta una variedad de desafíos tecnológicos, desafíos políticos, y otros aspectos que rodean a la desesperación y la esperanza (terrorismo, guerra), la búsqueda de la verdad (la justicia, la posverdad), y la resiliencia del ser humano (basados en la educación y el simbolismo), obligan a tener presente 3 retos: i) nuclear; ii) ecológico; y, iii) tecnológico.

La Bioética aparece para dar algunas orientaciones sobre cómo deben conducirse los individuos con relación a la vida personal, social y a la naturaleza. La AGENDA 2030, ODS, es una opción para alinear los conceptos de la Bioética para el cambio del comportamiento del ser humano.

La biodiversidad como recursos incalculables. No sólo desde una visión economicista y de uso (objeto), sino como forma de alcanzar un desarrollo armónico con la naturaleza.

Referencias

- Acosta, A. (2008). *Bitácora Constituyente*. Quito: Abya Yala.
- Ávila, R. (2011). *El Neoconstitucionalismo Transformador: El Estado y el Derecho en la Constitución de 2008*. Quito: Abya Yala, Universidad Andina Simón Bolívar, Fundación Rosa Luxemburg.
- Barcena, A. y Prado, A. (2016). El imperativo de la igualdad: por un desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: CEPAL. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/40120-imperativo-la-igualdad-un-desarrollo-sostenible-america-latina-caribe>
- Bórquez Polloni, B; Lopichich Catalán, B (2017). La dimensión Bioética de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) *Revista de Bioética y Derecho*, núm. 41, 2017, Septiembre-Diciembre, pp. 121-139
- Burgers, L. y, Staal, T. (2018). Climate Action as Positive Human Rights Obligation: The Appeals Judgment in Urgenda v the Netherlands. *Netherlands yearbook of international law*, N°. 49, 2018, págs. 223-244
- Crespo Plaza, R. (2009). La naturaleza como sujeto de derechos: ¿Símbolo o realidad jurídica? *Iuris Dictio*.
- Gudynas, E. (2009). La dimensión ecológica del Buen Vivir. Entre el fantasma de la modernidad y el desafío biocéntrico. *Revista Obets*, 49-53.
- Gudynas, E. (2011). Los derechos de la naturaleza en serio. Respuestas y aportes desde la ecología política. En A. Acosta, y M. E., *La naturaleza con derechos. De la filosofía a la política* (págs. 239-286). Quito: Abya Yala.
- Kuhlman, T., y Farrington, J. (2010). What is Sustainability? *Sustainability*, 2(11), 3436–3448. MDPI AG. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.3390/su2113436>
- Leyton, F. (2009). Ética Medio Ambiental: Una revisión De La ética Biocéntrica. *Revista De Bioética Y Derecho*, Núm. 16, junio de 2009, p. 40-44, <https://raco.cat/index.php/RevistaBioéticaDerecho/article/view/132095>
- Marquez-Vargas, F. (2020). Hacia una fundamentación de la Bioética Ambiental desde la visión de Fritz Jahr, Aldo Leopold y Van Rensselaer Potter. *Revista Colombiana De Bioética*, 15(2). <https://doi.org/10.18270/rcb.v15i2.3009>
- Martínez, E. (2008). *Los Derechos de la Naturaleza como puerta de entrada a otro mundo posible*. Quito: Abya Yala.

- Morales, M. (2013). *El derecho ambiental en el Ecuador*. Quito: CORPORACIÓN DE GESTIÓN Y DERECHO AMBIENTAL ECOLEX.
- Narváez, I., y Narváez, M. (2012). *Derecho ambiental en clave neoconstitucional (enfoque político)*. Quito: FLACSO, sede Ecuador.
- Our Common Future, ONU (1987). Report of the World Commission on Environment and Development. <https://digitallibrary.un.org/record/139811?ln=es>
- Pérez, E. (2008). *Derecho Ambiental*. Quito: Derecho Ambiental.
- Pinker, S. (2018). En *defensa de la ilustración*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Prieto Méndez, J. M. (2013). *Derechos de la naturaleza. Fundamento, contenido y exigibilidad jurisdiccional*. Quito: Corte Constitucional, CEDEC.
- Rodríguez Allen, A (2002). ¿Qué es la Bioética?. *Ensayos Pedagógicos*, Vol. 1, N°. 1, 2002, págs. 135-148
- Salinas Alcega, S (Dir) (2020). *La lucha contra el cambio climático. Una aproximación desde la perspectiva del derecho*. Valencia: Tirant lo blanch.
- Stutzin, G. (1985). Un imperativo ecológico: reconocer los derechos de la naturaleza. *Ambiente y Desarrollo*, 97-114.
- Terol Becerra, M. (2015). *El neoconstitucionalismo latinoamericano*. Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Zaffaroni, E. (2011). La Pachamama y el humano. En A. Acosta, y E. Martínez, *La naturaleza con derechos. De la filosofía a la política*. Quito: Abya Yala.

Lecturas sugeridas

- Kuhlman, T., y Farrington, J. (2010). What is Sustainability? *Sustainability*, 2(11), 3436–3448. MDPI AG. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.3390/su2113436>
- Lorenzetti, R. (2021). *El nuevo enemigo. El colapso ambiental. ¿Cómo evitarlo?*. Buenos Aires: Sudamericana, Penguin Random House.
- Martínez-Moscoso, A. (Ed.) (2021). *Tutela de los derechos de la Naturaleza y el ambiente sano*. Quito: Instituto de Investigaciones Jurídicas, Colegio de Jurisprudencia, Universidad San Francisco de Quito.
- Striedinger Meléndez, M. P. (2016). Bioética y desarrollo sostenible. *Rev. Pistis Prax., Teol. Pastor.*, Curitiba, v. 8, n. 2, p. 497-526. <https://periodicos.pucpr.br/pistispraxis/article/viewFile/2704/2623>

SOBRE LOS AUTORES

Dr. Fernando Estévez Abad (Coordinador)

Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Neurología, Máster en Neurociencia y Biología del Comportamiento, Máster en Bioética y Derecho por la Universidad de Barcelona, PhD por la Universidad de Barcelona, Tutor y profesor del Máster de Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona, Miembro del Observatorio de Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona y del equipo de investigación Bioética-Derecho y Sociedad de la Universidad de Barcelona.

Docente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca en las cátedras de neurofisiología y bioética.

Expresidente y exvicepresidente del Colegio de Médicos del Azuay; actual presidente de la Sociedad Médica Ecuatoriana de Neurología.

Rafael Caiado Amaral

Licenciado en Derecho por la Universidad Federal de Goiás, Brasil; Especialista en Filosofía del Derecho por la PUC-MG, Brasil; Especialista en

Derecho de la Medicina por la Universidad de Coimbra, Portugal; Máster en Bioética y Derecho por la Universidad de Barcelona, España; Profesor del Centro Universitário de Brasília-UNICEUB, Brasil; Revisor de la Revista de Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona, España; Miembro del Tribunal de Justicia del Distrito Federal y de los Territorios, Brasil.

Dr. Edmundo Estévez Montalvo

Doctor en Medicina y Cirugía. Magister en ciencias básicas biomédicas. Máster en Bioética y Derecho por la Universidad de Barcelona.

Profesor principal e investigador en la Carrera de Medicina Universidad Central del Ecuador.

Ex miembro del Comité internacional de Bioética de la UNESCO (IBC), Ex director general académico, Ex presidente COBI-IIRB,

Dr. Joaquín Martínez Montauti

Médico, doctor (PhD) en derecho y Bioética por la Universidad de Barcelona, ha sido Jefe de Servicio de Medicina Interna del Hospital de Barcelona, así como asesor del Comité de Bioética del Consejo de Europa. Presidente del Comité de Ética del Hospital de Barcelona. Miembro del Observatorio de Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona. Tutor y profesor del máster de Bioética y Derecho de la Universidad de Barcelona.

Dr. Andrés Martínez-Moscoso

Doctor (PhD) en Estudios Políticos y Constitucionales. Jurista de profesión. Es Profesor a tiempo completo y director del Instituto de Investigaciones Jurídicas del Colegio de Jurisprudencia de la Universidad San Francisco de Quito. Tiene decenas de publicaciones en revistas indexadas, y ha sido consultor nacional e internacional en temas relacionados con derecho público, la gestión del agua y el derecho ambiental. Es miembro de la Comisión Mundial de Derecho Ambiental (CMDA) de la Unión Internacional para la Conservación de la Naturaleza, así como de la Asociación Internacional del Agua y del Instituto Iberoamericano de Derecho Constitucional.

Sus principales líneas de investigación son: Derecho constitucional, derechoagua,derechoambientalygestiónpública(amartinez@usfq.edu.ec)

Dr. Gustavo Vega Delgado.

Licenciado en Filosofía y Psicología, doctor en medicina, tiene cuatro maestrías de investigación en psiquiatría, música, (McGill U, Montreal) Antropología (Harvard, Maryland College Park, USA) (PUCE-UDA, Ec) e historia (UPO, España) PhD en Historia de América Latina (UPO, Sevilla)

Fue presidente de la Asociación Ecuatoriana de Psiquiatría y del Centro de Reposo y Adicciones (CRA) de Cuenca. Profesor titular de psicología, psicopatología, psiquiatría, antropología e historia de las ciencias en universidades de América, Asia y Europa, ha escrito 45 libros.

Rector de la Universidad de Cuenca (1995-2000). Presidente de Amnesty International (1993-1997). Presidente de la UDUAL (1998-2000). Embajador en Brasilia (1998-99) y México (2000-2003). Presidente del Consejo Nacional de Educación Superior (2006-2010). Rector reelecto de la Universidad Internacional del Ecuador desde el 2018.

Este libro se publicó en formato digital, en agosto de 2023,
bajo el sello editorial UCuenca Press

Cuenca - Ecuador

En los últimos años, la bioética ha sido enriquecida por investigaciones y publicaciones contribuyendo a diversas legislaciones y normativas. Pero, a diferencia de otras partes del mundo, donde la bioética ha sido ampliamente discutida, en América Latina aún se considera una disciplina en evolución. Por su importancia, y ante la necesidad de avanzar en criterios, derechos y posturas, algunas universidades de la región ya han reformado sus currículos para incluir Bioética como materia obligatoria que refuerza el humanismo en las profesiones sanitarias.

Este libro, “Bioética para las áreas de la salud” ha sido diseñado desde una aproximación didáctica para ofrecer soporte a los estudiantes de grado y posgrado, y generar debates académicos en el aula. Se espera fomente la curiosidad y la necesidad de formación complementaria en Bioética entre los profesionales de las diversas ramas de las ciencias médicas.

ISBN 978-9978-14-524-1



9 789978 145241

UCUENCA PRESS 