ENSAYOS EN BIOÉTICA: UNA PERSPECTIVA PUERTORRIQUEÑA

Editora
Marlén Oliver Vázquez, EdD.

Serie
Bioética Caribeña
Nº 1

ENSAYOS EN BIOÉTICA:
UNA PERSPECTIVA PUERTORRIQUEÑA

Serie
Bioética Caribeña

Nº 1

ENSAYOS EN BIOÉTICA: UNA PERSPECTIVA PUERTORRIQUEÑA

Editora

Marlén Oliver Vázquez, EdD.

Con la colaboración de:

Rafael Bredy, MD., Brian Muñoz, PhD. y
Leonides Santos y Vargas, PhD.(†)

Serie
Bioética Caribeña

Nº 1

Prohibida la reproducción total o parcial de este libro, por cualquier medio, sin previo consentimiento escrito de su editor o autor.

Ensayos en Bioética: una perspectiva puertorriqueña

Primera edición: 2013

© Universidad de Puerto Rico

© Aleida C. Gelpí Acosta, Beatriz V. Rivera Cruz, Brian Muñoz, Carmen Pura Rodríguez, Edgardo Ruiz Cora, Irma L. Febo Rodríguez, Jennifer Torres del Valle, Jorge José Ferrer, José A. Capriles Quirós, José Rafael García Fragoso, Julio V. Montalvo Del Valle, Junta Asesora de Bioética, Leonardo López López, Leonides Santos y Vargas, Lillian Gayá González, Luis A. Bonilla Soto, Marlén Oliver Vázquez, Mary Cele Rivera-Martínez, Michelle Schelske Santos, Rafael Pérez Medina, Silvia López Paláu, Sonia I. Ramirez Morales, Suad El Burai Félix, Sausan El Burai Félix, Vivian Auffant, Wanda I. Tábora Tirado.

Coordinación editorial: Marlén Oliver Vázquez, EdD., Rafael Bredy, MD., Brian Muñoz, PhD. y Leonides Santos y Vargas, PhD.(†)

ISBN: 978-1-61887-299-9

Diseño y diagramación: Luis Fernando Rodríguez R.
graferstudio7@gmail.com - http://be.net/conceptografer

Impreso en Colombia por LEGIS S.A.

Presentación

Estimado lector:

El volumen que tienes en tus manos –o en tu pantalla- tiene múltiples significados para los que lo hemos gestado y dado a luz. Encontrarás en él trabajos elaborados por egresados y docentes de las primeras dos ediciones del Certificado de Estudios Profesionales en Bioética que se ofrece en el Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico. Recoge las primicias de la articulación de una reflexión bioética, hecha desde y para nuestras coordenadas boricuas y caribeñas.

Estas primicias, convertidas en libro, lanzan una doble mirada que se dirige tanto al pretérito como al porvenir. En la primera perspectiva, celebra el camino andado y también rinde homenaje a la labor pionera del Dr. Leonides Santos y Vargas, autor del prefacio que vas a encontrar a continuación. Él fue el fundador del Instituto de Bioética Eugenio María

de Hostos del Recinto de Ciencias Médicas y el padre del Certificado de Estudios Profesionales en Bioética de nuestro Recinto. Tristemente, Leonides ya no está con nosotros. Falleció el 17 de diciembre de 2011. Este libro se dedica a honrar su memoria. El prólogo que encontrarás a continuación es el fruto postrero de su fecunda pluma.

Pero *Ensayos de bioética: una perspectiva puertorriqueña* mira también al mañana. Con este volumen iniciamos una nueva colección que nos comprometemos a continuar en el futuro, recogiendo la reflexión bioética articulada en Puerto Rico y también, así lo esperamos, en otros lugares del Caribe. Por eso hemos señalado este libro como el volumen inaugural de la colección *Bioética Caribeña*.

Como sucesor y continuador de la obra de Leonides me corresponden el honor y la alegría de poner este volumen en tus manos.

Jorge José Ferrer, Director
Instituto de Bioética
Decanato de Asuntos Académicos
Recinto de Ciencias Médicas
Universidad de Puerto Rico

A: Dr. Leonides Santos y Vargas....

Maestro, amigo, pionero de la bioética en esta nación, hacedor de caminos por los que anduvo lleno de entusiasmo, alegría y entereza, sembrando su legado en muchos de nosotros.

Índice

5 **PRESENTACIÓN**

13 **PREFACIO**

17 **PROLOGO**

PARTE I. BIOÉTICA FUNDAMENTAL

27 Desarrollo histórico de la bioética en Puerto Rico
Leonides Santos y Vargas, PhD.

41 Teoría ética y deliberación bioética
Jorge José Ferrer, SJ, Thd

87 La persona uterina:
Una fundamentación empírica, teológica y filosófica
Luis Bonilla Soto, PhD. MPH

PARTE II. BIOÉTICA CLÍNICA

117 Limitación del esfuerzo terapeútico en el cuidado del paciente en estado vegetativo constante.
Lillian Gayá, PhD.

149 Consulta sobre la inclusión de la claúsula de la selección de foro judicial en el consentimiento informado en un hospital privado en Puerto Rico.
Junta asesora de bioética del Gobierno de Puerto Rico

161 Consulta sobre "dumping" de pacientes de hospitales privados al Centro Médico y al hospital estatal de psiquiatría.
Junta asesora de bioética del Gobierno de Puerto Rico

179 Análisis de la salud a través de la publicidad de las aseguradoras
Aleida Gelpí, PhD.

PARTE III. BIOÉTICA SOCIAL

203 Una bioética latinoamericana:
Bioética para la promoción de la salud
Wanda Tábora, MPHE.

225 Equidad de género y bioética
Sausan El Burai, MPH. Suad El Burai, MPH.

243 Necesidad de una ética ambiental para Puerto Rico
Carmen Pura Rodríguez, PhD.

259 Declaración bioética sobre la relación entre el estado de salud y el nivel socioeconómico en Puerto Rico.
Julio Montalvo, PhD., Leonardo López, MS. y Silvia López Palau, PhD.

PARTE IV. BIOÉTICA E INVESTIGACIÓN

295 La bioética de la investigación clínica
Irma Febo, MD.

307 Consideraciones bioéticas a través de la historia de la investigación con poblaciones vulnerables: Puerto Rico y Latinoamérica.
Michelle Schelske PhD. y Jennifer Torres Del Valle, MPHE.

PARTE V. TEMAS ESPECIALES DE BIOÉTICA

347 Despunte de la biotecnología en Puerto Rico: Cultivos transgénicos y valores
Sonia Ramírez, MT.

369 El matrimonio de parejas del mismo sexo: Un asunto ético de justicia.
José A. Capriles Quirós, MD. MHSA., Edgardo Ruiz Cora, PhD., Mary Cele Martínez, JD. y José R. García Fragoso, JD.

403 Ética en las escuelas de negocios:
Estudio empírico de Puerto Rico
Silvia López Palau, PhD. y Beatriz Rivera Cruz PhD.

437 El significado de la vejez en la sociedad contemporánea
Marlén Oliver Vázquez, EdD MPHE.

465 Neuroética y uso no terapéutico de Metilfenidato
Brian Muñoz, PhD.

485 Acerca de los autores

496 Agradecimientos

Prefacio

Los trabajos que se incluyen en esta publicación son el producto de un grupo selecto de profesionales universitarios que integraron las primeras dos ediciones (2007 y 2009) del *Certificado de Estudios Profesionales en Bioética* que se ofreció en el Recinto de Ciencias Médicas (RCM) de la Universidad de Puerto Rico. Dicha iniciativa académica fue posible gracias al auspicio del Decanato de Asuntos Académicos del RCM y su *Instituto de Bioética Eugenio María de Hostos;* la Escuela Graduada de Salud Pública y la Oficina de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el Departamento de Salud Puerto Rico. Los ensayos incluyen aportaciones de los que participaron como estudiantes que querían capacitarse en los contenidos y métodos de la disciplina de la bioética, así como colaboraciones de algunos profesores a cargo de la docencia en el Certificado. Publicar tales trabajos cumple el propósito de destacar la excelencia de los participantes del Certificado y aportar al enriquecimiento de la literatura bioética desde la perspectiva de la reflexión e investigación académica puertorriqueña.

La experiencia y dinámica, tanto docente como discente, que caracterizó las primeras jornadas de capacitación de profesionales en la disciplina de la bioética, se destacó por un entusiasmo "desmesurado"- a juicio de quien esto escribe. Tal entusiasmo desmesurado se puede explicar en razón del compromiso, diversidad profesional de los participantes (médicos, profesores universitarios, abogados, administradores, salubristas públicos, y otros.), y por la calidad y trasfondo disciplinar de los profesores "del patio" y de los profesores invitados de extracción inernacional que asumieron la responsabilidad de la docencia.

Entre los profesores invitados del exterior cabe mencionar a: Dr. Fernando Lolas Stepke, pasado Director Ejecutivo del Programa de Bioética para América Latina y el Caribe de la Organización Panamericana de la Salud, con sede en Santiago de Chile; Dr. José F. Mainetti, pionero de la bioética en Argentina y Latinoamérica; la Dra. Delia Outomuro, Directora del Programa de Humanidades Médicas y Bioética de la Universidad de Buenos Aires; Dr. Juan Carlos Álvarez, Profesor de la Pontificia Universidad Comillas de Madrid; Dr. Volnei Garrafa, Presidente de la Red Latinoamericana de Bioética, con auspicio de la UNESCO y Director del Programa Graduado de Bioética de la Universidad de Brasilia; Dr. Gilberto Cely Galindo, Catedrático de la Universidad Javeriana en Colombia y autor de múltiples publicaciones en bioética; el Dr. Alfonso Reyes Zubiría, de México, médico tanatólogo y promotor del movimiento tanatológico en México; la Dra. Yolanda Ricardo, bioeticista de Cuba; el Dr. Miguel Suazo, Director del Magister en Bioética del Instituto Tecnológico (INTEC) de Santo Domingo, República Dominicana; el Dr. Moty Benyakar, médico psiquiatra y distinguido profesor argentino; el Dr. Miguel Sánchez, Profesor titular del Máster de Bioética en la Univesidad Complutense de Madrid; el Dr. Pablo Simón Lorda, profesor en bioética de la Escuela Andaluza de Salud Pública; el Dr. Juan Ramón Lacadena, distinguido bioeticista y académico español, autor de numerosas referencias en el tema de la genética y bioética.

No menos impresionante fue la participación docente de profesores invitados del ámbito universitario puertorriqueño, tales como: el Dr. Jorge Ferrer Negrón, Catedrático de Bioética y Humanidades del Recinto

Universitario de la UPR en Mayagüez (RUM), autor de mútliples publicaciones en bioética; el Dr. Héctor Huyke profesor de filosofía y ética de la Ingenería en el RUM; la Dra. Elena Lugo, pionera del movimiento bioeticista puertorriqueño, quien desde su cátedra en el RUM contribuyó a que la bioética haya irradiado hacia todo el ámbito académico y hospitalario de Puerto Rico: el Dr. Roberto Gutiérrez Laboy y el Lcdo. Juan Mari Bras, ambos recipientes de la Cátedra de Honor Eugenio María de Hostos, UPR. Igualmente destacada fue la participación del Dr. Rafael Bredy, médico y profesor en bioética; del Dr. Brian Muñoz, profesor y filósofo del Recinto Mayagüez de la UPR.; de la Dra. Sandra Fábregas, Catedrática de la Facultad de Farmacia del RCM; del Dr. Rafael Ruiz Quijano, distinguido urólogo y Profesor Ad-Honorem de la Escuela de Medicina del RCM. y de la Dra. Leila Malavé, distinguida pedriatra e intensivista. Particularmente valiosas fueron las aportaciones del Dr. Ernesto Frontera Roura, ex Presidente y co-fundador de la Federación Puertorriqueña de Bioética y pasado Presidente de la Junta Asesora de Bioética creada mediante Orden Ejecutiva del Gobernador de Puerto Rico en el 2005, entre otros.

Es justo destacar que el hecho de se haya ofrecido estas primeras jornadas del Certificado de Estudios Profesionales en Bioética en el RCM, se debe, especialmente al liderazgo académico, compromiso y diligencia de la Dra. Marlén Oliver Vázquez, Catedrática de la Escuela Graduada de Salud Pública del RCM y miembro igualmente de la facultad a cargo del Certificado con la colaboración en asuntos administrativos y financieros de la Sra. Zoraida Braña Correa, Administradora del Instituto de Bioética.

Debo destacar que, fue decisivo el apoyo de la gerencia académica del RCM representada por la Dra. Delia Camacho, Decana de Asuntos Académicos, el Dr. José F. Cordero, Decano de la Escuela Graduada de Salud Pública, y de manera señalada, el entusiamo del Dr. José A. Capriles, Decano Asociado de la Escuela Graduada de Salud Pública.

Leonides Santos y Vargas, Ph.D., Director
Instituto de Bioética Eugenio María de Hostos
Decanato de Asuntos Académicos
Recinto de Ciencias Médicas, UPR

Prólogo

Una idea fructífera no puede dar frutos en la soledad de un pensamiento. Por innata que aparezca en cuanto el soñador la enuncia, necesita arraigar en varios, en muchos, en todos o en casi todos los cerebros de un pueblo, de una raza, de una porción de la humanidad, para desarrollarse y fructificar y hacer el género de bien en la cantidad de bien que le sea esencial. *Eugenio María de Hostos, Hostos en Santo Domingo I:135-136*[1]

Los artículos que presenta este libro integran años de labor investigativa en respuesta a diversas preocupaciones relacionadas con la salud, la sociedad y el ambiente. Dicha tarea la relacionamos con el cultivo de un árbol porque tal imagen responde al elemento de la naturaleza que sintetiza el proceso de la vida, proyecta los finales de la misma y su evolución. Es un símbolo de la vida en todos los aspectos y desde múltiples perspectivas.

Identifico el tronco fuerte de este árbol como la ciencia de la bioética que es parte de las actividades y actitudes humanas que ocurren entre: personas, profesiones que responden a los ambientes físicos y naturales,

1. Rodríguez Demorizi, Emilio *Hostos en Santo Domingo I y II,* Imprenta J.R. Vda. García Sucs: Ciudad Trujillo, 1942.

relacionada a las fases de la salud, conformadas en la relación clínica, social y ambiental respecto de los ejercicios de poder. Existen otras ramas en el fundamento bioético como son: los procesos administrativos, los planes de salud, las instituciones que atienden al paciente, las leyes que regulan los aspectos de la práctica de los profesionales de la salud, el resultado de los tratamientos en los pacientes, las leyes ambientales el ambiente y el entorno físico del país frente a las necesidades sociales no sólo de salud directamente sino también de calidad de vida. Las relaciones humanas constituyen el eje de distribución y el acto de la equidad. En esas ramas fuertes, asoman otras que representan los cuestionamientos de: los derechos de los excluidos, la población y su demografía, las causas sociales que empeoran las enfermedades físicas y mentales, descubriendo los diversos intereses que interfieren en la búsqueda de recursos económicos y de apoyo que la población demanda como parte de la justa atención a sus problemáticas.

Las organizaciones y asociaciones del país constituyen los núcleos que labran sus tareas y se aglutinaban en pos de un propósito articulado para el beneficio y mejora de la relación entre: la medicina–enfermedad, el paciente-médico, los recursos–accesos, los honorarios-precios, las medidas-leyes, la población-demografía, los medicamentos-costos, los tratamientos-disponibilidad, el ambiente físico y social que en muchas ocasiones determinan las enfermedades.

Parte de la tierra fértil que abona esta iniciativa, es el estudio de la bioética y sus fundamentos en Potter, Beauchamp y Childress. También se añaden manos labradoras de otras tierras que proveen experiencias para ampliar con ejemplos y más casos, consideraciones que los implicados tomen decisiones desde con la conciencia de la participación y la realidad de los desbalances habidos en los accesos a la salud en diferentes sociedades. Igualmente se atienden los documentos y pronunciamientos en torno a asuntos pertinentes como son los derechos de la persona y del planeta tierra.

El primer artículo del siempre presente Leonides Santos y Vargas, Director del Instituto de Bioética Eugenio María de Hostos, traza la historia

de la ley en Puerto Rico que constituye el comité asesor del gobernador y la génesis de los antecedentes que culminan con este valioso proyecto que es la Junta Asesora de Bioética. Esa trayectoria, se relaciona con el estudio de la ética que propuso en los años de 1979 el Centro de Filosofía en Mayagüez con sus conferencias; se le suman principalmente las labores del Recinto de Ciencias Médicas, la Escuela Graduada de Salud Pública, el Programa de Gerontología, el Instituto de Bioética Eugenio María de Hostos, la Asociación Médica de Puerto Rico, la Universidad Interamericana, la Escuela de Medicina de Ponce, para atender los dilemas surgidos en los diversos aspectos que implican la atención a la vida de una colectividad. Otras organizaciones que apoyaron y colaboraron desde sus especializaciones a esta búsqueda han sido las colegiaciones y colaboraciones de: farmacéuticos, tecnólogos médicos, terapistas, enfermeras, ambientalistas, juristas entre otras.

Sobre la preparación de los conferenciantes que presentan estas investigaciones indica Santos y Vargas:

> Estos ensayistas que participaron del Certificado de Estudios Profesionales en Bioética se nutrieron de temas como son: Fundamentos de la Bioética, Bioética Clínica, Bioética Social, Investigación y Bioética, Temas especiales de Bioética y un Seminario de Investigación. Algunos de los conferenciantes participantes han sido: Jorge Ferrer, Ernesto Frontera, Héctor Huyke, Roberto Gutiérrez Laboy, Juan Mari Bras, Brian Muñoz, Rafael Ruiz Quijano y Leonides Santos y Vargas. Las conferencias también incorporan presentaciones de invitados de América Latina y España contribuyendo en la exposición de otras perspectivas y formas de enseñanza del tema. Han participado: Juan Carlos Álvarez, Miguel Sánchez y Pablo Simón de España, Delia Outomuro y José Mainetti de Argentina; Volneil Garrafa de Brasil, Gilberto Cely Galindo de Colombia, Yolanda Ricardo de Cuba, Fernando Lolas de Chile y Miguel Suazo de República Dominicana.

El resultado de estas conferencias, lecturas e investigaciones ha sido la identificación, comparación y proposición de alternativas a diversas

problemáticas, con una amplitud de miradas, junto a la incorporación de procedimientos que avalan esa dualidad causas-enfermedad tanto en las manifestaciones individuales como las de origen social, económico y político que las propician.

A partir de la convocatoria del Instituto de Bioética Eugenio María de Hostos y de la Escuela Graduada de Salud Pública, el arte de la práctica de la medicina se incorpora al análisis de los procedimientos que atiende la relación del entorno y circunstancias sociales. La interacción de otros aspectos como son el hospital, los espacios externos, la convivencia social, nacional e internacional, marcan los posibles procesos y alternativas ante casos individuales, colectivos y ambientales.

Los acercamientos ocurren a partir de las prácticas del trabajo y especialidades profesionales que proveen e integran los códigos éticos de campos referentes. Los integrantes de los grupos del Certificado de Estudios Profesionales en Bioética de la jornada del 2007 al 2009, presentan el resultado de sus investigaciones para sembrar y desarrollar un ejercicio de responsabilidad inter, intra y transdisciplinario, de grupos heterogéneos junto a posibilidades, definiciones de causas y análisis de los elementos que promueven la salud de enfermedades individuales y colectivas. Parte de sus deberes incluyen el estudio y análisis de la persona en todos sus aspectos, el estudio de la flora, la fauna, el ambiente y la relación de los anteriores respecto a la responsabilidad y el derecho. Además de la incorporación de los códigos éticos de las profesiones, como son las colegiaciones de médicos, abogados, ingenieros, enfermeras, tecnólogos médicos, farmacéuticos y profesores de diversas materias, estos artículos que hoy se presentan, añaden parámetros para la búsqueda de soluciones, procesos maduros y equitativos a fin de enfocar la relación de la enfermedad y sus múltiples causas. A esto corresponden los artículos de este libro, que cual hojas reflejan los diversos tonos y perspectivas de análisis de casos, contenedores de alternativas pertinentes.

Se han logrado estudios, investigaciones y análisis de los diferentes aspectos de la relación salud-población por medio de participantes que practican especialidades diversas como son: medicina, filosofía, administración

de empresas, biología, bioquímica, bioestadísticas, demografía, derecho, estudios ambientales, gerontología, pediatría, psicología, sociología, salud pública, tanatología y zoología como reflejan los estudios de esta publicación. En este colectivo que tiene como propósito promulgar la salud en sus más amplios significados, laboran manos experimentadas[2]-pioneras en el análisis bioético de la realidad puertorriqueña- con otras que se inician en el ánimo de continuar la ardua tarea de contribuir, de diversas formas, a la salud de nuestro pueblo con la certeza que dicha acción colaborarà en la de otros lugares.

La semilla encontrada se relaciona con otras que germinan en las raíces de los diversos grupos del país que van recogiendo las preocupaciones para transformar los amplios conflictos que componen la vida y la salud individual, social y colectiva en soluciones viables a nuestro contexto.

Este libro-árbol que presentamos se refiere tanto a las raíces, al tronco, a las ramas que se renuevan, porque así es la bioética. Esta especia ha dado frutos en nuestro país y que sabemos serán renovables con proyecciones internacionales.

También promulga preguntas que se reflejan en las partes del libro y sus artículos: cómo los puertorriqueños han asumido la bioética, cual ha sido la base para el análisis del deber sobre el código, cómo ampara el derecho los servicios de salud; cuáles son los elementos que limitan el matrimonio de parejas de un mismo sexo; de qué manera los comités de ética contribuyen al análisis de casos; cómo se incorporan los referentes sociales a la justicia distributiva y social en los ofrecimientos de servicios de salud; cuán necesario es una ética ambiental; cuáles son las poblaciones vulnerables; por qué hay que reflexionar sobre el significado social de la vejez; cuáles son los cultivos transgénicos; qué es la neuroética y sus implicaciones.

2. A este grupo pertenecen los que han gestado los estudios bioéticos en el país, abriendo surcos en la conciencia de la población sobre los distintos aspectos de este tema y desde sus diferentes labores como son: del Instituto de Bioética Eugenio María de Hostos y Leonides Santos y Vargas; de la Escuela Graduada de Salud Pública, Marlén Oliver Vázquez; del Recinto de Ciencias Médicas, Luis Bonilla Soto, José Capriles Quirós; de la Universidad de Puerto Rico en Mayagüez: Jorge Ferrer Negrón y Brian Muñoz.

El libro constituye la primera publicación en conjunto de los participantes del Certificado de Bioética estableciendo un precedente muy significativo en la temática desde múltiples disciplinas y temas diversos. Su trascendencia y pertinencia sumada a los acercamientos acertados abren el diálogo a los diversos aspectos que implican las relaciones de vida-salud en sus contextos. El resultado es un fruto apetecible en cualquier lugar en que se aprecie investigar, revelar y denunciar problemas bioéticos, porque sus diversos métodos, interpretaciones y prácticas señalan los nuevos surcos para la restauración de la salud en Puerto Rico.

Estos acercamientos están presentes en la obra de Eugenio María de Hostos (1839-1903) figura trascendental en el pensamiento puertorriqueño, latinoamericano y universal. En varias partes de su obra, relaciona con importancia interactiva el cuidado del cuerpo individual, el ambiental y el social. Roberto Gutiérrez Laboy ha estudiado su pensamiento desde la bioética por lo que concluye en su libro *Eugenio María de Hostos precursor de la Bioética en América Latina*[3] con la siguiente frase:

> Hostos al igual que el fundador de la bioética, encauzó su capacidad intelectual -así como política y social en las que el norteamericano no se distinguió – hacia un intento de solventar la integridad de la dimensión natural, individual y social planetaria. Espacio en el que el ser humano y la naturaleza son una sola y misma realidad.

Los artículos que comenzarán a leer tienen a su vez la semilla del mayagüezano Universal, al relacionar de manera intrínseca el derecho y el deber de la persona consigo misma, con la sociedad y con el ambiente desde el suelo puertorriqueño a la totalidad del planeta.

Vivian Auffant Vázquez Ph.D.

3 Gutiérrez Laboy, Roberto, *Eugenio María de Hostos precursor de la Bioética en América Latina,* Biblioteca Nacional Pedro Henríquez Ureña, Santo Domingo Republica Dominicana, marzo 2010: 186.

PARTE I

BIOÉTICA FUNDAMENTAL

Desarrollo Histórico de la Bioética en Puerto Rico*

Leonides Santos y Vargas Ph.D.

Introducción

La Junta Asesora de Bioética de Puerto Rico se creó por orden ejecutiva del gobernador del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, Lcdo. Aníbal Acevedo Vilá, el 6 de septiembre de 2006. Su misión principal era asesorar la Oficina del Gobernador en áreas relativas a implicaciones bioéticas respecto a legislaciones y políticas gubernamentales en ciencias de salud y ambientales. La decisión de establecer la Junta provenía de varias recomendaciones incluidas en el informe final de una comisión encargada de evaluar el sistema de salud pública de Puerto Rico. La Comisión Evaluadora del Sistema de Salud de Puerto Rico, creada por el gobernador Anibal Acevedo Vilá en 2005, tenía la responsabilidad de evaluar el sistema de salud en todas sus dimensiones: los recursos financieros, las estructuras administrativas, los efectos en la educación

* Este artículo es una revisión y actualización de: Ferrer J.J., Ruiz Quijano R., Lugo E. y Santos y Vargas L. (1996) Bioethics in Puerto Rico. Hec Forum 8 (6): 392-397.

de los profesionales de la salud y la dimensión ética de las implicaciones contenidas en la reforma de salud implantada en 1993.

La justificación para evaluar el sistema de salud vino como resultado de un reclamo de diversos sectores de la sociedad, a raíz de la privatización del principal sistema que sostuvo la salud pública en Puerto Rico desde principios del siglo XX. A partir de 1993, el presupuesto para el cuidado de la salud se distribuyó mediante ***capitation*,** a corporaciones privadas de seguros de servicios de salud, las aseguradoras. Estas intervenían en el reclutamiento de los proveedores individuales que ofrecerían los servicios de salud bajo el nuevo sistema.

Una de las razones para reformar el sistema vigente y justificar su privatización, fue la necesidad de contener los costos y la tendencia a la expansión del sistema público por supuestas ineficiencias de las agencias estatales. Se justificó por la supuesta inequidad en atender las necesidades necesidades de salud de la clase indigente. (Izquierdo Mora L., Oliver Vázquez M., Santos Vargas L., Fábregas Troche S., Ferrer J. y Villarini Jusino A., octubre 2005).

El modelo de prestación de servicios de salud vigente fue cambiado por el de cuidado dirigido ("managed care", en inglés) con el fin de distribuir los escasos recursos disponibles y controlar el costo de los servicios. El nuevo modelo de cuidado dirigido asignaba un médico primario como puerta de entrada a los servicios. Éstos médicos daban acceso al servicio y decidían el tratamiento a seguir según las necesidades de la población médico indigente. Se confiaba que este control aseguraba una mejor utilización de los recursos del estado y el acceso a mejores servicios a la población médico indigente. Ningún paciente tendría acceso directo a los servicios de un especialista, laboratorio, farmacia, ni hospital sin una autorización previa del médico primario. (Izquierdo Mora L., Oliver Vázquez M., Santos Vargas L., Fábregas Troche S., Ferrer J. y Villarini Jusino A., Octubre 2005)

El Comité de Ética de la Comisión decidió evaluar el sistema desde la perspectiva de los cuatro principios asociados a la bioética: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia distributiva. Consideró además, el impacto del nuevo modelo en las virtudes y profesionalismo de los encargados

de ofrecer los servicios de salud: en especial los médicos. La perspectiva de la bioética fue utilizada como un marco referencial necesario de la evaluación. A partir de los hallazgos del Comité, se elaboraron recomendaciones para mejorar el sistema de salud de la llamada Reforma. Una de las recomendaciones adoptadas por la Secretaria de Salud para esa fecha Dra. Rosa Pérez Perdomo, fue la creación de la Junta Asesora de Bioética del Gobierno de Puerto Rico. Esta se componía de nueve miembros entre los cuales había una gerontóloga, un abogado, una profesora de farmacia, un filósofo, tres médicos, un teólogo eticista y un coordinador en investigaciones y proyectos que estaba a cargo de organizar la investigación y difundir las actividades a cargo de la junta. La Junta realizó sus funciones hasta diciembre de 2008, fecha en que quedó inactiva con el cambio de gobierno.

El fortalecimiento de la bioética en el país tiene un punto de partida en la labor llevada a cabo por el Instituto de Estudios Humanísticos y Bioética Eugenio María de Hostos del Recinto de Ciencias Médicas (RCM), hoy Instituto Hostosiano de Bioética (IHB). El IHB, adscrito al Decanato de Asuntos Académicos del RCM, tiene la misión principal de promover la dimensión humanística y ética en la formación de los profesionales de la salud, científicos y docentes del RCM y otras entidades del país. El fin ulterior es contribuir al desarrollo y fortalecimiento de una cultura bioética en el país mediante actividades de docencia, investigación y servicio dirigidas al cumplimiento de su misión. Esta misión se lleva cabo mediante actividades de suma importancia para la Universidad de Puerto Rico y para el país, tales como: asesorar a miembros de comités de ética hospitalaria, estudiantes, profesores e investigadores de la UPR y de otras universidades, adiestrar facultad universitaria y ofrecer actividades de educación continuada a profesionales de la salud y otras disciplinas afines, desarrollar publicaciones y mantener la colección de libros y materiales en el tema en la biblioteca del RCM.

La fase pionera: la Universidad de Puerto Rico en Mayagüez

El reconocimiento actual de la disciplina de la bioética como ejemplo de práctica intelectual en el avalúo de la política social del país y su creciente aceptación como parte de la misión universitaria, se le atribuye

a la paciencia, rigurosidad y trabajo anónimo de un grupo pionero de académicos y profesionales que han contribuido a la promoción de la cultura bioética en el país por medio de conferencias, congresos, exposiciones públicas, entrevistas de prensa y publicaciones al público amplio en medios de difusión pública.

En 1979 la Universidad de Puerto Rico en Mayagüez, el segundo campus más importante del país, recibió fondos del la Fundación Puertorriqueña de las Humanidades para patrocinar una serie de simposios con el tema de la ética en la salud. El proyecto fue organizado por la Dra. Elena Lugo, catedrática del departamento de humanidades del Recinto de Mayagüez. El proyecto tenía el propósito de servir a las necesidades de adiestramiento en el tema de los estudiantes de premédica. El esfuerzo se extendió a los estudiantes que se matricularon en el programa de microbiología industrial, un nuevo programa en ese momento. En este marco, se desarrolló un curso de bioética con la temática de investigación ética como eje, relacionando la universidad y la industria con las ciencias biológicas y sociales.

Luego de esta experiencia, el Recinto de Mayagüez estableció un Centro para la Filosofía e Historia de la Ciencia y la Tecnología, bajo la dirección de la Dra. Elena Lugo. El Centro dirigió sus esfuerzos al desarrollo de cursos en bioética y su integración a los currículos universitarios de ciencia y tecnología. También desarrolló diversidad de ofrecimientos en el tema mediante cursos cortos, talleres, sesiones de discusión, coloquios, conferencias y congresos internacionales. Desde su creación, se respaldaron dos congresos interamericanos a los que asistieron personalidades de 24 países para discutir la relación entre la tecnología y la práctica teórica desde la perspectiva filosófica, atendiendo la compleja interacción entre tecnología, política, economía y las instituciones sociales de Norte, Centro y Sur América.

Luego de varias exitosas iniciativas, esta organización evolucionó a lo que se conoce como el Centro de la Ética en las Profesiones. Este centro promovió el establecimiento de cursos transcurriculares de varias profesiones que se ofrecen en el campus. Un ejemplo fue el desarrollo de

cursos de ética para ingeniería y cursos en Bioética Clínica para los estudiantes de pre médica. Los hospitales del área de Mayagüez también se beneficiaron de los servicios de consulta ofrecidos.

La doctora Lugo ha sido pionera en la promoción de la bioética en Puerto Rico. Ha contribuido significativamente al desarrollo de la literatura bioética en Puerto Rico. Como evidencia intelectual de su trabajo ha publicado varios títulos en temas de filosofía y psicología, ética médica, ética profesional, dignidad humana, y varios manuales de filosofía, ética y bioética. También es miembro fundadora de la Federación Puertorriqueña de Bioética y una de sus presidentes.

El Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico

Durante la década de 1980 a 1990, se realizaron varios esfuerzos para promover el estudio de las humanidades y la bioética en el RCM. La visita a Puerto Rico de dos prominentes expositores en el campo de la bioética y la ética médica, Edmund D. Pellegrino, M.D. y David Thomasma Ph.D., fomentó la discusión acerca de la importancia de la relación entre las ciencias médicas y el estudio de la ética. Posteriormente, se estableció un comité de ética en el Hospital Universitario, un comité de humanidades médicas en el Decanato de la Escuela de Medicina y se funda la revista *Salud y Cultura* en la Escuela de Profesiones de la Salud del RCM.

En 1993, se establecieron los cimientos del IHB con el Centro Hostosiano de Bioética bajo la dirección y liderato de Leonides Santos y Vargas, Ph.D., filósofo y decano del Colegio de Profesiones Relacionadas con la Salud. La visión amplia del Rector de RCM, Dr. Jorge Sánchez, permitió posteriormente, la creación del Instituto de Estudios Humanísticos y Bioética Eugenio María de Hostos, hoy Instituto Hostosiano de Bioética. Desde 1995 el Instituto ha desarrollado una presencia de liderazgo en campos afines y aparentemente distantes como son las ciencias y la filosofía. El nombre de Eugenio María de Hostos representa un homenaje al insigne filósofo puertorriqueño quien escribió extensamente sobre ética en diversos campos.

Este instituto forma parte del Decanato de Asuntos Académicos y está localizado en la Biblioteca del RCM. Su misión, metas y objetivos consisten en la investigación y enseñanza de la bioética, su origen histórico como parte de los estudios humanísticos, la historia de la medicina y el análisis de pensamiento crítico para destacar la importancia ética en la educación científica de los médicos practicantes. A través de estos años el IHB ha promovido discusiones en la comunidad académica, universitaria y en público amplio respecto al diálogo entre el humanismo literario y científico para una educación liberadora en estudios especializados de profesiones de la salud.

Uno de los logros del IHB ocurrió en los años de 1983 a 2000, cuando la *National Endowment for the Humanities* de Washington aprobó una propuesta para adiestrar profesores universitarios de Estados Unidos y Puerto Rico en el estudio y método de la bioética. Reconocidos estudiosos y especialistas de calibre internacional participaron en el proceso que tuvo una duración de tres años. Entre estos estuvieron: Edmund Pellegrino, Diego Gracia Guillén, Javier Gafo, Baruch Brody y Joseph Fins. Los trabajos de estos cursos intensivos de verano se pubicaron en el texto *Humanidades y las Ciencias de la Salud*. Otro logro significativo del IHB fue la organización del Cuarto Congreso de la Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones de Bioética (FELAIBE) celebrado en el Wyndham Conquistador en Fajardo durante los días del 24 al 27 de septiembre en 2003, el cual reunió a distinguidos bioeticistas de España y America Latina.

Una de las actividades cumbre del IHB ha sido la creación del Certificado de Estudios Profesionales en Bioética (2007), pionero y único programa académico a nivel graduado existente en Puerto Rico en el tema. El Certificado está dirigido a capacitar facultad del RCM, de otras universidades públicas y privadas, y profesionales de la salud y campos relacionados con las competencias necesarias para incorporar el contenido de la bioética en los currículos de preparación de profesionales de la salud y en el ejercicio de sus profesiones con un sentido de prudencia y responsabilidad ética. Este programa representa una manera de concretar el compromiso y misión de la Universidad de Puerto Rico de

contribuir al objetivo colectivo de mejorar la calidad de vida social en la comunidad puertorriqueña. El programa establece los cimientos para el desarrollo eventual de programas formales académicos en bioética, tanto al nivel graduado como sub-graduado, para los cuales se requiere disponer de cuadros de personal docente suficiente para atender la encomienda. Consta de un año de estudios, 18 créditos graduados y los siguientes cursos: Fundamentos de la Bioética, Bioética Clínica, Bioética Social, Bioética en la Investigación, Temas especiales de Bioética y un Seminario de investigación en el que los estudiantes integran lo aprendido en la deliberación de problemas críticos del país. Las conferencias incorporan presentaciones de invitados de Puerto Rico, América Latina y España contribuyendo a presentar otras perspectivas del tema y formatos de enseñanza.

Esta iniciativa de desarrollo en la bioética ha sido posible por el respaldo de la Escuela Graduada de Salud Pública del Recinto de Ciencia Médicas y especialmente por el liderato y diligencia de Marlén Oliver Vázquez Catedrática de Gerontología de dicha Escuela Graduada, quien desarrolló la propuesta del Certificado y obtuvo los fondos iniciales para su implantación. La Escuela Graduada de Salud Pública fue responsable de institucionar los cursos en el sistema universitario y la Oficina Panamericana de la Salud de Puerto Rico aportó a los fondos conferidos para el desarrollo del proyecto. En mayo de 2011, el Senado Académico del Recinto de Ciencias Médicas aprobó la propuesta del Certificado Profesional en Estudios de Bioética como un programa oficial de la Institución. Hasta la fecha, se han certificado más de 50 profesores universitarios y profesionales de la salud y campos afines.

Desde la dirección del doctor Santos y Vargas, en el IHB se han publicado varios artículos y libros que van enriqueciendo la temática de la bioética en Puerto Rico, tanto en como en relación de la aplicación a los distintos campos del saber y la práctica. Algunos títulos son: *Bioética: Perspectiva humanística de las profesiones de la salud* (1993); *Humanidades y la Ciencia de la Salud* (2001); *Bioética Crítica* (2006). También ha publicado los siguientes artículos: *Bases filosóficas de la bioética* (1994); *Reflexión bioética en torno a pacientes*

renales (1996); *Implicaciones éticas del modelo de cuidado dirigido* (1996); *Implicaciones éticas de las nuevas tecnologías reproductivas* (1997); *La justicia sanitaria como prioridad para América Latina* (1997); *Necesidad de la enseñanza de la bioética como una disciplina crítica* (1999); *Meditación sobre el Genoma Humano* (2001); *Aproximación casuístico-inductiva de la Bioética* (2001); *Valuación Bioética del Proyecto Genoma Humano* (2003); *Hacia una bioética hostosiana* (2004).

El Círculo de bioética: iniciativas fuera de las instituciones académicas

En 1993, un grupo de amigos interesados en el tema, constituyeron el Círculo de Bioética. La idea surge de la propuesta del Dr. Jorge Ferrer, sacerdote jesuita y teólogo moralista especialista en bioética. Junto a dos médicos Rafael Ruiz Quijano, Urológo y miembro del Consejo Ético Judicial de la Asociación Médica de Puerto Rico y Ernesto Frontera, Psiquiatra, Ferrer formó un grupo interesado en celebrar un seminario mensual para tratar estos temas. El seminario tuvo numerosas reuniones desde 1993 y constituyó un grupo interdisciplinario que acogía médicos, filósofos, enfermeras, microbiólogos, farmacéuticos y otros profesionales de las ciencias de la salud. El grupo de estudio sirvió de estímulo para el establecimiento de otros proyectos significativos que han aportado al desarrollo de la bioética y estableció un foro de discusión y adiestramiento relacionado a las profesiones interesadas en la bioética. Varios miembros del Círculo participaron en la fundación de la Federación Puertorriqueña de Bioética y subsecuentemente en la creación del Instituto Hostosiano de Bioética.

Iniciativas de la Asociación Médica de Puerto Rico

Cuando uno de los miembros del Círculo de Bioética, el Dr. Jorge M. Lastra asumió la presidencia del Asociación Médica de Puerto Rico, incluyó en su plataforma presidencial la promoción el estudio de la bioética entre los miembros de la asociación. Estableció un subcomité para la educación en bioética, el cual presidió el Dr. Rafael Ruiz Quijano. Este comité se dio a la tarea de desarrollar programas de

educación médica continua y en el currículo de premédica del RCM. Posteriormente, en agosto de 1994, se instituyó la Jornada Bioética, la cual consistía en un día dedicado al estudio de la bioética y se presentaron conferencias semanales en la sede de la Asociación. También fue de vital importancia la unión de varios académicos estudiosos de la bioética quienes fueron invitados a la Asociación y se incorporaron como miembros del comité, entre ellos: Elena Lugo, Eduardo Santiago Delpín, Rafael Burgos Calderón, Ramón Isales y Jorge Ferrer entre otros.

Otro paso importante fue la labor del Dr. Rafael Burgos Calderón, Nefrólogo, quien había estado presidiendo el Comité de Ética del Hospital Universitario de la Universidad de Puerto Rico desde los años 90, representó a Puerto Rico en la Organización Panamericana de Salud y fue consultor para el Departamento de Salud por varios años. Desde su liderato a partir de 1995, organizó varios seminarios en bioética en el hospital universitario. Estos seminarios sirvieron a más de 500 profesionales de la salud de diversas profesiones como: enfermeras, médicos, administradores de hospitales, entre otros. Así mismo el director del Instituto Hostosiano de Bioética, Dr. Leonides Santos y Vargas, colaboró como miembro del comité de ética y fue recurso para estos. Debo destacar la labor de otro médico que colaboró en abrir los caminos de la bioética desde el RCM, el Dr. Santiago Delpín, reconocido cirujano de transplantes, profesor de cirugía del RCM y quien colaboró intensamente en el establecimiento de cursos en el programa académico de la Escuela de Medicina.

Otros esfuerzos

Los esfuerzos combinados de la Asociación Médica con otros miembros de la Federación de Bioética de Puerto Rico, permitieron que la entonces Secretaria de Salud la Dra. Carmen Feliciano de Melecio, declarara oficialmente la semana comprendida entre el 26 de febrero al 5 de marzo de 1995 como primera semana de bioética en Puerto Rico. Varias agencias privadas y públicas junto al Departamento de Salud, la Organización Panamericana de Salud y las tres escuelas acreditadas

de medicina aunaron esfuerzos para celebrar actividades en las cuales participaron prominentes figuras internacionales como el bioticista Dr. Diego Gracia de la Universidad Complutense de Madrid. Otros tres prominentes educadores en bioética estadounidenses, la jurista Nancy King, el Dr. James J. McCartney y el Dr. Stuart Spicker fueron invitados para ofrecer un seminario de cinco días para profesionales de la salud y el público interesado, auspiciado por el Departamento de Educación Federal, el Comité de Ética en Educación del Cuidado de Salud, el Fondo para el Mejoramiento de la Educación Postsecundaria, Rhone-Poulenc Rorer Caribbean Inc., entre otros. El seminario incluyó conferencias acerca de la importancia de considerar la temática filosófica, legal y religiosa en los comités de ética hospitalaria. La plenaria de clausura reunió profesionales de salud y abogados de los distintos comités de ética de toda la Isla tanto del sector público como privado. Esta actividad contribuyó a que las escuelas de medicina reconocieran la importancia de incluir cursos de bioética en sus currículos. Nuevamente la presencia de los doctores Elena Lugo, Jorge Ferrer y Rafael Ruiz Quijano fue imprescindible para lograrlo.

La Federación Puertorriqueña de Bioética

En el 1995, a iniciativa de uno de los miembros del Círculo de Bioética, se organizan reuniones para el establecimiento de la Federación Puertorriqueña de Bioética. Desde su creación, la federación ha sido una organización autónoma, sin fines de lucro con la misión y el compromiso de promover los valores éticos y humanísticos en la biomedicina, la salud y el ambiente. Con una naturaleza interdisciplinaria, ha impulsado la discusión de ideas, la promoción de la investigación en bioética y la integración de la bioética en las profesiones de la salud.

Desde la creación de la Federación, los miembros fundadores: Frontera, Lugo, García-Castro, Santos y Vargas, Echevarría, Ruiz Quijano y Ferrer, celebraron múltiples actividades profesionales y académicas que han contribuido al desarrollo de la cultura bioética en Puerto Rico. El Dr. Jorge Ferrer ha sido un académico que ha contribuido significativamente al análisis y elaboración del pensamiento bioético en Puerto

Rico y las Americas. Sus publicaciones son lecturas obligadas en este campo del saber. Ejemplo de ello son los siguientes títulos: *Deber y Deliberación: una invitación a la bioética* (2007), junto a J.C. Álvarez, *Para fundamentar la bioética: Teorías y paradigmas de la bioética contemporánea* 2003, *SIDA y bioética: de la autonomía a la justicia* 1997; *SIDA condena o solidaridad* 1992.

La Federación ofreció servicios de consultoría para el desarrollo de programas en bioética en la Escuela de Medicina de Ponce al sur de Puerto Rico. Varios de sus miembros han trabajado como consultores de la Escuela de Medicina de la Universidad Central del Caribe en Bayamón en la cual se ha establecido un Centro de Humanidades Médicas, programa de vanguardia que integra las humanidades a la medicina. El Centro fue fundado por Dr. Ernesto Frontera, miembro de la facultad médica y presidente del comité de medicina y humanidades de la institución, bajo la presidencia de la Dra. Nilda Candelario.

Tenemos otra iniciativa que merece mencionarse en este recuento de la bioética en Puerto Rico. La Universidad Interamericana, fundada en San Germán en 1912, ha contribuido al desarrollo de la bioética mediante la difusión de conferencias sobre el tema. La actividad celebrada en memoria del Dr. Boyd D. Palmer, un investigador biólogo profesor de dicha universidad. La primera conferencia *Bioética en el Mundo Moderno* se ofreció en 1987, con la participación de un distinguido bioeticista de calibre internacional, el Dr. David Thomasma. Desde entonces otros bioticistas han llegado a presentar sus trabajos: Richard Zanner, Edmund Pellegrino, Javier Gafo, Thomas D. Murray, Robert Veatch, Warren Reich, entre otros.

El futuro

Desde sus primeras etapas en los años 90, el movimiento de la bioética en Puerto Rico ha logrado reconocimiento público y estimamos que su desarrollo es imparable. La presentación de múltiples conferencias, cursos, estudios de investigación, publicaciones y seminarios en el tema, y la reciente aprobación de la ley 139 que reglamenta los nuevos

rerquisitos en bioética para el licenciamiento de médicos, evidencian la relevancia social de esta disciplina en las ciencias de la salud y en otras profesiones.

La situación compleja de salud de la comunidad; las transformaciones en el sistema de prestación de servicios de salud, los adelantos en las ciencias biotecnológicas; la implicaciones globales del manejo responsable de la ecología y el ambiente; las implicaciones sociales, legales y éticas de tales eventos hace necesario que se capacite al profesional en los conocimientos y destrezas para interpretar en la práctica comunitaria la dimensión bioética de ese nuevo panorama global y local. La bioética, concebida como una disciplina biocéntrica --es decir centrada en todas las expresiones de la vida (animal, vegetal y humana-comunitaria) --aporta la claridad conceptual necesaria para tomar decisiones prudentes y puede orientar la sensibilidad e imaginación ética del profesional para intervenir con responsabilidad moral en el predio de realidad sobre la que opera su saber especializado. Una asignatura pendiente es la integración del contenido bioético en los programas de preparación del profesional de la salud y disciplinas afines. Como parte de los currículos, es necesario promover la creación de cátedras de bioética en cada institución educativa universitaria, crear becas, sabáticas y ayudas para la investigación en el campo de manera que continúe el desarrollo de una masa crítica en el país. El desarrollo sustentable y sostenible que Puerto Rico aspira a promover mediante: los Servicios de salud de la población, el desarrollo de la educación pública desde el nivel preuniversitario hasta el universitario; el desarrollo urbano y comercial, son desarrollos que impactarán la calidad de vida de nuestra ciudadanía. Desde esta perspectiva, visualizamos el futuro del movimiento de la bioética integrado a las esferas públicas, formando un nuevo paradigma académico, aplicado en las distintas fases de la vida privada y pública.

Referencias

- Acevedo Vilá, A. (5 de septiembre de 2006). Orden Ejecutiva # OE-2006-29, Creación de la Junta Asesora de Bioética (JAB) adscrita al Departamento de Salud, Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico.

- Ferrer, J. Ruiz-Quijano, R. Lugo, E. Santos y Vargas, L. (1996). Bioethics in Puerto Rico, *HEC Forum,* 8(6):392-7

- Izquierdo Mora L., Oliver Vázquez M., Santos Vargas, L. Fábregas Troche S., Ferrer J., Villarini Jusino A., (octubre, 2005). *Informe del Comité de Ética de la Comisión Evaluadora del Sistema de Salud de P. R.* Gobierno del Estadio Libre Asociado de Puerto Rico.

- Santos y Vargas L. Ferrer, J. Oliver Vázquez, M. (abril, 2006). *Propuesta para la Creación de un Certificado Graduado Profesoral en Bioética,* Instituto Hostosiano de Bioética, Decanato De Asunto Académicos y Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico

- Santos y Vargas L., Ferrer, J.J., Damiani, B. (eds). (2001). *Humanities and the Health Sciences*, Scripta Humanistica, Potomac MD.

Teoría Ética y Deliberación Bioética[1]

Jorge J. Ferrer, SJ.[1]

Consideraciones epistemológicas preliminares

El Diccionario de la lengua española (2001), define deliberar como: "Considerar atenta y detenidamente el pro y el contra de los motivos de una decisión, antes de adoptarla, y la razón o sinrazón de los votos antes de emitirlos". La deliberación es necesaria en casi todos los campos de la vida. Es preciso deliberar si se sigue una carrera u otra, si debo casarme ahora o posponer un poco más la boda o sobre cuál sea la mejor manera de llevar a buen puerto el negocio que tengo ahora mismo entre manos, ya se trate de comprar una casa o de aceptar una oferta de empleo.

1. Una primera versión de este artículo se escribió en 2007 como parte del Proyecto *Graduate Education in Research Ethics for Scientists and Engineers* (GERESE), realizado en la Universidad de Puerto Rico en Mayagüez con fondos de la Fundación Nacional de las Ciencias (GERESE) de los Estados Unidos.

Diego Gracia, autor contemporáneo que se ha ocupado mucho del tema de la deliberación en ética, opina que la definición del Diccionario que acabamos de citar no es del todo satisfactoria. No obstante reconoce que pone de manifiesto una de las notas fundamentales de ese proceso que llamamos "deliberación": ésta se necesita cuando estamos ante cosas –situaciones, decisiones- sobre las que caben distintas opiniones (Gracia D., 2003, 60). Nadie delibera sobre lo que ya está determinado y no puede ser de otra manera o, que al menos, no esté en sus manos cambiar. No se delibera, por ejemplo, sobre los axiomas geométricos ni sobre los datos históricos. Pero sí, es necesario que se delibere sobre las soluciones éticamente justificadas de los problemas humanos complejos. ¿Significa esto que la moral y la ética son materias opinables? Sí y no. Algunas cosas en ética son opinables y otras no lo son o no lo son tanto. El problema está en determinar qué es lo uno y qué lo otro, es decir, qué sería opinable y qué no lo sería. Eso no es tarea fácil. Todo lo contrario, es ardua en grado sumo.

Antes de seguir adelante conviene aclarar lo que entendemos por "opinable", no sólo en ética sino en general. La opinión es un juicio o dictamen sobre el que no cabe absoluta certeza porque hay razones a favor y en contra. Opinable no es, sin embargo, sinónimo de arbitrario o de caprichoso. Elegimos con arbitrariedad cuando no tenemos razones que avalen nuestra elección. La opinión, sin embargo, debería estar apoyada por razones, pero las razones no son apodícticas. En los asuntos prácticos caben, por lo general, diversas opiniones. Rara vez, si alguna, se toman, por ejemplo, decisiones de negocios con total certidumbre. La inversión de capital siempre supone un riesgo. Y otro tanto cabe decir de las decisiones clínicas que toman los médicos y otros profesionales de la salud. Pocas veces son juicios apodícticos y nunca son infalibles. Por eso cabe buscar una segunda opinión cuando estamos ante un diagnóstico de cierta seriedad. Es importante tener en cuenta que el que sean posibles diversas opiniones acerca de la mejor manera de tratar un paciente con un determinado diagnóstico, por ejemplo con un cáncer del pulmón, no quiere decir que los cursos de acción posibles sean enteramente arbitrarios. Es posible que se pueda intervenir con cirugía, con quimioterapia o con radioterapia,

para poner algunos ejemplos de alternativas terapéuticas plausibles, pero está claro que no se puede tratar con bicarbonato de sodio por vía oral o haciendo gárgaras de sal tres veces al día. Suelen darse unos parámetros dentro de los cuales se enmarca el espectro de lo razonablemente opinable en un determinado caso.

Lo que hemos dicho sobre los juicios clínicos y empresariales puede aplicarse también a los juicios morales, ya que también éstos pertenecen a la familia de los juicios prácticos. No estamos, pues, ni en el ámbito de la física teórica ni en el de la geometría de Euclides. Aristóteles, el gran maestro de la deliberación, escribió que no se puede esperar de una disciplina un grado de certeza mayor que el que la materia que ésta trata nos puede brindar, dirá Aristoteles:

> Nos contentaremos con dilucidar… en la medida en que lo permite su materia; porque no se ha de buscar el rigor por igual en todos los razonamientos, como tampoco en todos los trabajos manuales; la nobleza y la justicia que la política considera presentan tantas diferencias y desviaciones, que parecen ser sólo por convención y no por naturaleza... Por consiguiente hablando de cosas de esta índole y con tales puntos de partida, hemos de darnos por contentos con mostrar la verdad de un modo tosco y esquemático; hablando sólo de lo que ocurre por lo general y partiendo de tales datos, basta con llegar a conclusiones semejantes. Del mismo modo se ha de aceptar cuanto aquí digamos: porque es propio del hombre instruido buscar la exactitud en cada género de conocimiento en la medida que lo admite la naturaleza del asunto; evidentemente, tan absurdo sería aprobar a un matemático que empleara la persuasión como reclamar demostraciones a un retórico.
>
> [Ética a Nicómaco I, 3, 10946]

Los orígenes de la moralidad y nuestra común humanidad

La moralidad tiene que ver con el ordenamiento de las acciones humanas en el seno de la comunidad de los seres morales. Los seres humanos

somos animales sociales. Eso indica que vivimos con nuestros congéneres y difícilmente podemos florecer cabalmente sin colaborar con ellos de diversas maneras. Nuestras acciones pueden ayudar o dañar a otras personas particulares o al conjunto de la comunidad en la que vivimos. De manera semejante los demás pueden ayudarnos, pero también pueden hacernos daño. Hoy entendemos que también somos muy capaces de perjudicar el ambiente y a las generaciones futuras. El hecho de nuestra sociabilidad junto a la capacidad que tenemos los seres humanos de obrar con un cierto grado de autonomía, limitada pero real, posibilita y requiere que haya códigos de conducta que impongan ciertos límites al obrar humano, límites que no tienen un carácter físico. Son límites intersubjetivos, sociales. Eso es lo que llamamos *límites morales*. Estos límites dan lugar a sistemas informales y formales de conducta, como lo son la moral y el derecho.

Marc Hauser, director del Laboratorio de Evolución Cognitiva de la Universidad de Harvard, sostiene que los seres humanos estamos dotados de un instinto o facultad moral natural. Según esta hipótesis, si la hemos entendido correctamente, ese sentido moral se desarrolla naturalmente en los niños de nuestra especie, haciendo posible la elaboración de juicios morales basados en una gramática moral universal inconsciente. La facultad moral sería análoga a la facultad lingüística de la especie *Homo sapiens.* Hay una gramática innata que provee a cada ser humano una caja básica de herramientas lingüísticas que da pie para la elaboración de las gramáticas concretas de las diversas lenguas que habla la humanidad (Hauser, 2006, pp. XVII-XVIII). La tesis de Hauser es que la misma naturaleza limita las alternativas moralmente posibles, de la misma manera que limita otras variaciones culturales (Hauser, 2006, pp. 4 y 419). Hauser y sus colaboradores han comenzado a estudiar con métodos empíricos esta hipótesis a través de una prueba llamada *The Moral Sense Test.* La prueba consta de una serie de problemas o "problemas" morales, algunos de ellos clásicos en las tradiciones de la filosofía moral, que el sujeto tiene que resolver. Hasta ahora las coincidencias en las respuestas de personas procedentes de distintos países, tradiciones religiosas y culturales son muy llamativas. Vamos a ver dos de los casos usados por Hauser y sus colegas. Los casos han sido ligeramente modificados.

- Un tren se está moviendo a una velocidad de 150 millas por hora. De repente el maquinista nota que se enciende una luz en el panel de los controles que indica que la locomotora se ha quedado sin frenos. Pocos metros más adelante hay 5 excursionistas que están andando por la vía, de espaldas al tren y que parecen estar totalmente ajenos a su presencia. Si el tren sigue adelante, a la velocidad que se está moviendo, va a arrollar inevitablemente a los 5 excursionistas. El maquinista nota que hay un desvío en la vía que le permitiría salvar la vida de los excursionistas, si desvía el tren inmediatamente. Pero cuando mira con cuidado el desvío se percata de que hay un solitario excursionista que transita por el desvío. ¿Qué debe hacer el maquinista: seguir adelante por la ruta establecida aunque arrolle las 5 personas o cambiar ruta a sabiendas de que la locomotora va con toda seguridad a poner fin a la vida de un hombre?

- La ambulancia llega a sala de emergencia con 5 personas en estado crítico: dos tienen un riñón inservible, uno tiene el corazón gravemente afectado, otro tiene un pulmón colapsado y el quinto tiene el hígado destrozado. Solamente un trasplante podría salvarlos, pero no hay tiempo para buscar donantes de órganos para los 5 pacientes. La enfermera le dice al médico: "Doctor un joven en perfecto estado de salud ha venido a donar sangre y está en la sala de espera. Podemos salvar a los 5 pacientes si tomamos los órganos de este joven. Él no sobreviviría, pero podríamos salvar 5 vidas.

La mayoría de las personas contestan diciendo que se debe desviar la locomotora y que no se pueden extraer los órganos del donante de sangre. Lo que resulta más difícil para esas mismas personas es dar las razones que sustentan las opciones morales por ellos elegidas. Es muy probable que Hauser tenga razón y que haya un sentido moral o gramática moral innata, lo que explicaría las enormes coincidencias que encontramos entre los diversos sistemas morales. Encontramos acuerdos, no unanimidad. Por lo tanto el sentido moral innato, aun cuando pueda ser una realidad, no nos dispensa de la ardua tarea de dar razón

coherente e inteligible de nuestras opciones, ante los demás y ante nuestra propia conciencia. Por eso la educación ética es indispensable y urgente. Y en el corazón de la educación ética está la deliberación.

El filósofo estadounidense Bernard Gert, insiste mucho en las coincidencias que existen entre los diversos sistemas morales. Gert admite que hay controversias morales serias e irresolubles. Por ejemplo, la moralidad del aborto, la eutanasia o la investigación con células troncales son problemas en torno a los cuales constatamos desacuerdos profundos y agrios entre los ciudadanos de casi todos los países occidentales. Pero lo cierto es que son más los asuntos en los que encontramos profundos acuerdos morales que en los que constatamos desacuerdos profundos. En todas las sociedades hay normas que obligan, por ejemplo, a cuidar los niños, cumplir con los propios deberes hacia la comunidad o que regulan el ejercicio de la sexualidad. Estas amplias coincidencias entre diversos sistemas morales se explican porque la moralidad existe, en su forma más básica, para limitar los daños que podrían sufrir aquellos a quienes el sistema moral ampara. Para Gert, la razón de ser de la moralidad es la disminución de los males y daños que podemos sufrir los seres protegidos por las garantías morales. Por lo tanto, la vulnerabilidad de los seres humanos es como el punto de partida y la clave interpretativa de las normas morales (Gert B. 1998; Gert B., Culver C.M., Clouser K., 2006).

Los principales beneficiarios del sistema moral somos los propios seres humanos. Los daños básicos que podemos sufrir están determinados por nuestra común naturaleza humana. Gert y sus colaboradores enumeran los 5 daños que ellos consideran básicos: la muerte, el dolor, la incapacidad, la privación de la libertad y la privación de la autorrealización. La protección contra estos daños daría origen a las cinco normas morales fundamentales: no matar, no causar dolor, no causar incapacidad, no privar a otros de su libertad ni impedir indebidamente su autorrealización (Gert B., Culver C.M., Clouser K., 2006, pp 11-12, 34-36).

Por supuesto, nuestros deberes morales no se limitan a las cinco reglas básicas. Los deberes básicos de no hacer daño, de hacer el bien y de

dar a cada uno su derecho, dan lugar a muchas normas adaptadas a los diferentes contextos sociales y culturales. Pero estamos tratando de dar cuenta de las coincidencias y no de la diversidad de los sistemas morales. Todos estamos enteramente conscientes del pluralismo moral. De hecho, tan conscientes estamos de ello que podemos perder de vista las coincidencias señaladas por Gert, a las que también parecen apuntar los estudios empíricos de Hauser, aunque éstos últimos, como reconoce el mismo autor, todavía necesitan mayor desarrollo.

Las situaciones de conflicto

Los dos casos hipotéticos que hemos citado al principio, tomados de Hauser, ilustran la característica de la vida moral que hace que la deliberación sea el camino real inevitable de la ética. Los valores, normas y principios morales entran de hecho en conflicto en la vida real. Si la moral fuese un conjunto de reglas breves y absolutas, cuyas exigencias jamás entrasen en conflicto, probablemente no sería necesario deliberar como no hay que deliberar sobre los axiomas euclidianos. Pero si nos fijamos, por ejemplo, en el caso del maquinista y los excursionistas, hay una situación de conflicto. El maquinista tiene ante sí dos alternativas y ninguna de ella está libre de conflictos normativos: puede abstenerse de actuar y dejar que el tren arrolle a cinco personas o puede desviarlo, sabiendo que un individuo perderá su vida. No hay una solución libre de consecuencias no deseadas. ¿Se hace el maquinista responsable de asesinato si desvía el tren? ¿Cuál es su deber de hecho en esta situación?

En nuestra vida profesional nos topamos con situaciones análogas todos los días. Pongamos como ejemplos dos situaciones que ya son clásicas en los debates sobre ética clínica: el hombre casado que es VIH positivo y que rehúsa informar a su cónyuge acerca de la propia infección retroviral o el paciente testigo de Jehová que rechaza una transfusión de sangre. En ambos casos encontramos conflictos de deberes profesionales:

- Pedro L. es un hombre de negocios de 40 años de edad, casado con Lidia L. (15 años de matrimonio, tres hijos). El Dr.

Balbuena ha sido el médico de cabecera de Pedro L. por espacio de 10 años. Pedro L. va a visitar al Dr. Balbuena porque cree tener una gripe fuerte. En el curso de la visita, el paciente le comunica al doctor que en un reciente viaje de negocios a Nueva York tuvo un encuentro sexual extramarital con una trabajadora del sexo, sin protección profiláctica. El médico decide ordenar una serie de pruebas de laboratorio, incluyendo la de VIH. Esta última arroja resultados positivos. El Dr. Balbuena advierte a su paciente del riesgo que suponen las relaciones sexuales para la esposa del paciente y le indica que es necesario informarla. Pedro L. se niega rotundamente a informar a su esposa. Las consecuencias para el matrimonio serían desastrosas. Su esposa lo abandonaría y teme que si la familia de su esposa se entera, divulgarán la información ampliamente. Los hermanos de Lidia L. no tienen buenas relaciones con él y uno de ellos es bastante indiscreto. Pedro L. advierte al Dr. Balbuena, al final de una larga conversación: "Y usted es mi médico, doctor… Usted tiene la obligación ética y legal de guardarme el secreto." Pedro L. se propone seguir manteniendo una vida sexual activa y sin protección profiláctica con su esposa. ¿Qué debe hacer el Dr. Balbuena?

- José J. es mecánico en una fábrica. Tiene 37 años de edad, es graduado de escuela superior y asistió durante un año a la Universidad. Dejó los estudios universitarios porque su verdadera pasión ha sido siempre la mecánica. Estudió en una escuela técnica y ha trabajado durante más de 10 años con la empresa que lo emplea actualmente. Es un buen mecánico y una persona con un carácter amigable. José J. y su esposa pertenecen a la comunidad religiosa de los Testigos de Jehová. De hecho, José J. fue educado desde niño en esa tradición religiosa. Es miembro activo de la misma y tiene consigo el documento rechazando las transfusiones de sangre. Llega a sala de emergencia sangrando profusamente, pero todavía consciente. El Dr. Rodríguez es el médico de sala de emergencia. Decide que es necesario trasfundir al paciente, pero José J. rechaza

> la transfusión e indica que tiene en la cartera los documentos que atestiguan su pertenencia a los Testigos de Jehová. El Dr. Rodríguez habla con la esposa y los padres del paciente y éstos confirman la pertenencia de José J. a dicho grupo religioso y, además, también apoyan el rechazo de las transfusiones. El Dr. Rodríguez les explica que la vida de José J. está en peligro si no se le trasfunde. Los familiares le indican que entienden el riesgo, pero que el rechazo de la transfusión no es negociable. Está en juego la obediencia a un precepto divino. ¿Qué debe hacer el médico de emergencia ante la negativa del paciente y de sus familiares?

Es fácil identificar los valores en juego, al menos los más significativos: confidencialidad y respeto por la persona del paciente versus la salvaguardia de la salud y la vida de su pareja, en el primer caso; el respeto a la conciencia de José J. versus el probable sostenimiento de su vida biológica. ¿Qué hacer en casos semejantes? Parece, a primera vista, que se imponen varios deberes a la conciencia del agente moral, pero no puede cumplir con todos ellos. Sencillamente, el cumplimiento de uno es, o parece ser, incompatible con el otro (o con otros). En estos casos es perentorio que se delibere para determinar cuál es el deber que debe prevalecer en el caso concreto, el caso real que tenemos delante.

Pero deliberar no es sencillamente tomar una decisión. Sí, hay que decidir. Pero no arbitrariamente. Es preciso que podamos dar las razones que justifican nuestra decisión. Y aquí es dónde se complican las cosas. Los estudios de Hauser, a los que nos hemos referido antes, indican que la mayoría de las personas resuelven estos casos conflictivos de manera intuitiva, pero tienen mucha dificultad para dar razones coherentes que avalen sus tomas de posición. Es posible que en la vida real sea más importante obrar bien que poder dar las razones por las que se ha obrado bien. Quizá en sociedades más sencillas, en las que la mayoría de los ciudadanos compartía un código moral único, se podía prescindir más fácilmente de la dimensión argumentativa. Sin embargo hoy día, en los ámbitos profesionales

de nuestras sociedades pluralistas y seculares, es indispensable que pueda darse cuenta razonada de las propias opciones morales. Y es aquí dónde vienen en nuestra ayuda las teorías sobre la deliberación moral. Una teoría ética tiene que ser capaz de dotarnos de una metodología de deliberación adecuada. En las páginas que siguen examinamos algunos de los modelos teóricos más influyentes en la actualidad, al menos en el campo de la bioética. Finalmente presentamos también nuestra propia propuesta, si bien es cierto que la misma necesita todavía ulterior refinamiento. Quizá este artículo pueda suscitar las críticas que nos ayuden a precisar más nuestro pensamiento.

El consecuencialismo estricto

Para ilustrar la deliberación moral estrictamente consecuencialista vamos a examinar el utilitarismo clásico. El fundador de la escuela utilitarista fue Jeremy Bentham (1748-1832), pero su máximo exponente fue, sin lugar a dudas, John Stuart Mill (1806-1873). El utilitarismo es muy importante porque sigue teniendo una enorme influencia cultural y política hoy, hasta el punto que algunos piensan que es, de hecho, la escuela de pensamiento ético dominante en la actualidad (Sádaba, 1997, p. 264). Es preciso señalar que el pensamiento utilitarista ha evolucionado mucho desde los días de Bentham y Mill. El modelo utilitarista que vamos a presentar aquí es lo que se conoce como "utilitarismo de actos". El criterio de utilidad, que es el único absoluto moral en este sistema, se invoca para la deliberación moral en los casos concretos. Hoy día existen otros modelos utilitaristas. El filósofo español Javier Sádaba ha dicho que el utilitarismo es un rompecabezas o puzzle muy complicado:

> La doctrina (utilitarista)... ha recibido y recibe mil revisiones y se divide, no siempre a gusto de todos, en utilitarismo *del acto,* en donde son las consecuencias de un acto las que importan, y utilitarismo de la *regla*, en donde es una regla en cuanto tal la que mide las consecuencias de la acción (Sádaba, 1997, p. 264).

Aquí nos vamos a fijar en el utilitarismo clásico o de actos. Nuestro propósito no es hacer un estudio profundo de los utilitarismos sino ilustrar un modelo de deliberación moral enteramente consecuencialista. Tan identificado está el utilitarismo con el consecuencialismo, que a veces se usan los términos de manera intercambiable. Para estudiar el utilitarismo de actos nos vamos a fijar en el clásico ensayo de J. S. Mill titulado, precisamente, *Utilitarianism.* Este ensayo de Mill, publicado originalmente en 1861 en una revista llamada *Fraser's Magazine,* podríamos decir que es como la Biblia del utilitarismo clásico. Vamos a fijarnos en las dos cuestiones principales que el autor plantea en su estudio: 1) qué es el utilitarismo y 2) el principio de utilidad como criterio supremo de la moralidad. En el estudio de esa segunda cuestión abordaremos de lleno el problema principal que nos ocupa en nuestra investigación que no es otro que la deliberación moral utilitarista

¿Qué es el utilitarismo?

Según Mill, toda la moral encuentra su fundamento en el *principio de utilidad*, que también puede llamarse *el principio de la mayor felicidad* e identifica la utilidad con el placer: *"La utilidad no es algo distinto del placer, sino que es el placer mismo, conjuntamente con la evitación del dolor* (Mill, 1979, p. 6.)". Esto significa que las acciones son correctas si producen y promueven la felicidad de las personas. Por el contrario, son incorrectas, desde el punto de vista ético, si producen lo contrario de la felicidad. *La felicidad es el placer y la ausencia de dolor.* La infelicidad es el dolor y la privación del placer. La visión de la vida que fundamenta esta teoría ética se puede describir de la siguiente manera. El placer y la ausencia de dolor son las únicas cosas que se pueden desear por sí mismas como fines o metas de nuestras acciones. Todas las cosas que son deseables, que son muchas, se desean por una de estas dos razones: 1) por el placer inherente en ellas mismas; 2) porque son medios para promover el placer y evitar el dolor. (p. 7).

Mill, admite que esta teoría para explicar el sentido de la vida suscita el rechazo de muchas personas. Estos adversarios piensan que decir que la vida no tiene un fin más alto que el placer equivale a hacer de

la vida humana algo mezquina y humillante. Es una doctrina, dicen, digna de los cerdos, pero no de los seres humanos y responde que esa acusación se levantó ya contra los epicúreos. Como se sabe, Epicuro (s. IV a.C.) sostenía que el placer es el verdadero bien. Mill señalaba que, cuando se les lanzaba ese ataque, que los epicúreos respondían que eran sus opositores los que presentaban la naturaleza humana en términos degradantes, porque presuponían que los hombres no eran capaces de aspirar a placeres superiores a los que disfrutan los cerdos (pp. 7-8). Si esto fuese verdad, es decir, si los seres humanos no fuesen capaces de placeres superiores a los placeres de los cerdos, las mismas normas de conducta servirían para ambos. Pero no es verdad: los placeres de las bestias no bastan para satisfacer las exigencias de la felicidad humana. Los seres humanos tienen facultades muy superiores a los apetitos animales. Por eso los epicúreos ponían los placeres del intelecto, de los afectos, de la imaginación y de los sentimientos morales muy por encima de los placeres que se disfrutan a través de las meras sensaciones. De la misma manera, la afirmación del principio de utilidad es plenamente compatible con el reconocimiento de la *superioridad cualitativa* de algunos placeres en relación con otros. Esa superioridad cualitativa corresponde según Mill, a los placeres anejos a las facultades humanas superiores. La superioridad de estos placeres se constata porque aquellos que están familiarizados tanto con los placeres sensibles como con los placeres afectivos e intelectuales, y que tienen la capacidad para disfrutar de ambos, muestran una marcada preferencia por los placeres derivados de las facultades superiores. Pocos seres humanos estarían dispuestos a dejar la condición humana a cambio de una participación plena en los placeres de la vida de una bestia. De manera semejante ningún ser humano inteligente querría ser necio, ni el educado ignorante, ni el que tiene sentimientos morales querría ser egoísta y bajo, aunque les prometiesen una vida llena de los placeres que satisfacen los deseos que ellos comparten con las personas que tienen esas carencias o vicios (pp. 8-9).

Podría objetarse, admite el autor, que la felicidad no puede ser el fin racional de la vida humana porque ésta es inalcanzable y que si la felicidad es inalcanzable no puede ser el fin racional de la vida humana.

No obstante, aun entonces podría defenderse el principio de utilidad, que también incluye evitar el dolor y la infelicidad. Además, negar la posibilidad de la felicidad en la vida humana es una exageración. Si por felicidad se entiende un estado continuo de estimulación altamente placentera, entonces hay que decir que la felicidad es imposible. Pero esta no es la felicidad de la que hablan los filósofos. Lo que ellos entienden por felicidad supone momentos de dicha exaltación placentera, pero en el conjunto de una existencia que compuesta por pocas y transitorias tristezas, muchos y variados placeres, con un decidido predominio de la actividad sobre la pasividad, teniendo como fundamento de toda la vida el no esperar de ella más de lo que ésta puede dar. Para Mill la felicidad así entendida podría ser alcanzada por la mayoría de los seres humanos, si no fuese por la pésima educación y las pobres condiciones sociales que afectan a la mayor parte de ellos (p. 13).

También puede objetarse que el ser humano es capaz de vivir sin la felicidad, lo cual responde el autor, "es cierto sin lugar a dudas". La mayor parte de la humanidad lo hace, aunque de modo involuntario. Además, los héroes y los mártires lo hacen voluntariamente. Pero estos últimos lo hacen por un valor que aprecian más que su propia felicidad individual: *la felicidad de los demás.* El sacrificio de la propia felicidad no se hace por sí mismo. Sólo tiene sentido si se hace por un fin, que no puede ser otro que aumentar la cantidad de felicidad en el mundo. No tendría sentido asumir sufrimientos y penurias por sí mismos o para que los demás sufran una suerte igual o peor. La moral utilitarista reconoce el sacrificio del propio bien por el bien de los demás, pero rechaza que el sacrificio sea un bien en sí mismo y por sí mismo (pp. 15-16). Nótese que Mill no postula la búsqueda de la felicidad de una manera egoísta o solipsista. El principio de utilidad exige que se maximice la felicidad en el mundo, no sólo la del sujeto singular sino también la de los demás miembros de la humanidad. Dirá Mill que:

> La felicidad que constituye el criterio utilitarista de lo que es moralmente correcto no es la felicidad propia del agente, sino la felicidad de todos los afectados. El utilitarismo exige que entre su felicidad propia y la de los demás, el agente sea tan

> estrictamente imparcial como un espectador benévolo y desinteresado. En la regla de oro de Jesús de Nazaret encontramos todo el espíritu de la ética utilitarista. "Hacer lo que quieres que te hagan" y "amar al prójimo como a ti mismo" constituyen el ideal de perfección de la moralidad utilitarista (pp. 16-17).

Por eso una formulación popular corriente del principio de utilidad reza así: *Debes promover el mayor bien para el mayor número posible de las personas afectadas por la decisión.* El agente moral debe elegir el curso de acción que prometa maximizar la felicidad en el mundo, no necesariamente para sí mismo, sino para la mayoría. Quizá por eso se ha dicho que el utilitarismo exige un alto grado de generosidad por parte del agente moral, quien parecería estar siempre obligado a una estricta imparcialidad, al menos en la clásica formulación del principio de utilidad.

La deliberación moral utilitarista

En el utilitarismo existe, pues, un único principio moral que tiene un carácter absoluto: vincula siempre, sin excepciones. No hay ninguna otra regla con carácter absolutamente vinculante. En las situaciones concretas, el sujeto moral tiene que ponderar las consecuencias razonablemente previsibles de sus acciones. Está obligado a elegir aquella que maximice la felicidad, no para sí mismo, como ya se ha dicho, sino para el mayor número de los afectados por las consecuencias de la acción. Ramos Pintor señala que Mill parte de un hecho observable: el ser humano busca el placer y evita el dolor. Por eso puede concluirse que el placer, la felicidad, es lo que todos percibimos como el bien y su contrario, la desdicha, como el mal. De ahí que serán moralmente correctos los actos que maximicen el bien y malos los que no lo hagan. (Ramos Pintor, 2002, pp. 92-93).

Para comprender mejor el utilitarismo hay que compararlo con su clásico rival, el deontologismo. Para los sistemas deontológicos hay algunas acciones que son siempre malas, independientemente de sus consecuencias. Si un sistema deontológico sostiene, por ejemplo, que la esclavización o la tortura de una persona están prohibidas siempre,

esas acciones no se podrían cohonestar aun cuando en un hipotético caso concreto fuesen los actos que produjesen los mejores resultados para el mayor número. Vamos a ilustrar el contraste con un ejemplo. Una ciudad está sitiada por unos enemigos poderosos a los que es imposible vencer. Los enemigos dan al gobernante una alternativa: si se les entrega a su hijo de 10 años como esclavo o le dan muerte degollándolo a la vista de todos, perdonarán la ciudad, de lo contrario la destruirán y darán muerte a todos sus habitantes. Si el gobernante es un genuino utilitarista de actos, ¿qué debería hacer? Parecería estar bastante claro. Al menos a primera vista, parecería que debería entregar a su hijo. Claro está, un utilitarista también podría argumentar que ceder al chantaje podría traer, a la larga, las peores consecuencias. Pero el argumento será siempre de índole consecuencialista. No puede ser de otra manera.

El utilitarismo subraya un punto muy importante: la relevancia de las consecuencias de nuestras acciones para la deliberación moral. Pero el utilitarismo no está libre de problemas, como señalan sus críticos. Los principales problemas del utilitarismo, al menos en su formulación clásica, serían los siguientes: 1) impone sobre el agente moral un deber muy difícil de realizar: la ponderación de las consecuencias de cada una de sus acciones moralmente relevantes; 2) parecería que el utilitarismo tendría que permitir o quizá exigir la instrumentalización de las personas, el usarlas como meros medios, cuando ello sea necesario para lograr la maximización de la utilidad social. Terminemos nuestra presentación con uno de los casos hipotéticos de M. Hauser, al que llamaremos, en castellano, el caso de Paco (Hauser, 2006, p. 117).

Paco se encuentra en un puente peatonal que pasa por encima de la vía del tranvía. Paco sabe mucho sobre tranvías y puede percatarse de que se avecina uno que está completamente descontrolado porque su conductor ha tenido un desmayo. El tranvía viene a toda velocidad y va a impactar a cinco personas que están andando sobre los rieles de la vía del tranvía. Las cinco personas no podrán quitarse de en medio a tiempo porque la vía está bajo el nivel de la calle y los muros a ambos lados están muy

empinados. Paco sabe que el lanzamiento de un objeto bastante pesado en la vía es la única manera de parar el tranvía y salvar la vida de los peatones. El único objeto suficientemente pesado que podría estar a mano es un señor grueso que también está observando la situación desde el puente, junto a Paco. Si Paco lo empuja por encima de la barandilla, el señor grueso caerá en la vía y detendrá el tranvía. Perderá su vida, pero se salvarán los cinco peatones. ¿Qué debe hacer Paco? Parece lógico concluir que un utilitarista clásico tendría que empujar al señor grueso, ya que parecería ser la acción que maximizaría el bien en la situación. Por supuesto el utilitarista podría cuestionar si esa sería realmente la acción que maximizaría los beneficios a largo plazo. Por ejemplo, se podría argumentar que la licencia para empujar a señores gruesos de los puentes peatonales generaría más desconfianza e inseguridad en la ciudadanía, además de contribuir a socavar el valor de la vida humana. No obstante, es indudable que el utilitarismo clásico siempre tiene dificultades tratando de demostrar que no funciona conforme a lo que suele conocerse como "el principio de Caifás"[2]. En todo caso, la intuición moral de la mayor parte de las personas parece indicar que no es moralmente lícito empujar al señor grueso para salvar las vidas de los cinco peatones en la vía, aunque las explicaciones que se ofrezcan para justificar la negativa sean múltiples e incluso irreconciliables entre sí (Hauser, 2006, p. 116). La intuición moral de muchas personas nos sugiere que las consecuencias no son el único factor que es preciso evaluar a la hora de determinar la moralidad de una acción humana.

El deontologismo estricto

Origen y significado del término "deontología"

El término "deontología" lo acuñó, paradójicamente, Jeremy Bentham (1748-1832). Este vocablo encuentra su origen en el griego *"déon",* que significa lo obligatorio, lo justo, lo adecuado. Para Bentham, la

2. Como es de sobra sabido, en el Evangelio de Juan (11,50 y 18,14), en el Nuevo Testamento cristiano, Caifás justifica la decisión de dar muerte a Jesús afirmando que es conveniente que un justo muera por todo el pueblo.

deontología es la ciencia de los deberes, como indica el título de su obra póstuma *Deontology or the Science of Morality,* publicada en 1834 (Ferrater Mora, 1984, p. 749). Después de Bentham, el término deontología se ha usado frecuentemente para referirse a "una disciplina descriptiva y empírica cuyo fin es la determinación de los deberes que han de cumplirse en determinadas circunstancias sociales, y muy especialmente dentro de una profesión determinada." Así, por ejemplo, la deontología médica se ocuparía de los deberes de los que ejercen la profesión médica. No usamos el término en ese sentido, sino en el que suele ser habitual en los textos contemporáneos de ética. Por deontología entendemos una manera peculiar de concebir la ética y el razonamiento moral. Aunque a veces se habla de la deontología como de una teoría ética, es mucho mejor entenderla como una concepción determinada del razonamiento moral o como una familia de sistemas y teorías morales. Inspirándose en la clásica obra *Five Types of Ethical Theories*, publicada por C. D. Broad (1887-1971) en 1930, Diego Gracia sostiene que son deontológicas las teorías éticas que afirman la existencia de principios *absolutos y sin excepciones,* que determinan directamente la moralidad de los actos, sin que las consecuencias puedan cambiar en ningún caso el signo de su moralidad. Según estos sistemas, algunas acciones concretas serían siempre correctas o incorrectas, independientemente de las circunstancias y las consecuencias (Gracia, 1997, p. 39-40). Dicho de otra manera, los sistemas deontológicos sostienen la existencia de normas morales materiales –con contenido concreto- que obligan siempre, independientemente de las circunstancias y de las consecuencias. Esto no significa que todas las normas morales tengan este carácter absoluto en los sistemas deontológicos, basta con que algunas lo tengan para que el sistema cualifique como miembro de la familia deontológica.

El deontologismo kantiano

Se suele decir que el mejor ejemplo de un deontologismo puro se encuentra en la filosofía moral de Immanuel Kant (1724-1804). Para Kant, la moralidad es un *factum,* un hecho indiscutible de la experiencia humana. Y la esencia de la moralidad se encuentra en la *conciencia*

(o experiencia) del deber. Cuando la persona humana se enfrenta a las decisiones que tiene que tomar en su vida, se siente responsable. Ese sentido de responsabilidad, de obligación, de que debo hacer X o Y, es la experiencia del deber. Y el deber nos obliga, según Kant, de una manera absoluta. Por lo tanto, el imperativo ético no puede ser meramente *hipotético,* sino que debe ser *categórico.* En lógica, es categórico el juicio que afirma o niega sin restricción alguna. Si se dice "el amor es bueno", "madrugar es malo" o "el pimiento verde es odioso", el hablante está emitiendo juicios categóricos (lo cual no indica necesariamente que sean verdaderos, estamos hablando de categorías formales). Sin embargo, si dice "si no se ha descansado bien durante la noche es malo madrugar", el juicio ya no es categórico, es hipotético. Es decir, lo que se afirma o niega en el juicio no es válido siempre, sino solamente cuando se dan determinadas condiciones: madrugar es malo cuando se da la condición de no haber descansado bien la noche anterior.

Ahora bien, de la misma manera que los juicios pueden ser categóricos o hipotéticos, pueden serlo también los imperativos morales. El imperativo hipotético solamente obliga cuando se dan determinadas condiciones. Por ejemplo, si digo: *"No fumes si quieres ser un buen atleta"* o *"No comas carnes rojas si estás siguiendo un régimen para bajar el colesterol",* el que recibe el mandato no estaría obligado a obedecerlo sin restricción alguna. Solamente obligaría si se da la condición de querer ser un buen atleta, o de querer bajar sus niveles de colesterol. Por eso a Kant le parecía que las éticas de la felicidad (como la de Aristóteles o la de Mill, aunque Kant vivió, por supuesto, antes que este último autor) no expresaban la experiencia fundamental de la vida moral, que es la experiencia del deber. Le parecería que los imperativos de una ética de la felicidad serían meramente hipotéticos, que solamente obligarían a aquéllos que desean ser felices. Pero la moral, creía Kant, debe mandar de modo absoluto, sin restricciones, siempre y a todos los sujetos racionales.

El imperativo categórico nos da lo que podríamos llamar *el canon de la moralidad, es decir: la forma lógica que debe tener todo genuino precepto moral.* Las *máximas morales –los preceptos morales*

concretos- sólo son válidas si se adecuan a la forma lógica del imperativo categórico. Kant da varias formulaciones del imperativo categórico, pero las más conocidas son las primeras dos: *el principio de universalización y el principio de humanidad:*

- Obra sólo según la máxima a través de la cual puedas querer al mismo tiempo que se convierta en una ley universal (Kant, 422. 5; 1996, p. 173).

- Obra de tal modo que uses la humanidad tanto en ti persona como en la persona de cualquier otro siempre a la vez como fin, nunca meramente como medio (Kant, 430.10; 1996, p. 189).

Ahora bien, el sistema de Kant no es una deontología estricta, según la definición de Broad, porque postule el carácter absoluto del imperativo categórico, sino porque a partir del imperativo categórico se pueden establecer obligaciones morales materiales (concretas) de carácter absoluto. Después de expresar la segunda formulación del imperativo categórico, el principio de humanidad, Kant demuestra –o trata de demostrar- que hay determinadas acciones que son incompatibles con el principio formulado. Así, que quien está contemplando suicidarse debe preguntarse si dicha acción se compadece con la idea de la humanidad como fin en sí misma:

> Si, para escapar a un estado penoso, se destruye a sí mismo, se sirve de una persona meramente como un medio para la conservación de un estado soportable hasta el fin de la vida. Pero el hombre no es una cosa, y por tanto no es algo que pueda ser usado *meramente* como un medio, sino que tiene que ser considerado siempre en todas nuestras acciones como fin en sí mismo. Así pues, no puedo disponer del hombre en mi persona para mutilarlo, corromperlo o matarlo (Kant, 1996, 429. p.15-25).

Con esta argumentación se ha refutado el suicidio, que para Kant está prohibido de manera absoluta, sin que haya posibles excepciones. A renglón seguido considera otro ejemplo: el hacer una promesa mentirosa,

sin intención de cumplirla. En este caso se está usando la persona del otro como un mero medio para la obtención de los propios fines (Kant, 1996. 429-30. p.189). Hay pues unos deberes concretos absolutos. Para Kant la prohibición de la mentira también es un deber absoluto. Es famoso su ejemplo, que aparece en otra obra, del asesino que pregunta por el paradero de su víctima. En su opinión estaríamos obligados a decirle la verdad sobre el paradero de la víctima si lo conocemos. Una deontología estricta, como la kantiana, nos ofrece, ciertamente, un fundamento sólido para la protección de la dignidad humana y los derechos humanos inalienables. Si, por ejemplo, la tortura o la esclavitud están prohibidas, lo están siempre, independientemente de circunstancias y consecuencias. Este es su punto fuerte. Por otra parte, un deontologismo estricto nos puede poner en graves aprietos en situaciones de conflicto de deberes. Por ejemplo, según Kant no se puede jamás justificar una mentira (Kant, 1949, p. 346), un elemento de su sistema que ha hecho correr mucha tinta. Según el más clásico y debatido ejemplo, si hemos dado refugio en nuestra casa a un amigo porque un asesino le persigue, no podemos mentirle al asesino si éste llegase a nuestra puerta preguntando por su víctima.

La mayor parte de las personas considera, sin duda, que esta exigencia del deontologismo kantiano es exageradamente estricta. No entramos ahora en el debate sobre el caso particular. Basta con señalar que el ejemplo ilustra con claridad una de las dificultades que estos sistemas morales presentan o pueden presentar. De otra parte, no debe olvidarse la definición que hemos dado de la deontología. No todas las normas morales tienen que tener un carácter de absolutez y de carencia de excepciones para que un sistema pueda calificarse como deontológico. Por último, hay otros sistemas deontológicos además del kantiano. Las éticas religiosas suelen tener un carácter deontológico. Por ejemplo, en la enseñanza moral de la Iglesia Católica hay algunos deberes materiales que se imponen de manera absoluta como, por ejemplo, la prohibición de darle muerte directamente a una persona inocente. Por eso la moral católica prohíbe terminantemente el aborto directo y la eutanasia directa, aunque permite la occisión en caso de legítima defensa o la limitación del esfuerzo terapéutico, cuando se dan las circunstancias

apropiadas para cada una de esas situaciones. Aunque podría debatirse si la moral católica es, en verdad, un ontologismo más que un deontologismo, al estilo de Kant, por su afirmación de la ley moral natural como base para la determinación de los actos intrínsecamente malos, prohibidos *siempre y para siempre.* En todo caso, su metodología se ajusta a la definición que hemos dado al término "deontología" en este trabajo.

Ross y el conflicto de deberes

El pensador escocés William David Ross (1877-1971) propone una comprensión de la deliberación moral que se distancia tanto del utilitarismo clásico como de la rigidez del deontologismo kantiano. Su pensamiento ha tenido una notable influencia en la reflexión ética de las últimas décadas. La obra más importante de Ross sobre este tema es su libro *The Right and the Good,* publicado en 1930 (Ross, 1994).

El significado de lo correcto

En esta obra, Ross se propone estudiar la naturaleza y las relaciones de 3 conceptos que parecen ser fundamentales en ética: *correcto, bueno* y *moralmente bueno.* Para el autor "correcto" no significa lo mismo que "moralmente bueno". Reserva el término "correcto" para referirse a "algo que debería ser hecho" *(the act that ought to be done),* es decir, lo que es moralmente obligatorio. Los "actos moralmente buenos" son aquéllos que proceden de un motivo bueno. Pero, para Ross, realizar una acción por un buen motivo nunca es moralmente obligatorio. Para Kant, el motivo por el que debemos obrar es el sentido del deber. Ross sostiene, por el contrario, que nuestro deber consiste en hacer ciertas cosas y no en hacerlas por sentido del deber. "Correcto" e "incorrecto" se refieren exclusivamente a la cosa hecha (al acto realizado), "moralmente bueno" y "moralmente malo"al motivo por el que se obra. De ahí que una acción incorrecta podría ser moralmente buena y una correcta ser moralmente mala.

Nuestro autor rechaza la comprensión de lo "correcto" propuesta por G. E. Moore en su *Principia ethica*, de 1903. Según Moore, es correcto

lo que produce el mayor bien posible (correcto sería, pues, sinónimo de útil). Ross sostiene, por el contrario, que "correcto" no significa ni "que produce el mayor bien posible" ni, *a fortiori*, "que produce el mayor placer posible para el agente o para la humanidad". La producción del mayor placer posible es, a lo sumo, el fundamento de la corrección de los actos. La corrección misma es una característica distinta que el utilitarismo no pretende definir. Tampoco puede identificarse lo "correcto" con lo que "ha sido ordenado por una sociedad dada". En todas las épocas ha habido personas que han visto y predicado una moral superior a la de su raza y época, haciendo posible el progreso moral de la humanidad. El autor sostiene, pues, que "correcto" es una noción irreducible y última. La corrección *prima facie* de ciertos tipos de acción es de suyo evidente. Esto no significa que lo perciba como evidente toda mente por subdesarrollada que sea, sino que lo aprehenden directamente las mentes que han alcanzado un cierto grado de madurez (Ross, 1994, pp. 26-27).

¿Qué hace correctos los actos correctos?

Lo que hay que preguntarse ahora es *si hay algún carácter general que haga correctos a los actos correctos, y si es así, cuál es.* Ross acepta que el egoísmo y el utilitarismo figuran, sin duda, entre los principales intentos históricos de enunciar una única característica que identifique todas las acciones correctas. No obstante, opta por no discutirlos porque opina que ya se ha alcanzado un amplio acuerdo entre los filósofos acerca del carácter insatisfactorio de ambas teorías. Por eso prefiere elegir como interlocutor a su contemporáneo G. E. Moore. Este último sostiene que lo que hace que las acciones sean correctas es que hayan producido más bien que cualquier otra acción que el agente moral hubiese podido elegir y realizar. Esta teoría es, según Ross, la culminación de todos los intentos de basar la corrección en la productividad de alguna clase de resultado. La primera forma que este intento ha adoptado en la historia de la ética, ha consistido en basar la corrección en la producción de ventaja o placer para el agente (egoísmo). Esa teoría sale mal parada porque salta a la vista que una gran parte de lo que consideramos que son deberes morales consiste en el respeto de

los derechos ajenos y en poner sus intereses por delante de los propios. Ross señala que es posible que Platón y otros autores hayan estado en lo cierto cuando han afirmado que el respeto a los derechos ajenos no conlleva a la larga una pérdida de la felicidad propia. Pero aun cuando ello fuese verdadero, sostiene que no es relevante a la hora de determinar la corrección de una acción.

El utilitarismo hedonista corrige al egoísmo y la posición de Moore, conocida como "utilitarismo ideal", corrige el utilitarismo, sustituyendo el criterio de la producción del mayor placer por la producción del mayor bien. No obstante, el vínculo entre ambas teorías es innegable. Si la teoría de Moore es falsa, razona Ross, también lo será, *a fortiori,* el utilitarismo hedonista, porque el principio del mayor placer se sostiene sobre dos pilares: 1) lo que produce el máximo bien es lo correcto y 2) el placer es la única cosa buena en sí misma. Por eso basta con refutar la identificación de lo correcto con el mayor bien para que quede también refutado el utilitarismo hedonista. Y ese es uno de los objetivos que Ross persigue en su libro.

Cuando un hombre corriente cumple una promesa porque piensa que así debe hacerlo, parece claro que lo hace sin considerar las consecuencias totales de su acción y, mucho menos todavía que se haya detenido a calcular que con su acción va a causar las mejores consecuencias posibles. Lo que le lleva a pensar que está haciendo lo correcto, sostiene Ross, es, por lo general, que ha prometido hacerlo así. Podríamos decir que el agente moral mira más al pasado que al futuro. El que ha hecho la promesa no se siente obligado a cumplirla porque piense que es la acción que produce el mayor bien o la mayor felicidad a todos los afectados por su acción. Debe admitirse que existen casos en los que las consecuencias entran en juego a la hora de elegir cómo se ha de obrar. Es decir, hay casos excepcionales en los cuales las consecuencias de cumplir la promesa, por ejemplo, serían tan desastrosas para otras personas que concluimos que lo correcto es el incumplimiento. Ross ilustra su posición sobre este punto con un ejemplo. Una persona ha prometido encontrarse con un amigo a una hora determinada con algún propósito trivial. Ciertamente estaría

justificado que faltase a su promesa si haciéndolo pudiese evitar un accidente grave o socorrer a las víctimas del mismo. Los sostenedores de la posición que nuestro autor quiere refutar –es decir, los utilitaristas- dirían que la excepción se justifica porque es la alternativa que traerá más bien a la existencia. Pero Ross sostiene que la explicación verdadera es otra: Además de tener un deber de cumplir las promesas, tenemos (y reconocemos tener) un deber de aliviar el dolor. Cuando concluimos que es más correcto hacer lo segundo, aun a costa de no hacer lo primero, es porque creemos que es el *deber más debido en las circunstancias ("the duty which is in the circumstances more of a duty")* y no porque pensemos que produciremos más bien en el mundo obrando de ese modo. Si el agente moral pudiese traer al mundo la misma cantidad de bien observando la promesa que incumpliéndola para ayudar a alguien a quién no hecho promesa alguna, no dudaría en concluir que debe hacer lo primero, lo que no sería el caso si lo que determina la corrección de las acciones fuese la sola producción del mayor bien (Ross, 1994 pp. 32-33).

Ross hace referencia a dos teorías que ofrecen soluciones para casos de conciencia como el que se acaba de plantear en el párrafo anterior. La primera es la tesis de Kant, de la que ya nos hemos ocupado y que sostiene que hay ciertos deberes de obligación perfecta –tales como cumplir las promesas, pagar las deudas, decir la verdad- que no admiten excepción ninguna a favor de deberes de obligación imperfecta, tales como aliviar el dolor. La segunda teoría es el utilitarismo de Moore y Rashdall[3]. Estos autores opinan que sólo existe el deber de producir bien y todo *conflicto de deberes* debería resolverse preguntando con qué acción se produce más bien. La posición de Ross difiere tanto de Kant como de los utilitaristas. Nuestro autor sostiene que *normalmente mantener las promesas, por ejemplo, estaría antes que la benevolencia, pero que cuando y sólo cuando el bien que el acto benevolente*

3. Ross se refiere al pensador británico Hastings Rashdall (1858-1924), un autor poco conocido hoy pero que fue importante en su época. Rashdall identifica su concepción de la ética como "utilitarismo ideal" (*ideal utilitarianism*). Probablemente su obra más importante haya sido **The Theory of Good and Evil: A Treatise on Moral Philosophy**, publicado en 1907. La editorial Nabu Press, de Florencia, ha publicado una edición en 2010.

va a producir es muy grande y la promesa es comparativamente trivial, el acto de benevolencia se convierte en nuestro deber (Ross, 1994, p. 34). Nótese, pues, que, para Ross, no cuentan sólo las consecuencias, pero tampoco pueden excluirse por entero de la deliberación moral.

Los deberes prima facie o condicionales

Ross sostiene que el utilitarismo simplifica indebidamente las relaciones entre los seres humanos. Las únicas relaciones moralmente significativas serían las de benefactor y beneficiario. Esa es una relación significativa, sin duda, pero no es la única. Además de estar en relación de beneficiario con respecto al sujeto moral, se puede estar en el lugar de quien recibe una promesa con relación al que la hace, de deudor con relación al fiador, de marido en relación a la esposa, de hijo a padre, de amigo a amigo, de paisano a paisano, etc. *Cada una de estas relaciones es el fundamento de un deber prima facie, que será más o menos de la incumbencia del sujeto según las circunstancias del caso* (Ross, 1994, p. 34). Dicho de otro modo, existen unas relaciones especiales que imponen unos deberes, independientemente de cualquier ponderación de consecuencias, aun cuando esos deberes obliguen sólo de manera condicional, dado que la obligación podría quedar sobrepasada en una situación particular.

Cuando estoy en una situación –tal vez lo esté siempre, apunta Ross- en la cual es de mi incumbencia más de uno de estos deberes *prima facie*, lo que tengo que hacer es estudiar la situación tan completamente como me sea posible hasta llegar a formarme una *opinión meditada* de cuál de los deberes *prima facie* sería, en las circunstancias dadas, más de mi incumbencia que cualquier otro. Ese sería mi *deber de hecho* en esa situación (Ross, 1994, p.34). "Deber *prima facie"* o "deber condicional" es el término elegido por Ross para referirse a "la característica que tiene un acto, en virtud de ser de una cierta clase (por ejemplo, el cumplimiento de una promesa), de ser un acto que debería ser un deber en sentido propio si no fuera al mismo tiempo de otra clase que es moralmente relevante (Ross, 1994, p. 35)". La oración es un tanto enrevesada, al menos en la traducción castellana, pero el autor se

esfuerza por clarificarla. Admite que el término "deber prima facie" se presta a confusión porque estamos usando el sustantivo "deber" para referirnos a un acto que no es un deber en determinadas circunstancias. Admite que lo mejor sería encontrar una palabra distinta de deber, más que calificarla con un adjetivo. Pero admite que no se le ocurre ninguna mejor. Ross hace una lista o clasificación de los principales deberes "prima facie", aclarando que no se trata de una clasificación exhaustiva:

1. Los que se basan en actos míos previos: a) por ejemplo, los que se basan en una promesa, que podría ser implícita y que podemos llamar *deberes de fidelidad*; b) o los que se basan en un acto previo incorrecto y que pueden llamarse *deberes de reparación.*
2. Los que tienen su fundamento en actor previos de otras personas o los *deberes de gratitud.*
3. Los que se basan en una distribución de placer o felicidad (o los medios para alcanzarlos) que no corresponden con los méritos de los afectados. En estos casos surge el deber de evitar esa distribución y ese sería, según Ross, un *deber de justicia.*
4. Los que se desprenden de la existencia de otros seres en el mundo cuya situación podemos mejorar y que llamamos *deberes de beneficencia.*
5. Ross admite también que pueda haber deberes hacia la propia persona. Llama *deberes de perfeccionamiento propio* a los que se basan en la posibilidad de mejorarme a mí mismo en inteligencia o virtud.
6. Por último señala los *deberes de no dañar a otro,* que son distintos de los de beneficencia. Le parece claro que la no maleficencia es un deber distinto del de beneficencia y también que es de un carácter más estricto. Es decir, la no maleficencia sería *prima facie* más vinculante que la beneficencia (Ross, pp. 36-37)

Los deberes reales o absolutos "actual or absolute duties"

El autor se alarga planteando comentarios de clarificación sobre la lista fundamental de deberes prima facie que acabamos de recoger (Ross, 1994, pp. 37-43). Vamos a omitir dicha discusión porque, *lo*

que nos interesa ahora es, sobre todo, fijarnos en la relación entre los deberes prima facie y el deber real o absoluto (i.e., el deber de hecho) de hacer un acto particular en determinadas circunstancias. Ross argumenta que si tal como piensan casi todos los moralistas, a excepción de Kant, y como creen la mayor parte de las personas, en ocasiones es correcto decir una mentira o romper una promesa, debe mantenerse que *hay diferencia entre el deber prima facie y el deber real o absoluto.* Cuando nos consideramos con derecho a romper una promesa (para aliviar el dolor de alguien, por ejemplo) o incluso moralmente obligados a hacerlo, no dejamos de reconocer el deber prima facie de cumplir las promesas. Por eso el rompimiento de esta promesa no deja de causarnos *compunción,* aunque no ciertamente vergüenza y arrepentimiento. Para aclarar esta situación, Ross (1994) piensa que es preciso *distinguir entre la característica de un acto ser nuestro deber y la de tender a serlo ("We have to distinguish from the characteristic of being our duty that of tending to be our duty.").*

Cualquier acto que realizamos tiene varios elementos que permiten colocarlos en diversas categorías. Por ejemplo, una determinada acción tiende a ser incorrecta en virtud de ser el rompimiento de una promesa, mientras que la misma acción, en virtud de ser, por ejemplo, un acto de alivio de la aflicción ajena, tiende a ser correcta. A la *tendencia a ser el deber* del agente se le puede llamar *"atributo que se sigue de una parte",* de uno de los componentes de la naturaleza de la acción. Cuando un determinado acto *es el deber real y absoluto del agente,* dicho "ser el deber" es un *"atributo que se sigue del todo."* Es decir, el atributo de ser el deber se sigue de la naturaleza toda del acto y no de uno de sus componentes (Ross, 1994, pp. 43-44). Esta es una distinción que se encuentra también, opina Ross, en otro contexto muy distinto de la vida moral: el de las leyes de la naturaleza, por ejemplo la ley de gravedad. Todo cuerpo tiende a moverse en cierta dirección y a una cierta velocidad en cuanto atraído por otro cuerpo, pero su movimiento efectivo depende de todas las fuerzas a las que esté sujeto en un determinado momento. Esta distinción pone a salvo el carácter absoluto de las leyes de la naturaleza y también *el carácter absoluto de los principios generales de la moralidad* (Ross, 1994, pp. 43-44).

Pero absoluto no se puede equiparar con exento de excepciones en el pensamiento de Ross, si es que entendemos correctamente su teoría acerca del razonamiento moral.

Como ya se ha dicho, ciertos tipos de actos son prima facie correctos o incorrectos. Ross piensa que el que el cumplimiento de una promesa o la distribución justa del bien sean actos correctos prima facie es cosa de suyo evidente. Esto no significa que sea evidente desde el inicio de nuestras vidas o tan pronto como nos topamos con la proposición por vez primera. Lo que quiere decir es que cuando hemos alcanzado la suficiente madurez mental y hemos prestado la suficiente atención, la proposición es evidente y no necesita de demostración ni de otra prueba. Es evidente de suyo, de la misma manera que lo es un axioma matemático. El orden moral expresado en estas proposiciones es parte de la naturaleza fundamental del universo y de cualquier universo posible en el que hubiera agentes morales. La creencia en la verdad de estas proposiciones morales está contenida en la misma confianza en la razón que sostiene la creencia en las matemáticas (Ross, 1994, pp. 44-45).

Ahora bien, nuestros juicios sobre el deber real en las situaciones concretas carecen de la certeza aneja a nuestro reconocimiento de los principios generales del deber. Para que un enunciado sea seguro es preciso que cumpla con uno de estos requisitos: 1) que sea evidente por sí mismo, o 2) que sea una conclusión válida a partir de premisas que son evidentes por sí mismas (Ross, 1994, pp. 46-47). Para Ross, el acto correcto es aquél que un sujeto omnisciente vería que es su deber. Lo cual no indica que se me haya de culpar si sobre las bases de las pruebas de que dispongo considero que el acto A es mi deber y lo realizo, cuando en verdad el acto correcto habría sido B. Pero eso no indica que A sea correcto. Solamente indica que si yo hago A porque pienso que es mi deber, y lo hago por un motivo bueno, estoy obrando de modo moralmente bueno, pero no de modo correcto.

El problema está en saber cómo se determina cuál es el deber real en las situaciones concretas, cuando varios deberes prima facie se nos imponen y no podemos cumplir con todos ellos. Por ejemplo, cuál es

mi deber real absoluto cuando mi deber de cumplir las promesas y de socorrer al prójimo están en conflicto. Ya hemos visto que correcto no es lo mismo que óptimo (es decir, aquello que produce las mejores consecuencias). La identidad de estos dos términos no puede mostrarse ni por intuición (lo que ocurriría si fuese evidente en sí mismo), ni por deducción (si se derivase de premisas evidentes por sí mismas), ni por inducción. Mucho menos puede mostrarse que lo óptimo sea el fundamento de lo correcto. Ross añade que si alguna vez no estamos sujetos por ninguna obligación especial, entonces deberíamos hacer lo que vaya a producir más bien. Pero en su opinión está claro que cumplir una promesa es vinculante independientemente de su productividad del máximo bien (Ross, 1994, pp. 49-56). Pero esto todavía no nos dice cómo determinar cuál es el deber real en los casos de conflicto.

Cualquier acto que realicemos tiene, directa o indirectamente, incontables efectos sobre incontables personas. Más aún, es probable que cualquier acto, por correcto que sea, tenga efectos adversos sobre personas inocentes, aun cuando éstos fuesen insignificantes. De la misma manera los actos incorrectos pueden tener efectos beneficiosos sobre algunas personas. En realidad, todo acto, si se consideran ciertos aspectos, será prima facie correcto, y si se consideran otros, prima facie incorrecto. Los actos correctos se pueden distinguir de los incorrectos como aquellos cuya corrección prima facie supere su incorrección prima facie. Ross opina que no se pueden establecer reglas generales para la estimación de la imperiosidad relativa de esos deberes prima facie. Sólo podemos decir que son muy imperiosos los deberes de obligación perfecta (mantener las promesas, reparar los daños, devolver los favores). En los restantes casos "el juicio reside en la percepción", según las palabras de Aristóteles. Para el autor, este sentimiento de nuestro deber concreto en las circunstancias, precedido e informado por la más completa reflexión que podamos concederle al acto en todas sus relaciones, es muy falible, pero es la única guía que tenemos para determinar cuál sea nuestro deber (Ross, 1994, pp. 56-57). En la páginas 61-62 dice: "... el fundamento de la corrección real del acto es que, de todos los actos posibles para el

agente en la circunstancias de que se trate, es aquel cuya corrección prima facie en los aspectos en que es prima facie correcto sobrepuja en mayor medida la incorrección prima facie en todos los aspectos en que es prima facie incorrecto".

Dicho de manera resumida: 1) Hay varias fuentes de moralidad. La producción del bien es una pero no es la única. Hay otros que se derivan de otras características de las acciones (Cf. los 7 deberes prima facie enumerados). 2) Prácticamente todos los actos humanos tienen características que los hacen prima facie correctos y prima facie incorrectos. 3) Puede haber conflictos entre los diversos deberes prima facie. 4) Para determinar cuál es el deber real o absoluto es preciso sopesar todos los factores relevantes. 5) El acto cuya corrección prima facie supere en la mayor medida la incorrección prima facie constituye el deber real y absoluto. 6) Ross no nos da una metodología para guiarnos en este proceso deliberativo. No hay que olvidar que el autor es intuicionista: nuestra intuición moral reconocerá cuál es el deber real y absoluto, una vez se ha llevado a cabo un responsable proceso de deliberación.

La importancia de Ross es que nos plantea un método que acepta la realidad de los deberes morales que se nos imponen, pero al mismo tiempo reconoce que se dan conflictos reales entre ellos. Es decir, el cumplimiento de los deberes admite excepciones cuando nos encontramos ante uno de esos conflictos. Lo que ya no está tan claro en la obra de Ross es el método de deliberación que nos podía guiar en la determinación del deber real y absoluto en la situación concreta. No hay una criteriología que nos indique parámetros para sopesar el peso relativo de los deberes en conflicto. Pero eso no le resta méritos al logro de esta autor escocés. Su pensamiento nos suministra pistas útiles para salir tanto del consecuencialismo radical del utilitarismo clásico como de la dureza de los principios del deontologismo kantiano.

Ross y la metodología de Beauchamp y Childress

El libro *Principles of Biomedical Ethics* de Tom L. Beauchamp y James F. Childress (2009), ha sido uno de los más influyentes en el desarrollo

de la bioética. Estos autores postulan cuatro principios generales que constituyen los pilares básicos sobre los que se articula la reflexión bioética. En ese sentido, puede decirse quizá que los principios juegan en su sistema un papel análogo al de las cuatro virtudes cardinales en la arquitectura de la moral tomasiana. En la sexta edición de *Principles*, leemos que estos principios: "expresan las normas generales de la moralidad común que son el punto de partida adecuado *(suitable)* para la ética biomédica (Beauchamp y Childress, 2009, p. 12)." Los cuatro principios son: 1) respeto por la autonomía, 2) no-maleficencia, 3) beneficencia y 4) justicia. Tratamos la obra de Beauchamp y Childress en este contexto, porque ellos reconocen ser deudores de Ross.

Los principios son, para estos autores, directrices amplias y generales, que nos orientan en el obrar moral, pero sin darnos normas específicas para las múltiples situaciones concretas en la vida diaria. Por eso los principios tienen que ser especificados. La especificación se describe como: "…un proceso para reducir el carácter indeterminado de las normas abstractas [i.e, los principios], generando contenidos más específicos que puedan guiar las acciones… (Beauchamp y Childress, 2009, p. 17)." La especificación añade contenidos concretos a los principios generales. Dicho de otra manera, traduce el principio general en una norma concreta, capaz de brindar orientación específica en un determinado contexto. Así, por ejemplo, el principio de respeto por la autonomía se traduce en la normativa que regula y protege el consentimiento informado o la protección de la confidencialidad. La especificación contribuye también a prevenir los conflictos entre los principios generales. Una norma moral adecuadamente especificada podría llegar a ser prácticamente absoluta.

No obstante, los autores señalan que es improbable que la especificación pueda eliminar todos los posibles conflictos y la concomitante necesidad de excepciones justificadas. Inevitablemente nos encontraremos con situaciones en el que las normas, aun después de la especificación, entrarán en conflicto. Para estos casos, el procedimiento elaborado por los autores de *Principles* es la ponderación *(balancing and overriding)*. Es en este contexto que echan mano de la distinción

entre deberes *prima facie* y deberes reales y absolutos elaborada por Ross. Estamos obligados a cumplir con nuestra obligación *prima facie,* a no ser que, en una ocasión particular, ésta entre en conflicto con un deber del mismo nivel o de un nivel superior. En ese caso, es preciso ponderar para determinar cuál es el deber de hecho en ese caso particular (Beauchamp y Childress, 2009, p. 15). La ponderación es el proceso para deliberar sobre el peso relativo de los deberes o normas en conflicto (Beauchamp y Childress, 2009, p. 20). Para Beauchamp y Childress, todas las normas morales pueden ser sobrepasadas en determinados casos. No hay acciones que sean siempre malas (su sistema no es deontológico, según la definición de Gracia antes enunciada), ni tampoco existe una jerarquía entre los principios generales. Por eso sus críticos dicen que el principialismo de estos autores es más deudor del utilitarismo que del deontologismo de Ross.

No obstante, también es preciso reconocer que se esfuerzan por evitar el puro subjetivismo en la selección de la norma que debe prevalecer en las situaciones de conflicto. Con ese fin, Beauchamp y Childress enumeran una serie de condiciones que se deben seguir a la hora de ponderar, para evitar el subjetivismo:1) Es preciso presentar buenas razones que justifiquen la precedencia de la norma que representa el deber considerado actual; 2) el objetivo moral que se pretende lograr con el incumplimiento de la norma sobrepasada debe ser realizable; 3) no debe haber alternativas viables que sean preferibles (por ejemplo, una alternativa en la que no se infrinja norma alguna); 4) se ha seleccionado el curso de acción que permite la realización del objetivo querido con la menor infracción posible de las normas morales; 5) minimización de los efectos negativos que puedan seguirse de la infracción de la norma o normas sobrepasadas; 6) se ha dado un trato imparcial a todos los afectados por la infracción (Beauchamp y Childress, 2009, p. 23).

Nosotros también adoptamos, en la propuesta que sigue, un modelo principialista de razonamiento moral, introduciendo algunos correctivos: la noción de acciones que nunca pueden justificarse y la jerarquía de los principios y de las normas de ellos derivadas. La ponderación de

consecuencias también ocupa un lugar en nuestro modelo deliberativo, pero mucho más matizado que en el sistema de Beauchamp y Childress. Es nuestra convicción que el modelo que proponemos cualifica como un genuino deontologismo deliberativo.

Deontologismo deliberativo

Hemos presentado los modelos teóricos más relevantes, a nuestro juicio, en el actual debate sobre la metodología para la deliberación moral en bioética. Quizá ninguno de ellos sea enteramente satisfactorio, pero cada uno de ellos tiene algo que enseñarnos. Desde nuestro punto de vista es preciso partir de lo que vamos a llamar el canon de la moralidad. El canon es una formulación que pretende recoger la estructura esencial de la vida moral. El imperativo categórico de Kant es un intento de formulación de eso que llamamos el canon de la moralidad. En una obra publicada originalmente en 2003, Juan Carlos Álvarez y el autor de este artículo, se expuso que todos y cada uno de los seres personales actuales merecen igual consideración y respeto porque son fines en sí mismos, es decir, los seres personales de las generaciones futuras, las especies animales, el entorno y la biosfera merecen respeto en su conjunto, aunque pueden ser tratados como medios individuales no pueden ser considerados como fines, pero globalmente sí (Ferrer y Álvarez, 2003).

Aunque en la moralidad hay un elemento transcultural y transhistórico, las formulaciones del canon siempre son históricas y están culturalmente condicionadas, en cuanto son obras de la razón humana. Toda formulación humana tiene que ser revisada a lo largo del tiempo. Desde nuestro punto de vista, la formulación citada es un modelo de trabajo aceptable de lo que podría ser una formulación del canon, aunque en este momento no la suscribiríamos sin modificaciones. La afirmación de la dignidad de los seres personales en cuanto fines en sí mismos debe mantenerse como exigencia absoluta, como la base más firme del edificio de la vida moral. Es preciso añadir que no hacemos coextensivo el universo de los seres personales con el de los miembros de nuestra especie homo sapiens. El día que encontremos

seres racionales y libres como nosotros en otros rincones del universo, también tendremos que reconocerles la dignidad de la personeidad. De manera semejante no se puede excluir a priori que haya otros miembros de las especies animales no humanas que deberían ser tratados como personas, de la misma manera que tratamos -y ciertamente debemos tratar- a los niños como personas, aunque no podamos exigirles deberes morales. Las tesis que se han adelantado en este sentido nos parecen razonables y dignas de consideración, aunque no nos pronunciamos ahora sobre ellas. Si hay miembros de otras especies que son seres personales, ciertamente no podrían tratarse como meros medios. Estas matizaciones deberían incluirse en una futura reformulación del canon. En todo caso, opinamos que aunque discutible en sus detalles, la formulación presentada nos puede servir como base para desarrollar nuestra argumentación en este contexto.

Como ya hemos sugerido, el elemento más fundamental del canon es el respeto a todos los seres personales o que deban ser considerados como tales, que nunca pueden ser tratados como meros medios, nunca pueden ser instrumentalizados. El segundo es el componente de responsabilidad social hacia la comunidad de los seres morales y hacia todos los vivientes. En el ámbito de las éticas profesionales es muy importante tener también en cuenta los valores morales propios de cada uno de los ámbitos de actividad profesional: responsabilidad social en el trato de los participantes en la investigación (sujetos humanos, animales), el impacto en el ambiente, el respeto a los clientes como personas, las consideraciones de integridad profesional y académica en cada campo. Las violaciones éticas lesionan con mayor o menor gravedad, de manera más o menos directa el canon. El canon de la moralidad, el deber moral, nos viene dado por el hecho de ser seres dotados de inteligencia y libre albedrío que vivimos en sociedad. Por eso somos responsables de nuestras acciones que tienen consecuencias no sólo para nosotros sino también para la sociedad. Las exigencias del canon de la moralidad se traducen en principios generales y en normas particulares, que no tienen el mismo grado de absolutez que el canon mismo. El canon obliga siempre y sin excepciones. Los principios y normas en los que se traducen pueden tener excepciones, al menos

pueden tenerlas en la mayoría de los casos. Y por eso se requiere el recurso a la deliberación. No se delibera sobre el canon de la moralidad, sino sobre los principios y normas que lo traducen.

El problema más serio es si hay normas concretas, materiales, que carecen de excepciones. Ya hemos visto que Kant piensa que sí. Hay normas como la prohibición del suicidio o de la mentira que, en su opinión, obligan sin excepciones. La enseñanza moral de la Iglesia Católica afirma otro tanto. Como ya hemos señalado, el magisterio de la Iglesia Católica enseña, por ejemplo, que causar directamente la muerte de un ser humano inocente está prohibido *siempre y para siempre*. En consecuencia, la moral católica sostiene que la prohibición del aborto directo, de la eutanasia activa directa y del suicidio tiene un carácter absoluto. Otras corrientes de pensamiento aceptan la existencia de normas morales formales absolutas, pero niegan que pueda haber normas concretas que lo sean (Gracia, 2004). Por ejemplo, el principio de humanidad o de universalización (las dos primeras formulaciones del imperativo de Kant) serían absolutos en su formalidad, pero las normas deontológicas que se derivan de esos enunciados formales admitirían excepciones a la luz de las circunstancias y consecuencias.

Como explica Diego Gracia (2004), el problema de fondo es epistemológico. La filosofía moderna distingue dos tipos de juicios, a saber: analíticos y sintéticos. Los juicios analíticos son aquellos en los que el predicado pone de manifiesto un atributo del sujeto que está contenido en su definición, en el concepto mismo del sujeto. Por ejemplo, cuando decimos que el triángulo tiene tres ángulos o que los cuerpos son extensos, estamos haciendo juicios analíticos (estando el concepto de extensión incluido en el concepto cartesiano de los cuerpos como *res extensa).* Son sintéticos los juicios basados en la experiencia. Por ejemplo, si digo que la casa es verde o amplia, no se trata de predicados que pertenezcan al concepto de casa, a la definición misma del sujeto (en este caso, el concepto de "casa"). Así podemos decir que el asesinato es siempre malo porque asesinar significa "quitar la vida injustamente", de la misma manera que la injusticia es siempre mala.

Pero no podemos decir con igual certeza que quitarle la vida a un ser humano sea siempre malo o que adueñarse de un objeto que legalmente pertenece a otro sea siempre malo. Se puede quitar la vida a otro en legítima defensa, propia o ajena, y se pueden usar los bienes del otro sin su consentimiento en situaciones, por ejemplo, de necesidad extrema. Por eso Gracia (2004) concluye:

> Todo sistema moral tiene que admitir la existencia de principios o normas de carácter universal. En ética, como en ciencia, es necesario formular proposiciones universales. Éstas, en el caso de la ética, tienen la condición de imperativos o mandatos. Ahora bien, su propio carácter imperativo hace que sea muy fácil considerarlos absolutos y sin excepciones. Hoy nadie cree que una teoría o una ley científica sean absolutas, pero esto se sigue debatiendo en el caso de los enunciados morales. Es un error. No hay principio o norma moral completamente adecuada a la realidad. *Realitas semper maior.* Nunca podremos elaborar conceptos completamente adecuados a la realidad, ni en el orden científico ni en el ético. De ahí la necesidad de conceder siempre un lugar a la evaluación de la realidad concreta sobre la que se ha de decidir. No es correcto actuar mediante la mera aplicación deductiva de los principios. Además de los principios, hemos de ponderar las circunstancias y las consecuencias, deliberando sobre la posibilidad o no de hacer a su vista una excepción a los principios. El objetivo último de la vida moral es la toma de decisiones prudentes. Y éstas no consisten sin más en la aplicación de los principios sino en el intento de actuar conforme al canon de respeto de los seres humanos. Ése es el único principio absoluto de la vida moral (Gracia, 2004, pp. 241-242).

En la formulación de Gracia que acabamos de citar se encuentra la esencia de lo que entendemos, en este trabajo, por deontologismo deliberativo: el deber moral se nos impone, tiene carácter vinculante. Las conductas contrarias al canon de la moralidad son destructivas de la especie humana y del planeta. La realidad nos exige que nos hagamos

cargo de ella de manera responsable. Pero eso no nos dispensa de ir determinando en cada momento histórico y en cada circunstancia concreta cuáles son las exigencias del deber moral.

Nos aventuramos a ir más allá de la formulación de Gracia en la admisión de normas no negociables, sin excepciones. Carecería de excepciones todo lo que va directamente contra del canon. El ejemplo más claro, desde nuestro punto de vista, sería la prohibición de la esclavitud, aun cuando el mismo sujeto desease venderse como esclavo. Además, opinamos que es necesario aceptar otros absolutos, pocos pero neurálgicos, que son indispensables para proteger los derechos humanos fundamentales a la altura del tercer milenio. Por ejemplo, entendemos que la prohibición absoluta de la tortura y de la violación deberían ser exigencias morales –y no sólo legales- indiscutible hoy día, si bien entendemos que también deberían estar reconocidas y exigidas por el derecho internacional. Escribiendo desde la perspectiva de la teología moral, el teólogo español Eduardo López Azpitarte escribe**:**

> No creo... que nadie se atreva a decir, por citar algunos ejemplos, que renegar de Dios, odiar a las personas o desearles un mal, violentar su intimidad por medio de la tortura, la trata de blancas, la perversión de menores... podrían justificarse en algunas situaciones... La... imposibilidad de conseguir algún bien con el odio, o pisotear la dignidad y el respeto de la persona, configuran de tal manera estas acciones que las hacen completamente injustificables en cualquier circunstancia (López Azpitarte, 2003, p. 170).

En general el rechazo a la doctrina sobre las acciones intrínsecamente malas o deshonestas, se alimenta, además de las dificultades epistemológicas señaladas, del rechazo de algunas normas tradicionalmente enseñadas particularmente por la Iglesia Católica como absolutas, como, por ejemplo, la prohibición del aborto directo o del uso de medios anticonceptivos artificiales. Pero quizá habría que decir que la discusión de los que no aceptan dichas enseñanzas debería versar

sobre el carácter absoluto de dichas normas concretas y no sobre el concepto mismo de las normas absolutas.

Como hemos escrito en otra parte, nos parece "que, fuera de la afirmación sobre el rechazo de Dios, la lista de acciones propuestas por este autor como absolutamente prohibidas podría encontrar un amplio consenso en nuestras sociedades seculares y pluralistas" (Ferrer, 2007, pp. 108-109). Pero una vez dicho esto, es preciso añadir que las normas morales específicas, con contenidos concretos o materiales, de carácter absoluto son ciertamente pocas y opinamos que serían fundamentalmente prohibiciones de conductas que por su misma naturaleza van directamente en contra del canon de la moralidad. Si se acepta esta tesis, cuando está implicada una de esas normas (Ej., la prohibición de la esclavitud) no habría espacio para la deliberación. Pero siendo éstas seguramente muy pocas, hay que admitir que en la mayor parte de las coyunturas morales cabe la deliberación. Más aún es inevitable. En términos generales se puede decir que la persona moral es, precisamente, la que sabe deliberar para obrar prudentemente (no infaliblemente). No se puede pedir más, pero tampoco menos.

Lo afirmado en el párrafo anterior no significa que la deliberación traiga siempre consigo difíciles controversias. Nos atrevemos a afirmar que en la mayoría de las opciones con peso moral que hacemos no hay grandes controversias, aun cuando haya sido necesario un cierto ejercicio de deliberación, aunque quizá ni el mismo agente moral haya caído en cuenta de estar deliberando. Pongamos un ejemplo para ilustrar lo que estamos tratando de expresar. Todo el mundo o casi todo el mundo reconoce que hay un deber moral de cumplir las promesas. También se reconoce que no todas las promesas tienen el mismo peso moral. No es lo mismo que se quebrante la promesa de encontrarse con un grupo de amigos en un restaurante para cenar que el incumplimiento de un contrato profesional. Pensemos en un ingeniero que incumple las especificaciones pactadas en un proyecto de construcción, con riesgo para la seguridad de los futuros usuarios del edificio proyectado, o en un médico violenta su pacto implícito con el paciente recetándole unos fármacos que no son los más indicados para el enfermo, quizá por

razones estrictamente de lucro personal. La violación de estas promesas en el ámbito profesional constituye, sin duda, serias faltas morales.

No sólo suele reconocerse que no todos los deberes morales tienen el mismo peso, sino que también se admite generalmente, al menos de modo implícito, que hay una jerarquía entre ellos. Retomemos el ejemplo del párrafo anterior. El agente moral –llamémosle Sócrates- ha prometido encontrarse con un grupo de amigos en un restaurante el viernes a las 8.00 de la noche. El propósito de la comida es despedir a un colega que se jubila. Pero el hijo menor de Sócrates, de unos 5 años, se enferma esa tarde y es preciso brindarle ayuda médica de urgencia. ¿Qué debe hacer Sócrates, cumplir la promesa, varias veces reiterada, de asistir a la cena o llevar a su hijo a recibir atención médica? Difícilmente se encontrará una sola persona que niegue que el agente moral en este caso debe ocuparse de su hijo, cumpliendo así con sus responsabilidades paternas. Lo que hemos hecho es deliberar. Hemos juzgado que el cumplimiento de los deberos paternos tiene un peso moral que sobrepasa el de la asistencia a la comida.

Por supuesto, la opción no está tan clara en todos los casos. Hay temas en los cuales el debate parece ser interminable porque está basado en desacuerdos que son prácticamente irresolubles. Pensemos, por ejemplo, en los debates en torno al estatuto ético de la vida humana no nacida; aborto, clonación, experimentación con embriones o sobre la licitud de la asistencia médica al suicidio o la legalización de la eutanasia. Muchos otros casos se colocan en una lugar intermedio entre la poca o ninguna controversia que generaría el caso de Sócrates y los agrios desacuerdos que se plantean en torno, por ejemplo, al aborto. Además, no se trata solamente de desacuerdos morales entre dos personas o dos grupos sociales distintos. La incertidumbre está presente no pocas veces en el interior del propio sujeto que debe obrar moralmente en una situación de colisión de deberes. Es el mismo agente moral quien se encuentra en un estado de perplejidad moral: ¿cuál es el camino a seguir en estas circunstancias en las que no es posible realizar todos los deberes morales que están involucrados? La deliberación es necesaria precisamente porque las colisiones de

deberes se dan, de hecho, en la realidad, en la experiencia cotidiana de las personas que desean obrar moralmente. La ética, como disciplina académica, tiene entre sus tareas la elaboración de criterios que nos puedan a asistir a hacer opciones morales justificadas en situaciones de incertidumbre. Dicho de otro modo: una de sus tareas más importantes es elaborar los referentes intelectuales para asistir a los sujetos morales a la hora de deliberar.

¿Qué criterios podemos sugerir para iniciar nuestra andadura en el ejercicio práctico de la deliberación, que está en el corazón de toda vida moral? Ciertamente no pretendemos desarrollar un algoritmo infalible que pueda aplicarse mecánicamente y dar como resultado una opción moralmente "correcta". Pero ciertamente hay algunos elementos que es preciso tener en cuenta a la hora de adentrarse en el movedizo terreno de la deliberación en situaciones de grave incertidumbre. En primer lugar cabe destacar la importancia de estar atento a los hechos, a los datos que nos da la realidad. Como repetía muchas veces el desaparecido bioeticista español Javier Gafo (1936-2001): la buena ética comienza con buenos datos. Es verdad que no podemos sencillamente deducir el *debe* del *es*, como nos enseñó Hume hace ya más de dos siglos. Pero no es menos cierto que la razón práctica no puede determinar cuál sea el deber ser en unas coyuntura histórica particular, sin tener en cuenta los datos de la realidad. Para determinar qué contribuye al bien humano es preciso tener en cuenta la clase de seres que somos los humanos y cuáles son las posibilidades en un determinado y particular contexto. Además, cuando hablamos de los datos no nos referimos solamente a los hechos desnudos, si es que fuese posible conocerlos en toda su desnudez. También los valores y preferencias de las personas involucradas son parte de los datos que es necesario considerar como punto de partida del proceso deliberativo.

El estudio de los hechos, incluyendo los valores y convicciones morales de los implicados, nos debe ayudar a identificar cuáles son los principios y normas morales que están en juego, identificando las posibles colisiones. Si es posible cumplir con todos los deberes morales implicados en la situación, ahí terminaría la deliberación. Pero los casos

duros, los que, por ejemplo, suelen llegar a los comités de ética de las instituciones hospitalarias, suelen involucrar una colisión de deberes: no se puede, por ejemplo, respetar el secreto profesional y salvar la vida de una tercera persona inocente. ¿Qué criterios podemos adoptar para guiarnos en la identificación de lo que debería ser el deber de hecho, el *actual duty* de Ross antes mencionado? Para ello es necesario, a nuestro modo de ver, proceder en dos tiempos: el primero sería más de índole deontológica o, si se quiere, principialista. El segundo tiene un carácter más bien consecuencialista. Ese primer momento consiste en establecer la jerarquía entre los deberes de hecho que se imponen al sujeto deliberante.

No todos los deberes morales tienen el mismo peso. Sostenemos que es posible establecer un ordenamiento lexicográfico entre los principios, normas y deberes morales en cualquier coyuntura de colisión de deberes. ¿Con qué criterios se establece una tal jerarquía? En primer lugar hay que señalar que lo que estamos sugiriendo no es novel en modo alguno. En el ejemplo de Sócrates y su hijo, presentado antes, se ha hecho una ponderación del peso relativo de los deberes en juego. La mayor parte de las personas lo hacen continuamente, si bien no de manera expresa o refleja. La moral católica ha enseñado desde hace muchos siglos que hay pecados veniales y mortales, siendo muy diversa su gravedad y consecuencias para la salud espiritual del pecador. Y el derecho penal de todas las sociedades reconoce que no todos los delitos tienen idéntica gravedad. Los actos que lesionan más gravemente los bienes fundamentales de las personas o de la sociedad se consideran de mayor gravedad y los convictos de dichos actos reciben penas más severas, proporcionadas al delito cometido. Podemos decir que el fin de la moralidad es la protección de las personas en sus puntos vulnerables fundamentales y la salvaguardia de la sociedad. En cuanto más básico e importante sea el bien amparado, más estrechamente vinculante será la norma que lo protege, y en cuanto más estrechamente vinculante sea, más alto será su posicionamiento jerárquico.

El paradigma de los cuatro principios generales, formulado por Beauchamp y Childress hace más de un cuarto de siglo, ha recibido

una amplia, aunque no universal, aceptación en el ámbito de la ética biomédica o bioética: Respeto por la autonomía, no-maleficencia, beneficencia y justicia. Opinamos que estos principios nos pueden servir como guías para elaborar nuestro modelo deliberativo. Son principios generales que recogen, a nuestro modo de ver, los puntos cardinales de la vida moral a la altura de este tercer milenio apenas inaugurado. Aunque los principios y sus especificaciones normativas es decir, las normas morales específicas en las que podemos y debemos concretarlos, nos obligan *prima facie* en todo momento, a nadie se le oculta que no pocas veces colisionan en la realidad. Para dilucidar en caso de conflicto cuál es el deber de hecho –el *actual duty* de Ross- es preciso atender, en primer lugar, a la jerarquía de los principios mismos. Proponemos el siguiente ordenamiento lexicográfico de los cuatro principios generales: no-maleficencia, justicia, respeto por las personas y su autonomía (que es, a nuestro juicio, una formulación más completa del primer principio de Beauchamp y Childress) y beneficencia. Pero esto no indica que las normas específicas derivadas del principio de no-maleficencia prevalecerán en todos los casos sobre las que especifican el de justicia o de respeto por la autonomía.

Transcribimos a continuación lo que hemos publicado en un trabajo anterior, escrito en colaboración con Juan Carlos Álvarez y ya anteriormente citado en estas páginas. Entonces decíamos que el orden lexicográfico debe situarse en el nivel de las normas específicas. El criterio para discernir el peso específico dentro de cada una de las especies normativas, constituidas por los principios generales, es su pertenencia al ámbito de los mínimos o de los máximos morales. En el seno de una sociedad democrática, los primeros suelen colocarse en el ámbito de la gestión pública, mientras que los segundos habitan el de la gestión privada. Transcribimos una amplia cita tomada de la mencionada publicación:

Nivel de gestión pública (ética de mínimos):

- Normas derivadas del principio de no-maleficencia
- Normas derivadas del principio de justicia

- Normas derivadas del principio de respeto a las decisiones autónomas
- Normas derivadas del principio de beneficencia

Nivel de gestión privada (ética de máximos):

- Normas derivadas del principio de no-maleficencia
- Normas derivadas del principio de justicia
- Normas derivadas del principio de respeto a las decisiones autónomas.
- Normas derivadas del principio de beneficencia

(Ferrer y Álvarez, 2003, 484).

Esto significa que: 1) Las normas de gestión pública tienen preferencia en caso de conflicto sobre las normas de gestión privada. 2) Si el conflicto se da entre diferentes normas de gestión pública: las derivadas de la no-maleficencia tendrán precedencia sobre las derivadas de la justicia, éstas sobre las derivadas del respeto a las decisiones autónomas y éstas sobre las derivadas de la beneficencia. 3) Si el conflicto se da entre diferentes normas de gestión privada, toca al sujeto moral decidir en conciencia conforme al peso relativo de los deberes en juego en su personal escala de valores. Esto no indica que pueda elegir arbitrariamente, sino que hay decisiones de conciencia en los que la sociedad no se puede inmiscuir y que no se pueden dilucidar en el nivel de una ética racional aceptable para el conjunto de los seres humanos. 4) Si es un conflicto entre dos individuos, basado en distinta valoración de normas de gestión privada, será preciso dejar que cada uno siga su conciencia a no ser que el por razón del conflicto se pudiesen ver afectados intereses de terceras personas o de la sociedad de primer orden. En ese caso, habría que tratar el conflicto como si fuese de gestión pública. 5) Si el conflicto se da entre normas derivadas del mismo principio: a) Si son normas de distinto nivel: el nivel público tiene preferencia. b) Si son normas del mismo nivel: serán las circunstancias, el contexto y las consecuencias las que determinarán la mayor urgencia de una sobre otra (Ferrer y Álvarez, 2003, pp. 481-482).

No pretendemos haber agotado todas las dificultades relacionadas con la deliberación. Todavía sería necesario elaborar metodologías concretas de acción para la toma de decisiones morales en situaciones de incertidumbre y de colisión de deberes. Nos hemos limitado a la formulación del trasfondo teórico indispensable para poder elaborar dichas metodologías con un mínimo de justificación racional. Estas reflexiones sirven como preámbulo para la elaboración de algoritmos casuísticos que puedan dar asistencia práctica a los agentes morales que se ven precisados a deliberar en situaciones de alta complejidad, como suelen ser muchas de las situaciones de perplejidad moral que encontramos tanto en la práctica clínica como en la investigación biomédica.

Conclusiones

La deliberación está en el corazón de la vida moral y de la educación ética. Una teoría ética aceptable debe brindarnos el instrumental metodológico necesario para deliberar, especialmente en situaciones de conflicto. En este trabajo hemos examinado los modelos teóricos más influyentes en los actuales debates bioéticos. Hemos propuesto un modelo que hemos llamado "deontologismo deliberativo". En ese modelo reconocemos la existencia de absolutos formales y también de algunos absolutos materiales, tales como la prohibición de la esclavitud, de la tortura y de la violación. Estos absolutos materiales son muy pocos. Por lo tanto, en la inmensa mayoría de las situaciones es preciso deliberar. Para deliberar proponemos una metodología en dos momentos. En el primero se examina el peso relativo –o el rango jerárquico- de los deberes en juego. Si el conflicto no alcanza resolución en esta fase, es preciso pasar a un momento teleológico en el que se sopesan las consecuencias razonablemente previsibles de las acciones. Reconocemos que Kant, Ross y Gracia han influido notablemente en el desarrollo de nuestro modelo teórico.

Referencias

- Aristóteles. (Trad. 2006). *Ética a nicómaco*. Madrid: Instituto de Estudios Políticos, 1970 (introducción y notas de Maria Araujo y Julián Marías).

- Beauchamp, T.L. & Childress, J. F. (2009). *Principles of biomedical ethics. (6thEd.).* New York: Oxford University Press.
- Ferrater, J. (1984). *Diccionario de filosofía*, Madrid: Alianza Editorial, t.1, 749 v. "Deontología"
- Gert B. (1998). *Morality, its nature and justificaction*. New York: Oxford University Press
- Gert B. (2004). *Common morality, deciding what to do.* New York: Oxford University Press.
- Gert, B., Culver C.M. & Clouser K.D. (2006) *Bioethics: A systematic approach.* New York: Oxford University Press.
- Gracia, D. (1997). Cuestión de principios. En Feito, L. (Ed.). *Estudios de bioética,* Madrid: Dykinson, pp. 19-42.
- Gracia, D. (2003). Teoría y práctica de los comités de ética. En Martínez, J. L. (Ed.), *Comités de bioética.* Madrid y Bilbao: Universidad Pontificia Comillas y Desclée de Brouwer, 59-70.
- Hauser, M. (2006). *Moral minds*. New York: Harper Collins Publishers.
- Kant, I. (1949/1781). *Critique of practical reason and other writings in moral philosophy.*Chicago: University of Chicago Press.
- Kant, I. (1996/1785). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Traducción de J. Mardomingo. Barcelona: Editorial Ariel.
- Mill, J. S. (1979). *Utilitarianism.* Indianapolis: Hackett Publishing Company.
- Ramos, Pintor, A. (2002). *Historia de la filosofía contemporánea*. Madrid: BAC.
- Ross, (1994). *Lo correcto y lo bueno.* Salamanca: Sígueme.
- Sádaba, J. (1997). *Diccionario de ética*. Barcelona: Planeta, pp. 264-269.

La Persona Uterina:

Una Fundamentación Empírica, Teológica y Filosófica Para Alcanzar Personeidad

Por: Luis A. Bonilla Soto

Introducción

La definición de *persona* y sus criterios utilizados puede relacionarse con un problema moral que ha persistido a través del tiempo. Tal concepto no debe tomarse de manera ligera, pues dependiendo de la definición escogida pueden ponerse en riesgo las vidas de millones de seres humanos. Esto es más evidente en las etapas del embrión implantado y del feto, porque son los componentes más vulnerables del ciclo reproductivo humano. Basándonos en el marco empírico, teológico y filosófico creemos, desde la perspectiva moral, que la *personeidad humana* comienza con la implantación del blastocito. Por lo tanto, opinamos que es la implantación y no la fertilización lo que debe ser considerada como el principio de una *persona* humana.

En este escrito discutimos el concepto del *alma racional* como un atributo humano y sus implicaciones e importancia para alcanzar *personeidad.* Otra consideración importante, para la protección moral y legal del embrión humano después de la implantación, es su potencialidad activa de desarrollo. También discuto las principales teorías morales, referentes a las etapas prenatales del desarrollo humano. Esta discusión es importante para preparar el camino para la presentación de la hipótesis "Human Reproductive Cycle" (HURECY), por sus siglas en inglés, desde un contexto científico, filosófico y teológico lo cual constituye la fundamentación para la protección moral y legal del potencial activo del embrión, luego de la implantación y su denominación posterior de *persona uterina*, con completos derechos morales y legales debido a la presencia de un alma racional y, por lo tanto, haber alcanzado el estatuto de *persona*.

Estatuto moral y el embrión

La noción de "estatuto moral" la definió Walters (2004) como un concepto que se refiere a aquél o aquello que es tan valioso que merece ser tratado con especial consideración. El estatuto moral del embrión humano ha sido parte de un debate muy contencioso durante los últimos años. Varios biólogos y filósofos han utilizado multiplicidad de argumentos para justificar que los embriones no son "personas" y, por lo tanto, no merecen respeto moral ni protección legal.

De acuerdo al diccionario médico *Webster's New World™* (Wiley, 2003) el término embrión se define como "el organismo en las etapas tempranas de desarrollo y la diferenciación en los humanos, desde la fertilización hasta el principio del tercer mes del embarazo. Luego de ese punto en el tiempo, se le llama feto". De conformidad a nuestro análisis, la vida humana adquiere consideración moral desde el momento de la implantación del blastocito como se justifica más adelante.

Persona y su concepción filosófica

La protección del embrión humano está sujeta, en gran medida, a si éste alcanza o no el estatuto de persona. La definición clásica de una persona

es "un ser humano considerado como un individuo". El concepto moderno de persona comenzó con René Descartes (1596-1650), quien definió a los seres humanos como "cosas pensantes" (Descartes, trans.1988).

Posteriormente, John Locke (1632-1704), en su obra *An Essay Concerning Human Understanding* hizo una distinción entre hombre y persona. Describió al hombre como un ser corporal y definió la persona como un flujo conectado de conciencia. Presenta la memoria como el pegamento que une los episodios de conciencia, dando un sentido de continuidad y, por lo tanto, de ser un ente perdurable con identidad propia. La visión de Locke de la persona se aplica "tan solo a agentes inteligentes, capaces de una ley, felicidad y miseria" (Ford, 1988).

Immanuel Kant (1724-1804) definió persona como un agente racional capaz de ejercer la libertad de forma autónoma. Él creía en la autonomía como autodeterminación, siendo "el principio supremo de la moralidad" (Kant, trans.1990). De acuerdo a Kant, una voluntad autónoma actúa de conformidad a los deberes que define para sí mismo, no de modo arbitrario, sino conforme a los dictados de la razón.

Algunos autores argumentan que como los embriones humanos no tienen racionalidad o capacidad para relacionarse no son "personas" y, como consecuencia de esta creencia, las personas "reales" no tienen responsabilidad alguna hacia ellos (Rody, 1988; Ortolotti & Harris, 2005). Esta posición ha sido defendida y promovida por Singer (1983), Edwards (1983) y Lockwood (2005). Precisamente, este argumento apoyó la recomendación de los Comités Warnock de no llevar a cabo investigaciones con embriones más allá del día 14 (Warnock, 1984). Esto fue sostenido sobre la base que las crestas neurales del embrión se forman diez días después de la fertilización.

Según Gillion (2001), otros autores han sugerido como el principio de la personeidad al óvulo fertilizado, que es la posición oficial de la Iglesia Católica Romana. En todo caso, encontramos en la bibliografía la más amplia diversidad en la demarcación de umbrales para marcar el inicio de la vida: el desarrollo de las crestas primitivas, a los 14 días (Warnock,

1984); el tiempo en que la mujer embarazada puede sentir al feto moviéndose dentro de ella ("quickening"), que ocurre entre las semanas 20 y 21 del embarazo; el desarrollo de un cerebro funcional ("vida cerebral"); el desarrollo de la habilidad de tener experiencias sensoriales (sentinencia); la etapa del desarrollo fetal en la cual el feto, brindándole cuidado intensivo, puede sobrevivir de forma independiente fuera del útero materno; y finalmente el nacimiento, el cual es el criterio legal en la mayoría de los países para que el feto se convierta en persona.

Criterios para alcanzar vida moral

A continuación describimos los principales criterios éticos, filosóficos y teológicos que se utilizan para determinar cuando alguien o algo merece consideraciones morales.

I. Personeidad

Se subdivide en las siguientes tres categorías: genética, mental y del desarrollo.

1. ***Personeidad genética:*** incluye a todos los seres humanos independientemente de la edad o de la etapa de desarrollo del ciclo reproductivo humano. Algunos llaman a esta categoría la posición de la santidad de la vida. Esta posición la defiende la Iglesia Católica por la instrucción "Respect for Human Life in its Origin and on the Dignity of Procreation" (Congregation for the Doctrine of the Faith, 1987).

2. ***Personeidad Mental:*** se refiere a las funciones del cerebro. La definición clásica de persona fue dada por Boecio en su *Liber de persona et duabus naturis*, Capt. III: la persona es "una sustancia individual de naturaleza racional" (P.L. LXIV, 1343). El filósofo John Locke definió *persona* en términos similares pero añade el concepto de *autoconciencia*. Locke puso mucho peso en su definición sobre los atributos de inteligencia y auto-conciencia. En otras palabras, Locke vio la habilidad de pensar

combinada con la auto-conciencia a través del tiempo como la esencia de la personeidad.

La concepción de la persona de Locke ha sido muy influyente, sobre todo en la filosofía de lengua inglesa. Al adoptar las ideas de Locke se excluiría, como personas, varios seres humanos como: los embriones, fetos, recién nacidos y humanos con daño cerebral. Según McCormick (1991), el agente moral debe ser capaz de involucrarse en relaciones significativas con otros. Por su parte Tooley (1983), autor del libro Abortion and Infanticide argumenta que la vida prenatal humana es de limitado valor moral y por lo tanto cree que se puede justificar el infanticidio en algunos casos. Tooley cree que la auto-conciencia es por lo menos una característica necesaria para ser persona y tener derecho a la vida. De acuerdo a dicho punto de vista, como los fetos y los infantes recién nacidos no están auto-conscientes no tienen el derecho a la vida y por lo tanto el infanticidio puede ser moralmente permitido. Singer (1979), está de acuerdo con Tooley y en su clasificación personal de estatus moral no incluye los bebés recién nacidos pero incluye varios mamíferos como los chimpancés y los monos.

3. ***Personeidad del desarrollo:*** este criterio apoya la idea de que mientras más cerca una entidad se aproxima a la personeidad incuestionable, tal como un humano adulto normal, mayor es su estatuto moral. Esta posición es defendida por el biólogo Clifford Grobstein (1988) y la filósofa Judith Jarvis Thomson (1978). Esta última cree que "un óvulo recién fecundado, o un conglomerado de células acabado de implantar, no es más persona que una vaina en un árbol de roble (Thomson, 1978).

II. Capacidad de sentir ("sentience")

Este concepto se refiere a la capacidad de sentir placer y dolor, lo cual pretende maximizar el placer y minimizar el dolor en todos los seres sintientes. El filósofo inglés del siglo 18, Jeremy Bentham (1823), uno

de los fundadores del utilitarismo moderno y autor del libro *An Introduction to the Principles of Morals and Legislation*, argumentó que la capacidad de sentir era el criterio moral fundamental y que todos los demás criterios se reducían finalmente a éste. Creía que los animales eran moralmente equivalentes a los humanos (Gillon, 1985). Bentham postulaba que los placeres y dolores de los animales son importantes. En su opinión, "la pregunta no es, ¿pueden razonar?; tampoco, ¿pueden hablar? pero, ¿pueden sufrir?" (Bentham, 1823).

Por su parte, en su libro *The Methods of Ethics,* el filósofo Henry Sidgwick (1874) comenta que: como la meta utilitarista es maximizar el placer, sería arbitrario e irrazonable excluir cualquier placer de cualquier ser sintiente.

III. Ambiente

Está la teoría ambiental que le otorga prioridad a la bioesfera y a los ecosistemas de nuestro planeta. La ética ambiental levanta el asunto de si hay o no entidades no sintientes que puedan ser objetos del deber. También reta a la sociedad de hacer una transición desde nuestras creencias antropocéntricas a una cultura biocéntrica. Así mismo le adjudica estatuto moral a los diversos componentes de la naturaleza como son: los ecosistemas terrestres (biomas), ecosistemas acuáticos incluyendo tanto los componentes bióticos y abióticos de estos (Boylan, 2001; Des Jardins, 2001; Zimmerman, Callicott, Sessions Warren & Clark , 2001).

Potter, recordado como el padre de la bioética, reconoce esto afirmando que: "El ambiente natural del hombre no es ilimitado. Se debe diseñar la educación para ayudar a la gente a entender la naturaleza del hombre y su relación con el mundo. La supervivencia del hombre puede depender de una ética basada en el conocimiento biológico; que es por lo tanto la Bioética" (Potter, 1971).

IV. Teoría multi-estándar

De acuerdo a Walters (2004), "la confianza en teorías individuales de correcto o incorrecto ha disminuido". Según el autor la razón detrás de

esto es el hecho de que los principales filósofos morales son eclécticos en la teoría moral" (Walters, 2004). Como ejemplos de teorías multi-estándar tenemos: el "equilibrio reflectivo" de John Rawls como una manera de seleccionar una teoría ética (Rawls, 1971); "teoría de la coherencia" de Beauchamp y Childress que es una versión del "equilibrio reflectivo" de Rawls (Beauchamp & Childress, 2001); teoría multi-criterio de Mary Warren en la que se utiliza el sentido común, el pragmatismo y las intuiciones morales, para determinar estado moral mediante la reflexión ética y juicios (Warren, 1997).

V. El criterio del alma

Históricamente el concepto de un alma se encuentra en todas las culturas y religiones antiguas y modernas. Sin embargo, la interpretación de su naturaleza varía considerablemente. Según el diccionario, el concepto *alma* se define como la esencia inmaterial, principio de animación o causa actual de una vida individual (Merriam-Webster Online Dictionary; Honderich, 1995). Es lo que le da vida a un ser humano.

El concepto aristotélico del alma

Para Aristóteles el alma era la forma del cuerpo refiriéndose a la manera en la que el cuerpo se comporta. También creía que el alma no era capaz de existir separada del cuerpo (Honderich, 1995). Aristóteles, definió el alma como "una sustancia en el sentido que corresponde a la fórmula definitiva de la esencia de las cosas" (Aristóteles, trans. 2007). De acuerdo con dicho filósofo el cuerpo y el alma están unidos de la misma manera en que la cera y una impresión estampada en ella están unificadas. Aristóteles usa su argumento de materia/forma para contestar la pregunta "¿Qué es un alma?". Al principio de su libro *Sobre el Alma* (*De Anima*) indica que hay tres tipos de sustancia: materia (potencialidad), forma (actualidad) y el compuesto de materia y forma (Aristóteles, trans. 2007).

Según Aristóteles todas las cosas vivas son compuestos de materia y forma, y la forma es el alma o actualidad de una cosa viviente. En

otras palabras, el alma (actualidad) es lo que hace las cosas vivientes. El vio el "alma en el hombre como la forma del cuerpo, el principio de vida que permite a la materia convertirse en un hombre en actualidad (Ford, 1988). En "Sobre el Alma" (Aristóteles, trans. 2007, Book II) el filósofo griego menciona tres grados del alma en la siguiente jerarquía: (a) alma nutritiva, (b) alma sensitiva y (c) alma racional.

La jerarquía es anidada porque cualquier ser viviente que tenga un alma de mayor grado tiene en adición todas las almas de menor grado. La idea de Aristóteles de que el alma no se podía separar del cuerpo es distinta a la de Platón, maestro de Aristóteles, ya que Platón en su libro Fedón, creía que el alma podía existir separada del cuerpo. La visión de Aristóteles, con relación al alma, permaneció intacta por alrededor de dos mil años. Durante la Edad Media hubo pequeñas diferencias con Tomás de Aquino, pero la teoría fundamental del Aquinate con respecto al alma era principalmente aristotélica (Cameron y Williamson, 2005).

Alma y religión

Con relación a la religión cristiana el concepto del alma ha sido una fuerza de gran influencia. De acuerdo con Chazelle (2008), para los teólogos cristianos antiguos y medievales la naturaleza y el origen del alma humana fue un asunto crítico al considerar el asunto y hacer la pregunta de cuándo comienza una vida humana. Después del tercer siglo, la idea dominante de la Iglesia Latina era que Dios permitía la presencia o desarrollo de un alma viviente o racional solo cuando el feto adquiría su "forma". En otras palabras, sostenían el punto de vista de una hominización retardada del embrión humano o la infusión retardada del alma racional.

El teólogo medieval católico Santo Tomás de Aquino adoptó la posición de Aristóteles de la hominización retardada, que vino a ser la posición dominante en la teología católica por siglos. Según dicha posición, el feto masculino recibe de Dios un alma racional a los cuarenta días y el feto femenino a los noventa días (Chazelle, 2008).

Santo Tomás de Aquino y el alma

Durante la Edad Media, Santo Tomás de Aquino elaboró con gran detalle la teoría aristotélica del alma. Al igual que otros autores medievales, creía en la infusión retardada del alma humana, que frecuentemente se conoce como "hominización retardada". En términos generales, la visión antigua, medieval y moderna temprana era que la reproducción sexual conduce a la producción de un cuerpo con una figura humana reconocible al cual se unía un alma racional.

A través de este enfoque filosófico-científico, se puede hacer una distinción moral entre terminar un embarazo antes o después del punto de la infusión del alma racional (hominización). De acuerdo con Santo Tomás, el aborto previo a la infusión del alma racional puede considerarse como una acción destructiva de la vida pero no un homicidio, pero posterior a la hominización se puede considerar homicidio o asesinato de un ser humano.

Santo Tomás definió el alma como el primer principio, o acto, del cuerpo:

> "Para buscar la naturaleza del alma, debemos partir de la premisa que el alma se define como el primer principio de la vida en aquellas cosas que viven: por lo que llamamos las cosas vivas animadas y a aquellas cosas que no tienen vida inanimadas" (S. Th. I q.75, a.1).

También indicó, en su *Summa Theologica*, que como el alma intelectual es capaz de conocer todas las cosas materiales y como para conocer una cosa material no debe haber cosa material dentro de ella, definitivamente el alma no es corporal (S. Th. I, q.75, a.2). En otra parte de su obra, el Aquinate comenta lo siguiente:

> "...pero es el primer principio de la vida, al que llamamos alma. Ahora, a pesar de que un cuerpo puede ser un principio de vida, como el corazón es el principio de vida en un animal, todavía nada corporal puede ser el primer principio de la vida.

> ...Ahora que es actualmente tal cuerpo, le pertenece a algún principio el cual es llamado su acto. Por lo tanto el alma, la cual es el primer principio de la vida, no es un cuerpo, pero el acto del cuerpo; por esto el calor, el cual es el principio de la calefacción, no es un cuerpo, pero el acto de un cuerpo"(S. Th. I q.75, a.1).

Según Santo Tomás, el alma tiene una operación separada del cuerpo y puede subsistir sin el cuerpo. También afirmaba que distinto a las almas de los animales irracionales, el alma humana es creada directamente por Dios. Así mismo creía que el alma racional de los seres humanos no estaba compuesta de materia y forma y que era subsistente. Por lo tanto, el alma humana creada por Dios, no puede ser destruida por ningún proceso natural porque es inmortal. Santo Tomás sostenía que tenían que haber órganos presentes antes de que la infusión del alma ocurriese.

René Descartes y el alma

En su libro *Las Pasiones del Alma,* de 1649, René Descartes estableció que la diferencia entre los cuerpos animados e inanimados se debe a la presencia del alma en los primeros (Descartes, trans. 1988).

El alma y la Iglesia Católica

Según el *Catecismo de la Iglesia Católica*, en el número 363: "el término alma designa en la Sagrada Escritura la vida humana o toda la persona humana. Pero designa también lo que hay de más íntimo en el ser humano y de más valor en él... "alma" significa el principio espiritual en el hombre". El 12 de octubre del 1869, el Papa Pio IX emitió la bula *Apostolicae sedis moderationi*, en la que apoya el concepto de animación u hominización inmediata, estableciendo pena de excomunión para los abortos realizados durante cualquier etapa del embarazo. La animación inmediata sostiene que la infusión del alma racional ocurre en el momento de la fertilización (Shannon y Walter, 1990).

VI. El criterio de la potencialidad activa

Potencia o potencial

"Potencialidad" se refiere, principalmente, a la capacidad residente en una cosa de pasar a otro estado (Ferrater, 2005). Esta es la definición que utiliza Aristóteles en su metafísica. Con frecuencia se utiliza alguna forma de potencial o capacidad como evidencia para alcanzar un estado moral humano como ocurre al considerar el estatuto de los embriones humanos (Watt, 1996).

Helen Watt (1996) menciona dos tipos de potencialidad: potencialidad pasiva y potencialidad activa. Dicha autora define potencialidad pasiva como el potencial de someterse a alguna influencia externa a la cual el individuo puede o no puede sobrevivir. Por ejemplo, una célula somática tiene el potencial pasivo de ser clonada. Por otra parte, la autora define potencialidad activa como la continuidad entre actuar y no actuar entre lo que un individuo hace, mientras sigue siendo el mismo individuo. Un ejemplo de lo anterior es la tendencia activa de un organismo para crecer.

Un ser vivo con potencial activo sufre cambios y también inicia cambios si el ambiente es el apropiado. De acuerdo con Hanson (2006) el potencial de un embrión humano implantando es tal que si factores externos no interrumpen el proceso que está ocurriendo y si las cosas progresan, como normalmente ocurre, el embrión tiene una muy buena posibilidad de desarrollarse en una persona adulta normal. Por otra parte, Hanson (2006), citando a Lee (2004), señala que el potencial activo de un embrión en una instalación de fecundación "in vitro" es muy diferente al de un embrión ya implantado. El embrión "in vitro" puede estar desarrollándose hacia la etapa de blastocito, pero luego de ese punto no se está desarrollando activamente hacia algún estado futuro. Dicho embrión no puede desarrollarse más allá de ese punto sin un esfuerzo externo significativo. Sin embargo, en el caso de un embrión ya implantado, el potencial activo se está manifestando y dirige su desarrollo a un nuevo ser humano. Por lo tanto, el argumento de la potencialidad se puede

utilizar para justificar, por ejemplo, la investigación con células troncales embrionarias -usando embriones "in vitro"- y para oponerse al aborto, debido a la potencialidad activa del embrión humano ya implantado.

VII. El derecho a la vida: un consenso mundial

Para sostener la defensa moral del embrión humano, es necesario concentrar los esfuerzos sobre el principio de que todo ser humano tiene el derecho a la vida, y que un ser humano no debe ser discriminado sobre la base de raza, origen étnico, discapacidad, sexo, edad o cualquier otra característica biológica. Sobre ese particular, Mattarollo (2007) señala que la dignidad humana es un concepto clave que corresponde tanto a los derechos humanos como a los valores humanos.

Precisamente, el enunciado de que la vida humana es valiosa porque tiene dignidad o valor inherente y debe ser respetada como la fuente tanto de los derechos humanos como de los valores humanos. El ser humano es valioso por ser racional, dotado de libertad y poder creador, y como tal, toda persona puede moldear su vida mediante la toma de decisiones y el ejercicio de su libertad.

El Derecho a la Vida: documentos de apoyo

El derecho a la vida se sostiene en varias declaraciones históricas y éticas como: la *Declaración Universal de los Derechos Humanos,* aprobada en el 1948 por la Organización de las Naciones Unidas y la "Declaración de los Derechos del Niño" aprobada en 1959 por la Organización de las Naciones Unidas, que afirma que el niño merece protección legal antes, así como después, del nacimiento y así mismo lo reconoce la Convención Europea de Derechos Humanos, Consejo de Europa, 1950, también incluida en la ley del Reino Unido como el *Human Rights Act* (United Kingdom Parliament, 1998).

El derecho a la vida también se defiende en declaraciones de ética médica importantes e históricas adoptadas por la Asociación Médica Mundial. En la *Declaración de Ginebra*, de 1948, el médico afirma:

"Mantendré el mayor respeto por la vida humana desde el momento de la concepción, aun bajo amenaza". El *Código Internacional de Ética Médica* del 1949 afirma que el médico siempre tiene la obligación de preservar la vida humana desde la concepción. El derecho a la vida es un derecho natural incuestionable, que presupone el deber de no matar a otro ser humano.

La Hipótesis "Human Reproductive Cycle" (HURECY) y la Vida Humana

A continuación describo y justifico mi propuesta "HURECY" en torno a la ética del comienzo de la vida y al uso de embriones en la investigación científica. Algunas de las definiciones de persona y de la teoría moral de personeidad, asumen que el valor humano se puede reducir a una evaluación de atributos funcionales. Esta es una visión altamente errada la cual es apoyada por constructos sociales artificiales.

El valor de un ser humano no debe depender de sus capacidades fisiológicas, embriológicas, neurológicas o de la etapa del desarrollo de su ciclo reproductivo en que se encuentre. Su valor debe estar basado en el hecho fundamental de que es persona. La utilización de criterios arbitrarios para alcanzar personeidad, como son los de Singer y Tooley, puede poner a la humanidad en una pendiente resbaladiza, en la que cada uno puede tirar la línea en un lugar diferente dependiendo, de sus propios criterios. Por lo tanto, es necesario definir personeidad de una manera aceptable universalmente. Para ello hay que tomar en consideración todo el conocimiento científico del proceso de desarrollo humano. Por sus implicaciones socio-legales no se puede definir personeidad arbitrariamente utilizando información de manera selectiva sin considerar todo el escenario de la naturaleza humana desde la concepción, desarrollo, nacimiento, existencia y muerte.

Para cumplir con dicha encomienda, se necesita considerar el desarrollo histórico y el contexto de personeidad así como los criterios filosóficos, teológicos y científicos mediante un análisis objetivo y balanceado. De acuerdo con Stanton y Harris, "lo que importa éticamente no es si las

personas conceden o no este tipo de respeto, sino si está o no está justificado hacerlo" (Stanton y Harris, 2005).

Los gametos humanos

El hombre promedio en el mundo -ratificado por medio del proceso de espermatogénesis- posee un volumen seminal promedio de 2.75 ml por eyaculación y una densidad espermática de 66 millones/ml (Giwercman, 1993). Esto hace un promedio de 181.5 millones de espermatozoides por eyaculación. Con relación a la producción de gametos femeninos (ovogénesis) el proceso es mucho más eficiente que la espermatogénesis. De acuerdo a los médicos reproductivos Tapanainen y Vaskivuo (2002), "tan solo alrededor de 400 folículos ovularán durante la vida reproductiva de una mujer".

Fertilización

La fertilización del óvulo por el espermatozoide ocurre en las trompas de falopio del útero entre 24 a 48 horas después de la ovulación.

La Implantación

La implantación o anidación del blastocisto al endometrio ocurre aproximadamente seis o siete días después de la fertilización o concepción. La evidencia científica empírica indica que la mayoría de las pérdidas de los blastocitos pasan desapercibidas ya sea por la no implantación o fallas de la implantación y tan solo una minoría de los embarazos clínicamente identificados, se pierden debido a abortos espontáneos (Edmonds, Lindsay, Miller, Williamson & Woods,1982; Los, Opstal & Berg, 2004; Norwitz, Schust & Fisher, 2001 ; Wilcox et al, 1988; Wilcox, Baird, & Weinberg, 1999).

La Pérdida de Embriones

La evidencia científica empírica también indica que las anormalidades cromosómicas son la principal causa de la pérdida de embriones (Angell,

Templeton & Aitken, 1986; Bielanska, Tan & Ao, 2002; Boué & Boué, 1976; Byrne, Warburton, Kline, Blanc, & Stein, 1985 ; Clouston, 2002; Fritz et al, 2001; Hassold et al, 1980; Jamieson, Coutts & Connor, 1994; Los et al. 2004; Munné et al, 1997; Papadopoulos, Templeton, Fisk & Randall, 1989; Plachot et al, 1988; Warburton, Yu, Kline & Stein, 1978).

Según Quenby, Vince, Farquharson, y Aplin (2002), los abortos espontáneos pueden ser visualizados como un proceso natural de control de calidad. Goldstein concurre con los previos autores en que la mayoría de los abortos espontáneos ocurren en el periodo embriónico de 3 a 7 semanas posterior a la ovulación, en lugar del periodo fetal (Mauron, 2004). Bricker y Farquharson (2002) reportaron que su experiencia, en la "Liverpool Miscarriage Clinic", fue de una tasa de pérdida de embarazos de 27% de los cuales 23% fueron pérdidas embriónicas y 4.8% fueron pérdidas fetales.

Por otra parte, un grupo de investigadores, desarrollaron un modelo cuantitativo con el objetivo de describir el destino de los embriones desde la fertilización hasta embarazos viables al final del primer trimestre del período de gestación (Los et al., 2004). El modelo se construyó y se basó en datos citogenéticos empíricos y científicos de estudios pasados y recientes en la literatura sobre ovocitos, espermatozoides, embriones, abortos espontáneos y embarazos viables al primer trimestre.

El punto de partida del modelo son 100,000 cigotos. Desde este punto en adelante, el modelo predice los siguientes eventos: 61 % de singamias normales y 39 % anormales; 12,500; 2,500 cigotos perdidos debido a la detención del proceso de división durante la primera, segunda y tercera división celular respectivamente; 37,500 pérdidas de embriones, en la etapa de mórula, debido al desarrollo detenido; 8,500 embriones perdidos, en la etapa de blastocito debido al desarrollo detenido y a la no implantación; 36,500 implantaciones reconocidas; 7,100 abortos ocultos por detención del desarrollo y fallos en la implantación; 29,400 embarazos reconocidos; 4,400 abortos espontáneos durante el primer trimestre y 25,000 embarazos viables.

De acuerdo con este modelo el 70.6 % de las pérdidas ocurren en la etapa de pre-implantación debido a la detención del desarrollo y a fallas en la implantación (Los et al., 2004).

Desarrollo embrionario y gemelación

Los gemelos humanos se dividen en dos grupos: gemelos monocigóticos o gemelos idénticos (originados de un solo cigoto) y los gemelos dicigóticos o gemelos fraternos que se originan en dos cigotos diferentes). La formación de gemelos demuestra que los blastómeros de la masa interna de células (ICM, por sus siglas en inglés) pueden convertirse en cualquier parte del embrión. Los blastómeros pierden la capacidad pluripotencial en la etapa de gástrula del embrión. La gastrulación o formación de la gástrula, es una etapa muy importante del desarrollo embrionario. En dicha etapa, el embrión está destinado a ser un organismo único debido a que pierde su capacidad de gemelación. En ocasiones, a este punto se le llama "individualización" (Gilbert, Tyler & Zackin, 2005). De acuerdo con Mauron (2004), a través del proceso de gastrulación, "el embrión surge como una entidad definida dotada con un nivel mucho más alto de unidad orgánica que en cualquier otra etapa anterior".

Infusión del Alma Racional

Aristóteles creía que la infusión (animación) del alma racional ocurría a los cuarenta días del embarazo para los varones y a los noventa días para las mujeres. Esta es el alma que la tradición cristiana postula que es creada e infundida directamente por Dios y que determina la naturaleza individual de cada humano. Según las creencias de algunos autores, la infusión del alma racional completa el proceso de "hominización".

Desde el punto de vista religioso, la infusión del alma racional es el criterio principal para proteger cualquier vida humana. Como ya hemos discutido, la evidencia científica empírica demuestra que la mayoría de las pérdidas de los embriones pasan desapercibidas ya sea por la no implantación o fallas en la implantación y tan solo una minoría de los embarazos

reconocidos clínicamente, se pierden debido a abortos espontáneos. La evidencia empírica también indica que las anormalidades cromosómicas son la principal causa de la pérdida de embriones

Si creemos que el proceso de infusión del alma racional es el resultado de un Acto Divino, entonces lógicamente dicho proceso tiene que ser perfecto o bien cercano a la perfección. Por lo tanto, basado en la evidencia científica empírica presentada, este acto no puede ocurrir en la concepción, y tampoco durante el período de pre-implantación o en el período post-implantación, hasta la séptima semana de embarazo durante la cual las pérdidas de embriones son más altas. Si la infusión del alma racional ocurriese durante la concepción o en cualquier momento hasta la séptima semana de embarazo, el Cielo estaría altamente poblado de almas de seres humanos no nacidos. Realmente dicha situación sería imposible debido a que contradice la perfección de un acto de Dios. En conclusión, creo que la infusión del alma racional ocurre durante la octava semana, lo que equivale a un periodo mayor o menor de los 50 días, correspondiente al período de gestación humana en el cual las pérdidas de embriones y muertes fetales son mínimas.

Lo anterior es consistente con la creencia aristotélica de la infusión del alma racional, expresada en la "Historia de los Animales". De la siguiente expresión parece que Aristóteles hizo sus propias observaciones de la pérdida de embriones: "*Lo que es llamado eflución es la destrucción del embrión durante la primera semana, mientras que el aborto ocurre hasta el día cuarenta;* ***y el mayor número de tales embriones perecen en el espacio de esos cuarenta días".*** **(**Aristóteles, trans. 2007, "History of Animals", énfasis suplido).

La Hipótesis HURECY: persona y ser humano

Desde el momento de la concepción el embrión humano tiene que sobrellevar varios obstáculos naturales para alcanzar su máximo potencial y desarrollarse en un ser humano o persona, según algunas creencias comunes. Durante siglos ambos conceptos, persona y ser humano, han sido materia de extensos debates morales en la tradición filosófica.

Según Mahowald (1995), "persona" es tanto más amplio y más limitado que "ser humano". La diferencia entre las dos definiciones se basa en la definición clásica dada por Boecio, a la que ya aludimos: la persona es "una sustancia individual de naturaleza racional". En ese sentido, en la opinión de Mahowald (1995), el concepto persona es más amplio que ser humano porque puede incluir también entidades no humanas como los ángeles y otros seres extraterrestres.

Por otra parte, *persona* es más limitado que ser humano porque algunos seres humanos como los que están en un estado vegetativo permanente y los fetos son excluidos de la definición de persona (Mahowald, 1995). Considero inmoral la exclusión de los fetos porque, según discutido, los fetos poseen un alma racional, pero lamentablemente, dicha exclusión generalmente ocurre en el contexto de la ética, de la ley y en la política pública gubernamental.

La Hipótesis HURECY y personeidad

El gran dilema con el concepto contemporáneo de personeidad es que los estudiosos de hoy tienen a no prestar atención a las consideraciones metafísicas. Las definiciones actuales de personeidad, en mi opinión, están muy influenciadas principalmente por las ideas de Boecio y Locke. Además, el concepto de autonomía personal se utiliza en el contexto erróneo, según mi opinión. Este último concepto, mal entendido y utilizado en el escenario de la persona prenatal, ha sido responsable de la matanza de millones de seres humanos antes del nacimiento. Esta es la triste realidad, pues el concepto de autonomía es un criterio de capital importancia en bioética y ha sido utilizado en el contexto legal, en decisiones éticas y políticas relacionadas con el principio y el final de la vida (Mahowald, 1995). Personalmente creo, que el uso del concepto de autonomía personal, en el contexto del ser humano prenatal, es injusto y no se justifica debido a las siguientes razones:

- La definición contemporánea de persona está basada en un constructo intelectual, elitista y socialmente artificial del ser

humano totalmente divorciado de la realidad biológica y embriológica del Homo sapiens sapiens.

- Luego de la implantación, cuando el vínculo personal entre la madre y el embrión humano se establece, el potencial activo del embrión está en ruta hacia la hominización poseyendo ya, según la visión aristotélica, un alma vegetativa o nutritiva.

- Una marcada y menor tasa de anormalidades cromosómicas han sido encontradas en especímenes de abortos inducidos, que en los abortos espontáneos (Kajiil, Ohama & Mikamo, 1978; Los et al. 2001). Esto es indicativo de que sin las mencionadas interferencias externas, la mayoría de dichos embriones humanos abortados habrían alcanzado su potencial activo total en nuestra sociedad.

- La potencialidad activa del embrión humano, desde la implantación y no antes, y durante el resto de su desarrollo uterino, debe ser reconocida y protegida por la comunidad moral y por las leyes debido a su naturaleza y valor humano intrínseco.

En conclusión, el vínculo natural de la implantación que ocurre entre el revestimiento uterino de la madre y el embrión - por lo tanto su potencial activo- debe ser respetado y protegido de interferencias externas de tal manera que la ruta hacia la hominización del embrión se complete satisfactoriamente tanto como un acto natural, así como de reverencia por la vida.

La investigación con embriones sin dilemas morales

Tauer (2004), considera la pregunta de si es justificable producir embriones humanos específicamente para propósitos de investigación como uno de los asuntos más contenciosos de la ética de los embriones. Otros autores argumentan que el uso del excedente de embriones, de tratamientos de infertilidad, es éticamente aceptable, pues estos embriones están destinados a ser destruidos después de que el tratamiento sea exitoso. Al mismo tiempo, estos autores pueden sostener

que la producción de embriones para la investigación no está justificada moralmente. Tauer (2004) sugiere que el desarrollo de embriones para investigación requiere de una justificación particular.

De acuerdo con la Hipótesis Empírica HURECY, los embriones no implantados, ya sean producidos como excedente para el tratamiento de la infertilidad o clonados por transferencia nuclear o partenogénesis, no se consideran personas, aunque deben tratarse con respeto, debido a su naturaleza humana. Por lo tanto, el uso de dichos embriones tiene que ser estrictamente regulado y monitoreado para prevenir investigaciones o procedimientos antiéticos. En conclusión, tales embriones pueden ser utilizados en investigación científica-clínica aplicada hasta el día 14 después de la fertilización como establecen los protocolos más aceptados.

La investigación con embriones es una necesidad crítica para el desarrollo de nuevos tratamientos para reparar y regenerar tejido dañado, como son los tejidos cardíaco y nervioso, y detener o curar muchas enfermedades humanas. Por lo tanto, el desarrollo de este tipo de investigación está moralmente justificado y es extremadamente importante para propósitos terapéuticos que mitiguen el sufrimiento humano, mejoran la salud pública, y reduzcan el peso de las enfermedades crónicas y degenerativas en la humanidad.

Referencias

- Angell, RR; Templeton, AA, & Aitken, RJ. (1986). Chromosome studies in human in vitro fertilization. Hum Genet, 72:333-339.
- Aquinas Thomas. (1905). Summa Contra Gentiles, Book II, chapter 89. Translation by Joseph Rickaby. London: Burns & Oates.
- Aquinas, T. (1922a). Summa Theologica, Q. LXXV, p.4. Second and Revised Edition. Literallt translated by Fathers of the English Dominican Province. London: Burns Oates & Washbourne LTD.

- Aquinas, T. (1922b). Summa Theologica, Q .LXXV, p.5. Second and Revised Edition. Literally translated by Fathers of the English Dominican Province. London: Burns Oates & Washbourne LTD.
- Aristóteles (2007). On the Soul. Translated by J. A. Smith. Australia: eBooks@Adelaide.
- Aristóteles (2007). On the Soul. Book II. Translated by J. A. Smith. Australia: eBooks@Adelaide.
- Aristóteles. (2007).History of Animals, Book VII, Part 3. Translated by D'Arcy Wentworth Thompson. Australia: eBooks@Adelaide.
- Asociación Médica Mundial. (1948). Declaración de Ginebra.
- Asociación Médica Mundial. (1959). Código Internacional de Ética Médica.
- Beauchamp, T.L., & J.F. Childress. (2001). Principles of Biomedical Ethics. Fifth Edition. NY: Oxford University Press.
- Bentham, J. (1823). An Introduction to the Principles of Morals and Legislation. J. H. Burns and H.L.A. Hart. London: University of London Press.
- Bielanska, M; Tan, SL, & Ao, A . (2002). Chromosomal mosaicism throughout human preimplantation development in vitro: incidence, type, and relevance to embryo outcome. Hum Reprod, 17: 413-419.
- Boethius. (1897). The Consolation of Philosophy of Boethius. Translated into English prose and verse by H.R. James, M.A.; CH. CH. Oxford. London: Elliot Stock.
- Boué, J.G., & Boué, A. 1976. Chromosomal anomalies in early spontaneous abortion: (their consequences on early embryogenesis and in vitro growth of embryonic cells). In: Gropp A. Editor and Benirschke K. Editor (Eds). Current Topics in Pathology. Berlin: Springer-Verlag.
- Boylan, M. (2001). Environmental Ethics. NJ: Prentice Hall.
- Bricker, L & Farquharson, R. (2002). Types of pregnancy loss in recurrent miscarriage: implications for research and clinical practice. Hum. Reprod. 17: 1345-1350.
- Byrne, J; Warburton, D; Kline, J; Blanc, W, & Stein, Z. (1985). Morphology of early fetal deaths and their chromosomal characteristics. Teratology, 32: 297-315.
- Cameron, C. & R. Williamson. (2005). In the world of Dolly, when does a human embryo acquire respect? Journal of Medical Ethics, 31: 215-220.

- Catholic Church. (2011). Catechism of the Catholic Church. Second Edition. Part one, Section Two, Chapter one, Article 1, Paragraph 6. Man, II Body and soul but truly one, point 364. Vatican: Libreria Editrice Vaticana.
- Clouston, HJ; Herbert, M; Fenwick, J; Murdoch, A.P. & Wolstenholme, J. (2002). Cytogenetic analysis of human blastocysts. Prenat Diagn, 22: 1143-1152.
- Commentary on the Book of Sentences, Bk. III, Distinction 3, Article 2, Question 5, Responsio.
- Congregation for the Doctrine of the Faith. (1987). Respect for Human Life in its Origin and on the Dignity of Procreation. Origins 16(March): 697-711.
- Consejo de Europa. (1950). Convención Europea de Derechos Humanos.
- Chazelle, C. (2008). Abortion and Catholic Tradition. Theolog, 10/29/.
- Descartes, R. (1988). The Passions of the Soul In: Selected Philosophical Writings, Translated by: J. Cottingham, Stoothoff, R. & Murdoch, D. pp. 218-238. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Des Jardins, J. D. (2001). Environmental Ethics: An Introduction to Environmental Philosophy._Third Edition. Ca: Wadsworth/Thompson Learning.
- Edmonds, D. K.; Lindsay, KS; Miller, JF; Williamson E, & Woods, PJ. (1982). Early embryonic mortality in women. Fertil Steril, 38: 447-453.
- Edwards RG. (1983). The Current Clinical and Ethical Situation of Human Conception in Vitro. Proc Ann Symp Eug Soc; 19: 103.
- Ferrater Mora, José. (2005). Diccionario de Filosofía Abreviado. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Ford, N. M. (1988). When Did I Begin?: Conception of the Human Individual in History, Philosophy and Science. Cambridge: Cambridge University Press.
- Fritz, B; Hallermann, C; Olert, J; Fuchs, B; Bruns, M; Aslan, M; Schmidt, S; Coerdt, W; Müntefering, H, & Rehder, H. (2001). Cytogenetic analyses of culture failures by comparative genomic hybridization (CGH)- reevaluation of chromosome aberration rates in early spontaneous abortions. Eur J Hum Genet, 9: 539-547.

- Gilbert, S.E.; A. L. Tyler, & E. J. Zackin. (2005). Bioethics And The New Embriology: Springboards For Debate. MD: Sinauer Associates.
- Gillon, R. (1985). To what do we have moral obligations and why? I. British Medical Journal; June; 290: 1646-1647.
- Gillon, R. (1985). To what do we have moral obligations and why? II. British Medical Journal; June; 290: 1734-1736.
- Gillion, R. (2001). Is there a "new ethics of abortion? Journal of Medical Ethics; Oct; 27 suppl II: 115-119.
- Giwercman, Aleksander; E. Carlsen; N. Keiding, & N. E. Skakkebaek. (1993). Evidence for increasing incidence of abnormalities of the human testis: A Review. Environmental Health Perspectives Supplements 101 (Suppl. 2) 65-71.
- Goldstein, S. R. (1994). Embryonic death in early pregnancy: a new look at the first trimester. Obstet. Gynaecol., 84: 294-297.
- Grobstein, C., (1988). Science and the Unborn: Choosing Human Futures. New York: Basic Books.
- Haldane, J. & Lee, P. (2003). Aquinas on Human Ensoulment, Abortion and the Value of Life. Philosophy, 78.
- Hanson S. S. (2006). More on respect for embryos and potentiality: Does respect for embryos entail respect for in vitro embryos?. Theoretical Medicine and Bioethics, 27: 215/226.
- Hassold, T; Chen, N; Funkhouser, J; Jooss, T; Manuel, B; Matsuura, J; Matsuyama, A; Wilson, C; Yamane, J.A, & Jacobs, P.A. (1980). A cytogenetic study of 1000 spontaneous abortions. Ann Hum Genet 44: 151-178.
- Honderich Ted, Editor. (1995). The Oxford Companion to Philosophy. NY: Oxford University Press.
- Jamieson, M.E; Coutts, J.R.T, & Connor, J.M. (1994). The chromosome constitution of human preimplantation embryos fertilized in vitro. Hum Reprod, 9:709-715.
- Kajiil, .T; Ohama, K., & Mikamo, K. (1978). Anatomic and chromosomal anomalies in 944 induced abortuses. Hum Genet, 43: 247-258.
- Kant, I. (1785). Fundamental Principles of the Metaphysics of Morals. Translated by Thomas Kingsmill Abbott

- Kant, I. (1990). Foundations of the Methaphysics of Morals and What Is Enlightenment?. Second Edition. Translated and with an introduction by Lewis White Beck. NY: MacMillan.
- Lee, P. (2004). "A Christian Philosopher's View of Recent Directions in the Abortion Debate." Christian Bioethics 10(1): 7-31.
- Locke, J. (1939). An Essay concerning Human Understanding. In: The English Philosophers from Bacon to Mill. Edwin A. Burtt, Editor. NY: Random House, Inc.
- Lockwood M. (2005). The Moral Status of the Human Embryo: implications foe IVF. Reprod Biomed Online: 10 Suppl 1:17-20.
- Los, F.J.; Van der Berg, C.; Wildschutt, H.I.J.; Brandenberg, H.; Den, Hollander, N.S.; Schoonderwalt, E.M.; Pijpers, L.; Galjaard, R.J.H., & Van Opstal, D. (2001). The diagnostic performance of cytogenetic investigation in amniotic fluid cells and chorionic villi. Prenat Diagn, 21: 1150-1158.
- Los, F.J.; Van Opstal, D., & Van den Berg, C. (2004). The development of cytogenetically normal, abnormal and mosaic embryos: a theoretical model.
- Mahowald, M.B. (1995). Person. In: Encyclopedia of Bioethics. Warren T. Reich, Editor. Vol. 4, 2rd ed. P. 1934-1940. USA: McMillan Reference.
- Mattarollo, Rodolfo.(2007). Ética y derechos humanos. En: La Dignidad de la Persona Humana. Horizonte de Fundamentación. Teoría y Práctica de la Bioética. Bioeditorial. Julio-Diciembre, páginas 75-79.
- Mauron, A. (2004). Embryo and fetus. In: Encyclopedia of Bioethics. Stephen Post, Editor. Vol.2, 3rd ed. p 707- 712. USA: McMillan Reference.
- Merriam-Webster Online Dictionary. Retrieved August 10, 2010. Merrian Webster. An Encyclopedia Britannica Company. (http://www.m-w.com/
- McCormick, Richard A. (1991). Who or What is the Preembryo?. Kennedy Institute of Ethics Journal 1(1): 1-15.
- Munné, S.; Magli, C.; Adler, A.; Wright, G.; de Boer, K.; Mortimer, D.; Tucker, M.; Cohen, J., & Gianaroli, L. (1997). Treatment-related chromosome abnormalities in human embryos. Hum Reprod, 12: 780-784.

- Norwitz, E. R.; D. J. Schust; & S. J. Fisher. (2001). Implantation and the survival of the early pregnancy. The New England Journal of Medicine. Nov 8, 343(19): 1400-1408.
- Organización de las Naciones Unidas. (1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas. Resolución 217 A (III). Paris.
- Organización de las Naciones Unidas. (1959). Declaración de los Derechos del Niño. Asamblea General de las Naciones Unidas.
- Ortolotti L., Harris J. (2005). Stem cell research, personhood and sentience. Reprod Biomed Online; 10 Suppl 1:68-75.
- Papadopoulos, G.; Templeton, A.A.; Fisk, N., & Randall, J. (1989). The frequency of chromosome anomalies in human preimplantation embryos after in vitro fertilization. Hum Reprod, 4: 91-98.
- Papal Bull (1869). Apostolicae Sedis .October 12. Pope Pius IX.
- Plachot, M.; Veiga, A.; Montagut, J.; de Groudy, J.; Calderon, G.; Lepretre, S.; Junca, A-M; Santalo, J.; Carles, E.; & Mandelbaum, J. (1988). Are clinical and biological IVF parameters correlated with chromosomal disorders in early life: a multicentric study. Hum Reprod, 3: 627-635.
- Potter, V.R. (1971). Bioethics: Bridge To The Future. NJ: Prentice Hall, Inc.
- Potter, V.R. (1988).Global Bioethics: Building On The Leopold Legacy. Michigan: Michigan State University Press. .
- Quenby, S.; Vince, G.; Farquharson, & Aplin, J. (2002). Recurrent miscarriage: a defect in nature's quality control? Human Reproduction, 17(8): 1959-1963.
- Rawls, John. (1971). A Theory of Justice. Cambridge: Harvard University Press.
- Rody B. (1988). On the humanity of the fetus. In: Goodman F., Editor, What is a person? P 229-250. Clifton: Humana Press.
- Shannon, T. A. & Wolter, A. B. (1990). Reflections on the Moral Status of the Pre-embryo. Theological Studies. Volume 52.
- Sidgwick, H. (1874) (reprint 1966). The Methods of Ethics. N.Y: Dover.
- Singer, P. (1979). Practical ethics. N.Y: Cambridge University Press.

- Singer, P. (1983). Sancity of Life or Quality of Life? Paediatrics; 72: 1, 128, 9
- Stanton, C. & J. Harris. (2005). The moral status of the embryo post-Dolly. Journal of Medical Ethics, 31: 221-225.
- Tapanainen, J. S. & Vaskivuo, T. E. (2002). Apoptosis in the human ovary. Reproductive Biomedicine Online. Vol 6 (1): 24-35. www.rbmonline.com/Article/724
- Tauer, C.A. (2004). Embryo research. In: Encyclopedia of Bioethics. Stephen Post, Editor. Vol.2, 3rd ed. p 712- 721. USA: McMillan Reference.
- Thomson, J. J. (1978). "A defense on abortion". In: Contemporary Issues in Bioethics Tom L. Beauchamp and LeRoy Walters. Encino, CA: Dickenson.
- Tooley, M. (1983). Abortion and Infanticide. Oxford: Clarendom Press.
- United Kingdom Parliament. (1998). Human Rights Act of 1998.
- Walters, J. W. (2004). Moral status. In: Encyclopedia of Bioethics. Stephen Post, Editor. Vol. 3, 3rd ed. p1855-1864. USA: McMillan Reference.
- Warburton, D.; Yu, C.Y.; Kline, J., & Stein, Z. (1978). Mosaic autosomal trisomy in cultures from spontaneous abortions. American Journal of Human Genetics. 30: 609-617.
- Warnock, M. (1984). Report of the Committee of Inquiry Into Human Fertilization and Embriology. London: Her Majesty's Stationery Office.
- Warren, M. A. (1997). Moral Status: Obligations to Persons and Other Living Things. Oxford: Oxford University Press.
- Watt H. (1996). Potential and the early human. Journal of Medical Ethics; 22: 222-226.
- Wilcox, A.J.; Weinberg, C.R.; O'Connor, J.F.; Baird, D.D.; Schlatterer, J.P.; Canfield, R.E.; Armstrong, E.G., & Ínsula, B.C. (1988). Incidence of early loss of pregnancy. The New England Journal of Medicine. 319: 189-194.
- Wilcox, A.J.; Baird, D.D., & Weinberg, C.R. (1999). Time of implantation of the conceptus and loss of pregnancy. The New England Journal of Medicine. 340: 1796-1799.

- Wiley Publishing, Inc. (2003). Webster's New World™ Medical Dictionary 2nd Edition.
- Zimmerman, M.E.; Callicott J.B.; Sessions G.; Warren K.J., & Clark J. (2001). Environmental Philosophy: From Animal Rights to Radical Ecology. Third Edition. NJ: Prentice Hall.

PARTE II

BIOÉTICA CLÍNICA

Limitación del esfuerzo Terapéutico en el Cuidado de Paciente en Estado Vegetativo Constante

Lillian Gayá González, Ph. D.

Los adelantos tecnológicos utilizados en la atención médica actual han aumentado las posibilidades de sobrevivir de los pacientes. Sin embargo, también han provocado situaciones muy difíciles de resolver desde la perspectiva médica, ética y legal. La literatura médica cuenta con numerosas referencias sobre casos paradigmáticos en la práctica médica que han llegado a los tribunales en busca de resolución. Dos de estos casos sonados fueron los de Karen Ann Quinlan (resuelto en 1976) y Nancy Cruzan (resuelto en 1990). Éstos y otros casos sirvieron de detonante para discutir más a fondo sobre la toma de decisiones de atención médica en pacientes en estado vegetativo permanente (EVP). También propiciaron el ambiente para desarrollar leyes, como el *Patient Self-Determination Act de 1991*. Aún así, con el caso más reciente de Terri Schiavo (resuelto en 2005) queda demostrado que falta mucho por recorrer en el ámbito de la educación

y discusión sobre el cuidado de la salud y las provisiones que se deben tomar en situaciones tan lamentables como las que rodean, por ejemplo, al paciente que se encuentra atrapado en los estados de inconsciencia.

En este trabajo presentaremos algunas discusiones de índole ética que han suscitado casos como el de Nancy Cruzan. En la primera parte, resumiremos el caso de Nancy Cruzan, el vocabulario médico relacionado con el cuadro clínico de un paciente en estado vegetativo y la visión sobre la relación médico-paciente desarrollada a partir de la década de los sesenta del pasado siglo hasta el presente, que inciden en nuestra forma de ver la vida, la medicina y la muerte. En la segunda parte, desarrollaremos el tema en torno a la problemática ética que existe sobre retirar la alimentación e hidratación a pacientes que han perdido, de forma irreversible su consciencia. Se discutirán los temas de medios extraordinarios y ordinarios, la diferencia entre matar y dejar morir, y la limitación del esfuerzo terapéutico. Reflexionaremos sobre la opción de limitar el esfuerzo terapéutico a pacientes que han perdido permanentemente su consciencia (Ferrer, 2007).

Una mirada al caso de Nancy Cruzan: un punto de partida para nuestra reflexión

En 1983, a la edad de 25 años, Nancy B. Cruzan, casada por segunda ocasión, sufrió un accidente automovilístico. El tiempo que estuvo sin oxígeno (anoxia) fue suficiente para provocar tal grado de daño cerebral que nunca recobró la consciencia. Luego de una semana en el hospital, Nancy abrió los ojos. En su historial médico aparecía el comentario "Paciente salió de coma pero no presenta respuesta verbal y no responde a mandato" (Colby, 2002, p. 17). Aunque podía respirar por sí misma, recibía medicamentos y alimentación a través de un tubo gastrostómico (TG) que le fue insertado quirúrgicamente. Su esposo, Paul Davis, no frecuentaba tanto el hospital ni estaba tan pendiente de los detalles del progreso de la condición de salud de Nancy como lo estaban sus padres. A medida que pasaban las semanas, los análisis apuntaban a que Nancy se encontraba en un "estado vegetativo comatoso", según la expresión en uso de entonces. Luego de un mes, Nancy fue transferida a un centro de rehabilitación. Los esfuerzos por

rehabilitarla fueron infructuosos. Un año después del accidente, los padres de Nancy pidieron ser sus guardianes legales. Seis meses más tarde, Paul se divorció de Nancy.

La información que recibían los padres de Nancy sobre su condición abonaba la esperanza que tenían de verla recuperada. Joe Cruzan, el padre de Nancy, seguía continuamente la información médica que recibía y se entregó plenamente al cuidado de su hija. Su interés por conocer sobre el estado de Nancy le llevó a investigar la literatura sobre el estado vegetativo. Mientras, no dejaba de preguntarse lo que Nancy hubiese querido hacer bajo estas condiciones. Al cabo de dos años aproximadamente, después de numerosas reflexiones y de no darse ningún progreso en la recuperación de salud de Nancy, Joe concluye que ella hubiese preferido que la dejasen morir. Es entonces que, con el fin de orientarse sobre el procedimiento para que se le removiera a Nancy el tubo de suministro de la alimentación artificial (TG), se comunica con familiares de pacientes que se encontraban en situaciones similares. Joe escribó: "…Cuando la tecnología médica ha hecho todo lo que puede y sigue sin mejorar la calidad de vida de una persona, creo que es absurdo que la sociedad no pueda dar una muerte digna sin que sea a través de una batalla legal" (Colby, 2002, p. 43).

Diagnosticada con estado vegetativo permanente (EVP), la disputa legal ocurre entre los padres de Nancy, quienes querían desconectarla del TG y la administración del hospital. Para la administración del hospital, desconectarla significaría dejarla morir de hambre (*starve to death*). Se recurrió a los oficiales del Departamento de Salud del estado de Missouri en busca de una resolución legal del caso.

Un detalle adicional que hizo más difícil cumplir con la petición de los padres de Nancy se relaciona con los estatutos legales existentes en el estado de Missouri sobre directrices avanzadas. Para el 1985 los residentes del estado de Missouri podían dejar por escrito las disposiciones sobre el rechazo de tratamiento médico, exceptuando la alimentación e hidratación, aunque ésta fuese artificial. Estos medios no se consideraban tratamientos médicos. Por lo tanto, solamente con

una orden judicial se podría llevar a cabo la petición de los padres. Es decir, la decisión de remoción del TG estaba en manos judiciales.

En el pleito inicial, el tribunal de primera instancia otorgó a los padres de Nancy la petición de remoción del TG, pero el estado apeló al Tribunal Supremo de Missouri. Éste revocó la decisión del Tribunal de primera instancia. Entonces los padres de Nancy Cruzan apelaron al Tribunal Supremo de Estados Unidos. El Tribunal, en su mayoría, se pronunció en contra de la petición de los Cruzan. El Tribunal Supremo sostiene la constitucionalidad del requisito de Missouri. El estado puede aunque no tiene que requerir un nivel de prueba tan elevado (Cruzan vs. Director, 1990). Es oportuno aclarar que en los procesos judiciales, existen tres niveles de exigencias de pruebas: *preponderancia de la evidencia*, *prueba clara y convincente,* y prueba *más allá de toda duda razonable*. Para casos civiles, bastan los primeros dos niveles. La *prueba clara y convincente* es de mayor exigencia que la *preponderancia de la evidencia*. Para casos criminales, que no es el caso de Nancy Cruzan, se requiere el estándar mayor de evidencia (*más allá de toda duda razonable*). En este sentido, según mencionásemos, el Tribunal Supremo de Estados Unidos apoyó la posición de Missouri.

De la discusión que se suscitó en el Tribunal Supremo de Estados Unidos y según lo explica Colby (2007), se desprende lo siguiente: 1) Se reconoció que las personas tienen el derecho constitucional de tomar decisiones sobre tratamiento médico, incluyendo su rechazo; 2) Se reconoció que el estado (Missouri) no violaba estatuto alguno de la constitución al optar por el criterio de evidencia clara y convincente. El Tribunal afirmó que los estados deben obrar a favor de la protección de la vida cuando no conste con suficiente certeza la voluntad del paciente sobre la suspensión de tratamiento médico, aun cuando los familiares decidan suspender el tratamiento; 3) Aunque no fue tema de discusión, se sobreentendía que la alimentación e hidratación artificiales constituyen tratamiento médico.

Por lo tanto, los Cruzan debían presentar ante el estado de Missouri evidencia clara y convincente de lo que Nancy hubiese deseado en su situación

actual. Gracias a la publicidad televisiva que se le dio al caso Cruzan, varias amistades reconocieron a Nancy y estuvieron dispuestas a prestar testimonio sobre lo que Nancy había expresado sobre este particular. Las testigos conocían a Nancy por los apellidos de casada que Nancy utilizó anteriormente, el de Nancy Hayes y el de Nancy Davis. En esta ocasión el estado de Missouri no tuvo objeción a la petición de los Cruzan. El estado autorizó la desconexión del TG. Basado en evidencia clara y convincente, el Tribunal concluye que: "1) La intención de nuestra protegida (Nancy), si hubiese estado mentalmente capacitada, sería la de retirar la alimentación e hidratación; 2) No hay evidencia sustancial que haga pensar que la protegida continuaría su existencia de esta manera, sin esperanza de recuperación, y deteriorándose lentamente; 3) Las alegaciones de los demandantes son ciertas y sostenibles; 4) Se autoriza a los co-guardianes, Lester L. (Joe) y Joyce Cruzan, a suspender la alimentación e hidratación de nuestra protegida, Nancy Beth Cruzan" (Colby, 2002, p. 361).

Nancy, murió el 26 de diciembre de 1990, once días después de la remoción del TG. Así como sucederá en el caso Schiavo, en el 1990, durante los últimos días de la vida de Nancy, hubo protestas frente al hospital donde se encontraba recluida. Se suscitaron amenazas y manifestaciones públicas refiriéndose a los padres de Nancy como asesinos. Algunos intentaron darle de beber a la paciente. Otros portaban carteles con frases como "Esto es matar". De igual manera, hubo cierta intervención política aunque no de la magnitud que tendría después el caso Schiavo. En el caso Cruzan, se le pidió al entonces Gobernador del Estado, John Ashcroft, que emitiera una orden de emergencia para que quedara sin efecto el mandato judicial de retirar la alimentación e hidratación. La orden de emergencia solicitada se basaría en el discrimen contra las personas discapacitadas, y "porque es ilegal en el estado de Missouri que una persona muera de hambre con o sin su consentimiento" (Colby, 2007, p. 363). Pero, a diferencia de lo que ocurriría en el caso Schiavo, tal solicitud no prosperó.

A partir del caso Cruzan quedaron claros algunos asuntos, mayormente de índole legal. Se le reconoce a un paciente (ahora incompetente) su derecho de rehusar tratamiento, aunque el desenlace sea la muerte: Tal derecho se ejerce a través de su representante. Los familiares o el

representante legal pueden tomar decisiones sobre el paciente incompetente, siempre que la decisión responda a los deseos previamente expresados por el paciente o a los mejores intereses del paciente. Sin embargo, desde la perspectiva ética, continúa la controversia en algunos asuntos: son la alimentación e hidratación artificiales; tratamientos médicos o cuidados ordinarios si se considera tratamiento médico, ¿puede considerarse extraordinario o desproporcionado en el caso particular de pacientes en estado vegetativo? ¿Existe diferencia entre "matar" y "dejar morir"? ¿Se justifica moralmente la prolongación de la vida humana cuando no hay esperanza médica de recuperación? Antes de discutir algunos de estos asuntos, repasemos algunos conceptos clínicos básicos relacionados con los estados de inconsciencia.

Vocabulario médico

Coma

Según mencionáramos anteriormente (Gayá, 2006): "El estado de coma es un estado de inconsciencia donde la persona no responde a estímulo visual, motor o verbal, pero se puede confirmar que hay actividad cerebral. Equívocamente se ha afirmado que una persona en coma está dormida porque ordinariamente permanece con sus ojos cerrados y respira (si tiene el tronco cerebral funcionando o si tiene ventilador). Una persona dormida, en un periodo de horas, despierta. Sin embargo, una persona en estado de coma puede morir, salir del estado de coma y recuperar toda su capacidad cognoscitiva y motora, o recuperar su consciencia con limitación física o mental permanente. Las consecuencias del daño cerebral de una persona en estado de coma son muy difíciles de predecir. La edad del paciente, el tipo de lesión y el tiempo de duración en estado de coma son factores utilizados para establecer el pronóstico" (p. 349). En pocas ocasiones el estado de coma dura más de dos a cinco semanas.

Estado vegetativo

Si el paciente abre los ojos pero no presenta signos de alerta examinados por el especialista, entra en un estado vegetativo. Por las

características que presentan estos pacientes y lo difícil de establecer un cuadro clínico lo más certero posible, ofrecer atención médica e informar a los familiares sobre el pronóstico de tal estado es una de las mayores pesadillas de los médicos. Según Kelly (2007a), quien describe su experiencia trabajando en hospitales: "Los pacientes en *EVP* son incapaces de pensar. No están conscientes de nada o de nadie a su alrededor. No están conscientes de sí mismos. No pueden soñar. No pueden orar. No pueden reconocer la música, el color, el sabor ni el tacto. No pueden experimentar dolor ni molestia. Esto significa que no pueden experimentar hambre ni sed. Esto es un concepto difícil de asimilar. Si tenemos hambre o sed lo experimentamos, queremos alimento y agua. Pero no es así en los pacientes en *EVP*. No saben lo que les sucede. En esta vida sobrepasan el sentido de sufrimiento, así como el de gozo" (p. 92).

Según Laureys (2007): "se estiman anualmente 14,000 casos nuevos en Estados Unidos de pacientes que se mantienen en estado vegetativo al mes de sufrir una lesión cerebral severa" (párr. 4). Una persona en estado vegetativo está despierta pero no consciente de sí misma ni de su entorno (*awake but not aware*). El paciente en estado vegetativo tiene ciclos de sueño y vigilia: abre los ojos, llora, sonríe y hace ruidos, pero éstas no son respuestas voluntarias. Por ejemplo, estos pacientes no pueden mantener fija su mirada en un objeto. Generalmente, los pacientes en estado vegetativo pueden respirar por sí mismos. Si este estado clínico se prolonga por lo menos un mes, se le llama estado vegetativo persistente.

El *Multi-Society Task Force on Persistent Vegetative State* (1994) hizo un análisis de resultados con pacientes que estuvieron de tres a seis meses en estado vegetativo y que llegaron a los doce meses en esta condición. El análisis de los datos existentes sobre estos pacientes les permitió establecer que el estado vegetativo persistente se hace permanente luego de doce meses en pacientes adultos con lesiones traumáticas (accidente automovilístico, lesión directa al cerebro, herida de bala). La recuperación luego de este tiempo es extremadamente rara y, si ocurre, deja al paciente con una discapacidad severa. Los pacientes en estado vegetativo persistente, con lesiones no traumáticas

(anoxia, paro cardiorrespiratorio, sofocación, encefalopatía hipoxémica) pueden considerarse permanente luego de tres meses. La recuperación, si ocurre, deja al paciente con discapacidad moderada o severa (The Multi-Society Task Force on Persistente Vegetative State, 1994b). Se estima que "existen aproximadamente de 10,000 a 25,000 adultos y de 4,000 a 10,000 menores de edad en estado vegetativo" (Cranford, 1995, p. 605). El paciente en EVP no se encuentra necesariamente en una fase terminal. Tampoco hay que suponer que su muerte sea inminente, siempre que se le provea alimentación e hidratación artificial y medicamentos en caso de cualquier infección.

Estado de consciencia mínima

El diagnóstico de estado de consciencia mínima (MCS, por sus siglas en inglés, *minimally conscious state*) indica que aunque limitada, el paciente muestra cierto grado de consciencia. Según Wijdicks (2006), es ésta la forma más severa de incapacidad neurológica del estado consciente. Comenta que el paciente en MCS es más común que el EVP. Además, afirma que existen muy pocos casos confirmados en la literatura donde el paciente en EVP pasa al MCS. A modo de ejemplo, Wijdicks (2006) explica el caso de Terry Wallis, a quien en 1984 se le diagnosticó MCS, y comenzó a hablar 19 años más tarde. Recuperó cierto movimiento pero no podía entablar una conversación simple y requería cuidado continuo. Es decir, el paciente en MCS está severamente discapacitado, podría estar alerta de su entorno pero apenas puede recordar momentos del diario vivir. Su pronóstico no difiere del de un paciente en EVP. No pueden entrar en un programa de rehabilitación por la incapacidad severa que tienen de realizar tareas y de retener información. El paciente en MCS puede responder a mandatos simples, dando respuestas sencillas verbales o de gesto. Según Wijdicks (2006), no se puede concluir que el MCS de Wallis progresó a partir del EVP pues no hay evidencia de que el paciente haya sido examinado por un neurólogo en repetidas ocasiones y de forma continua.

Los estados de inconsciencia son muy difíciles de distinguir en pacientes que han sufrido lesiones cerebrales. A partir del 1994, se comienzan

a recopilar datos más precisos sobre los pacientes que presentan estos cuadros clínicos. Notemos que los estudios aquí mencionados sobre la descripción del estado vegetativo y de MCS aparecen en la literatura médica luego de resolverse legalmente el caso Cruzan.

Las técnicas desarrolladas o mejoradas en la última década permiten hoy día tener información más certera sobre los estados de inconsciencia. La toma de imágenes del cerebro, utilizando la técnica de imagen de resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés), la tomografía computarizada (*CT scanning*) y el electroencefalograma (EEG) ayudan al médico a interpretar el daño cerebral que tiene el paciente, aunque no permiten detectar si existen señales de actividad de la consciencia. Estudios recientes (Laureys, 2007) utilizando una técnica más especializada de MRI permitieron evaluar la actividad cerebral de pacientes en estado vegetativo. El propósito de estos estudios fue identificar las regiones del cerebro que se activan en pacientes en estado vegetativo al recibir órdenes o percibir el dolor. Se estudio la percepción de dolor estimulando eléctricamente la mano (experimentándose como dolor en los sujetos saludables) y utilizando el *positron-emission tomography* (PET) para examinar el flujo sanguíneo en el cerebro, que es otro marcador de actividad neural. Los resultados en ambos grupos, los pacientes en estado vegetativo y los controles (voluntarios saludables), indicaron actividad en el tallo cerebral, el tálamo y en la corteza primaria somatosensorial, la zona que recibe información sensorial de los nervios periferales. Sin embargo, el cerebro de los pacientes en estado vegetativo no presentó actividad en el resto del cerebro. Según los resultados, la pequeña región cortical que mostró actividad (la corteza primaria somatosensorial) estaba aislada y desconectada del resto del cerebro, en particular, de las redes que se cree son críticas para la percepción consciente del dolor. Estos resultados pueden asegurar a los familiares y cuidadores que los pacientes en estado vegetativo no perciben dolor de la misma forma que lo hacen las personas saludables.

Los resultados son similares cuando se experimenta hablándole al paciente. Se ha detectado diferencias de actividad en zonas específicas

del cerebro superior, al estimular el sentido de la audición entre los pacientes en estado vegetativo y los que se encuentran en MCS. Estudios más recientes utilizando la técnica conocida como FMRI (siglas en inglés de *functional magnetic resonance imaging*) confirman que la activación de las regiones superiores del cerebro podría predecir la evolución del paciente hacia el MCS. Sin embargo, aclara Laureys (2007), es necesario realizar más experimentaciones antes de determinar si estas pruebas pueden utilizarse como diagnóstico o pronóstico en la evolución de los estados de inconsciencia.

Técnicamente es posible experimentar con el sujeto humano en cualquiera de los estados antes mencionados, ya sea con intervención directa del médico como investigador utilizando, por ejemplo, electrodos o a través del uso de fármacos. Se trataría de determinar si existe un periodo de tiempo del paciente en estado de coma o en estado vegetativo en el que se pueda detener o revertir el proceso degenerativo hacia la inconsciencia permanente. Al menos en sus inicios, las experimentaciones no beneficiarían al paciente. Servirían para aportar al conocimiento experimentaciones no terapéuticas. Estos nuevos caminos de investigación levantan cuestionamientos de índole ética que están fuera de los límites de la discusión de este escrito: ¿Es moralmente lícito investigar con sujetos humanos que se encuentran en estados primarios de inconsciencia, coma o vegetativo? ¿Se debe experimentar aun cuando los deseos previos del paciente hayan sido en contra de tales experimentaciones? ¿Cuáles serían los riesgos previsibles de tales experimentaciones?

Los problemas éticos

La autonomía del paciente y el vitalismo médico

La práctica médica del periodo de 1960 a 1980 se caracterizó por dos elementos importantes. Por un lado, fue una época de gran avance tecnológico y por otro lado, se manifestó una decadencia en la relación clínica de tipo paternalista. En los años sesenta del siglo pasado se desarrollaron o perfeccionaron los equipos de diálisis, los tubos de alimentación e hidratación, las técnicas de resucitación cardiopulmonar

y la producción de nuevos medicamentos. El uso de la tecnología en la medicina, si bien ha logrado salvar vidas y ha permitido recuperar la salud de muchos, también ha provocado cambios en la manera en que vemos la muerte, la relación con el médico y nuestras expectativas de la curación propia y la de nuestros seres queridos. Una de las consecuencias del uso agresivo de la tecnología en la medicina ha sido la que ha venido a llamarse el *imperativo tecnológico*. Es decir, el médico debe hacer todo lo que le permita la tecnología para prolongar la vida física del paciente.

A la par con esta actitud hacia la tecnología surge un cambio en la relación médico-paciente. La tradicional relación paternalista se va sustituyendo por una donde se reconoce la autonomía del paciente. También fue cambiando el concepto de lo que es beneficioso para el paciente. Anteriormente lo que era beneficioso para el paciente era lo que el médico entendiera y lo que podía hacer con el uso de la tecnología sin tomar en cuenta los deseos y preferencias del paciente, es decir, su voluntad. El caso de Dax Cowart (Cowart & Burt, 1998) es ejemplo clásico que se utiliza para describir tal momento. Con el reconocimiento de la voluntad del paciente en la toma de decisiones de tratamiento médico, el concepto de beneficencia fue cambiando: "… sigue siendo válido el deber moral de actuar en beneficio de los demás, pero ha cambiado quién determina lo que es beneficioso. En el paternalismo, el médico sabía lo que era beneficioso para el paciente y lo realizaba sin contar con la voluntad del mismo o incluso en contra de ella, pero desde el reconocimiento de la autonomía de las personas, sólo es beneficioso aquello que tiene por tal el propio paciente" (Álvarez, 2002, p. 127).

La lucha por el derecho a decidir sobre el momento y la manera de afrontar la propia muerte se refleja en dos movimientos contrastantes: el vitalismo médico y la asistencia médica para adelantar la propia muerte, a través de la eutanasia directa y el suicidio médicamente asistido. Por vitalismo médico se entiende la actitud de los que ven la vida biológica como un valor supremo y absoluto. Esta visión percibe la muerte del paciente como un fracaso del médico o de la medicina. Si la tecnología está, hay que mantener o prolongar la vida del paciente a todo costo. El imperativo

tecnológico y el vitalismo médico van de la mano. No sólo se absolutiza el derecho a la vida, sino que se pretende establecer leyes que apoyen este principio absoluto. "Este fervor por proteger la vida ha convertido la vida biológica en un ídolo, un falso dios, comprendida como un valor y un fin en sí misma, que ha de ser protegido ante casi cualquier circunstancia. Esta postura de idolatría de la vida biológica ya no es una forma de vitalismo, como muchos argumentaron. Es una postura que se ha convertido en una forma de materialismo, donde el único valor reconocido es la vida biológica, cuya preservación ha venido a ser un fin en sí misma" (Shannon, 2005, p.19).

A veces los costos del vitalismo médico son superiores al beneficio que puede adquirir el paciente. El mensaje sería hacer todo lo que sea por mantener viva a la persona, aún cuando el tratamiento sea fútil, vaya en contra de los deseos escritos o verbalizados del paciente, sobrepasando los límites y cayendo tal vez, en una *obstinación terapéutica*. A veces podría decirse que más que prolongar la vida, se prolonga la agonía del paciente, su sufrimiento y dolor, y la agonía de los familiares. La visión del vitalismo médico la alimentan tanto el profesional de la salud como el paciente o los familiares.

Por otra parte, el movimiento a favor de la eutanasia engrandece la autonomía del paciente. Los que apoyan esta visión buscan evitar el dolor, el sufrimiento y la limitación física o mental. Se prefiere adelantar la muerte por temor a la prolongación del sufrimiento o a la pérdida de control sobre la propia vida.

A partir de los casos de Karen Ann Quinlan y Nancy Cruzan, en las décadas de los años '70 y '80 del siglo XX, se abre un debate a nivel nacional en los Estados Unidos. De dicho debate nace lo que Kelly (2007a), ha llamado el "consenso estadounidense", basado en tres pilares: primero, se reconoce que no todo tratamiento que prolonga la vida biológica es beneficioso para el paciente; segundo, existe una diferencia moral entre matar, como en la eutanasia activa directa, y dejar morir; y tercero, se reconoce el derecho a la autonomía, la privacidad y la libertad del individuo. Nos detendremos en las primeras dos formulaciones.

Medios ordinarios y medios extraordinarios

El primer pilar del consenso se basa en la antigua distinción entre medios ordinarios y medios extraordinarios, originalmente formulados en la teología católica del siglo XVI. Los teólogos se plantearon el problema sobre la obligación moral de conservar la vida utilizando los medios disponibles. En la reflexión sobre los medios para prolongar la vida se tomaban en consideración varios factores, tales como el costo económico del tratamiento o el medio para alimentarse. Según lo presenta Álvarez (2007), citando al teólogo español del siglo XVI Francisco de Vitoria: "…Nadie tiene obligación de tomar medicinas para alargar la vida, aun habiendo peligro de muerte probable; por ejemplo, a tomar algún remedio durante años para librarse de fiebres u otras cosas parecidas" (p. 257).

Vitoria no exime al individuo de su responsabilidad de cuidar y atender su salud y no parece que apoye que se lleve a cabo un acto occisivo intransitivo occisivo. A lo que no estaría obligado el individuo, según Vitoria, es a utilizar todo medio disponible:

> "… Si bien el hombre no puede abreviar la vida, tampoco está obligado a emplear cualquier medio, por muy lícito que sea, para prolongarla. Esto es bien claro, suponiendo que uno sepa de cierto que los aires de la India son más sanos y benignos y que allí viviría más tiempo que en su tierra, no está por eso obligado a macharse a la India, ni aun a mudarse de ciudad a otra más sana. No quiere Dios que nos preocupemos tanto de alargar la vida" (Álvarez, 2007; p. 257).

La argumentación que se va desarrollando es una que apoya no prolongar la vida, si esto impone a la persona una carga muy pesada. Sobre tratamientos costosos argumentaba Vitoria "…El enfermo que no tiene esperanza de sanar, aunque hubiera alguna extraordinaria y costosa medicina que le alargara la vida algunas horas, y aún días, no tiene obligación de comprarla, sino que es suficiente que emplee los remedios ordinarios. A este enfermo se le considera como desahuciado" (Álvarez, 2007, p. 258). Más tarde, el teólogo Domingo Báñez reflexionaba y

citamos de Álvarez, 2007: 259: "No está obligado, hablando absolutamente, y la razón es que, aunque el hombre está obligado a conservar su propia vida, no lo está por los medios extraordinarios, sino sólo por la comida y vestido común, medicinas comunes o sufriendo un dolor común y ordinario…"

En la misma referencia notamos que Domingo Báñez introduce en la próxima cita los conceptos de medios extraordinarios y ordinarios, además del término proporcionado: "…pero no cuando hay un dolor extraordinario y horrible, ni con gastos extraordinarios según la proporción del estado de cada uno. Por ejemplo, si un ciudadano normal estuviese seguro de conseguir la salud gastando tres mil ducados en una medicina, no está obligado a tomarla. De aquí está claro el argumento, porque, aunque el medio es proporcionado según la recta razón, y lícito por tanto, sin embargo, es extraordinario"(Álvarez, 2007, p. 259).

Es decir, basado en el costo extraordinario que conllevaría tratarse para lograr la salud, no se está obligado a realizarlo, aun cuando el medio sea proporcionado, es decir, beneficie a este enfermo en particular. La tradición católica propone una obligación moral de conservar la vida a través de medios ordinarios. Los medios extraordinarios son opciones para el enfermo, pero no hay obligación moral de utilizarlos. Es decir, desde la teología moral católica no es obligatorio prolongar la vida a través de medios extraordinarios.

¿Qué criterios existen para establecer que un medio (tratamiento médico) se considere extraordinario u ordinario? Ferrer (2007) resume los siguientes cuatro criterios que haría del tratamiento uno ordinario y, por lo tanto, moralmente obligatorio realizarlo: 1) debe ayudar a recuperar la salud, 2) debe formar parte de las intervenciones comunes que se le dan en casos similares, 3) si exige de la persona un esfuerzo, el mismo no debe causar gran sufrimiento o profunda consecuencia dolorosa y, 4) debe guardar proporción con el estado de vida de la persona. Es importante tomar en cuenta que lo que en una época pudo haber sido un medio extraordinario para recuperar la salud, hoy día no lo sea necesariamente. Por ejemplo, en el siglo XVI, realizar una amputación

tenía unas consecuencias gravísimas y, sin duda, eran sumamente dolorosas pues las operaciones con anestesia no se realizaban antes del siglo XIX. Hoy día, la amputación es un proceso de menor riesgo y es considerado el curso a seguir en muchos casos con el propósito de salvar la vida del paciente. La muerte a consecuencia de la amputación es menos probable que en épocas pasadas. Generalmente, un tratamiento simple, natural, no invasivo, no costoso o rutinario se ve más como ordinario por lo tanto, obligatorio mientras que un tratamiento que es complejo, artificial, invasivo, costoso o heroico y por ende, opcional (Beauchamp & Childress; 2001: 124). Si las cargas son mayores que los beneficios al paciente, el tratamiento se considera extraordinario, (desproporcionado). Por lo tanto, es opcional. No estamos obligados moralmente a realizarlo o mantenerlo.

La *Declaración sobre la eutanasia de la Congregación para la Doctrina de la Fe* (CDF. 1980) aportó a la discusión sobre medios proporcionados y desproporcionados. Destacamos de la Declaración sobre la eutanasia los siguientes enunciados: "...Algunos hablan de "derecho a morir" expresión que no designa el derecho de procurarse o hacerse procurar la muerte como se quiere, sino el derecho de morir con toda serenidad, con dignidad humana y cristiana. Desde este punto de vista, el uso de los medios terapéuticos puede plantear a veces algunos problemas; "...Tomar decisiones corresponderá en último análisis a la conciencia del enfermo o de las personas cualificadas para hablar en su nombre, o incluso de los médicos, a la luz de las obligaciones morales y de los distintos aspectos del caso"; "... Cada uno tiene el deber de curarse y de hacerse curar. Los que tienen a su cuidado los enfermos deben prestarles su servicio con toda diligencia y suministrarles los remedios que consideren necesarios o útiles; "...Hasta ahora los moralistas respondían que no se está obligado nunca al uso de los medios "extraordinarios". Hoy en cambio, tal respuesta siempre válida en principio, puede parecer tal vez menos clara tanto por la imprecisión del término como por los rápidos progresos de la terapia. Debido a esto, algunos prefieren hablar de medios "proporcionados" y "desproporcionados". En cada caso, se podrán valorar bien los medios poniendo en comparación el tipo de terapia, el grado de dificultad y

de riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación con el resultado que se puede esperar de todo ello, teniendo en cuenta las condiciones del enfermo y sus fuerzas físicas y morales". Añade "...Es también lícito interrumpir la aplicación de tales medios, cuando los resultados defraudan las esperanzas puestas en ellos. Pero, al tomar una tal decisión, deberá tenerse en cuenta el justo deseo del enfermo y de sus familiares, así como el parecer de médicos verdaderamente competentes; éstos podrán sin duda juzgar mejor que otra persona si el empleo de instrumentos y personal es desproporcionado a los resultados previsibles, y si las técnicas empleadas imponen al paciente sufrimientos y molestias mayores que los beneficios que se pueden obtener de los mismos". "...Es siempre lícito contentarse con los medios normales que la medicina puede ofrecer. No se puede, por lo tanto, imponer a nadie la obligación de recurrir a un tipo de cura que, aunque ya esté en uso, todavía no está libre de peligro o es demasiado costosa. Su rechazo no equivale al suicidio: significa más bien o simple aceptación de la condición humana, o deseo de evitar la puesta en práctica de un dispositivo médico desproporcionado a los resultados que se podrían esperar, o bien una voluntad de no imponer gastos excesivamente pesados a la familia o la colectividad". "Ante la inminencia de una muerte inevitable, a pesar de los medios empleados, es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, sin interrumpir sin embargo las curas normales debidas al enfermo en casos similares" (CDF, 1980).

La posición de la Asociación Médica Americana también ha sido cónsona con la tradición moral católica: "Aun cuando la muerte no es inminente pero un paciente se encuentra, más allá de toda duda, en un estado permanente de inconsciencia, y existen medios adecuados que confirmen el diagnóstico, no es antiético descontinuar todos los medios de tratamiento médico que prolonguen la vida... Los tratamientos de prolongación de la vida incluyen medicamentos y medios artificiales de ventilación, nutrición e hidratación. En el trato con pacientes con salud terminal o pacientes permanentemente inconscientes, la dignidad del paciente se mantiene" (AMA Council on Ethical and Judicial Affairs, 1989).

Parecería que si aplicamos los criterios de la teología moral católica al caso de Nancy Cruzan, la alimentación e hidratación artificiales serían medios extraordinarios. Aunque esta conclusión se basa en la tradición católica antes mencionada, no deja de ser, aun en el presente, objeto de debate. No todas las voces católicas estuvieron de acuerdo con esta posición en el caso Cruzan. La Conferencia Católica de Estados Unidos intervino en el caso Cruzan en calidad de *amicus curiae* (amigo de la corte), en 1989, oponiéndose a la remoción del TG. Esta organización representa la rama educativa e investigativa de la Conferencia Nacional de Obispos Católicos de Estados Unidos (CNOC). Por otra parte, el *Sisters of St. Mary Health Care System* (SCSM) apoyaba la decisión de los señores Cruzan. Esta organización representaba 130 centros católicos de cuidados de salud. Ambas organizaciones estaban en desacuerdo con conferir un valor absoluto al derecho a la privacidad, porque de esta manera se podría justificar legalmente la eutanasia. También coincidieron en afirmar que la tradición católica reconoce que la vida humana tiene valor intrínseco y como tal se debe proteger.

En lo que no coincidieron fue en la aplicación de la tradición moral católica a los casos de pacientes en EVP. La opción de remover la hidratación y alimentación a pacientes que se encuentran en EVP no es tan fácil de resolver. La muerte de un paciente en EVP no es inminente. El paciente en EVP que asimila la hidratación y la alimentación, no sufre de daño alguno. Más aún, hay quienes consideran que siendo éstas necesidades básicas del ser humano, no se justifica retirarlas.

La controversia sobre si la alimentación e hidratación por medios artificiales son tratamientos médicos o cuidados ordinarios continuaría. El debate se acentuó todavía más en 2004 cuando el Papa Juan Pablo II, en un discurso dirigido a la Federación Mundial de Asociaciones Médicas Católicas, expresó que la hidratación y alimentación por medios artificiales constituyen cuidado ordinario, al menos en el caso de los pacientes en EVP, según lee a continuación: “En particular quisiera poner de relieve que la administración de agua y alimento, aunque se lleve a cabo por vías artificiales, representa siempre un medio natural de conservación de la vida, no un acto médico. Por lo tanto, su uso

se debe considerar, en principio, ordinario y proporcionado, y como tal moralmente obligatorio, en la medida y hasta que demuestre alcanzar su finalidad propia, que en este caso consiste en proporcionar alimento al paciente y alivio a sus sufrimientos" (Discurso del Santo Padre Juan Pablo II a los participantes en un Congreso sobre Tratamientos de Mantenimiento vital y Estado Vegetativo, 2004, párr. 12). Más adelante añade: "La valoración de las probabilidades, fundada en las escasas esperanzas de recuperación cuando el estado vegetativo se prolonga más de un año, no puede justificar éticamente el abandono o la interrupción de los *cuidados mínimos* al paciente, incluidas la alimentación y la hidratación. En efecto, el único resultado posible de su suspensión es la muerte por hambre y sed. En este sentido, si se efectúa consciente y deliberadamente, termina siendo una verdadera eutanasia por omisión" (Discurso del Santo Padre Juan Pablo II a los participantes en un Congreso sobre Tratamientos de Mantenimiento vital y Estado Vegetativo, 2004, párr. 13).

En el discurso del Papa se parte de la premisa de que la hidratación y alimentación, aun de forma artificial, es cuidado ordinario, lo que parecería contradecir la antes citada declaración de la CDF del 1980. El cuidado ordinario, se refiere al cuidado básico que se le da a los pacientes o enfermos, tales como, mantenerlo aseado y proveer una iluminación adecuada a la habitación. Si consideramos la hidratación y la alimentación cuidados básicos, independientemente de los medios para proveerlos, no pueden negarse y estamos moralmente obligados a mantenerlo.

Basta leer algunas de las reflexiones de la tradición moral católica sobre los medios de alimentación para prolongar la vida, para concluir que aun los medios ordinarios (comunes) de alimentación podrían, en casos particulares, ser una carga para el enfermo. Nos parece oportuno repasar parte de la interpretación que Shannon & Walter (2005) hacen sobre la Declaración de la Eutanasia de la CDF, con el fin de arrojar luz al debate que existe sobre si la alimentación e hidratación artificiales son medios extraordinarios u ordinarios. Para estos autores, significaría ordinario aquello que, en una situación en particular, tal o cual cosa

se realiza ordinaria o rutinariamente. Lo ordinario sería lo estándar, lo rutinario, el tratamiento de elección, el estándar de cuidado. Tales intervenciones rutinarias pueden variar desde la transfusión de sangre, la quimioterapia, la cirugía, hasta el insertar el tubo alimentario. Sin embargo, no se ha pasado juicio alguno sobre el impacto que tiene tal intervención en el paciente ni en los demás. "El paciente debe determinar si hay proporción entre lo que se hace ordinariamente en la medicina y los beneficios a corto y largo plazo esperados. Lo que puede ser *médicamente* ordinario o rutinario puede no ser *moralmente* ordinario porque existe una desproporción de la razón beneficio-carga para el paciente. Debemos evitar la equivocación común al utilizar la palabra ordinario" (Shannon & Walter, 2005: 657).

En otras palabras, el Papa, en su discurso de 2004, deja establecido que la hidratación y alimentación no son intervenciones o tratamientos médicos sino cuidados básicos que todo paciente debe recibir, como lo sería mantenerlo limpio. Sin embargo, en la tradición católica, como hemos mencionado anteriormente, se ha considerado que la alimentación puede ser extraordinaria en casos particulares. No pretendemos resolver esta controversia en particular. Los que consideran que el TG es un tratamiento médico, sostienen que retirarlos no es eutanasia o matar por compasión sino reconocer que existe un límite en el esfuerzo terapéutico.

La limitación del esfuerzo terapéutico no es eutanasia

La connotación negativa que representa hoy día el concepto eutanasia y sus vertientes ha provocado la pérdida de su significado original de "buena muerte". El Diccionario de la Real Academia Española define eutanasia de dos formas: la acción u omisión que, para evitar sufrimientos a los pacientes desahuciados, acelera su muerte con su consentimiento o sin él; y, muerte sin sufrimiento físico. Su significado se extiende hoy día al concepto de ¨dejar morir por compasión¨ (*mercy-killing*). Sin embargo, el concepto de eutanasia no deja de ser confuso. Para propósito de este trabajo reservaremos el término eutanasia para referirnos a lo que tradicionalmente se conoce como *eutanasia activa*

directa, que es aquella acción directa cuya intención es quitar la vida del paciente para aliviar su sufrimiento. Para comprender la distinción entre eutanasia activa directa y eutanasia activa indirecta es preciso explicar el principio del doble efecto, originado en la tradición católica y aceptado en la ética médica secular. Kelly (2007b) explica: "El principio del doble efecto contesta las siguientes preguntas: ¿es correcto realizar dos acciones de las cuales se tendrán dos o más efectos, unos buenos, y cuya intención es correcta y otros malos pero que no es la intención? El principio propone que una acción con efectos buenos y malos es correcta sólo si cumple con las siguientes condiciones: (1) el acto que se quiere realizar es en sí mismo bueno, (2) el efecto bueno no resulta del efecto malo, (3) la intención del agente moral no es el efecto malo y, (4) el efecto malo es proporcional al efecto bueno que se pretende" (p. 16).

Si una acción cumple con estos requisitos, se considera eutanasia activa indirecta y está moralmente justificada. De hecho, la tradición moral católica reconoce el término de eutanasia activa indirecta. Utilizar calmantes para aliviar el dolor en pacientes con condiciones de salud terminal cumple con las cuatro condiciones enumeradas. Si bien la intención es aliviar el dolor, también es cierto que acorta la vida del paciente. Aumentar la dosis de manera tal que alivie el dolor, es moralmente lícito. Es este el ejemplo clásico que ilustra la eutanasia activa indirecta. Algunos argumentan que como la muerte vendrá de todas maneras, es preferible inyectar una alta dosis del calmante y provocar la muerte. El proceso de morir es menos prolongado. No dudamos que el planteamiento es lógico. Sin embargo, si se evalúa desde la óptica de los deberes, diríamos que hay una obligación mayor de no hacer el mal que de hacer el bien. En los deberes negativos incluimos el deber de no quitar la vida injustificada e intencionalmente. Nos vincula más la obligación de no quitar la vida que la de prolongar la vida (deber positivo). Es decir, cuando no hay esperanza médica de recuperación, no intento prolongar la vida, pero no debo dejar de prolongar la vida atacando la vida misma (eutanasia activa directa). También nos cuestionaríamos si quitar directamente la vida debe ser un rol que se le asigne al médico, cuyo deber primario debe

ser ayudar a curar o sanar. Aun queriendo cumplir con los deseos de un paciente, nos preguntamos si el profesional de la salud está obligado a realizar tal acto.

Se ha utilizado el término *eutanasia pasiva* para definir aquella omisión que pretende *dejar morir* por compasión. Según la tradición católica, la eutanasia pasiva puede considerarse, en ocasiones, una acción moralmente correcta. Esa tradición sostiene que matar directamente a una persona inocente nunca se justifica moralmente. "Dejar morir" se podría justificar, en algunas ocasiones. Tomemos como ejemplo un paciente de 80 años que llega casi inconsciente a Sala de Emergencia con sangrado profuso. Existe una obligación moral del profesional de salud de actuar con premura, examinar sus signos vitales y atender el sangrado. "Dejar morir" al paciente porque el profesional está hablando por teléfono, porque está documentando otro caso clínico o porque no tiene seguro médico, no se justifica y es moralmente incorrecto. Sin embargo, la situación es distinta si, luego de sacar de la crisis al paciente, se encuentra que no hay desarrollo hacia la recuperación de la salud. Por ejemplo, los esfuerzos de drenar la acumulación de sangre en el cerebro han sido infructuosos, el daño cerebral comienza a manifestarse y las posibilidades de sobrevivir se han ido reduciendo. De sobrevivir, existe un pronóstico de grave discapacidad física y mental. Es evidente que los medios que se estén utilizando para salvar la vida de este paciente se han convertido en medios extraordinarios, por lo que no hay obligación moral por parte de los profesionales de continuar con los esfuerzos ni de los familiares de exigir se continúen con los mismos. "Dejar morir" al paciente, en este caso particular, es moralmente correcto. El paciente morirá no por el acto de retirar el tratamiento sino por su condición crítica.

Sin embargo, el término "eutanasia pasiva" aplicado por igual a acciones con distinta valoración moral, da pie para confusiones que es mejor evitar. De ahí la necesidad de encontrar otra terminología. El término limitación del esfuerzo terapéutico (LET) se ha adoptado recientemente en la lengua española. Se limita el esfuerzo terapéutico cuando no hay esperanza médica de restaurar la salud del paciente o,

al menos, de conseguir una prolongación de vida humana significativa. Álvarez (2007), ha dado una definición al concepto de LET: "Podemos aventurarnos a proponer una definición de LET: la decisión de dejar de aplicar o suspender diferentes niveles terapéuticos (medicación, oxigenoterapia, técnicas de soporte vital, sangre, nutrición, hidratación) a pacientes sin expectativas razonables de recuperación, en los que el proceso está conduciendo a un retraso inútil de la muerte en lugar de una prolongación de la vida, ponderando y discerniendo lo médicamente indicado en cada paciente y en cada momento de su evolución clínica, así como respetando la voluntad del mismo". (p. 255-256)

En la decisión sobre limitar el esfuerzo terapéutico se toma en cuenta dos variables: el tratamiento médicamente indicado y la voluntad del paciente. Al tratamiento médicamente indicado se añaden los deseos y preferencias del paciente. El médico debe aplicar el tratamiento médicamente indicado a no ser que el paciente adulto y capacitado lo rechace.

Retomando el caso de Nancy Cruzan, no ponemos en duda que, lo médicamente indicado, luego de estabilizarla y esperar por una recuperación de su salud, era insertar quirúrgicamente el TG. En este contexto, como guía general, lo claramente indicado debía aplicarse. La única persona que puede rechazar lo médicamente indicado es el paciente. Por ejemplo, extirpar un nódulo del seno y hacer la prueba para identificar el tipo de nódulo es lo claramente indicado. Existe la posibilidad que sea un nódulo canceroso. Pero si la paciente se niega a someterse a la cirugía exploratoria, la voluntad razonable de la paciente prevalece sobre lo que es médicamente indicado. El acto moral de no operar se considera una omisión transitiva no maleficente. El médico no está haciendo daño pues no puede obligar a aquélla a recibir el tratamiento. La decisión de limitar el esfuerzo terapéutico también toma en cuenta la voluntad del paciente.

Si el paciente es incompetente, la decisión de LET la puede tomar la familia o quien sea el legítimo representante designado por el paciente, o incluso, en algunas legislaciones, el médico. La decisión de limitar el esfuerzo terapéutico se basa en el beneficio que pueda

proveerle el tratamiento a la recuperación del paciente a una vida humana significativa. Si el paciente es incompetente, como es el caso de un paciente en EVP, su familiar (o la persona que se haya designado para representarlo) debe tomar la decisión salvaguardando los intereses del paciente, entendiendo lo que sería beneficioso para éste, a quien representa en ese momento. No siempre lo que beneficia al paciente es la prolongación de la vida. La decisión de limitar el esfuerzo terapéutico no está libre de conflictos. Sin embargo, es un término nuevo que no sufre de la connotación negativa y confusa que sufre por ejemplo, el término eutanasia. Los conflictos pueden ocurrir, por ejemplo, cuando los deseos del paciente o los familiares son contrarios a lo considerado por el médico.

La pérdida de consciencia de sí mismo no ocurre únicamente por accidentes inesperados como fue el caso de Nancy Cruzan. La LET es un tema relevante si consideramos que las condiciones neurodegenerativas aumentarán en la población. La pérdida de consciencia de sí mismo y su entorno puede ocurrir como proceso patológico del envejecimiento. Se estima que alrededor de cuatro millones de adultos mayores tienen Alzheimer. Esta condición de demencia se desarrolla generalmente, en personas mayores de 65 años. Se espera que la cantidad de adultos mayores con Alzheimer aumente sustancialmente para el 2050 (Hebert, Scherr, Bienias, Bennett & Evans, 2003). En etapas tardías de la condición, los pacientes se hacen más dependientes de ayuda para realizar las necesidades básicas, entre éstas las de alimentación. Actualmente, no existe cura para esta condición y si bien los medicamentos retrasan el proceso, no lo detienen. La persona con Alzheimer pierde consciencia de sí mismo y de su entorno; deja de reconocer a los suyos. El paciente no retornará a un estado sapiente. También es probable que el paciente entre en una etapa de consciencia mínima o de estado vegetativo.

EVP y la limitación del esfuerzo terapéutico

En el mejor de los casos, cuando ocurren situaciones en las que se requiere tomar decisiones al borde de la muerte, contaríamos con que

tanto el médico como los familiares o su representante legal conocen los valores y preferencias del paciente. Pero no siempre es así. Ocupémonos de responder a la pregunta: ¿Se justifica moralmente prolongar la vida de un paciente en EVP o se justifica la LET? Debemos tomar en cuenta, primero, si es médicamente indicado continuar el tratamiento y segundo, cuál es la voluntad del paciente (en este caso, su voluntad previa). En lugar de considerar si el tratamiento sería ordinario o extraordinario, proporcionado o desproporcionado, en la LET se considera si el tratamiento es indicado, no indicado o contraindicado. El médico especialista en la condición es el profesional capacitado para clasificar el tratamiento médico. Para Álvarez (2007), un *tratamiento indicado* es eficaz y puede llevar al individuo a una calidad de vida aceptable para la comunidad científica. Notemos que la calidad de vida se percibe desde la óptica de la comunidad científica. Esto no quita que el paciente o el familiar defina desde su óptica lo que es calidad de vida. *El tratamiento no indicado* es aquel cuya eficacia lleva al individuo a una calidad de vida no aceptable para la comunidad científica, aunque podría presuponer algún efecto beneficioso y ningún efecto adverso. El *tratamiento contraindicado*, es aquel que provoca en el enfermo un resultado negativo. Enfatizamos que estas categorías de tratamiento deben verse dentro del contexto del desarrollo de la condición del paciente. Lo que hoy es tratamiento indicado mañana podría no serlo. Dependerá, en gran medida del desarrollo de la condición en la persona en particular.

Sabemos que el TG se usa para hidratar, alimentar y medicar, cuando sea necesario, mientras el paciente recupere su salud. Como aparato médico, el uso del TG permitió la hidratación y alimentación cerca de seis años a Nancy Cruzan. Pero el diagnóstico de Nancy Cruzan era el de permanencia de estado de inconsciencia. Aunque Álvarez (2007) no comenta específicamente en el caso de pacientes en EVP, sobre las decisiones que deben tomar el representante de un paciente incompetente, nos señala: "El representante debe tomar la decisión siempre con el criterio del mayor beneficio del representado, y, en principio, el mayor beneficio parece ser siempre a favor de la vida (excepto en situaciones de terminalidad y muy mal pronóstico, que el beneficio mayor

no es necesariamente la prolongación de la vida biológica, pero ahí los tratamientos que únicamente prolongan la vida biológica no estarían claramente indicados)" (p. 295-296). No se encuentra en su escrito de manera explícita si se justifica la LET en pacientes en EVP (diagnosticado dentro de la certeza posible). Sin embargo, sí hace referencia a pacientes con inconsciencia permanente citando otros trabajos: "En 1990 se dio un importante avance en la concepción de la *futilidad* cuando Schneiderman, Jecker y el mismo Jonsen escribieron un artículo proponiendo una definición de futilidad basada en criterios tanto cualitativos como cuantitativos. El criterio cualitativo que proponen es: son fútiles todos aquellos tratamientos que sólo preservan la inconsciencia permanente o que no permiten terminar con la dependencia de la unidad de cuidados intensivos. Y el criterio cuantitativo: un médico puede considerar fútil todos aquellos tratamientos en los que los datos empíricos revelen que hay menos del 1% de probabilidades de que sea beneficioso para el paciente" (p. 273-274).

De las discusiones surgidas sobre el tema de la LET, comenta Álvarez (2007) que "la mayoría de ellas lo más que se atreven a afirmar es que se deben retirar las medidas de soporte vital, por razones exclusivamente médicas, en situaciones de ineficiencia fisiológica, en los siguientes casos: muerte cerebral, fracaso de tres o más órganos, más de cuatro días de duración, estados vegetativos permanentes" (p. 290). Cabe señalar que el autor reconoce el desacuerdo que existe en torno a la clarificación de la alimentación e hidratación artificiales como tratamiento médico o cuidado ordinario.

En resumen, podemos concluir que mantener el TG en un paciente en EVP, prolonga la vida biológica. No habiendo esperanza médica de recuperar la salud a un estado que permita vivir la vida con significado de trascendencia, como es el caso de los pacientes en EVP, consideramos, en principio, que retirar el TG, es una opción moralmente aceptable. La remoción de cualquier tratamiento médico debe realizarse de la forma más humana y sensible posible. En pacientes cuyo deseo previo ha sido que se le retire el TG (o cualquier otro medio de alimentación o de tratamiento) en caso de que se le diagnostique EVP o en caso de perder la

consciencia permanentemente, no justificamos moralmente mantener tales tratamientos o medios. De continuar con los esfuerzos terapéuticos se viola el principio de respeto por las decisiones autónomas del paciente, se prolonga innecesariamente el proceso de muerte, prolongando únicamente la vida biológica.

Por otra parte, si la voluntad previa del paciente ha sido la de prolongar su vida biológica, se debe cumplir, en principio, estos deseos y no debe realizarse la LET. Aquí prevalecería el principio del respeto por las decisiones autónomas de las personas, que tanto énfasis se le ha dado hoy día en el ámbito clínico. Ante esta decisión y, sin abandonar el cuidado ordinario al paciente, recomendamos particular atención por parte de los profesionales de salud hacia los familiares de estos pacientes. Sin embargo, esta decisión puede acarrear conflictos éticos que merecen ponderación. ¿El deber de respetar la voluntad (autonomía del paciente, ahora en EVP) nos vincula con mayor fuerza que otros deberes que entrarían en juego? ¿Se justificaría moralmente exigirle al gobierno que sufrague los costos de este cuidado? Si no el gobierno, ¿quién? Son cuestionamientos relacionados con la distribución de recursos limitados.

Aunque reafirmamos que el racionamiento de recursos no debe ser criterio para limitar el esfuerzo terapéutico en el contexto clínico, no podemos negar que los costos económicos pueden ser un factor de carga sobre los seres queridos. Aun cuando el familiar pueda pagar los costos de mantener a un paciente en EVP, el cuidado que requiere un paciente en EVP conlleva un esfuerzo mayor, a veces, extraordinario. Nos cuestionamos tal decisión cuando, a través del uso de la tecnología, la medicina ha hecho su parte. Bajo estas condiciones, no encontramos argumento alguno para no aplicar la LET, que no sea el de mantener una vida biológica. La persona humana es más que la sola vida biológica. Es algo más que respirar, responder a estímulos y alimentarse. En ella se conjugan los rasgos y valores que la distinguen de los demás seres vivos. La persona humana utiliza su cerebro e intelecto para vivir la vida de una forma plena; con la capacidad de realizarse, de conocerse en el otro, con la capacidad de captar la realidad, explicarla y transformarla. La persona

humana puede reconocer las opciones que tiene a su alcance y escoger entre ellas para lograr sus fines. Las posibilidades médicas de que en un paciente en EVP estos rasgos resurjan, son prácticamente nulas.

Reflexión final

Es innegable que la relación clínica ha cambiado significativamente a través del tiempo, siendo hoy día más compleja. Los médicos dependen cada vez más de diferentes profesionales con destrezas técnicas y competencias profesionales diversas para diagnosticar y tratar al enfermo. Hoy día no son los familiares ni el médico de familia los acompañantes fieles del paciente sino los medicamentos y la tecnología médica. La dependencia médica de responder a una práctica altamente reglamentada conjuntamente con el reconocimiento de la voluntad del paciente en la toma de decisiones sobre tratamiento médico tal vez ha quebrantado aún más la relación médico-paciente. Hemos experimentado una transformación de la relación médico-paciente de una paternalista, antes, más de tipo familiar, a una relación cubierta con el manto jurídico, marcada no por la mutua confianza sino por la mutua desconfianza.

Las decisiones médicas que deben tomarse entre el médico y el paciente, o en su defecto, por su representante legal, se toman muchas veces inspiradas por el miedo o la desconfianza. El médico posiblemente se acerca al paciente con desconfianza por temor a ser demandado. Es posible que también el paciente desconfíe de su médico. Decisiones que pueden ser tomadas por el paciente, el familiar o su mandatario, son tomadas por un juez. El juez podrá obrar con las mejores intenciones y protegiendo los derechos e intereses del paciente, pero no deja de ser un extraño en el escenario clínico, que poco o nada conoce de los deseos, valores y preferencias del paciente.

Tanto el paternalismo absoluto como la autonomía absoluta, hacen que la relación entre el médico y el paciente (familiares) sea más de extraños y de adversarios. Ni el uso de la tecnología médica ni la imperante autonomía del paciente deben ser obstáculo para que la relación médico-paciente sea una humanizada y humanizante. Para que casos como los

de Nancy Cruzan sean menos frecuentes se exige del médico algo más que la competencia profesional. Se requiere que el médico se esfuerce por comprender la experiencia del que está sufrido y demuestre empatía ante la agonía, el proceso de despedida o de pérdida por el que atraviesa el paciente o el familiar. El profesional de la salud debe estar consciente de sus propios temores, y de que sus valores y creencias y prejuicios influyen inevitablemente en su relación con el paciente. Un buen médico debería luchar con el paciente cuando exista la probabilidad de salir adelante y debe ayudar en la decisión de los familiares o del mismo paciente, a limitar el esfuerzo terapéutico, dejando ir cuando llegue ese momento. El buen médico no debe abandonar al paciente. En una eventualidad de inconsciencia, el médico debe dialogar con el paciente o familiar sobre el diagnóstico y pronóstico de su condición utilizando un lenguaje adecuado al nivel de educación y de estado emocional en que se podría encontrar el paciente o quien lo represente. Esta conversación pausada que se realice con los familiares es una obligación aun mayor cuando se trata de pacientes que se encuentran en coma o en estado vegetativo. "En general, debemos llegar a acuerdos, a veces difíciles, con el enfermo y con sus familiares, dedicando tiempo para comunicarnos con ellos, a explicarles los límites del arte, intentando entre todos encontrar el mayor beneficio para el paciente, para que nuestras actuaciones no le hagan sufrir innecesariamente y buscando ese "momento adecuado" en el morir tan difícil de conseguir, sin pasarnos en el tratamiento y sin quedarnos cortos en nuestros esfuerzos; en el justo medio siempre está la virtud" (Álvarez, 2007: 297).

Por otra parte, el paciente tiene una responsabilidad de cuidar su salud. Ante el énfasis de exigir sus derechos y reclamar su autonomía, el paciente no debe olvidar que tiene un compromiso, al menos consigo mismo, de realizar lo médicamente indicado. El paciente (competente) debe reconocer cuándo llega al límite de las posibilidades de recuperar su salud y aceptar la muerte como el último escalón de la vida. El uso de la tecnología médica y el desarrollo vertiginoso en tratamientos médicos exige del público un conocimiento básico de ciertas condiciones de salud, y de los pronósticos basados en estadísticas y la experiencia del médico. La práctica de la medicina es un arte, no es exacta como las

matemáticas. En el ámbito clínico, podemos exigir competencia profesional pero no podemos exigir certeza absoluta.

La separación física y emocional que nos trae la muerte de un ser querido es una experiencia dolorosa. Con mayor intensidad debe experimentarse el dolor de la pérdida cuando el ser querido sigue estando con nosotros sin reconocernos y sin comunicarse, como es el caso de un paciente en EVP. Cuando la prolongación de la muerte es excesiva, las emociones del médico y la de los familiares se manifiestan. "Necesitamos sentirnos cómodos cuidando de nuestros pacientes aun cuando ya no tenemos nuevas opciones. Es conveniente para la profesión médica motivarnos e invertir tiempo en entrenarnos en el cuidado paliativo, en ética y en la comunicación, áreas que regularmente se perciben como opcionales en la carrera del médico. Vivimos momentos excitantes de la medicina. Pero no olvidemos que ningún descubrimiento terapéutico podrá privarnos de la necesidad de un juicio bueno, de la comunicación sensible y del arte de dejar ir" (Srivastana, 2007: 5).

No sabemos cómo moriremos ni cómo serán nuestros últimos días de vida. Sin embargo, podemos aliviar la carga de los que tomarán decisiones por nosotros cuando no podamos comunicarnos. Es nuestro deber dialogar con nuestros seres queridos sobre nuestros deseos, preferencias y valores relevantes para la toma de decisiones médicas que podrían tomar por nosotros. Escojamos a la persona que podrá tomar decisiones de acuerdo con nuestros valores y preferencias. Verbalicemos a esa persona y a nuestros seres queridos, lo que significa para nosotros estar vivos o vivir la vida y tener calidad de vida. Acto seguido, dejémosle saber que estamos confiados en que su decisión, sea cual sea, será la más acertada y prudente.

Evitemos que las decisiones personales, íntimas y de profundo significado, como son las relacionadas con la salud y la muerte tomen un giro desproporcionado, cayendo en manos judiciales. La educación continua en asuntos ético-médicos del profesional de la salud y de la comunidad que recibe sus servicios nos ayudará a encontrar el balance al decidir entre lo técnicamente posible y lo éticamente justificable.

Referencias

- Álvarez, J. C. (2002). La relación clínica. En J. García Férez y F. J. Alarcos (Dirs.), *10 Palabras clave en humanizar la salud* (pp.111-152). Estella (Navarra), España: Editorial Verbo Divino.
- Álvarez Pérez, J. C. (2007). Limitación del esfuerzo terapéutico. En F. J. Elizari Basterra (Dir.), *10 palabras clave ante el final de la vida* (pp.245-301). Estella (Navarra), España: Editorial Verbo Divino.
- American Medical Association Council on Ethical and Judicial Affairs. (1989). Quality of life and the withholding or withdrawing life-prolonging medical treatment. En Walter, J. J. & Shannon, T. A. (Eds.). (1990). Q*uality of Life. The New Medical Dilemma*. (pp.299-300). Mahwah, New Jersey: Paulist Press.
- Beauchamp, T. L., & ChildressJ. F. (2001). Nonmaleficence. En *Principles of Biomedical Ethics*(p.124). New York, NY: Oxford University Press, Inc.
- Colby, W. H. (2002). *Long goodbye: The deaths of Nancy Cruzan*. Carlsbad. CA: Hay House, Inc.
- Colby, W. H. (2007). *Unplugged. reclaiming our right to die in America*. New York, NY: American Management Association.
- Cowart, D. & Burt, R. (1998). Confronting Death: Who chooses, who controls? A dialogue between Dax Cowart and Robert Burt. *Hastings Center Report*, 28(1), 14-24.
- Congregación para la doctrina de la Fe. (1980). Declaración sobre la eutanasia. Recuperado dehttp://www.vatican.va/roman_curia/congregations/ cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_sp.html
- Cranford R. E. (1995). Death: definition and determination of death. En S. G. Post (Ed.). (2004). *Encyclopedia of Bioethics,* (3ra Ed.) Vol. 2, pp. 605-607). New York, NY: Macmillan Reference USA.
- Cruzan v. Director 497 U. S.261 (1990). Recuperado de http://caselaw.lp.findlaw.com/scripts/printer_friendly.pl?page=us/497/261.html
- Discurso del Santo Padre Juan Pablo II a los participantes en un Congreso sobre "Tratamientos de mantenimiento vital y estado vegetativo". (2004). Recuperado de http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/speeches /2004/march/documents/hf_jp-ii_spe_20040320_congress-fiamc_sp.html

- Ferrer, J. J. (2007). Bioética del final de la vida humana. En *Deber y deliberación. Una invitación a la bioética*. Mayagüez, PR: Editorial CePA.
- Gayá, González, L. (2006). Cuando "ni vivimos ni morimos": El caso Schiavo. *Puerto Rico Health Sciences Journal*, 25(3), 347-354.
- Hebert, L. E., Scherr, P. A., Bienias, J. L., Bennett, D. A., & Evans, D. A. (2003). Alzheimer disease in the US population. *Archives of Neurology*, 60, 119-1122. Recuperado de http://alzheimer.ucdavis.edu/outreach/wnews/pdf/1119.pdf
- Kelly, D. F. (2007a). Hydratation and nutrition. En *Medical care at the end of life. A catholic perspective*. Washington, D. C.: Georgetown University Press.
- Kelly, D. F. (2007b). Ordinary and extraordinary means. En *Medical care at the end of life. A catholic perspective*. Washington, D. C.: Georgetown University Press.
- Laureys, S. (2007). Eyes open, brain shut. *Scientific American*, 296 (5), 86-89. Recuperado de http://www.coma.ulg.ac.be/papers/vs/sci_am_07.pdf
- Shannon, T. A. (2005). The legacy of the Schiavo case. *America* 19, 17-19. Recuperado de http://www.americamagazine.org/content/article.cfm?article_id=4232
- Shannon, T. A. & Walter, J. J. (2005). Assisted nutrition and hydration and the catholic tradition. *Theological Studies* 66(3), 651-662.
- Srivastava, R. (2007). The art of letting go. *New England Journal of Medicine* 357(1), 3-5.
- The Multi-Society Task Force. (1994a). Medical aspects of the persistent vegetative state- first of two parts. *New England Journal of Medicine*, 330(21), 1499-1508.
- The Multi-Society Task Force (1994b). Medical aspects of the persistent vegetative state- second of two parts. *New England Journal of Medicine*, 330(22), 1572-1579.
- Wijdicks, Eelco, F. M. (2006). Minimally conscious state vs persistent vegetative state: The case of Terry (Wallis) vs the Case of Terri (Schiavo). *Mayo Clinic Proceedings,* 81(9), 1155-1158.

Consulta Sobre la Inclusión de una Clausula de Selección de Foro Judicial en el Consentimiento Informado en un Hospital Privado en Puerto Rico

Junta Asesora de Bioética
del Gobierno de Puerto Rico
Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Departamento de Salud
Opinion 1
26 de enero de 2008

La consulta de este caso se origina en la Oficina del Gobernador mediante carta del Asesor Legal y de Seguridad Pública del Gobernador, a la Junta Asesora de Bioética (JAB) de Puerto Rico. La consulta se hace respondiendo a un planteamiento al Gobernador de un ciudadano, residente en los Estados Unidos, quien en carta del 27 de noviembre de 2007, solicita su intervención para que se detenga lo que él señala es "un atropello contra su persona y todos los puertorriqueños", por considerar ilegal la práctica de un hospital privado en Puerto Rico de incluir en el documento de consentimiento informado una cláusula en la "que me obligan a demandar solamente en la corte que ellos, por su cuenta, han seleccionado."

En su carta, el Asesor Legal nos expresa lo siguiente: "Por todo lo anterior, es menester que se evalúe la práctica de solicitar a pacientes que van a ser operados o a recibir cualquier otro tipo de procedimientos médicos, que firmen cláusulas de selección de foro, u otras, ante la eventualidad de una reclamación por daños y perjuicios. Así, le agradeceríamos a la Junta de Bioética sus recomendaciones de política pública sobre este particular."

Hechos

Un ciudadano residente en los Estados Unidos, al cual se le ha diagnosticado cáncer de próstata en noviembre de 2005, se le aconseja, en un hospital privado en Puerto Rico, someterse a una cirugía radical urgente para la remoción de la glándula prostática (prostatectomía retropúbica radical). El paciente acepta someterse al procedimiento quirúrgico, y como es práctica generalizada en los hospitales, se le pide que firme unos formularios de consentimiento. En uno de los formularios, el paciente expresa que él autoriza a que se le remueva la próstata, y en el otro formulario, el paciente autoriza que le apliquen anestesia general. En ambos documentos de consentimiento, se incluyen por escrito las posibles consecuencias, tanto de la prostatectomía radical, como de la administración de anestesia general. El paciente indica que el hospital "me obligó a firmar unos papeles que a mí nunca me explicaron donde después, según ellos, resultó que me obligan a demandar solamente en la corte que ellos, por su cuenta, han seleccionado." El paciente indica en su carta que: "En la operación sufrí una hemorragia que resultó en un derrame cerebral y actualmente estoy incapacitado."

El consentimiento para anestesia y sedación se otorgó el 16 de febrero de 2006 y el consentimiento quirúrgico se otorgó el día 21 de febrero del 2006, justamente el mismo día en que se le realiza la operación al paciente. En ambos formularios de consentimiento que el paciente firmó se incluye una cláusula que dice, en negritas, lo siguiente: En la eventualidad de que por acción u omisión considere que se me han causado daños físicos, emocionales o económicos, expresamente acuerdo someterme a la jurisdicción del Tribunal de Primera Instancia del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, para cualquier posible reclamación.

La inclusión de esa cláusula responde a una práctica conocida técnicamente como "selección de foro". La selección de foro (según explica el laudo del Juez que intervino en la demanda por impericia que este paciente interpuso en la Corte Federal) es perfectamente legal entre dos contratantes que voluntariamente estipulan que en caso de demandas judiciales, el caso se vería en una jurisdicción previamente acordada por ambos contratantes.

Análisis bioético

El caso descrito arriba se puede analizar desde la perspectiva de la disciplina y práctica de la bioética en los escenarios clínicos. El issue bioético fundamental planteado se refiere al principio de respeto a la dignidad y autonomía del paciente y la búsqueda de su bienestar. También se pueden identificar otros issues bioéticos como los derechos del paciente; los derechos y deberes de los profesionales de la salud; el paternalismo médico vs. el derecho a la autodeterminación del paciente; los posibles conflictos de lealtad y de interés; y la injerencia de terceros en las decisiones relacionadas con la salud. Los hechos parecen sugerir que el paciente ejerció su derecho de autodeterminación al autorizar que se le realizara un procedimiento quirúrgico. Las circunstancias del caso autorizarían a pensar que el ejercicio de su autonomía para autorizar la intervención médica estuvo mediatizada, o quizás condicionada, a que aceptara una cláusula que, de facto, le limitaría su libertad como ciudadano a exigir reparación por daños (como efectivamente ocurrió) en el foro que el paciente estimara más apropiado.

El término "consentimiento informado" apareció por primera vez en 1957 (Reich, 2004). El concepto de consentimiento informado responde éticamente al Principio de Respeto a la Autonomía de la Persona del Paciente y se implementa como el proceso mediante el cual se le informa al paciente los hallazgos diagnósticos relacionados con su condición; se provee el tiempo y espacio necesario para contestar las preguntas y aclarar las dudas del paciente. Además de cerciorarse, el profesional médico, que su paciente entiende lo que se le ha comunicado; se discuten las opciones de tratamiento con sus ventajas, desventajas y posibles

riesgos y complicaciones; y finalmente se obtiene el consentimiento del paciente respecto a las acciones a seguir cerciorándose que es un consentimiento libre de coacción e intimidación. Se trata de balancear este principio frente a los principios de no-maleficencia y beneficencia, los cuales llevados a su extremo, se pueden convertir en una justificación del paternalismo médico.

Si bien es cierto que la doctrina del consentimiento informado entra en la ética clínica por medio de las decisiones de los tribunales, a partir, sobre todo, del famoso fallo del Juez Cardozo en el caso de Schloendorff v. Society of New York Hospital, 211 N.Y. 125, 105 N.E. 92 (1914), en el que el juez expresó: *"Every human being of adult years and sound mind has a right to determine what shall be done with his own body..."* y de otros casos posteriores como por ejemplo: Canterbury v. Spence (1972); Johnson v. Kokemoor (1996); Arato v. Avedon (1993); Truman v. Thomas (1980); Moore v. Regents of the University of California (1990); Tisdale v. Pruitt, Jr., M.D. (1990) y otros (Furrow, 2004; Beauchamp y Childress, 2001), no es menos cierto que el consentimiento informado se sienta sobre sólidas bases antropológicas y no sólo legales.

La autonomía de las personas está en el corazón mismo de la vida moral. Una persona autónoma es un individuo capaz de deliberar sobre sus fines personales y actuar en esa dirección. Respetar la autonomía significa considerar opiniones y elecciones de la persona y abstenerse de poner obstáculos a sus acciones, a no ser que estas sean claramente perjudiciales a los demás. Repudiar sus criterios, negar o retener la información que se requiere para formular un juicio, es negar la libertad de la persona y faltarle el respeto a un agente autónomo. La indebida limitación de la autonomía constituye una grave lesión a la dignidad de las personas, en cuanto limita su facultad para autodeterminarse conforme a su cosmovisión, valores y proyectos de vida. Lesiona, pues, la capacidad de las personas para obrar en conformidad con su calidad de genuinos agentes morales que son sujetos de una biografía que ellos mismos tienen el derecho de escribir. "

El médico de familia y geriatra, ex - Secretario de Salud de Puerto Rico y miembro de la JAB, Dr. Luis Izquierdo Mora, ha expresado, refiriéndose a situaciones como las que nos concierne, lo siguiente: "El paciente constituye la razón de ser del médico y de que éste es el eje central y la razón de ser de los servicios de salud… El paciente no es un caso, ni algo atado a una máquina, ni una enfermedad, ni un afiche, ni un número, ni una serie, ni una estadística, ni un órgano, ni un sistema, ni un objeto, ni un aparato, ni un dato cosificado y sí un ser humano de carne y hueso que tiene nombre y apellidos, hecho a la imagen y semejanza de Dios, con sus componentes físico, mental, social y espiritual, único e irrepetible… En el ambiente de los hospitales hace falta mucho trabajo para humanizar los servicios a todos los niveles. El médico de cabecera debe ser el responsable de verificar toda nota y toda orden." (Izquierdo Mora, 2007)

Varios autores han argumentado que la Doctrina de Consentimiento Informado puede tener seis funciones (Walter, 2004; Capron, 1974):

1. Proteger la autonomía individual.

2. Proteger la condición de ser humano del paciente.

3. Evitar el fraude y el abuso.

4. Estimular a los médicos a considerar con cuidado sus decisiones.

5. Propiciar la toma de decisiones racional por el paciente.

6. Involucrar el público en general en la medicina.

En su informe de 1982, la *President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research* identificó dos valores, la promoción del bienestar del paciente y el respeto por la autodeterminación del paciente, como esenciales en guiar el proceso de toma de decisiones en la relación paciente – profesional y en determinar el éxito de una interacción o intervención

particular. Este respeto por la libre determinación o autonomía requiere que el paciente esté libre de coacción y manipulación durante el proceso de tomar sus decisiones sobre su salud. (Mappes y Davis 2001; Deveterre, 2000)

Fortalecer la autonomía del paciente se dirige a proteger el paciente del abuso y explotación que podría sufrir por lo vulnerable que lo hace su condición de enfermo. El ámbito médico no es uno en el que se den condiciones de igualdad entre las partes, por eso es que la tradición humanística y ética de la profesión médica ha reconocido esta desigualdad y asimetría en la relación paciente – médico y ha propiciado la protección del paciente frente a esta vulnerabilidad. La firma de un documento de consentimiento debe ser la culminación de un proceso de comunicación entre el médico y su paciente que se certifica con la firma de un documento como evidencia. Introducir elementos legales como el de la cláusula de selección de foro, lejos de proteger al paciente, lo que hace es aprovecharse de la vulnerabilidad para incorporar un elemento ajeno a su salud que beneficia a la institución en la que se realiza el procedimiento.

El consentimiento informado es un ingrediente necesario en el buen cuidado del paciente. El profesional o médico que carezca de la actitud de informar apropiadamente a sus pacientes y familiares, y obtener su consentimiento no tiene la competencia para ejercer la práctica de la profesión. Se es competente como médico o se es un profesional completo cuando se tienen los conocimientos, las destrezas y las actitudes (afectos, valores y voluntad) propias de la profesión. El consentimiento informado es parte del cuidado del paciente, no un legalismo burocrático.

Hay una manera efectiva de operacionalizar este proceso según describe Howard Brody, al sugerir el estándar de transparencia que consiste en tres pasos: primero, el médico comparte su pensamiento con el paciente; segundo, estimula preguntas del paciente y las contesta; y tercero, debe identificar el grado de participación que el paciente desea tener y propiciarlo. El mensaje que Brody quiere transmitir a los médicos es que éstos se protegen más legalmente, si conversan con los pacientes de una manera que

se propicie su participación en el proceso de tomar decisiones médicas y, más aún, que el paciente pueda entender el racional que usó el médico para llegar al tratamiento recomendado (Steinbock, Arras y London, 2003)

El consentimiento de un paciente es éticamente válido y sustentable cuando dicho consentimiento se otorga sobre la base de que la persona del paciente haya recibido la información completa relativa a los riesgos, ventajas y beneficios del procedimiento recomendado, así como las ventajas, desventajas, limitaciones y riesgos de opciones alternas a lo recomendado. En el caso objeto de análisis, el hecho de que el mismo día de la operación se le pida al paciente que firme un documento de consentimiento al cual se la añade una cláusula de selección de foro --ajena al propósito médico para el cual el paciente daba su autorización-- equivale a incorporar una "píldora envenenada" en el formulario.

El hecho de que la selección de foro sea una práctica legitimada por la jurisprudencia establecida para casos de contratación, no significa que esa práctica sea análoga a la relación médico - paciente que, de acuerdo a la bioética, se funda en una relación fiduciaria de confianza, buena fe y respeto a los principios de dignidad del paciente y la tradición hipocrática de la medicina. No se puede comparar el convenio entre el médico y su paciente con cualquier contrato comercial entre partes iguales. No se trata de la compra de un carro o el arreglo de un techo, sino de la salud y la vida de un ser humano.

Si se alegara que esta cláusula puede formar parte del consentimiento informado en la relación médico - paciente, se esperaría entonces que el cirujano explicara las implicaciones de la selección de foro. Pero eso ya no sería una opinión médica y se requeriría la presencia del asesor legal de la institución y del paciente. El interés beneficente del médico, que significa que su lealtad primaria es hacia la persona del paciente, queda en entredicho al requerirle al paciente que firme una cláusula a favor de la institución hospitalaria para la que el cirujano trabaja. Esta situación coloca al médico en una posición de conflicto de lealtades. Como se ha concluido en la literatura bioética clínica, la medicina a la defensiva es una práctica anti-ética.

Donde la relación del paciente y el hospital (y el cirujano) es una asimétrica, en la que la vulnerabilidad del paciente con diagnóstico de cáncer es manifiesta, no es evidente que se le permitiera al paciente el pleno ejercicio de su autodeterminación. Un consentimiento logrado por intimidación, por manipulación, u otorgado en circunstancias de indefensión personal, es una práctica patentemente anti-ética. Alegar que es legal el formulario firmado en este caso, no resuelve el imperativo moral de que a las personas hay que respetarlas en su dignidad, sobre todo, cuando esas personas están en condiciones de desventaja psicológica. La presunta validez legal no le confiere dignidad ética a esa práctica. La opción de selección de foro será legal y aplicable a una relación contractual voluntariamente asumida en otros contextos y para otros propósitos, pero incorporarla en el contexto y el momento de otorgar consentimiento para una intervención médica, no es moral. La cláusula que limita la selección de foros para reclamar amparo en la eventualidad de posibles daños, que es el punto de la consulta, tiene todos los visos de ser una indebida limitación de los derechos del paciente.

Percibimos dos desfiguraciones básicas del concepto del consentimiento informado en la praxis clínica actual y que se ven reflejadas en el caso que nos ha sido remitido desde la Oficina del Gobernador. *La primera* viene de la práctica defensiva de la medicina. El consentimiento informado y su documentación en un formulario se ven como una defensa, un documento para protegerse de posibles litigios judiciales por futuras reclamaciones. De ahí que se tienda a veces a introducir cláusulas exculpatorias o limitantes de los derechos a futuras reclamaciones. Dichas cláusulas son contrarias al significado fundamental del consentimiento informado. El consentimiento informado no es un papel, es un proceso de comunicación entre el profesional de la salud y su paciente, encaminado a la educación del paciente para que éste pueda ejercer su derecho a la autonomía en la toma de decisiones acerca de su cuidado clínico.

La segunda, igualmente preocupante desde nuestro punto de vista, es la *reducción legalista*, la mentalidad que se conoce en inglés como

compliance ethics. El consentimiento informado se reduce a un trámite legal, meramente burocrático. En el mejor de los casos el mismo médico explica lo necesario, para cumplir con el reglamento. En el peor, y por desgracia no insólito, un empleado administrativo suministra los formularios para que el paciente o su representante legal los firmen, sin que haya mediado un adecuado flujo de comunicación entre el médico y su paciente o sus legítimos representantes.

En nuestra opinión, es preciso superar estas actitudes reduccionistas, que son moralmente deficitarias. Debe quedar claro que más allá de un requerimiento legal, el consentimiento informado es una herramienta de protección, tanto para el paciente, como para los proveedores de servicios de cuidado de la salud. Para ello es preciso promover una educación continua, tanto legal como estrictamente ética, sobre el verdadero significado de la doctrina del consentimiento informado que no mira en primer lugar a la protección del médico o del hospital de cara a posibles demandas, sino que quiere proteger el derecho a la autonomía y al autogobierno que tenemos todos. También cuando necesitamos recibir atención médica y hospitalaria.

Recomendaciones

Que la política pública del Estado Libre Asociado de Puerto Rico reconozca y apoye el proceso de consentimiento informado como uno dirigido a proteger y propiciar el ejercicio de la autonomía y dignidad de la persona del paciente, la búsqueda de su bienestar, y que debe estar libre de coacción y condiciones limitantes.

Que el Tribunal Examinador de Médicos y las juntas examinadoras de otras profesiones de la salud exijan en sus requisitos de licenciamiento no sólo una comprobada competencia, que incluye conocimientos, destrezas y actitudes en el proceso de consentimiento informado, sino más aún, en la conciencia bioética profesional que sería la capacidad para reconocer problemas o sentir, juzgar, razonar y actuar en conformidad con los valores éticos de la profesión y en la capacidad de comunicarse.

Que las escuelas profesionales de todas las profesiones de la salud revisen sus currículos para asegurarse que los mismos contienen el material educativo y las experiencias clínicas necesarias para desarrollar en los profesionales de la salud la competencia y la conciencia bioética profesional a la que nos referimos anteriormente, además de la capacidad de comunicarse.

Que se activen o revitalicen los mecanismos de deliberación ética en los escenarios de salud, como son los comités de ética hospitalarios y las juntas de revisión institucional (IRB's en inglés), de manera que se puedan prevenir situaciones de conflicto ético que comprometan los derechos del paciente y los cánones de los códigos de ética profesional. Fomentar la comunicación entre el médico de cabecera y el paciente y su familia como parte de la operacionalización del proceso de consentimiento informado, en particular y el cuidado de la salud, en general, es una de las tareas de estos comités de ética.

Que el Departamento de Salud establezca, mediante reglamentación, los componentes apropiados de un consentimiento informado. Se trata de un proceso de comunicación, no de un formulario, que consta de tres elementos fundamentales: información, comprensión y voluntariedad; que debe estar libre de elementos condicionantes y limitantes que puedan atentar e influenciar contra la libre elección de un paciente respecto a su tratamiento; el mismo, debe ser llevado a cabo por el médico de cabecera o consultor correspondiente y no por un estudiante o personal administrativo o legal. Cláusulas legales, como la de selección de foro, no deben formar parte de un consentimiento informado en el campo de la medicina y la salud.

Que el Departamento de Salud comunique a los profesionales de la salud y las organizaciones e instituciones que provean servicios de salud, información sobre estos aspectos éticos y reglamentarios y que los mismos sean parte del proceso de licenciar y acreditar estos profesionales y organizaciones e instituciones.

Que, dado que el proceso de consentimiento informado requiere tiempo del profesional de la salud para comunicarse efectivamente con el

paciente y su familia, los intermediarios pagadores incluirán en los honorarios profesionales este aspecto y se les compensará apropiadamente.

Que se exija de los proveedores de servicios de salud contratados por el Gobierno de Puerto Rico, el cumplimiento de la reglamentación del Departamento de Salud que se recomienda anteriormente; y la no inclusión de este tipo de cláusula en los formularios de consentimiento informado.

Referencias

- Beauchamp, L. Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics,* **(**5 th. Ed.) (P. 57- 112) New York: Oxford University Press.
- *Berg, J.W.* Appelbaum, P. S. Lidz, C. W. (2001). *Informed consent: legal theory and clinical practice.* **(**2nd Ed.), New York: Oxford University Press.
- Capron, A. (1974). Informed consent in catastrophic disease research and treatment. *University of Pennsylvania Law Review* 340, 365-76.
- Devettere, R. (2000). *Practical decision making in health care ethics, cases & concepts.* **(** 2nd Ed.) (99-111) Washington, D.C.: Georgetown University Press.
- Fábregas, S., Rodríguez, P. & Ferrer, J. J. (1997). Contribución de la comunicación de salud a la bioética clínica**.** *PR Health Sciences Journal*, Vol. 17, No. 1.
- Fábregas, S., Kreps, G. (March, 1999). Bioethics committees, a health communication approach. *Puerto Rico Health Sciences Journal,* Vol. 18, No. 1.
- Ferrer, J. J. (2007). *Deber y deliberación. Una invitación a la bioética.* Centro de Publicaciones Académicas, UPR-RUM., 143- 167.
- Furrow, B. Greaney, T. & Johnson, S. (2004). *Cases, Materials and Problems*, (5th Ed.) (p. 356-412). American Casebook Series. Boston: Thomson & West.
- Gracía G. D. **(**1989). *Fundamentos de bioética*, Madrid: EUDEMA, S.A., 151-197.

- Izquierdo, L. (2007). *Como el buen samaritano: Se sirve sirviendo,* 164.Recuperado de http://www.asocmedpr.org/contenido/MAIN%20MOSAICO.PDF
- Mappes, T. A. DeGrazia, D. (2001). *Biomedical ethics*. **(**5th Ed.) (pp. 93-108) Boston: McGraw Hill.
- Reich, T. W. (2004). *Encyclopedia of bioethics*. (3rd Ed.) New York: Columbia University Press.
- Steinbock, B. Arras, J. D. John, A. (2003). *Ethical issues in modern medicine.* (6th Ed.) (pp. 83-106) Boston: McGraw Hill.

Consulta Sobre "Dumping" de Pacientes de Hospitales Privados al Centro Médico y al Hospital Estatal de Psiquiatría

Junta Asesora de Bioética
Departamento de Salud
Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Opinión 2
26 de septiembre de 2008

La consulta sobre esta situación se origina en la Oficina del Gobernador mediante carta del Asesor Legal y de Seguridad Pública del Gobernador, a la Junta Asesora de Bioética (JAB) de Puerto Rico. Según se indica en dicha carta, la consulta responde a "…la preocupación que tenemos con que algunas instituciones médico-hospitalarias no están brindando la atención médica que corresponde a aquellos ciudadanos que llegan a sus salas de emergencias, y en cambio los trasladan precipitadamente al Centro Médico de Puerto Rico o al Hospital de Psiquiatría, sin haberlos estabilizado adecuadamente o haberles provisto de la atención médica que correspondía. Este proceder, también conocido como *dumping,* genera, entre otros problemas, la sobre carga de pacientes tanto en el Centro Médico como en el Hospital de Psiquiatría."

También plantea en su carta el Asesor Legal que: "…somos conscientes que nuestro estado de derecho obliga a toda institución médico-hospitalaria a brindar asistencia médica y a estabilizar a las personas que lleguen a sus salas de emergencias con necesidad de atención médica. Sin embargo, consideramos necesario que se evalúen los estándares bajo los que se determina que un paciente está estable para ser trasladado al principal centro de servicios médicos del país. Nos preocupa que exista una práctica por parte de algunas instituciones médico-hospitalarias privadas de trasladar precipitadamente a los ciudadanos hacia las instituciones médico-hospitalarias del Estado sin ni siquiera estabilizarlos adecuadamente, incumpliendo con su responsabilidad hacia aquellos ciudadanos que se encuentran en su estado de salud más vulnerable."

Finalmente, el Asesor Legal del Gobernador solicita a la JAB lo siguiente: "Así, le agradeceríamos a la Junta de Bioética que evalúe esta práctica, las motivaciones de la misma y nos provea con sus recomendaciones de política pública sobre este particular."

Contexto

A partir de la consulta de la Oficina del Gobernador, se organizaron vistas pùblicas para conocer la opinión de las partes involucradas y se revisó la literatura pertinente al tema. De la consulta de la Oficina del Gobernador y de las presentaciones de los representantes de las agencias y organizaciones consultadas, se desprende una preocupación fundada: El traslado selectivo de los pacientes que deberían haber sido atendidos en otras instituciones hospitalarias contribuye a la sobrecarga de pacientes en el Centro Médico y el Hospital Estatal de Psiquiatría. Se está incurriendo en la práctica conocida en inglés como *dumping* de pacientes.

El *dumping* puede definirse como el traslado, transferencia o desvío inapropiados e ilegales de pacientes, sin haberles prestado las atenciones requeridas por ley. Dicha práctica no solo es ilegal, sino que también plantea serias reservas de índole ética. Bajo el término *dumping* se incluyen diversas situaciones en las que se deniegan los servicios que un paciente necesita y a los que tiene derecho. El *dumping* se configura cuando se da de alta prematuramente

a un paciente, con el fin de evitar gastos o sencillamente porque no aparece la persona o la compañía de seguro médico que se haría cargo de pagar por los servicios que el paciente requiere. Conforme a la bibliografía sobre este tema, también ocurre *dumping* cuando un paciente que requiere cuidado prolongado o está en estado crítico, se transfiere de un hospital a otro, normalmente de uno privado a otro público, sin haberle prestado la atención médica requerida por ley, con el propósito de minimizar gastos (Hisnanick, 2001). La ley requiere que el paciente sea evaluado y estabilizado antes de ser trasladado a otro hospital, sin importar su situación económica ni cual sea su seguro médico (incluso, en ausencia total de cobertura de seguro médico).

Razones de sensibilidad ética y de política pública de protección de los socialmente desvalidos, han llevado a las sociedades democráticas a legislar para proteger a personas vulnerables de la práctica de desvío inapropiado de los pacientes. Aparte de la inhumanidad e insensibilidad ética evidente en tales actos, preocupa el hecho de que las instituciones hospitalarias puertorriqueñas que incurran inapropiadamente en esa práctica, lo hacen a sabiendas de que violan lo estipulado por la Ley Federal COBRA, ley aprobada por el Congreso de los Estados Unidos y firmada por el Presidente Reagan en 1986. Desde que fuera enmendada en 1994, dicha ley se conoce como Ley EMTALA (*Emergency Medical Treatment and Labor Act)*. En Puerto Rico, se aprobó la Ley 35 de 28 de junio de 1994, para prohibir dicha práctica y se identifican en esa ley las sanciones que se aplicarían a hospitales y médicos que incurran en el llamado *dumping* de pacientes.

Los objetivos básicos de la ley federal y puertorriqueña son los siguientes: 1) Proveer "una primera respuesta adecuada a crisis médicas de cualquier paciente" *(adequate first response to medical crisis for all patients*); y 2) "Prevenir el *dumping* de pacientes médicamente indigentes" *(to prevent hospitals from dumping indigent patients).* La Ley EMTALA especifica que cuando un paciente aparezca en una instalación hospitalaria requiriendo y necesitando servicios de emergencia médica, dicha instalación deberá hacer un examen de cernimiento, determinar si efectivamente hay una condición de emergencia y estabilizar al paciente. Podría trasladarlo adecuadamente a otro hospital siempre que ese otro hospital acceda a recibirlo (previa notificación al efecto) y si el traslado mismo atiende el mejor interés del

paciente. La Ley destaca, sobre todo, la importancia de las precauciones y cuidados que se deben observar en el caso de mujeres parturientas que requieran traslado a otra institución. Advierte el estatuto que a dichas pacientes no se deberán trasladar, si con ello se pone en riesgo su salud y la del feto.

La Ley EMTALA advierte a los hospitales que la atención al paciente se deberá ofrecer *independientemente de la capacidad de pago del paciente.* Dicha atención no se debe dilatar con el fin de verificar si el paciente tiene planes médicos, o en espera de determinar si alguien en su familia se va a responsabilizar de los costos de los servicios que necesita. Se reconoce que es razonable pensar que una institución hospitalaria interese recuperar los costos en que incurra para ofrecer los cuidados necesarios. Pero si no aparece quién se haga cargo del pago del importe de los servicios, el hospital sigue teniendo la obligación legal y ética de examinarlo, estabilizarlo y cumplir con las precauciones en el traslado a otra institución hospitalaria, previa autorización del paciente.

La prensa norteamericana ha dado cuenta de casos frecuentes de pacientes indigentes (deambulantes, pacientes sin seguro médico, o sub-asegurados, inmigrantes ilegales, adictos a drogas, pacientes mentales) a quienes se envía - en taxi, o en ambulancias que no son del hospital - a hospitales públicos, o a instituciones sin fines de lucro que ofrecen servicios de caridad. Las razones son obvias: los hospitales que trasladan a los pacientes sin atenderlos debidamente, no quieren cargar con los costos que implica atender a pacientes en crisis, cuyos cuidados pudieran ser costosos y que significan pérdidas económicas para la institución hospitalaria que los rechaza y transfiere.

La frecuencia de rechazo de esos pacientes se ha incrementado desde que se ha generalizado el modelo de *"managed care"* tanto en los Estados Unidos como en Puerto Rico. Tal práctica de rechazo y desvío inapropiado de pacientes tiene evidentes consecuencias sociales, legales y principalmente éticas.

Hechos

La JAB del Gobierno de Puerto Rico llevó a cabo unas audiencias para recabar información sobre los hechos relativos a los casos de *dumping* en

Puerto Rico. Además de escuchar la opinión de representantes administrativos de las agencias públicas concernidas (Departamento de Salud (DS), Administración de Servicios Médicos (ASEM-Centro Médico), Administración de Seguro de Salud del Gobierno de Puerto Rico (ASES), Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción (ASSMCA), la Oficina de la Procuradora del Paciente (OPP), el Cuerpo de Emergencias Médicas de PR (CEMPR) y la Oficina de la Comisionada de Seguros (OCS), que pudieran disponer de información que corrobore si efectivamente la práctica de *dumping* de pacientes existe en Puerto Rico y cuál es su frecuencia y modalidad. En aras de obtener el mayor balance de datos y opiniones posibles la JAB también invitó a deponer a tres organizaciones privadas relacionadas con esta problemática: el Colegio de Médicos-Cirujanos de Puerto Rico (CMCPR); la Asociación de Hospitales (AH) y ACODESE, la asociación que agrupa las compañías de seguros. La AH envió una ponencia escrita esbozando su posición ante el problema. Ni el CMCPR ni ACODESE enviaron sus ponencias.

Para facilitar este proceso, la JAB formuló varias interrogantes o preguntas-guía a los representantes de las agencias y organizaciones consultadas. Los párrafos que siguen resumen dichas respuestas.

Las agencias definen la práctica del *dumping* utilizando la definición de EMTALA. Para referirse a este fenómeno usan vocablos tales como desvío, transferencia, traslado inapropiado o contrario a la ley, o traslados hechos porque el hospital no cuenta con una lista de guardia o cuando el hospital no llama al médico consultor para atender la emergencia.

Algunas agencias, como el CEMPR, confirman que efectivamente el *dumping* es un problema serio en Puerto Rico. El CEMPR, en su informe, describe como práctica frecuente lo que llama "el secuestro de ambulancias" del Estado en los predios de los hospitales adonde se han desviado algunos pacientes. Los médicos del hospital que recibe, ordenan que el paciente trasladado permanezca en la camilla de la ambulancia en que vino, a veces hasta el día siguiente. Entienden los paramédicos del CEMPR que esta acción es una especie de represalia contra el CEMPR para que en ocasiones futuras no envíe este tipo de pacientes

a ese hospital. Obsérvese que en este caso, el hospital que recibe al paciente manifiesta rechazo al traslado por las mismas razones que el que desvía hacia otro hospital privado.

Los datos de los que disponen las agencias (cuyos funcionarios fueron entrevistados) no permiten, sin embargo, detectar cuán extendida está la práctica del *dumping,* pues no se dispone de un buen sistema de información al respecto. A pesar de que ASEM tiene a la mano datos respecto al número de pacientes trasladados para ser atendidos en su sala de emergencias durante el año, no se precisa cuántos de esos casos son de *dumping*.

El Hospital Estatal de Psiquiatría tampoco cuenta con datos que permitan concluir que haya casos de *dumping* de pacientes mentales, a pesar de que opera la única sala de emergencia psiquiátrica del país. Sin embargo, sí se puede constatar que un por ciento significativo de pacientes de las organizaciones para el manejo de la salud (MBHO's por sus siglas en inglés) contratados por ASES acude a dicha sala de emergencia, con o sin referido, a pesar de que esos MBHO's tienen contratos de hospitalización con hospitales psiquiátricos privados. También se sabe que ASSMCA tiene dificultades serias en recobrar el costo de la hospitalización, una vez se han prestado los servicios de sala de emergencia, por lo que parece, que el Gobierno termina pagando por partida doble el servicio a esos pacientes. Primero, contrata con los MBHO's a través de ASES y luego termina proveyendo el servicio sin recuperar su importe, en la sala de emergencia del Hospital Estatal de Psiquiatría.

En las audiencias también se mencionaron incidentes de desvío en casos de pacientes de reforma; casos de cubierta médica insuficiente; pacientes bajo custodia del Estado (casos psiquiátricos, sumariados, confinados); de adictos a drogas, ancianos, inmigrantes ilegales, clientes de ACAA y de la Corporación del Fondo del Seguro del Estado. Se han dado casos de pacientes que son desviados desde la misma entrada, o *triage*, del hospital. Otras veces se ha persuadido al paciente para que acepte que se le transfiera al Centro Médico. La transferencia se hace después con información "no verídica o alterada para cumplir con criterios de aceptación". También ocurre *dumping* cuando se demora o no se efectúa el cernimiento médico

adecuado, cuando se documenta erróneamente y se omite información en el momento del traslado. El *dumping* implica la oferta de servicios diferentes ante situaciones y condiciones parecidas (disparidad de tratamientos), lo que constituye una crasa y gravísima violación del principio de justicia distributiva. No se debería olvidar que la justicia distributiva constituye uno de los requisitos más fundamentales de un ordenamiento social moralmente legitimado.

Los factores que parecen contribuir o propiciar esta práctica incluyen los siguientes: 1) los pacientes que carecen de seguro médico o de un seguro médico apetecible para el proveedor; 2) el hospital que refiere no tiene las facilidades o personal especializado necesario ara atender adecuadamente las necesidades del enfermo; 3) la práctica defensiva de la medicina, es decir, el temor a una demanda por impericia; 4) el hecho de que los hospitales y médicos saben que una vez transferidos al Centro Médico, estos pacientes no serán rechazados gracias a la política de no discrimen que practica el Centro Médico de Puerto Rico.

Las condiciones o diagnósticos que con más frecuencia se observa que son referidos al Centro Médico, en orden de ocurrencia, son casos de: trauma a la cabeza, fracturas de extremidades, fracturas de cadera, politraumatizados, pulmonías, accidentes cerebrovasculares, la urología, ureterolitiasis, hidronefrosis, torsiones de testículos, en oftalmología, trauma, fractura de órbita, cuerpo extraño, desprendimiento de retina, laceraciones de cornea, en lesiones complicadas de piel, quemaduras, tenosinovitis, úlceras de piel infectadas; tumores de cerebro, fallo renal y sangramiento del sistema gastrointestinal alto. Según ASEM: "Las condiciones o diagnósticos que con más frecuencia se observan en el *dumping* son: 1) Casos de trauma sin indicaciones absolutas (que se pueden manejar en el origen); 2) Casos de Medicina Interna que se pueden manejar en hospitales de la comunidad; 3) Casos de pacientes con potencial muerte cerebral que el hospital teniendo los recursos lo envía al Centro Médico para hacer tal determinación." Cabe preguntarse, y nos parece que debe ser motivo de investigación, cuántos de estos diagnósticos y condiciones deberían ser tratados en una institución hospitalaria que esté debidamente licenciada y acreditada de manera que no se refieran al Centro Médico.

Esta práctica tiene consecuencias para el paciente, su familia y el sistema de cuidado de la salud, tales como: riesgos para la salud y vida del paciente debido a la demora en atenderlo, la saturación de las salas de emergencias de ASEM, el retraso en servicios, el aumento en los costos, las complicaciones médicas, el riesgo de reclamaciones y demandas, el aumento de la insatisfacción y la justificada percepción de una pobre calidad de los servicios de salud en situaciones de emergencias.

El costo de esta práctica parece ser millonario, aunque los entrevistados no proveyeron estimados precisos. No se pudo precisar la capitación pagada a empresas privadas para cubrir estos gastos. Sólo se destacó el dato de que el monto de la capitación varía de una región a otra. Los funcionarios que testificaron ante la JAB no tenían conocimientos de los datos económicos relacionados con esta práctica. Sin embargo, parecería que esta práctica podría constituir un peso significativo para las arcas del Estado. Sería importante que el asunto se estudiase para afinar los datos y cuantificar el costo del *dumping* para el Estado en la medida de lo posible. Se trata de un elemento con peso bioético. Si el Estado paga dos veces por un servicio, estaríamos ante un uso inapropiado de recursos públicos escasos. Aunque no tenemos datos específicos, no parece irrazonable pensar que ésta sea en demasiados casos la situación.

Los representantes de las distintas agencias hicieron las siguientes recomendaciones para lidiar con el problema del *dumping:*

1. Que la Secretaría Auxiliar para Reglamentación y Acreditación de Facilidades de Salud (SARAFS) asuma un rol más activo en velar por el cumplimiento de la ley 35 de Puerto Rico y la Ley EMTALA y que pueda litigar directamente en los Tribunales sin tener que referir los casos al Departamento de Justicia.

2. Que el Departamento de Salud (DS) establezca un sistema de vigilancia para identificar casos de *dumping* (diseño de protocolos que incluya una forma oficial accesible en los hospitales, para que los ciudadanos informen de cualquier incidente).

3. Que el DS publique los nombres de los hospitales que han incurrido en la práctica frecuente de *dumping*.

4. Que se oriente a los ciudadanos sobre mecanismos de queja para denunciar esta situación (*dumping*.)

5. Que se haga compulsoria la explicación de la ley, incluyendo el estatuto anti- *dumping,* en las salas de emergencias, tal y como se hace con otras leyes.

6. Que se legisle para aumentar las penalidades económicas a los hospitales y a los médicos incursos en la práctica del *dumping*.

En las audiencias que la JAB celebró sobre el tema, se hizo claro que todo acto de traslado de pacientes no es necesariamente un caso de *dumping*. De hecho, el traslado de pacientes entre hospitales es una práctica frecuente y legítima cuando hay razones para enviar a pacientes adonde se les pueda dar la mejor atención. En situaciones en las cuales el hospital que recibe a pacientes necesitados de atención de emergencia no tiene el personal especializado (o los equipos necesarios), podría justificarse el traslado de pacientes siempre que se haya documentado la intención beneficente del hospital en atender al paciente a pesar de las limitaciones.

Entre las limitaciones más señaladas, algunos administradores de hospitales alegan que no tienen médicos especializados de guardia para ofrecer servicios de consulta médica en situaciones de emergencias, ya que esa no es una obligación incluida en el contrato de afiliación para tener privilegios en el hospital. Alegan, además, que si se les exige como condición de contratación el que los especialistas estén disponibles de guardia para servicios de emergencia, tales médicos podrían no estar interesados en obtener privilegios en dicho hospital. Se alega también, que muchos hospitales del interior de la Isla de Puerto Rico son hospitales relativamente pequeños y que la mayoría de los especialistas están concentrados en las áreas metropolitanas. Ese dato les impide a ellos cumplir con lo que dispone la Ley de EMTALA y la Ley 35 de Puerto Rico aprobada en junio 28 del 1994, pues no resulta atractivo para los especialistas estar disponibles para atender

emergencias en instituciones geográficamente distantes. Es preocupante y nos parece un elemento esencial para el manejo del problema, el sentimiento de genuina impotencia comunicado por varios de los funcionarios gubernamentales, quienes dan por sentado que es muy poco lo que el gobierno puede hacer para que se cumpla la reglamentación sobre esta situación existente ahora y en el futuro. Parecería ser que, a su modo de ver, la industria privada, sean las aseguradoras o los hospitales, quienes deciden lo que se hace y cómo se hace. Por su parte, ASEM refleja problemas crónicos para recuperar los costos de sus intervenciones al tratar pacientes privados aún cuando facture correctamente a las aseguradoras privadas y, a pesar de que otra agencia del mismo gobierno (ASES) contrata servicios a esas mismas aseguradoras privadas por aproximadamente $1.7 billones. La política pública consiste en atender a todo el que llegue a las facilidades públicas, sin embargo, al propio gobierno se le dificulta recobrar el costo de sus servicios tanto a pacientes privados, como a pacientes con la tarjeta de salud del gobierno que se supone, los atienda por compañías privadas.

Análisis bioético

El traslado inapropiado de pacientes, así como la renuencia de algunos hospitales privados a recibir pacientes riesgosos, perjudica mayormente a clases desventajadas y a los pacientes vulnerables. Tal práctica equivale a una de exclusión socialmente selectiva, económicamente motivada para negar servicios de salud a personas que los necesitan urgentemente. Es evidente, por otro lado, que tal práctica es una violación a la Ley de EMTALA y que implica exponerse a pagos de multas que van desde los $25,000 a los $50,000. Los factores que parecen contribuir o propiciar esta práctica plantean asuntos éticos de: distribución de recursos, de racionamiento de servicios de salud, de competencia profesional y de asuntos clínicos con dimensiones significativas de carácter organizacional.

El sesgo social de tal práctica atenta contra el principio de ética social que afirma que todos los seres humanos tienen la misma dignidad moral. Niega el derecho fundamental a recibir servicios de salud, justamente cuando más se necesitan, en situaciones de crisis médicas. No extraña el hecho de que muchos de los rechazados en los hospitales privados en Puerto Rico,

sean deambulantes, personas con adicción a drogas, personas extranjeras indocumentadas, e inclusive, pacientes en etapa terminal cuyo deceso en las salas de tales hospitales pudiera afectar el promedio de muertes anuales que todo hospital incluye en sus estadísticas.

La práctica de la exclusión socialmente selectiva, o económicamente motivada, refleja el grado de insensibilidad corporativa de algunos hospitales que velan más celosamente por el aspecto fiscal de su operación y no por la responsabilidad social de la empresa. Como ya se ha señalado, estamos ante una grave violación del principio de justicia distributiva.

La situación descrita dramatiza el dilema ético que confrontan los profesionales de la salud que laboran en dichas empresas hospitalarias, cuya práctica organizacional contradice los postulados éticos de beneficencia y no-maleficencia consagrados en el juramento hipocrático y los principios de la ética organizacional: 1) Proveer cuidado compasivo; 2) Tratar a los empleados con respeto; 3) Actuar en beneficio del mayor bien comunitario (*public spirit*); y 4) Usar razonablemente los recursos disponibles. No es de extrañar, tampoco, que en el *ethos* organizacional que privilegia la eficiencia económica, la relación costo-beneficio, los créditos de la inversión y que aplica una interpretación distorsionada del principio de "justicia distributiva" traducida operacionalmente a "racionamiento" para producir ganancias o para economizar gastos que disminuyan la ganancia potencial, en tal problema no hay cabida para otras consideraciones tales como: el servicio humano compasivo, la empatía con el sufrimiento humano y la abnegación. El racionamiento no es intrínsecamente inmoral, pero sí existen –como parecería está ocurriendo- el racionamiento con criterios ocultos que no han sido sometidos al escrutinio público, con criterios estrictamente empresariales, entonces sí lo es.

No hay que olvidar que el médico es el fiduciario del paciente, así como el abogado es el fiduciario de su cliente. Esa relación fiduciaria médica desaparece cuando el profesional médico se identifica, o se ve obligado a coincidir con la política empresarial de un hospital, en cuyo seno no cabe la misericordia, ni la conducta virtuosa basada en los ideales más elevados de la tradición de las profesiones del cuidado de la salud.

Entre otras implicaciones éticas, cabe destacar que la práctica del *dumping* es la negación de los ideales y aspiraciones más elevadas del profesionalismo médico. Todos los alegatos de beneficencia, justicia, no maleficencia, trato compasivo y la ética del cuidado responsable, se van por la borda. Finalmente, se puede afirmar con absoluta certeza, que la práctica del *dumping* de manera deliberada y consciente, viola los estatutos que protegen la dignidad de los más vulnerables y es una práctica éticamente censurable que burla la confianza que el pueblo ha depositado en las instituciones hospitalarias. Constituye una violación de la relación fiduciaria en virtud de la cuál se autoriza a instituciones hospitalarias y al profesional de la medicina, a ejercer el monopolio de la medicina.

En resumen**,** se trata de prácticas de trasferencias de pacientes desde las salas de emergencia de instituciones médico-hospitalarias privadas a las del Estado (ASEM o al Hospital de Psiquiatrìa), las cuales no parecen estar adecuadamente justificadas y están en contravención de valores, normas y procedimientos éticos, profesionales, legales y de la sana administración del sistema de salud.

Estas prácticas generan problemas y conflictos con dimensiones éticas medulares, tales como:

- Violación de normas y leyes existentes que cobijan la prestación de los servicios de salud.
- Discrimen en la prestación de los servicios de salud.
- Cuido inadecuado de la salud de los participantes de los servicios.
- Racionamiento en la prestación de servicios de salud.
- Sobrecarga en uno de los componentes del sistema de salud.
- Faltas a la competencia y la ética profesional.

- Erogación innecesaria de fondos públicos.

El inquirir en el análisis y la evaluación bioética crítica de estas prácticas, apunta a que la razón de las mismas es una combinación de las siguientes:

- Una discrepancia en la interpretación de las normas y leyes en el juicio clínico y bioético.

- Una falta de claridad en los valores, normas y procedimientos éticos, profesionales, legales y de la sana administración del sistema de salud.

- Una falta de competencias profesionales, incluyendo el juicio clínico y bioético, por parte de los proveedores del servicio.

- Una política implícita de las instituciones médico-hospitalarias orientada a minimizar gastos y maximizar ganancias.

En resumen, los asuntos éticos principales que plantea la práctica del *dumping* están estrechamente vinculados a: los derechos del paciente (incluye el derecho a tener acceso a los servicios de salud), la competencia y la toma de decisiones, el paternalismo, el racionamiento de servicios, la responsabilidad social, los conflictos de interés, la distribución de recursos, y la angustia moral por la percepción de falta de apoyo de la organización. Este asunto quedó evidenciado en los diversos testimonios de los funcionarios de las organizaciones consultadas.

Recomendaciones generales

1. El DS debe reafirmar su política pública anti–*dumping* y establecer un sistema de vigilancia que propicie la investigación rigurosa de cualquier queja o señal de que pueda estar ocurriendo o ha ocurrido una situación de *dumping,* la determinación de si la práctica es recurrente, la intervención correctora y la aplicación de las penalidades correspondientes por ley.

2. El DS debe investigar formalmente la existencia del *dumping* para verificar y cuantificar la magnitud del problema en Puerto Rico, los diagnósticos más comunes, los planes médicos involucrados, los datos sociodemográficos de los pacientes transferidos, los recursos existentes para brindar servicios y otros.

3. La recopilación de la información pertinente debe ser obligatoria para todos los hospitales.

4. El DS debe revisar y clarificar la legislación ya aprobada en la Ley 35 del 1994 para que no haya la menor duda de que la práctica del dumping es un acto contrario a la ley y contrario a los principios más destacados de la bioética social, organizacional y clínica como lo son: la justicia, la solidaridad con el que sufre y la no-maleficencia.

5. Los hospitales y otras organizaciones proveedoras de servicios de salud deben enfatizar y fortalecer el desarrollo de Programas de Ética Organizacional en sus instituciones para: promover un clima ético dentro de la organización que conduzca a la prestación de servicios de cuidado de salud de excelencia, manejar los asuntos clínicos y de cumplimiento, respetar la excelencia profesional y el peritaje gerencial, y tomar en cuenta las relaciones complejas existentes entre accionistas, gerentes y empleados. Los modelos propuestos para un Programa de Ética Organizacional incluyen: el comité de ética hospitalario, el consultor en ética, el comité de ética de la Junta de Directores y otros. La Ética Organizacional promueve un clima ético positivo en donde se puedan dar relaciones de confianza entre los distintos componentes.

6. El Gobierno debe reevaluar el modelo establecido por la Reforma de Salud porque, en la medida que éste propicie la competencia y la ganancia corporativa como motivadores principales, genera la desintegración, la desarticulación y la deshumanización del sistema de servicios de cuidado de la salud y se crean unos defectos estructurales que contribuyen a que se den las prácticas como el *dumping*. Esta práctica es ejemplo de cómo una parte del sistema no colabora con la otra sino que por el contrario, la recarga.

Recomendaciones específicas

7. Para prevenir la práctica de exclusión socialmente selectiva y económicamente motivada en la prestación de servicios de medicina de emergencia (según lo concibe la ley de EMTALA y la Ley 35 de Puerto Rico), el Departamento de Salud deberá asumir activamente la iniciativa de velar porque se observen con esmero medidas como las siguientes:

- Tan pronto el paciente llega la institución hospitalaria, se hará sin dilación un examen médico apropiado.

- No se solicitará preautorización para evaluar y examinar al paciente.

- Se requerirá que los médicos en turno de guardias se presenten tan pronto se les llame para atender al paciente.

- Se documentará adecuadamente todas las incidencias relacionadas con la llegada, atenciones y cuidados prestados al paciente antes de que abandone la sala de emergencia.

- Se deberá especificar en la política institucional, quién estará a cargo de atender el tipo de paciente que refleje el perfil señalado en la Ley EMTALA.

- La política hospitalaria debe ser amplia y a la vez, específica en cómo atender estos pacientes.

- Se harán accesibles a los ciudadanos los formularios para presentar querellas.

- Se capacitará adecuadamente al personal profesional, administrativo y clínico pertinente de manera que se garantice que la instalación hospitalaria no incurre en la práctica del *dumping* por ninguna razón ni mucho menos por exclusión socialmente selectiva de pacientes. Se debe educar a los empleados profesionales

y administrativos en torno a la función de *whistleblower* (dar a conocer la violación de ley) como una acción éticamente válida para prevenir la comisión de *dumping.*

- Se debe legislar para que a aquellos hospitales que cumplan con las disposiciones anti-dumping y que por ello sufren pérdidas económicas considerables, debidamente documentadas, se les permita deducir de sus planillas de contribución una cantidad de dinero a determinarse por legislación.

8. El DS, a través de SARAFS, será riguroso en el momento de determinar si una facilidad hospitalaria cumple con los requisitos necesarios para no cometer *dumping.* De no cumplir con los mismos, el DS ofrecerá el apoyo y ayuda técnica necesaria para que la institución pueda cumplir con los mismos. El DS condicionará la expedición de licencias, acreditación y las exenciones contributivas correspondientes a los hospitales a que éstas tengan una lista de médicos de guardia que sea funcional y no le extienda privilegios a ningún médico, no importa su especialidad, que no esté dispuesto a ocupar un lugar en la lista de guardias y responder a una emergencia cuando le corresponda.

9. El DS advertirá a los proveedores y administradores de servicios de cuidado de la salud que la práctica del *dumping,* en la medida que sea frecuente y documentada, además de ser anti-ética pudiera ser una instancia que ponga en riesgo la acreditación de las instituciones hospitalarias. Así como un profesional de la medicina puede ser acusado por impericia médica, debe entenderse que el *dumping* es equivalente a impericia institucional ya sea por acto de omisión o por comisión de abandonar y dejar a su suerte a pacientes indigentes.

10. El DS, ASES y la OCS deben establecer un mecanismo mediante el cual el gobierno recobre los gastos incurridos en la atención de los pacientes víctimas del *dumping,* tanto en el caso de pacientes privados, como de los que tienen la tarjeta de salud del Gobierno

(ASES). La empresa privada no debe tener la última palabra respecto a la validez de una factura y lo apropiado de un recobro, menos aún en el caso de fondos públicos. De todos modos, no debe existir el doble pago con fondos públicos.

11. El DS debe realizar una campaña educativa intensa entre los proveedores de servicios de salud y la población general para difundir los criterios que caracterizan la práctica del *dumping,* las penalidades correspondientes a esa práctica, y el mecanismo para denunciarlas.

12. Debe proveer a la Oficina de la Procuradora del Paciente, las herramientas necesarias para defender las víctimas del *dumping* y sancionar a los responsables de dicha práctica.

Referencias

- Boyle, P. (2001). *Organizational ethics in health care.* San Francisco: Jossey-Bass Health Series.
- CMS. EMTALA statute - 42 USC 1395dd [emtala.com Web site]. emtala.com [Web site]. Recuperado de http://www.emtala.com/law/index.html. Ley 35 del Estado Libre Asociado de PR, aprobada el 28 junio del 1994.
- Hisnanick, J. (2001). An alternative safety net to patient dumping. *International Journal of Social Economics; 28* (10-12), 911-925.
- Loewy, E.H. (1991). *Suffering and the beneficent community*. New York: State University of New York Press.
- Mann, J.M. (Ed.). (1999). *Health and human rights*. New York and London: Routledge.
- Miller, J. (1988). *The Way of Suffering: A geography of crisis.* Washington, D.C: Georgetown University Press.
- Sussman, A. (March 1 2005). First principles: Substantive ethics for healthcare organizations. *Journal of Healthcare Management.* Recuperado de: http://www.allbusiness.com/management/3604889-1.html

Análisis de la Salud a través de la Publicidad de las Aseguradoras en Puerto Rico

Aleida Gelpí Acosta, Ph.D

En el siguiente artículo se analizan seis anuncios publicitarios de periódico de varias agencias aseguradoras: (*Humana, Preferred Health, American Health Medicare, MCS, Triple SSS, y el banco hipotecario (First Mortgage*) entre los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2007; que he limitado a seis por razones de espacio. Estos anuncios son el objeto de estudio que permite contextualizar el análisis que hago del proceso de transformación que ha sufrido el proyecto social de salud en Puerto Rico. Aunque tradicionalmente la Salud ha sido administrada por el Estado y sus distintos gobiernos, en los últimos 20 años las agencias gubernamentales privatizadas han tomado el control. El marco teórico que utilizo para entender este fenómeno es la crítica histórica que se le ha hecho al capitalismo desde la filosofía y sociología recogida por el español José M. Marinas Herrera (2001) (Marx, Veblen, Benjamin, Simmel) y la semiótica de Roland Barthes que ayudan a descifrar los múltiples significados de los anuncios.

La administración de los recursos de salud ha sido siempre y es hoy, todavía, uno de los retos más difíciles y urgentes por resolver en la Era de la Globalización. Esto es así para la mayoría de los países que practican una economía capitalista de corte neoliberal que no logran, o interesan, distribuir servicios para la salud de forma equitativa a la población que representan o interesan. Países con democracias y economías neoliberales han encarecido y privatizado los servicios de salud básicos en gran medida. Ideológicamente no consideran la Salud como parte de un proyecto de justicia social que deba asumir el Estado como deber del Estado. Los imperativos morales que la Ilustración había logrado en el ámbito académico con el contrato social (Kant, Rousseau) y su gran influencia en la política y la cultura popular; "todos somos natural y universalmente iguales y tenemos las mismas posibilidades", son parte de la influencia recogida por los modelos neoliberales que ven al ciudadano como un ser que dada su naturaleza igual, puede sin mucha ayuda construirse a sí mismo sin un Estado benefactor ("estado nani" para algunos) que se encargue de su cuidado (Nussbaum 2008). El lado opuesto de esta mirada entiende este estado natural, como totalmente desigual e injusto: la vulnerabilidad, la autonomía, la libertad y capacidad que se posee es distinta según la clase social, el estamento y la situación particular del niño, el viejo, el enfermo, el discapacitado, el negro, los homosexuales y lesbianas entre otros. Las visiones materialistas como la de Marx afirmaron este entendimiento y recordaron cómo en las sociedades feudales estaba muy sabido que el origen natural era desigual: el estamento determinaba la naturaleza, capacidad y posibilidad del desarrollo del individuo. Esta diferencia en perspectiva es parte del conflicto-motor (Hegel) que yace en las mecánicas de la administración de los proyectos de salud a nivel global. No hay una determinación final de cuánto le toca hacer al Estado y cuánto le corresponde al individuo.

En Puerto Rico es indiscutible que a partir de los gobiernos del 1993 el Estado se ha alejado de los imperativos morales de un Estado benefactor respecto a la salud y cada vez menos pacientes pueden acceder con facilidad a los servicios sanitarios (Santos y Vargas, 2006; El Nuevo Día, 25 mayo 2009). A partir de los datos que ofrece Jorge

Ferrer (2007) y Santos y Vargas (2006), sabemos que ésto ha sucedido tanto en Estados Unidos como en Puerto Rico, en distintas escalas y contextos, por los últimos 30 años. Pero, en ambos lugares el deterioro general en la salud se percibe con preocupación dentro de la opinión pública en las informaciones cobre las alarmantes cifras de propagación de los cánceres, las enfermedades mentales, la criminalidad y por la documentación de relatos de casos e historias que han divulgado películas como es el caso del documental Sicko (2007) de Michael Moore. Existe un vaciamiento de los fundamentos ilustrados de la justicia y la equidad en las transformaciones políticas del capitalismo del siglo XXI y en esa evolución o involución están las incongruencias morales que se palpan cuando se administra el proyecto de la salud con máximas de lucro o ventas, que nos llegan desde las teorías de cómo operan las leyes del mercado. Algunos le han llamado a ese comportamiento "capitalismo salvaje". Adela Cortina (2003) apunta que "*lo que es hoy patente ya en cualquier intento de fundamentar lo moral, resulta diáfano en la ética aplicada: un sólo modelo de ética es impotente para orientar las decisiones de los mundos político y económico, médico, ecológico o, simplemente, la convivencia ciudadana"*. Con ello quiere decir que tanto a nivel teórico como práctico una sola teoría que fundamente la moral y la justicia no ha sido capaz de resolver la esquizofrenia que he descrito antes. En palabras de ella: "l*as dicotomías éticas clásicas éticas teleológicas/deontológicas, de la convicción/de la responsabilidad, procedimentalistas/sustancialistas han de ser superadas en un <<tercero>> que constituya la verdad de ambas*". En este trabajo la publicidad de las aseguradoras son el rostro de las dinámicas ocultas y sutiles de esas contradicciones que vienen desde lo político y lo económico.

En Puerto Rico, las aseguradoras privadas han experimentado un crecimiento económico desde que se inauguró la *Reforma de Salud de 1993.* Bajo la misma, los distintos gobiernos de Puerto Rico han orientado la administración de la salud pública hacia normativas económicas puramente lucrativas basadas en la *pleonexia* o afán de posesión de ciertos bienes de sus clases gobernantes que imposibilitan guiar la salud desde estándares de justicia distributiva. La justicia distributiva

se encargaría del reparto proporcional desarrollado por los miembros e instituciones de la *polis* de los llamados bienes exteriores, con el fin de promover el bienestar y la estabilidad de la comunidad, según lo tomamos del libro sobre la justicia en *Ética a Nicómaco*. La Salud sería uno de los bienes exteriores, el cual su adquisición no depende totalmente de la acción humana sino que hay envuelta una ausencia o presencia de la fortuna (*tyché*), de la cual el Estado no está exenta. Pero aun así, en el sentido aristotélico, el Estado tendría que responsabilizarse del reparto proporcional y equitativo de esos bienes exteriores que aunque son escasos, son por tal razón divisibles según unos criterios. Cuando ocurre el reparto desigual o la *pleonektés* se desarmoniza la comunidad política. Las cifras que nos ofrecen Jorge Ferrer (2007) y Cabrera (Diálogo abril-mayo 2007) sobre algunos aspectos del deterioro de los servicios hospitalarios y médicos, y de la cantidad de pacientes sin cubierta médica —que son datos que ha ofrecido la misma agencia organizadora de la Salud (ASES) en Puerto Rico— puntualizan sobre ese desorden social en la comunidad política, provocado por la falta de una justicia distributiva.

Este desorden está enlazado a la Reforma de la Salud del 1993, donde hubo un aumento significativo de la publicidad de las aseguradoras privadas ("Planes Médicos") en los medios de comunicación masiva. Ya en décadas anteriores a esta Reforma: (1970-90) bajo los gobiernos de Carlos Romero Barceló y Rafael Hernández Colón se habían tratado de administrar algunos recursos de la Salud desde el interés privado[1], siempre influenciados por la ideología de que el Estado tiende a burocratizar demasiado y no logra las ganancias lucrativas que necesita. Las aseguradoras en esa década del 1980 ya se disponían a crecer comercializando los servicios de salud. Pero, es con la Reforma implantada en el 1993, bajo el gobierno de Pedro Rosselló, que se comienzan a vender abiertamente las facilidades hospitalarias públicas como los

1. Ley 11 de 1976, conocida como "Ley de Reforma Integral de los Servicios de Salud de Puerto Rico", y Ley 103 de 1985, "Ley para Reglamentar la Contratación entre el Gobierno e Intereses Privados para la Administración y Operación de Facilidades de Salud Gubernamentales".

Centros de Diagnostico y Tratamiento (CDT) y Hospitales municipales y regionales a corporaciones privadas con fines de lucro.

Estos eventos políticos y sociales de la Reforma son el escenario donde les fue posible a las aseguradoras de la salud locales y estadounidenses crecer económicamente y destacar su presencia social. Algunas de ellas sufrieron desde entonces hasta hoy en el 2011 una transformación importante como es el caso de *Triple SSS*, que fue en sus inicios una organización sin fines de lucro administrada por médicos. La historia de su publicidad esta atada directamente a estos cambios en sus valores y metas. (SSS). Con el crecimiento económico, la publicidad comercial abarco las aseguradoras evolucionando hasta ser mas agresivas y sugestivas. Con el análisis que hace (Santos y Vargas 2006) sobre este tema podemos decir que lo que triunfó con esta Reforma y su publicidad fue una política pública neoliberal que ha fracasado en la distribución de los recursos de salud. La ideología neoliberal que han practicado los distintos gobiernos a los que hemos hecho referencia están atados al modelo económico que popularizaron Milton Friedman y Friedich Von Hayek (1972) en la escuela de economía de la Universidad de Chicago y que defienden el postulado del "libre mercado". El modelo neoliberal de Hayek y Friedman, este último premio Nobel de Economía en 1976, sostiene en su teoría que el mayor incentivo para el crecimiento y estabilidad de la economía, será un Estado que no intervenga en las reglamentaciones y la administración de los recursos del país. Esta creencia elimina la función del Estado de hacer justicia distributiva con los recursos de la salud. Las corporaciones privadas son las llamadas entonces a protagonizar la administración de los recursos de una nación o Estado dentro de un mercado de competencia desigual donde se mantiene aquél que pueda ganar más y no porque logre hacer una buena relación entre calidad y precio.

El triunfo de esta visión en el ámbito político estadounidense y por ende en el puertorriqueño produjo varias mutaciones y rupturas en todos los niveles no sólo en las aseguradoras sino en los pacientes, los médicos y el gobierno. Bajo el modelo salubrista anterior a la Reforma de 1993, el Estado todavía tenía el deber de administrar y se

le consideraba el responsable del buen o mal manejo de los recursos de salud. Bajo los paradigmas del Neoliberalismo toma lugar aquello que aquí analizamos desde las imágenes: la cosificación y comercialización de la salud.

A partir de la Reforma del 1993, Administración de Seguros de Salud de Puerto Rico (ASES) será la agencia que administre los fondos para pagar a las corporaciones privadas con fines de lucro, a través de los seguros médicos y quien determine el tratamiento que pueden o no llevar los pacientes. Aunque la reforma de 1993 privatiza los servicios con la creencia de que la privatización agiliza y elimina burocracia, lo que logra con mucho éxito es que nuevos capitalistas, inversores y grupos privados de diverso origen participen en una nueva agrandada industria de la salud a costa del Estado. Es bajo esta Reforma que más adelante comienzan a triunfar comercialmente los planes médicos HMO *(Health Management Organization)* en la isla, como lo es, por ejemplo, la privatización del *Medicare* bajo nuevos administradores como *Medicare y Mucho Más*. Es sabido por los testimonios de la población envejecida en los pasillos de los hospitales y clínicas del país cómo este plan ha ido encareciendo y reduciendo servicios. Estos *HMO* proliferaron en Puerto Rico a pesar de que ya en el 1990 se veía el evidente fracaso que estaban sufriendo en E.E.U.U.

Otras industrias relacionadas a la salud como las farmacéuticas, durante estas transiciones se insertarán en el mercado también como promotoras de la salud y el bienestar de los pacientes. En su conjunto, las aseguradoras y las farmacéuticas tranformaron el ícono de la salud y, mediante la publicidad, medicalizaron la vida de sus pacientes —ahora clientes— además de traducir la salud a una categoría de objeto-cosa-mercancía (Pérez, 2007; Cabrera, 2007). Ésto lo destacaremos más adelante en el análisis de los anuncios.

El contexto ideológico conflictivo que he descrito ocurre además bajo y sobre un marco social complejo y dinámico que también llamamos la "*Sociedad de Consumo".* Ésta forma parte de la evolución última, o de la tercera gran fase, del sistema económico capitalista que,

específicamente en Puerto Rico, comienza abiertamente alrededor de la década de los 1960, y simbólicamente en el año 1968 cuando se abre el primer gran centro comercial, *Plaza Las Américas,* en San Juan, justo cuando ya soplaban los cambios de la llegada de la era posindustrial. Es en la era posindustrial cuando triunfa el "capitalismo de consumo" y donde el proyecto de justicia y bienestar social está más mediatizado por el gasto y la compra individual de bienes y servicios. Lo que se consume, y no lo que se hace o produce, se convierte en actividad y objeto imprescindible porque es lo que va a establecer la identidad, los valores, metas y, por ende, la moral del grupo o del individuo. Las agencias de publicidad tendrán el rol de provocar y conformar el imaginario de los consumidores.

La sociedad de consumo es la tercera de las etapas del capitalismo donde sigue en evidencia el conflicto que tiene el Estado entre hacer justicia o negocios lucrativos con la salud. Es la fase donde se desarrollan ideas económicas como las de Friedman y Hayek. Pero, veamos brevemente las dos primeras fases para entender la tercera.

La primera es el "Capitalismo del Antiguo Régimen" o Capitalismo Fisiocrático, que pertenece a los modos de producción que se generaban en la sociedad pre-industrial que "*se caracteriza por formas de producción-consumo regidas por el modo de producción monetarista o fisiocrático, que da como formas de identidad las derivadas del linaje o del origen: edad, sexo, hábitat, etnia, y sobretodo estamento, aparecen como marcas inmutables, naturales. El espacio de interacción es comunitario, en el sentido durkheimiano de la solidaridad mecánica: escasa densidad poblacional y ocupacional, pocos roles, no diferencia entre lo privado y lo público, comunicación y control inmediatos, inpraesentia"* (Marinas 2002). Esta primera etapa, describe en gran medida las sociedades europeas antes del desarrollo industrial que se diera durante el siglo XX en distintas épocas y regiones. En ellas, el linaje y la procedencia del individuo está establecido desde el vínculo familiar, comunitario y cultural. Las identidades se construyen a través de las relaciones de familia y difícilmente se sale de esos roles naturales asignados por la comunidad a la que se

pertenece (Marinas 2002). Esta etapa describe la desigualdad que mantenían como naturales las sociedades feudales y sus estados y que van a evolucionar en una segunda etapa con el nacimiento de las industrias y las filosofias de la libertad, la justicia y la ética en la ilustración que al comienzo he descrito. Marinas, llama la segunda fase el "Capitalismo de Producción" y la describe como: "*supone la gran ruptura traída por la industrialización y la democracia burguesa. La construcción de la identidad se centra en la ocupación, es el escenario del trabajo en el que los roles de logro pesan más que los de adscripción. Quien es, vale por lo que hace y no por de dónde viene. La forma de identificación social resultante es la clase social. Y de ese modo, las formas de comunicación y de intercambio se ven mediadas por las nuevas formas del mercado: los roles son diversos y abundantes, los intercambios comienzan a ser mediatizados por los circuitos de la comunicación masiva. La esfera de lo público y la de lo privado se escinden con la consiguiente tensión en los procesos de socialización*" (Marinas 2002).

Esta segunda fase es la antesala para comprender cómo se introduce la comunicación masiva en espacios antes consagrados a la vida privada de la familia.

Durante la era industrial el rol más importante, ya no se construye dentro del seno de la comunidad o la familia, sino que gira hacia el oficio, el entorno del trabajo o la ocupación. La identidad será una bipartita entre lo público (trabajo) y lo íntimo (familia) y, la imagen, la televisión, la prensa, la comunicación masiva entra de lleno a mediar las relaciones sociales en tanto que define roles, funciones, etiquetas, marcas, formas de ser, y otros. En este momento el Estado todavía mantiene un balance de mediación o poder en los espacios que ocupa la comunicación masiva. La salud en esta etapa es un problema social que se le ha asignado al Estado como algo orgánico porque su poder le obliga a responsabilizarse a administrar la salud con justicia. De las tres etapas esta sería la que menos lejos está de la *polis* aristotélica que quiere hacer justicia distributiva. Esta situación cambiará con las prácticas de la tercera fase.

La tercera fase: el "Capitalismo de Consumo" es parte de la era posindustrial, y aunque no vamos a entrar en la historia de la fábrica y la industria, la definición que utiliza Marinas-Herrera (2002) en su libro *La fábula del Bazar* es suficiente para entender el problema. Dice el autor: *"el tercero lo inaugura la aparición de un capitalismo de consumo que se caracteriza porque las formas de la identidad aparecen más directamente mediadas por la relación con los objetos, marcas y metamarcas, que por el lugar que se ocupa en el proceso de la producción. Las identidades resultan más versátiles y tienen el sello de la afinidad, más que el de la pertenencia al grupo (como en la clase). Las formas de integración oscilan entre un individualismo implantado sistémica e ideológicamente y las diversas formas de fusión y regresión de corte fundamentalista que pretenden superar las tensiones de estos escenarios en la "regresión imaginaria" al primero, al del linaje*" (Marinas 2002).

En este modo de producción posindustrial, el consumidor y espectador se aleja cada vez más de la forma real en que se "hacen" las cosas y los artefactos y, los mira como engendros que son productos de la publicidad y la imagen. La comunicación masiva ha penetrado ya en escenarios inimaginables de la vida intima y personal de sus espectadores. Los recursos de la comunicación se multiplican para crear conceptos y necesidades que darán paso a toda una nueva forma de vivir. Los procesos de identificación se establecen a través de marcas, metamarcas (por ejemplo: lo cachendoso, lo elegante, lo "cool", lo juvenil) u objetos que son deseados gracias a la propaganda, la publicidad y las tiendas. Los ciudadanos poseen mayor o menor identidad personal gracias al consumo de esas marcas y por ello son consumidores que se identifican con el valor y estilo que los productos les ofrecen, más que con los roles sociales que les ofrece la vida civil o ciudadana de un país o una comunidad.

En Puerto Rico, de muchas formas, la economía funciona dentro de la tercera fase y es este el contexto social y político donde la salud ha terminado de ser abandonada como un proyecto de justicia social del Estado y tomado como una industria de negocios. En la tercera fase el

consumo es la categoría-actividad que describe la actividad eje de las fases de la construcción de la identidad, la realidad y la vida toda de la familia, el individuo y la persona (Marinas 2002). Este cambio hará posible que la experiencia de "darse de alta en un plan médico con una aseguradora", o sea, comprar un seguro, se constituya socialmente como una acción concreta para conseguir salud y bienestar biológico. Claro, que la calidad de ese bienestar dependerá en gran medida de la clase de plan médico que pudo adquirir el nivel económico del cliente. Pero, el consumo y su propaganda no se encargarán de informar sobre la relación definitiva que hay entre el cuidado personal, los médicos y la administración de los recursos de la salud. Sólo se informará sobre la distinción que se obtiene.

En esta tercera fase este tipo de consumo es alienado en el sentido de que los ciudadanos creen que pueden comprar cosas que son difícilmente adquiribles en una compra. Recordemos que, según Aristotéles la salud es un bien exterior que su adquisición no depende totalmente del ciudadano; hay una presencia o ausencia de la fortuna (*tyché),* que dentro de la sociedad de consumo el asegurado podría sentir que la "atrae" con la adquisición simbólica de una "tarjetita de salud" (reforma del 1993), que aunque vacía de acceso real a los recursos, su posesión trae fortuna al desatar sensaciones de seguridad, poder, pertenencia entre otros.

Tratar la salud como un bien que se consigue en una compra será posible gracias a la ayuda de una publicidad cada vez más creativa, seductora y agresiva. En esta tercera fase, la imagen que provee el anuncio se vuelve hiperreal, o más real que lo real. La salud está de manera oculta en la tarjeta plástica del plan médico que ofrece el proveedor o la aseguradora en la imagen del anuncio. La imagen publicitaria de la aseguradora define constantemente con mucha autoridad lo que es la salud y sus artistas gráficos, creativos e ideólogos descifran con premeditación la imaginación de sus clientes, seduciéndolos sus deseos y necesidades. Para ello elaboran etiquetas sobre lo que es "salud" y "enfermedad", además sobre qué significa ser "sano" y tener una "vida saludable".

La comunicación masiva en la tercera fase establece una relación estrecha entre el constante asedio visual de la imagen y el nivel alienado de consumo. Las imágenes publicitarias median todas las fases de la vida y de la cotidianeidad y promueven el consumo de mercancías que están cargadas de un fetichismo general que les rellena de "sutilezas metafísicas y de caprichos teológicos" tal como lo planteó Marx en su análisis del Capitalismo (Marx, *El Capital*). La Salud es tratada por la publicidad del Estado y el interés privado como mercancía-imagen que se consume en una compra y no como un proyecto social. Participa así la salud de ese asedio visual, de ese fetichismo y, por tanto, es vendida y consumida de forma alienada por los clientes, los consumidores o los pacientes. Aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS 1946) define la salud como un estado mental, emocional y fisiológico, que por supuesto es difícil conseguir a través de una mera compra de un seguro médico o una píldora, el capitalismo de consumo la cosifica y la hace vertible a una experiencia de "compra".

Es un fenómeno contradictorio y extraño que podría entenderse desde la mirada del francés Guy Debord (1967) quien denominó a ese tipo de sociedad como la *"sociedad del espectáculo" en el libro del mismo nombre. Dice el autor: "la alienación del espectador en favor del objeto contemplado (que es el resultado de su propia actividad inconsciente) se expresa de este modo: cuanto más contempla, menos ve; cuanto más acepta reconocerse en las imágenes dominantes de la necesidad, menos comprende su propia existencia y su propio deseo. La exterioridad del espectáculo en relación con el hombre activo se hace manifiesta en el hecho de que sus propios gestos dejan de ser suyos, para convertirse en los gestos de otro que los representa para él. La razón de que el espectador no se encuentre en casa en ninguna parte es que el espectáculo está en todas partes"* (Debord 1967).

De esta manera, comenzamos a entender cómo las imágenes que presentan las aseguradoras para vender sus seguros de salud se convierten en mercancías "cargadas de sutilezas metafísicas" como las que vamos a analizar en los anuncios a continuación.

El primero de nuestros anuncios dice: "*Resuelve todas tus necesidades de salud en un solo lugar. Humana te ofrece lo que tu necesitas para una vida Humanamente tranquila. Por esto y mucho más, tu plan debe ser estar con Humana*". Observemos el anuncio (El Nuevo Día, miércoles 24 de Octubre 2007)

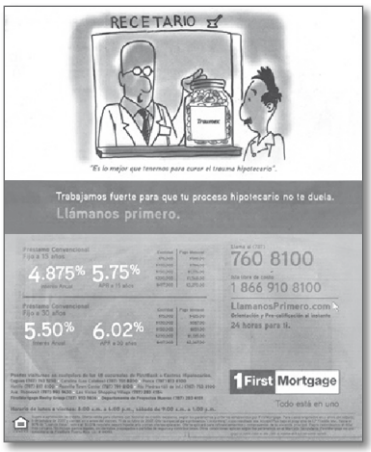
En esta imagen podemos notar como los artículos dentro de la canasta representan cada uno de los productos que vende la aseguradora "HUMANA". Esta es la metáfora de que la Salud es una mercancía o producto que se pueden recoger en una canasta. La aseguradora tiene tantos productos como los que se hallan en la tienda, por eso la canasta está llena. La aseguradora es una tienda en sí misma y se acentúa la connotación donde ella ofrece una experiencia de consumo y *confort* como la que se obtiene cuando se entra en un *SPA*, por ello el anuncio tiene un

tono color azul suave que recuerda al mar y los estados de relajación. La imagen de la canasta también nos lleva directo a la experiencia del gran almacén donde compramos mercancías que no podemos cargar con nuestras propias manos, sino con carritos, canastas y otros. La salud es un "bien de consumo" más como el que encontramos en las tiendas, la aseguradora así lo presenta y así trata de promocionar un producto que ofrece salud. Un analista de la publicidad utiliza un refrán adjudicado a Voltaire el filósofo francés que explica en parte la función de la propaganda en todos los ámbitos: "*para convencer, hasta el mismo Dios necesita de campanas"* (González Llaca 1981). Con este anuncio se distingue con claridad el fetichismo que adquiere la salud al convertirse en imagen-mercancía.

El segundo anuncio que tomamos para analizar (El Nuevo Día, jueves 6 de diciembre de 2007) es el que dice: "*Puerto Rico está Cubierto. American Health Medicare el plan con una amplia red de médicos que te responde cuando más lo necesitas y beneficios que atienden tus necesidades de salud. Puerto Rico está Cubierto. American Health Medicare el plan con una amplia red de médicos que te responde cuando más lo necesitas y beneficios que atienden tus necesidades de salud."*

En esta imagen está una familia que dentro del contexto cultural de Puerto Rico pareciera casi extranjera o al menos de turistas, está dando gracias al cielo, a "DIOS", porque han obtenido los sueños de la sociedad de consumo. Al verlos se siente que no sólo han logrado la "salud" personal y familiar gracias a la compra y buena elección que hicieron al escoger "American Health Medicare", sino que con esa compra han logrado la felicidad, la salvación, el bienestar, la alegría e incluso la unión familiar. La aseguradora te da más allá de la salud física, te da salud holística. De esta manera, el plan utiliza los íconos de la sociedad de consumo, en este caso de la norteamericana y el rango social que otorgan la buena ropa, el lugar agradable y limpio al aire libre, la familia completa unida y todos de piel blanca para ofrecer y vender su producto. La salud se obtiene y disfruta de igual forma que cuando se hace la transacción de la compra de una casa.

Observemos el siguiente anuncio (El Nuevo Día, miércoles 3 de octubre 2007) donde una hipotecaria utiliza el tema de la salud para vender productos hipotecarios.



Dice el anuncio: "*Es lo mejor que tenemos para el trauma hipotecario". Trabajamos fuerte para que tu proceso hipotecario no te duela. Llámanos primero*". En esta imagen tenemos a otras empresas privadas tomando el concepto de salud o de medicalización de la vida para vender un producto hipotecario. La caricatura representa una situación muy cotidiana donde un cliente se acerca a un *counter* o ventanilla de farmacia y un farmacéutico aséptico, blanco, con bata blanca y mirada de credibilidad le ofrece un fármaco para el trauma. Nos enfrentamos a la realidad de que la "Salud Mental" de cualquiera es un bien de consumo que se iguala aquí de forma indirecta a la compra de un producto hipotecario. Es también la medicalización de la vida, donde todo proceso requiere de una píldora para superarlo. Es notable la "autoridad" y frialdad del farmacéutico que representa quizás la "Ciencia y el Progreso" frente a un cliente atontado, lento y que no entiende qué es lo que le pasa ni lo que está comprando. Es la enajenación que explica Guy Debord (1967) cuando habla de la sociedad del espectáculo. Quizás esta imagen representa la realidad de los consumidores en el mercado privatizado de la salud donde eligen productos que no conocen y en los que no pueden indagar hasta que están ya dentro de un contrato que no pueden romper. Es como la imagen de nuestro anuncio en la que el cliente llega sin ninguna información al recetario, casi alienado y se atiene a lo que le dice el farmacéutico: "*es lo mejor que tenemos para curar el trauma hipotecario*". Es semejante a lo que sucede con las hipotecarias, pero son los bancos los que ofrecen servicios; a veces, engañosos y difíciles, que requieren que los clientes estén muy atentos y no traumatizados. Por ello entendemos que en la compra de fármacos —que es otra forma de consumo más que te identifica, te realiza y te clasifica— se imponen visiones y conceptos de salud y enfermedad que protegen los intereses de la industria lucrativa y no de los pacientes.

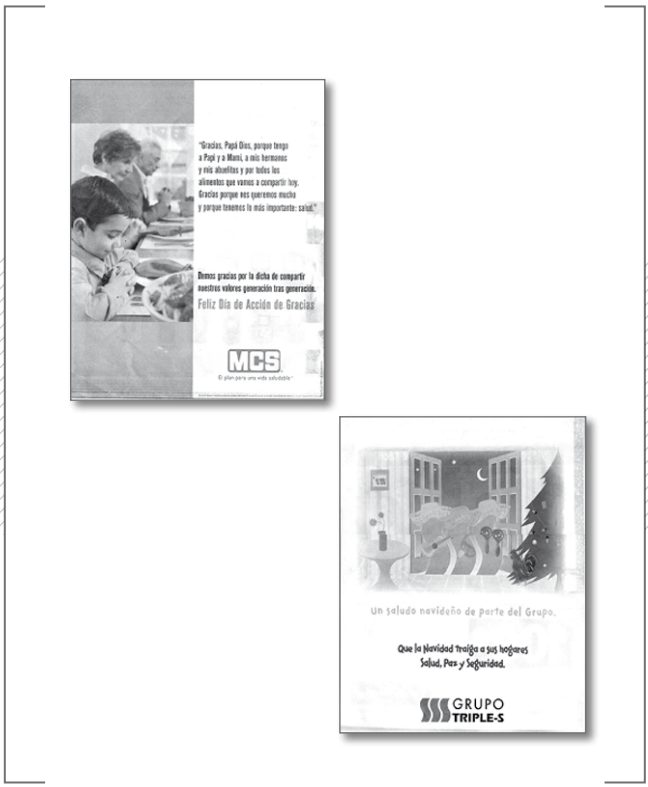
El próximo anuncio que analizo (Primera Hora, sábado 13 de octubre de 2007) confirma la tesis de que en el capitalismo de consumo el Estado o gobierno entrega el proyecto de salud a las corporaciones privadas. Dice el anuncio: "*ELA AQUÍ. PREFERRED HEALTH. El plan de libre selección que siempre entiende al empleado público. Libre selección en médicos y hospitales en toda la isla"*. Observemos el anuncio:

En esta imagen el "ELA" (Estado Libre Asociado), o sea "El Estado" aparece como el equivalente a ser "*Preferred Health*" un Plan de Salud privado que se vende como el más adecuado para el empleado público. El significado y el mensaje es que el ESTADO es lo mismo que *Preferred Health* y se acentúa esta connotación cuando los vemos en el mismo color azul. Nuestra tesis de que el Estado le entrega la Salud Pública a las aseguradoras privadas toma forma evidente en un anuncio que quiere que los empleados públicos del gobierno compren el seguro privado de Preferred Health.

Lo que sucede detrás de esta oferta es que ya no es el Estado el que hace las negociaciones con la aseguradora privada para proteger a sus empleados, sino que la aseguradora se anuncia y les habla directamente a los empleados del Estado, para que ellos elijan. La relación es entre la aseguradora y el cliente. Se elimina el rol del Estado de proteger los intereses de sus empleados. Los clientes mismos sin un estado benefactor van al "Mercado de la Salud" y elijen qué es lo más conveniente para ellos. El mercado es el lugar omnipresente que llena la vida pública, privada y comunitaria. La vida saludable se establece según lo que se pueda conseguir en el mercado.

Los anuncios están llenos de significados explícitos e implícitos (lo que es *connotación* en Roland Barthes (1968) y entre la imagen y texto la "salud" se dibuja mas como un bien adquirible, accesible y rápido por la fortuna del consumo que por un proyecto real de justicia distributiva.

Hemos pasamos de la abundancia de opciones, a la vida placentera, y de ahí, a la eficiencia, sin dejar de lado la "medicación hipotecaria". Veamos, por otro lado, cómo se trabaja el tema cultural religioso del día de acción de gracias en este próximo anuncio, el cual presenta a una familia sentada en una mesa en posición de oración, antes de comer.



Al comprar el seguro de salud de MCS se consigue salud, unión familiar y bendición religiosa. La oración de gracias al final dice: "*gracias porque nos queremos y porque tenemos lo más importante: salud*". La empresa explota la identidad religiosa y cultural local para vender su producto. La pregunta que hay que hacerse es qué tiene que ver la salud que vende una aseguradora con la tradición cristiana. Nada, es una técnica publicitaria para llegar al consumidor y decirle que "tener un plan de salud —y no la salud en sí misma—, es lo más importante". La Salud no es tener salud física, emocional y espiritual, sino que pasa a significar otra cosa: tener y comprar un seguro de salud, poder pagarlo y mantenerlo. Un análisis similar podemos hacer del anuncio de la derecha, donde la aseguradora *Triple-S* utiliza la tradición del árbol y la música de Navidad para llegar a la casa de los consumidores. La empresa toma de la experiencia cultural todos los símbolos y los hace suyos.

En el mercado de bienes de consumo del asedio publicitario están los mitos e ideologías (como los llama Barthes) que son típicas de los Estados que entregaron la salud a las leyes del mercado y del consumo. Las consecuencias sociales y éticas de este proceso son alarmantes. El arreglo de la salud con las aseguradoras privadas, deja a una sexta parte de las personas sin seguro y a otros los deja en el riesgo continuo de perder el seguro por motivos de divorcio, edad, viudez o problemas económicos, en los Estados Unidos (Jill Quadano, 2004.) Esta situación se repite en Puerto Rico donde actualmente hay cerca de 300.000 personas sin seguro de salud (cifras de ASES). Varios de los pacientes que pertenecen a este grupo se hacen visibles cuando piden donaciones en los semáforos para cubrir el costo de operaciones y tratamientos para enfermedades catastróficas. Por otro lado, la población, que está asegurada, debe luchar con las cubiertas que establecen límites muy marcados para la aprobación de pruebas de laboratorio y exámenes. Las historias terribles donde los pacientes terminan abandonando su tratamiento de salud por las negativas de las aseguradoras es una investigación que está por hacerse. El caso de una maestra golpeada que no fue atendida en un Hospital Universitario (El Nuevo Día, sábado 22 de noviembre de 2008) por complicaciones

con su plan médico, es solamente uno de los miles de casos que se ven diariamente en las clínicas y hospitales. Hay que recordar que el problema reside en que las aseguradoras son una industria con fines de lucro que debe vigilar sus ganancias para permanecer en el mercado.

Las consecuencias de este proceso, además, han elevado los costos de salud. La agencia gubernamental *ASES* no ha podido mejorar sus economía *y* opera con déficit presupuestario. La publicidad de las aseguradoras aumenta, pero las cubiertas se limitan. La consecuencia es que la salud se convirtió en una industria de negocios, que reifica la salud y el bienestar, toda vez que le ha quitado autoridad y margen de acción en las decisiones de los médicos. En consecuencia, surge un desgaste de las relaciones entre agencias de seguros médicos y los propios médicos que ha conducido a que algunos opten por desistir de prestar servicios a asegurados. La situación se ha agravado para los consumidores o pacientes que no pueden pagar con su dinero el cuidado personal de su salud. La justicia distributiva para el ámbito de la salud pública se hace cada vez menos viable.

Para resolver estas problemáticas necesitamos una teoría ética universal que haga posible dirigir al Estado en lo económico y en lo político de manera virtuosa. Universalizar la salud, como han hecho algunos gobiernos, es una de los caminos a la solución, pero el *Seguro de Salud Universal*, aunque ya ha probado ser una buena herramienta para delimitar el alza en los costos de salud y hacer justicia distributiva, no logra ser aprobado. Hay varios grupos fuertes que se opusieron a ello en el pasado y todavía siguen oponiéndose de manera activa a ello porque se ven afectados económicamente; entre ellos están la *American Medical Association* (AMA), las aseguradoras y las farmacéuticas. Estos grupos representan al —y tienen el— poder político y económico, de esta manera logran detener el proceso, ya que cuentan con recursos superiores y están bien organizados. (Quadagno, J. 2004)

La universalizacion del acceso a la salud en Estados Unidos y Puerto Rico tiene como enemigo el mito de que el poder del Estado se puede volver tiránico. Además, se dice que el aparato estatal es un organismo

que administra mal, malgasta, tiende a burocratizarse y, por tanto, su gestión debe limitarse. La consecuencia natural de esta mentalidad es proponer y representar que el interés privado administra con más eficacia. Las aseguradoras son parte de esas manos "eficaces" que, paradójicamente, han encarecido, burocratizado y limitado el acceso a la salud. Para contrarrestar esta realidad de injusticia se necesitan grupos que ejerzan presión, pero la clase media y trabajadora, o la sociedad civil, no está organizada de la misma manera para influenciar la forma en que el Gobierno hace política pública sobre la Salud y otros *issues*. El Gobierno, a través de sus funcionarios electos se malea de sus compromisos con los gobernados y pacta con las corporaciones —que han aportado a sus campañas electorales, y hasta cometido soborno directamente con varios de ellos (Oscar Serrano, "Referido de De Castro implica a ejecutivos de seguros", *Centro de Periodismo Investigativo*, San Juan, 23 de marzo de 2010), Tal es el caso de las aseguradoras Triple-S y MCS— que ha entregado sus intereses, proyectos políticos y económicos al beneficio del Mercado. En Puerto Rico además, durante la gobernación de Aníbal Acevedo Vilá (2005-2009), la fragmentación bipartita entre el Senado, la Cámara y el ejecutivo permitió que grupos con intereses diversos entraran en la contienda donde lo "público" tiene muchos "vetos" y no se logra proteger el interés social o "lo público". Este argumento y hecho aplica tanto para la Isla como para Estados Unidos.

Toda esta situación de la salud en manos de corporaciones con fines de lucro, al perseguir mayores ganancias, entra en conflicto y detrimento de la eficiencia en el servicio médico. En el imaginario colectivo o en la sociedad civil concretamente. Las imágenes publicitarias de las aseguradoras construyen la definición de lo que es el proyecto social de salud: "conseguir o comprar un buen plan", casi como si se tratara de culminar una "vida buena", con lo cual la salud resulta un proyecto del consumo que se venda a cliente y no pacientes. De ahí se sigue que la libertad está pautada para que, de no estar satisfecho, pueda ser posible cambiar de aseguradora y resolver el entuerto. Ésta nueva corporación de seguros, desde luego, brindará más salud que cualquier médico porque ella vende la imagen de la medicina del

estado de "felicidad". Es decir: abre al paciente el acceso económico al médico y además le determina al galeno, de forma indirecta, cómo debe medicar y tratar al paciente.

Tomando en consideración lo analizado decimos que la consecuencia inmediata es que los papeles se han intercambiado; la salud está sujeta a las reglas del mercado, las aseguradoras se vuelven poderosas y autoritarias y hacen el papel del Estado pero para velar sus ganancias económicas. Hay un desfase total de lo que es la salud en la justicia distributiva. La fuerza del mercado y su competencia por el lucro logra apoderarse del proyecto social de justicia, encareciendo los servicios de médico-hospitalarios y haciéndolos menos accesibles a los pacientes. En medio de la competencia, la publicidad utiliza niños, adolescentes, adultos, viejos y pacientes, pero son medios y no fines en sí mismos (Kant) para el lucro sin fin. La ética es laxa, relajada respecto a la justicia, pero es absoluta en su principio de obtener ganancias. Hay una ignorancia sistémica e institucional de las consecuencias nefastas de este desfase.

La responsabilidad social, que es desatendida por el Estado, ahora la privilegia el mercado. Sabemos que las corporaciones son máquinas de externalizar sin ningún compromiso social. El Estado funciona en cierta medida para el beneficio de sus colaboradores que son las corporaciones que, a su vez, viven de los estipendios del Estado. Los consumidores "compran salud" desde la alienación y un fetichismo que logra "mercantilizar" y "cosificar" lo que se supone sea un proyecto social de justicia creado por todos. Como no hay proyecto social, lo que hay es el monopolio de la competencia entre las aseguradoras que vende productos a individuos o grupos de individuos; así las cosas, la bioética social, global no tiene lugar para desarrollarse. Se entiende que la beneficencia, la no maleficencia, la justicia, la autonomía y la bioética no son posibles en el ámbito de la salud si el Estado no asume la misma como uno de sus principales proyectos de justicia y bienestar. Esto quiere decir que el Estado asuma los costos y las pérdidas económicas en el proceso de distribuir salud universal como un mal necesario en el camino de hacer de la salud un proyecto bioético.

Referencias

- Cabrera, L. & Pérez, I. (2007). *La Salud no tiene precio,* Hato Rey: Publicaciones Puertorriqueñas
- Debord, G. (1999). *La sociedad del espectáculo*. (p. 49) Valencia: Editorial Pre-Textos
- Diálogo (2007). *Los planes médicos y el derecho a la salud El Nuevo Día*. (22 de noviembre de 2008)
- González Llaca, E. (1981). *Teoría y práctica de la propaganda*. (p. 29) México: Grijalbo
- Marinas Herrera, J. M. (2001). *La fábula del bazar*, *orígenes de la cultura del consumo*, (pp. 26-27) Madrid: Editorial A. Machado Libros
- Marx, K. (1867/2001). *El Capital*. Libro Primero, vol. 1, (p. 101) Madrid: Akal-Serie Universitaria
- Quadsgno, J. (2004). Extra issue. *Journal of Health and Social Behavior*. Vol 45 (pp. 25- 44).
- Serrano, O. (2010). *Referido de De Castro implica a ejecutivos de seguros.* Centro de Periodismo Investigativo, Recuperado de: http://cpipr.org/inicio/index.php?option=com_content&view=article&id=144:referi do-en-caso-de-castro-implica-a-ejecutivos seguros&catid=58:actualidad&Itemid=105.

PARTE III

BIOÉTICA SOCIAL

Una Bioética Latinoamericana: Bioética Política para la Promoción de la Salud

Wanda I. Tabora Tirado, MPHE
Rafael A. Pérez Medina

Durante el siglo XX y principios del siglo XXI han ocurrido cambios vertiginosos y transformaciones radicales en la sociedad. Estos procesos han generado nuevos avances tecnológicos que en alguna medida, de forma dialéctica han alterado los procesos sociales y la evolución biológica-genética de los seres vivos del planeta. El concepto bioética proviene de las palabras griegas *bios*, vida y *ethos* costumbre. En este planteamiento se destaca las acepciones de la raíz *bios* que designa la ciencia de la vida y *ethos como* la ciencia de las costumbres, la ética. Hay ciertos autores que lo definen como ética de la vida (Gracia, 2002). Esta disciplina se ha desarrollado a la luz de las necesidades de encontrar respuestas y enfrentar los cambios que permitan que las intervenciones de los seres humanos con otros seres vivos sean de tal forma que promuevan la vida y la sobrevivencia.

Ante estas transiciones y corrientes técnicas y socio-culturales, ciudadanos como Aldo Leopold en el 1949 y Van Rensselaer Potter a partir del 1970

expusieron sus reflexiones éticas sobre la importancia de establecer pautas para la supervivencia humana. Potter (1995) señalaba que esta evolución socio-cultural impulsa la intervención desmedida en el ambiente y su biología de tal forma que se estaba afectando la supervivencia humana.

Osorio García (2007) señala que la búsqueda de una sabiduría que permita al ser humano seguir progresando y fomentando opciones para la vida no se puede alcanzar sin un lineamiento para tomar decisiones y guiar la humanidad hacia el futuro: la bioética puente. En esta etapa inicial de formación de la Bioética Global, Potter cuestionaba el tipo de futuro que encaraba la humanidad ante el progreso científico-tecnológico. Para él, esta encrucijada exigía un saber que guiaría los destinos humanos al futuro. Potter promovía el uso del conocimiento y de la comprensión de las limitaciones de la biología, a fin de proponer recomendaciones en el campo de las políticas públicas.

Según él, el establecimiento de puentes entre éticas profesionales y medioambientales favorecerá la sobrevivencia y el respeto a la naturaleza. Potter inicialmente incorporó el contenido ético de los trabajos de su colega Leopold a su pensamiento bioético (Acosta Sariego, 2006). Estableció una propuesta conceptual "Bioética Global", la cual se transforma en Bioética Política. Este enfoque bioético implicaba reflexionar sobre la supervivencia a largo plazo, la naturaleza de la existencia humana y su implicación en la deliberación política.

Existe otra corriente conservadora que adjudica toda gama de conflictos éticos relacionados a la vida y la salud, y al ámbito biomédico relacionándolo con algunas tangencias en el campo biosocial. Las críticas han girado en torno a llevar la bioética al campo de las grandes decisiones políticas en estos ámbitos, en la cual los individuos son los beneficiarios del progreso científico y tecnológico (Garrafa, 2005).

Justificación

Los problemas que han persistido y se constatan en la cotidianidad de los países latinoamericanos han generado una reflexión sobre cómo

afectan la dignidad de los habitantes de este continente y la implicación de la bioética global para los bioeticistas. El ser humano se hace digno, pues goza de excelencia, dada su calidad superior, se hace acreedor de singular aprecio y estimación. En esto consiste la dignidad del ser (Lolas, Quezada y Rodríguez, 2006).

A continuación se enumeran estos retos de tal forma que no pretenden constituirse en una lista exhaustiva, pero necesitan presentarse ya que son parte del diario vivir y afectan la dignidad del ser humano. Entre estos se encuentran: la exclusión social y la concentración de poder, la pobreza, la miseria y la marginalización; la globalización económica internacional, la falta de consolidación de la cultura (o de políticas públicas) de defensa de los derechos humanos universales y del ciudadano. Además se encuentran la inaccesibilidad de los grupos económicamente vulnerables a las conquistas del desarrollo científico y tecnológico y la desigualdad de acceso de las personas pobres a los bienes de consumo básicos indispensables para una supervivencia humana con dignidad (Acosta Sariego, Garrafa y Porto, 2002).

El mercado de capitales y de comercio se ha internacionalizado, lo cual ha tenido un impacto desfavorable en el desarrollo sostenible, los derechos humanos existentes y el ámbito político. La economía globalizada se supone que facilite el objetivo primordial de desarrollo sostenible de todos, frente al desarrollo insostenible del primer mundo respecto del tercer mundo. Ahora, sin este desarrollo favorable no se puede conservar el medio ambiente ni asegurar un futuro digno a las próximas generaciones.

El conflicto del desarrollo sostenible se plantea entre los países desarrollados y aquellos otros que eufemísticamente se denominan en vías de desarrollo. Es la confrontación de la vida, de la supervivencia presente y futura y de la calidad de vida. La vida humana en general está amenazada por este desarrollo insostenible del mundo (Gracia, 2002).

Este fenómeno de la globalización ha tenido entre sus consecuencias favorables el surgimiento de una nueva generación de derechos

humanos**:** los derechos del medio ambiente y de las futuras generaciones como nuevo frente de la bioética. Estos derechos relativos a la vida y a su gestión, ya no son individuales ni sociales, sino globales. Se constituyen en derechos de la vida en general de los ecosistemas, de la vida humana en su totalidad y de las futuras generaciones (Gracia, 2002). Cada generación de derechos humanos ha tenido por objeto legitimar el poder político, pero todos estos desarrollos obligan a cuestionar la legitimidad de las estructuras políticas vigentes. (Gracia, 2002).

Esta globalización económica plantea problemas políticos y exige un nuevo tipo de estado con una soberanía "limitada"que afecta a sus ciudadanos. Todo esto conlleva el dar voz a todos aquellos que pueden verse afectados por los actos o las normas que propulsan este movimiento económico. ¿No cabe decir que todos los afectados por una norma, por más que habiten fuera de las fronteras nacionales, deberían tener la capacidad de debatirla e intervenir en su aprobación o reprobación? (Gracia, 2002).

Ante estas transformaciones socioeconómicas surge una bioética de intervención. La bioética fuerte, *hard bioethics,* defiende como moralmente justificable, en el campo público o colectivo la priorización de políticas y toma de decisiones que privilegien al mayor número de personas y por el mayor tiempo posible, en perjuicio de ciertas situaciones individuales, aunque considere excepciones en el campo privado o individual. Esa nueva propuesta teórica promueve una alianza concreta con el grupo social históricamente frágil, incluyendo un análisis de los diferentes dilemas bioéticos (Garrafa y Porto, 2002).

Además, la concepción global de la bioética y su interrelación con la sustentabilidad del desarrollo conduce inevitablemente al enfoque de la bioética política o biopolítica como lo llama Acosta Sariego (2007). Para este autor, esta es la acción ciudadana para alcanzar que la responsabilidad solidaria se materialice en políticas que incluyan la participación protagonizada, tanto por la sociedad civil como por los estados y las organizaciones internacionales (Acosta Sariego, 2007).

Por el contrario, Kottow al hablar del debate socio-politico en el 2005, afirma que la temática de política que incluye temas de salud pública y salud de las poblaciones como estrategia de inclusión social, está fuera del foco epistemológico de la disciplina bioética. Según él, constituye parte de otra disciplina que denomina biopolítica. Pero esta postura se puede cuestionar mediante argumentación (Garrafa, 2005).

Historia de la ética y política

Todo régimen social necesita de personas que incluso en el nivel de la subjetividad, actúen en correspondencia con determinado *ethos* y cierta *politeia.* Se necesitan hombres y mujeres cuyo comportamiento sea pautado en consonancia a un conjunto de valores y de reglas de conducta socialmente aceptadas, propiciadas por dicho régimen y que tiendan a sostenerlo (Sotolongo, 2005).

En Occidente, el ámbito institucional de la política del siglo V a. C. planteaba la cuestión de la *politeia* como el problema de la constitución que se asegurara la isonomía y la igualdad ante la ley. Este planteamiento llevó a una forma de un nuevo gobierno democrático lo cual fue revolucionario, pero a pesar de esto excluía de todo derecho político a las mujeres, los extranjeros y a los esclavos. (Sotolongo, 2005).

Desde el inicio de la civilización griega, el ciudadano en la *polis* participaba en la vida social. Mediante la filosofía, se dedicaba a cuestionar el orden establecido, en lugar de meramente justificar su reproducción por medio de fórmulas descontextualizadas de la realidad cotidiana y concreta (Garrafa, 2005). En esta rama del saber se destaca el filósofo Sócrates. Este sabio, en el contexto griego y del mundo occidental, representó la pureza del lenguaje como herramienta para obtener la verdad que surge del espíritu humano mediante un método de preguntas: la mayéutica. También, encarnó la objetividad moral de la ley siendo él mismo la representación del buen ciudadano que lucha valientemente en su ciudad. Además, resaltó la importancia del ser humano como sujeto social y personal mediante el autoconocimiento. Este conocerse así mismo sirvió de medio para la afirmación

de la persona, su rol ciudadano y su posición dentro del orden socio-político que estaba inserto (Puker Nogués, 2003).

La razón teórica, propia de la reflexión cognitiva, era entonces inseparable de la razón práctica, propia de la acción política y del obrar moral hasta el siglo XIX. De acuerdo a Kant, la razón teórica tiene que ver con el conocimiento de la realidad y la razón práctica dirige la conducta. La ética y la política debían practicarse en reciprocidad. La política se consideraba para las personas admitidas a su ámbito de ejercicio, para los no excluidos, no podía pensarse como una esfera de conocimientos y de acciones desvinculada de los valores éticos. A partir de Kant se produce una escisión entre la razón teórica y la razón práctica.

Esta división que privilegia la razón teórica en detrimento de la razón práctica en la post modernidad impide la reflexión dialéctica para el ejercicio del poder. El límite se ha establecido al manejo de la autonomía de reglas y normas sociales relacionadas con la corporeidad. Pero la tecnología como medio de control social se ha inmiscuido en ese cuerpo, estableciendo una línea divisoria entre la calidad de vida y el bienestar, lo cual promueve las desigualdades (Garrafa, 2005). A partir del siglo XIX surge una racionalidad instrumental. Está incorporada por la política en la contemporaneidad postmoderna, ha producido una ruptura dentro del ámbito propio de la razón práctica, rompiéndose así la unidad entre lo ético y lo político (Sotolongo, 2005).

Potter conceptualizó la bioética como una disciplina que integraba los conocimientos biológicos con el conocimiento de los sistemas de valores humanos. Para él, la nueva disciplina debería servir de puente entre estas dos culturas es decir, una relación de mutua integración y entendimiento entre las ciencias naturales y las humanidades. Para Potter era imperativo esta integración porque, como señalan Ferrer & Álvarez (2003) esta integración ayudaba a identificar y promover los cambios óptimos para sostener y hacer prosperar al mundo civilizado.

En su evolución conceptual, Potter estableció tres categorías del concepto de la bioética: bioética puente, global y política. La primera,

conforme señala una interpretación de Osorio García (2007), "*la bioética puente*", emerge para Potter en medio de las preguntas acuciantes que se le plantean a las sociedades desarrolladas en la década de los cincuenta y setenta, y de manera específica desde la preocupación por el destino de la Humanidad después de la revolución biológica de los años 60. Es decir la preocupación central era, en ese entonces, la dirección que llevaban los avances de la ciencia y la tecnología. En palabras de Potter: "un intento de responder a la pregunta que encara la humanidad: ¿Qué tipo de futuro tenemos por delante? … Por consiguiente, la Bioética se transformó en una visión que exigía una disciplina que guiara a la humanidad a lo largo del "puente hacía el futuro".

Esta preocupación por el destino de la humanidad se transformará en el desarrollo de un conocimiento que permita hacer uso aceptable de nuevos adelantos y conocimientos para alcanzar la supervivencia de la humanidad y de los demás sistemas biológicos. En el pensamiento potteriano se traduce en "el conocimiento de cómo usar el conocimiento" para la supervivencia del hombre y la mejora en la calidad de vida (Osorio García, 2007).

Mientras tanto, durante la década de los ochenta, los nuevos desafíos provocan la transformación conceptual de la bioética puente a la bioética global. Una bioética que busca la supervivencia de la especie humana, auxiliada por el desarrollo y mantenimiento de un sistema ético que integre las diferentes éticas de las distintas disciplinas. La filosofía potteriana sería una construcción de puentes dirigidos hacia las especialidades que permita la integración entre éstas con el objetivo de desarrollar una bioética global que considere el bienestar humano en el contexto del respeto por la naturaleza (Osorio García, 2007). En otras palabras, un puente entre la éticas profesionales y la ética medioambiental que tiene como objetivo la supervivencia de la humanidad y el respeto por la naturaleza a largo plazo. Una interacción entre la supervivencia de la gente y los sistemas biológicos.

En las postrimerías de su vida, Potter presenta una nueva dimensión de la bioética: la bioética política. Era claro que la utilización del

conocimiento para la supervivencia, la calidad humana y la preservación del ambiente requerían algo más; como una forma de instrumentalizar la toma de decisiones y la formación de políticas acertadas para la supervivencia social. Señalaba Potter en el año 2000 que: "la Bioética Global debe evolucionar en una Bioética Mundial políticamente dinamizada y preocupada por el componente social... La acción política para la supervivencia social a largo plazo constituye un mandato bioético" (Osorio Gracia, 2007).

La Bioética política es fundamental para la toma de decisiones saludables y la creación de políticas acertadas. La acción debe de estar constreñida y guiada por el conocimiento biológico mientras emerja la Bioética y sea finalmente convertida en acuerdos voluntarios o leyes reguladoras en instancias específicas (Otero, como se cita en Osorio, 2007). De acuerdo a Potter se necesita la acción política y exigir que el liderazgo logre una bioética global humanizada orientada hacia la sostenibilidad bioética a largo plazo (Otero, como se cita en Osorio, 2007). La Bioética Global en un mundo globalizado ha de evolucionar y convertirse en una Bioética Política (Osorio, 2007).

Bioética en Latinoamérica

Actualmente la reflexión bioética esta determinada por las condiciones de posibilidades geopolíticas y geoestratégicas (Osorio, 2007). Si el nuevo imaginario social se implementa a través del modelo neoliberal, los conflictos que surjan al interior del mismo tendrán en el mercado, dejado a su propia lógica, el más eficaz, eficiente y efectivo principio organizador y criterio rector de organización social. El conflicto será el medio y el fin de la vida social, y la guerra se impondrá como estrategia de mercado.

A continuación se presentan cinco ejes mediante los cuales esta situación se va haciendo realidad. El imaginario neoliberal se implanta a través de políticas económicas de tipo privatizador y transnacionalizante y del adelgazamiento y aniquilamiento del estado en cuanto a sus obligaciones sociales. El estado no ofrece las garantías de las

transformaciones sociales, ni de los derechos humanos de segunda y tercera generación; su única obligación será la seguridad de los ciudadanos. Esto implica un cambio radical en la concepción de la política y de lo político que traerá nuevas consecuencias para los movimientos sociales en la región (Osorio, 2007).

Además, el neoliberalismo se implanta a nivel estructural mediante una tendencia al empobrecimiento de las clases medias, a la pauperización de los más pobres y a la eliminación de los no productivos o desechables. Esta exclusión sistemática pone en alto riesgo la convivencia humana, amenaza la base mínima de la convivialidad y hace que en la sociedad sólo pueda triunfar el más fuerte (Osorio, 2007).

Desde el contexto de latinoamérica, la bioética se sitúa mediante la bioética política o biopolítica (Acosta Sariego, 2007). Las preguntas en el quehacer de la biopolítica para la reflexión-acción, irán dirigidas a un diálogo sobre el destino de los excluidos de la sociedad a través de los mecanismos de globalización económica y financiera (Osorio, 2007). Esta interpretación de la bioética queda contextualizada dentro de la vida sociocultural que incluye los avances de la racionalidad científica y tecnológica de los primeros mundos y las altísimas aspiraciones que tiene la humanidad de los terceros mundos dentro de la globalización.

En este contexto la Bioética puede emerger como una fuerza biopolítica. Se puede legitimar como sistematización teórica y conceptual, transdisciplinar, intercultural y pluralista. Para ello tendrá que expresar los intereses de los mundos menos aventajados de la sociedad, ya que desde ellos se puede ver con mayor claridad la exigencia de una transformación profunda de la lógica del orden social y la manera de interpretarla (Osorio, 2007).

De la deliberación a la bioética política de promoción de salud

La deliberación es el método de racionalidad práctica y por ende el propio de las decisiones técnicas o artísticas, así como las éticas y las políticas. Es un proceso intelectual de ponderación de los factores que deben ser

tenidos en cuenta en un proceso razonable de toma de decisiones. Las decisiones son necesariamente concretas razonables porque nunca seremos capaces de incluir todas las circunstancias de una situación y menos de prever todas las consecuencias del acto (Gracia, 2002). En consecuencia, la Bioética es también un método de conocimiento, un procedimiento racional, cuyo objetivo es la toma de decisiones prudentes. Se delibera dando razones y escuchando la de los demás (Gracia, 2002).

Las decisiones sociales y políticas deberían tomarse tras un amplio proceso de deliberación, en el que intervienen la totalidad de los afectados por ella. Sería la manera de legitimar moralmente esas decisiones; de hacerlas justas, válidas y legítimas. La bioética es deliberativa, cada vez está más conciente de que su método es la deliberación (Gracia, 2002). Tan pronto como la comunidad deja de ser extremadamente reducida, la deliberación de la sociedad en su totalidad se puede convertir en una utopía.

De acuerdo a Aranguren (1996) sólo puede gobernarse por delegación o régimen de democracia representativa; para que haya democracia tiene que haber una verdadera conversión del hombre privado al hombre público. Cada ciudadano ha de anteponer el interés del Estado a su interés particulares. La virtud política, dentro de regímenes políticos, firmemente establecidos aparece como muy poco emotiva, como el mero cumplimiento de una obligación casi administrativa.

Así mismo Aranguren (1996) expone que los seres humanos necesitan ser estimulados políticamente, necesitan ser sacados de su individualismo. Desde la ética individual no se puede acceder a la moralidad política porque los individuos fundidos en una masa de comportamiento sin iniciativa son incapaces de asumir una plena actitud ético política. Para ello necesitan ser formados mediante discusiones abiertas y ser estimulados por grupos sociales minoritarios para extender la adopción de actitudes políticas a asociaciones no esencialmente políticas.

Para propósitos de este escrito, se define democracia como la participación activa del pueblo en el gobierno; elección. Entre la elección

creadora y la mera negación de esta, hay una nivel intermedio, el de la libertad de especificación entre diversas posibilidades programáticamente ya estructuradas, que se presentan al elector para que este elija con libertad de ejercicio y de especificación (Aranguren, 1996).

La democracia no es un status donde el pueblo pueda cómodamente instalarse. Es una conquista ético-política que se puede mantener a través de la autocrítica. Si la entendemos como forma institucionalizada de moralización del estado, no es nada fácil hacer que dure. Se requiere el reconocimiento de unas libertades y de la existencia de minorías que amplían la conciencia, la ilustración y la moción política de las masas; precisa de voluntad moral. Esa voluntad se debilita porque al ser humano le cansa la pesada carga de la libertad política y hace entrega de ella a un jefe, a cambio del orden y seguridad para dedicarse a la vida privada en suma (Aranguren, 1996).

Potencialmente, estos intereses éticos políticos pueden ser expresados a través de la reflexión y deliberación de la bioética política en las democracias del hemisferio occidental. El problema es que las democracias latinoamericanas son poco representativas, participativas y poco deliberativas. Parenti (2002) señala que es inevitable preguntarse cuál es el tipo de ética que se debe de construir en este contexto de democracia tan frágil y condicionada. Trabajar con una bioética que tenga que ver con las cosas de nuestra vida es colocar la tilde en la salud pública, la equidad, lo justo, los derechos humanos, la ciudadanía, la tolerancia, la solidaridad y la participación democrática.

La promoción de la salud se constituye en una tarea deliberativa que favorece la salud para el desarrollo sostenible de una sociedad. La promoción social desde la salud basa su acción desde la participación social como elemento central para su desarrollo. Para lograr estos objetivos, han surgido iniciativas de reorganización del sector salud con la participación democrática de la ciudadanía. Existen algunos documentos que esbozan esta concepción amplia de salud y sus respectivas propuestas para el desarrollo de una bioética política en promoción de la salud (Parenti, 2002).

Esta evolución de la bioética ha tenido una repercusión importante en el desarrollo de la salud pública y la promoción en salud. Principalmente porque su temática histórica ha tocado los temas de la salud global. La mayoría de los pronunciamientos, declaraciones o cartas realizadas en conferencias internacionales se convierten en instrumentos para el desarrollo de política pública de los países miembros de estas organizaciones. Son posiciones oficiales, opiniones rectoras para delinear una política o denunciar una situación mundial.

La Organización Mundial de la Salud, desde sus inicios en el 1946, ha definido los grandes retos de la salud pública mundial y ha delineado las rutas a seguir para las soluciones de las problemáticas globales. Los organismos internacionales de la salud pública, como es el caso de la Organización Mundial de la Salud, se han convertido en gran medida en gestores de política pública internacional a través de muchos documentos y pronunciamientos que han llevado a luz pública asuntos de la bioética global. Uno de los documentos más significativos en términos de generar una posición oficial que permitiera el desarrollo de política pública sobre un asunto eminentemente bioético fue la Declaración de Alma Ata celebrada en la Union de Repúplicas Soviéticas Socialistas el 6 de septiembre de 1978.

En esencia, la Declaración de Alma Ata, fue una respuesta a las desigualdades de salud y justicia social que se observaban en el nuevo orden mundial polarizado política y económicamente. Estados Unidos y la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas se peleaban entre la década de los 70 y 80 la supremacía mundial; ambas superpotencias habían entrado en una carrera política y armamentista sin precedentes en la historia de la humanidad. De igual forma, la Conferencia, examinaba con asombro el progresivo desarrollo de unos avances de conocimientos tecnológicos-científicos sobre la salud que dividían al mundo entre las potencias desarrolladas con accesos a los mismos y los países en desarrollo carentes de condiciones mínimas de salud. Entre estos, las nacientes repúblicas del continente africano y muchas de las naciones latinoamericanas que luchaban por una participación más justa en las riquezas globales.

El concepto de salud fue nuevamente objeto de examen y análisis con la reafirmación y aprobación de la salud como un derecho humano fundamental que involucraba a todos los países del mundo. En este sentido el concepto de salud adquiría un elemento ético que exigía compromiso político y solidaridad internacional. Este era un claro mensaje a un mundo dividido entre países ricos y países pobres que cada vez se hacían más significativas sus diferencias. De igual forma, era un reclamo ante la indiferencia de dos potencias mundiales abocadas en una carrera armamentista y de desarrollo científico que olvidaba cuáles debían ser las prioridades globales desde una óptica de salud global. En ese sentido, la Declaración de Alma Ata establecía que la meta de salud para los países del mundo era la "Salud para Todos" y que el "logro más alto posible de salud es un objetivo social muy importante en todo el mundo." Para esto, puntualizaba, la Declaración: "se exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de salud," (Tejada de Rivero, 2003). Pero enfatizaba en la responsabilidad de la comunidad mundial y sugería la articulación de una política internacional dirigida a subsanar las desigualdades sociales y de salud mundial como garantía de la paz global.

En esa misma línea de pensamiento los gobiernos nacionales tenían una responsabilidad que iba más allá de una formulación burocrática. Al respecto, señala críticamente el doctor Tejada de Rivero (2003), pasado subdirector general de la Organización Mundial de la Salud y arquitecto de la Conferencia de Alma Ata: *"Tampoco se percibió suficientemente, a pesar de estar escrito varias veces, el hecho de que la salud es, por sobre todo, una realidad social compleja, un proceso social aun más complejo, y un proceso político dentro del cual hay que tomar decisiones políticas, no sólo sectoriales sino de Estado, capaces de comprometer obligatoriamente y sin excepciones a todos los sectores".* La Declaración de Alma Ata proponía cambios reales en la visión y la estructura organizativa del gobierno con relación a la salud. Era necesario cambiar radicalmente el rol tradicional de los sistemas de salud estructurados por los estados con un enfoque fundamentalmente curativo. De esta forma, la Conferencia delineaba a la atención primaria como la estrategia y política pública a seguir para alcanzar estos objetivos y metas.

La atención primaria de salud, como estrategia e instrumento de política pública de la salud global pretendía aportar a la eliminación de las desigualdades de acceso a la salud en el mundo. En esencia la Declaración de Alma Ata definía *"Atención Primaria de Salud"* como asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada etapa del desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación (Tejada, 2003).

Naturalmente, esta estrategia respondía a garantizar un mínimo de acceso a los servicios de salud básicos. Pero también era una respuesta al desarrollo de un avance tecnológico-científico en el campo de la medicina que se había iniciado desde la Segunda Guerra Mundial. Un desarrollo en la técnica y el conocimiento en la medicina que no llegaba a países pobres y abría una brecha cada vez más amplia entre éstos y el resto del mundo desarrollado. Ferrer y Álvarez (2003) argumentan en su libro *Para Fundamentar la Bioética* que estos avances en el conocimiento y la tecnología observados en el campo de la medicina a partir de mediados de los años 40 fueron claves para el desarrollo de la bioética como disciplina. Fundamentalmente, porque los nuevos conocimientos presentaban retos de naturaleza ética que hacían necesario una deliberación sobre sus repercusiones en la sociedad. Por otro lado, como demuestra la Declaración de Alma Ata, desde el punto de vista de la salud pública global, estos mismos hechos planteaban unos dilemas éticos sobre las inequidades en salud y la justicia social en el orbe. Estos planteamientos éticos también dejaban claro que la salud era un derecho humano fundamental y que para alcanzarlo era necesario la solidaridad y cooperación internacional.

No obstante, como enfatiza Tejada (2003): Las condiciones que dieron origen a la meta social y política de "Salud para todos" y a la estrategia, también social y política, de la "atención primaria de salud", no sólo subsisten, sino que se han profundizado. Las grandes diferencias, las inequidades y la injusticia social, dejan cada vez más vastos sectores sin un cuidado integral de su salud. La pobreza aumenta y los pocos recursos para educación y salud de que disponen las sociedades nacionales se

invierten y se gastan en las formas más erradas e injustas. Todavía predomina, inexplicablemente, la confusión de la salud con la atención médica reparativa orientada a unas pocas enfermedades. Los sistemas de salud no se descentralizan en los hechos, y continúan las distorsiones sobre la participación ciudadana y el control social eficaces. Estas declaraciones de naturaleza conclusiva y reflexiva luego de 25 años de la Declaración de Alma Ata, dejaban claro que el debate sobre la equidad en salud no había finalizado y que se requerían nuevos enfoques salubristas y bioéticos para abordar los desafíos de la salud mundial.

Para la década de los ochenta se abre una nueva perspectiva de la salud con la promulgación de la Carta de Ottawa del 21 de noviembre de 1986 y el concepto de Promoción de la Salud. Desde la concepción de la Carta de Ottawa se percibe la salud no como el objetivo sino como la fuente misma de riqueza de la vida cotidiana. Señala la Carta (OPS, 1996) que la promoción en salud: *"*consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma*"*. La salud se trata, continua la Carta, *"*de un concepto positivo que acentúa la salud desde una perspectiva multifactorial que añade particular importancia a factores sociales, políticos y económicos, los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas". Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sana, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario. Acto seguido, señala que "las condiciones y requisitos sociales para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos prerrequisitos".

La Carta de Ottawa enfatiza que estos factores pueden intervenir en favor o en detrimento de la salud. Por lo tanto, el objetivo de las acciones en salud es hacer que esas condiciones sean favorables para promocionar la salud. Esto le imprimía a las acciones en salud un rol de protagonismo y liderato impensable hasta ese momento, al punto que el sector de salud se convierte en un mediador de las distintas fuerzas civiles y políticas para lograr los objetivos de salud. De igual forma, la promoción en salud debía centrarse en alcanzar la equidad sanitaria. Sus esfuerzos también debían

orientarse a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial" (Organización Panamericana de la Salud, 1996).

Para ello, la Carta de Ottawa establece unas líneas de estrategias que por su naturaleza y contenido necesitan el desarrollo de política pública. No hay duda que para establecer cambios en asuntos de paz nacional, educación, vivienda, alimentación, redistribución de ingresos, ecosistema estable, justicia y equidad social se requieren cambios significativos en el orden político y administrativo del Estado.

La Carta de Ottawa (1986), al igual que la Declaración de Alma Ata (1978), coincide en la definición de la salud como un fenómeno de naturaleza multifactorial que es influenciado por factores políticos, sociales y económicos. Ambas apelan a la responsabilidad de los gobiernos con la salud y a la solidaridad internacional en los asuntos globales de salud pública, principalmente con la inequidad en salud. De igual forma, ambas presentan esbozos para el desarrollo de cambios de política pública con relación a la orientación de los sistemas de salud.

La Carta de Ottawa marcó el inicio de una serie de pronunciamientos que retomaron los asuntos claves de la promoción de la salud a nivel mundial. En cada uno de estos pronunciamientos se observa el marcado énfasis en proponer una acción política coherente para el desarrollo de la promoción de la salud y la solución de problemas de salud pública de índoles regionales o internacionales. Uno de los documentos más recientes, la Carta de Bangkok (2005-2006), presenta con meridiana claridad la necesidad del elemento político para realizar las estrategias de promoción en salud y comprometerse con aquellos asuntos típicos de la bioética global.

Señala el Informe de la Secretaría de la Organización Mundial de la Salud, correspondiente a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud de marzo de 2007, que la OMS y el Gobierno de Tailandia organizaron en el años 2005 la Conferencia Mundial de Promoción de la Salud con el objetivo de

discutir los determinantes de la salud en relación con las políticas y las alianzas para la acción sanitaria. Puntualiza este Informe que esta Conferencia espera contribuir, mediante el fomento de la salud, a reducir las desigualdades en materia de salud en un mundo globalizado.

Entre los destinatarios de la Carta aparecen en primer lugar "gobiernos y políticos de todos los niveles y organizaciones internacionales." El punto es interesante y revelador no sólo porque se dirige a políticos y gobiernos sino por lo que les propone deliberar. Entre los factores críticos que considera se deben discutir, se encuentran "las desigualdades crecientes en los países y entre ellos y los cambios ambientales mundiales" (Organización Mundial de la Salud, 2005). Por otra parte, establece como un desafío a considerar "la vulnerabilidad de los niños y la exclusión de personas marginadas, los discapacitados y los pueblos indígenas" (Organización Mundial de la Salud, 2005).

Para atender estos y otros problemas inherentes a la globalización, la Carta de Bangkok establece como estrategia de trabajo la "coherencia política". Enfatiza el documento que "para hacer frente a los desafíos de la globalización, hay que garantizar la coherencia de las políticas adoptadas en todos los niveles gubernamentales, todos los organismos de las Naciones Unidas y otras organizaciones, incluido el sector privado" (Organización Mundial de la Salud, 2005). Señala atinadamente, que esa coherencia fortalecerá el cumplimiento, la transparencia y el rendimiento de cuentas respecto a los acuerdos y tratados internacionales que afectan la salud. En otras palabras, la política pública trazada por acuerdos y tratados internacionales debe estar seguida de una acción política coherente que permita su fiel cumplimiento. Demandan los firmantes de Bangkok que esas medidas políticas sean "enérgicas" y decididas, por lo que se requiere, conforme a los participantes de la VI Conferencia de Promoción en Salud, "establecer normas reguladoras que garanticen un alto grado de protección frente a posibles daños y la igualdad de oportunidades para la salud y el bienestar de todas las personas" (Organización Mundial de la Salud, 2005).

Hasta aquí, se observa en primer lugar la promulgación de esta Carta en respuesta a los problemas que presenta para la salud mundial el

fenómeno de la globalización. Entre estos problemas, se hace referencia a varios asuntos de contenido tradicionalmente tratados por la bioética global: la desigualdad económica entre países ricos y pobres, la inequidad en los asuntos de salud, los cambios ambientales globales, la vulnerabilidad infantil, la exclusión de las personas marginadas, las discapacidades y la situación de los pueblos indígenas. Es interesante apuntar que siguiendo la línea de la bioética política, la carta se dirige a los gobiernos y políticos para que deliberen sobre estos problemas y tomen posiciones y acciones políticas para atender los mismos.

Más interesante aún, al igual que la bioética política, la Conferencia hace de la acción política y gubernamental un compromiso necesario para que los acuerdos escritos se cumplan. A ese compromiso le añade otros de igual importancia, como el desarrollo de acuerdos internacionales y la petición a la Organización de las Naciones Unidas de un Tratado Mundial en pro de la Salud. Por eso señalan los participantes de la Conferencia de Bangkok que "la promoción de la salud debe convertirse en un aspecto esencial de las políticas nacionales y exteriores y de las relaciones internacionales, incluso en situaciones de guerra o conflictos".

Conclusión

Los problemas persistentes y los nuevos arreglos económicos han tenido impacto en el desarrollo sostenible del ser humano y la naturaleza. Esto ha requerido la reafirmación de una bioética que actúe a favor de la vida. La división filosófica de la razón práctica y la razón teórica, hizo que la ética y la política se practiquen como dos disciplinas que no están interrelacionadas. Pero las circunstancias latinoamericanas y mundiales han llevado a repensar si realmente esta división es meritoria en un ámbito filosófico político como la bioética global, que demanda una interrelación por la supervivencia de la humanidad. Son tan arraigadas las desigualdades socio-económico-políticas, que en la unión de la teoría y la práctica surge un campo bioético imprescindible para la acción: la bioética política, o como Acosta Sariego (2007) señala: la biopolítica. La deliberación política no se circunscribirá a lo político partidista; será una deliberación bioética para la acción.

Históricamente, la salud pública y la promoción en salud han deliberado sobre asuntos de alto contenido ético y moral. En el proceso, la influencia bioética se ha convertido en un instrumento de análisis necesario para abordar asuntos de extrema complejidad moral y política. De esta forma, la Organización Mundial de la Salud ha elaborado documentos que han fijado la posición política mundial sobre diversos problemas de salud. En ellos se observa un marcado proceso de evolución conceptual sobre lo que es la salud y los asuntos que debe tratar.

Se puede observar cómo la concepción de la salud salió de una visión unidimensional marcada por el componente biológico y dominada por el modelo biomédico curativo a una conceptualización totalizadora multidimensional, influenciada por factores sociales, culturales, ambientales, psicológicos y espirituales. Bajo esa premisa, los problemas de salud se diversificaron y profundizaron. La inequidad en salud, la pobreza, la educación, la paz, los ecosistemas ambientales, entre otros asuntos, tomaron preponderancia a la hora de analizar los problemas de la salud pública. Para discutirlos y profundizarlos, era necesario el auxilio de la emergente disciplina bioética de los años setenta.

Por tal razón no es difícil de imaginar la influencia de la nueva disciplina en la Declaración de Alma Ata sobre el derecho universal a la salud, la denuncia a la inequidad en salud y el compromiso moral de la comunidad internacional para erradicar las disparidades en salud. De igual forma, la Carta de Ottawa, y los subsiguientes pronunciamientos sobre la promoción en salud, tuvieron que abordar estos temas y acoger otros de extrema importancia, como son: la responsabilidad civil, social y gubernamental sobre la salud, la globalización, los mercados mundiales, la crisis de alimentación y los avances de la tecnología y las comunicaciones.

Por otra parte, estos pronunciamientos internacionales sobre promoción en salud se convirtieron en piezas de importancia para el desarrollo de política pública internacional sobre la salud; pero también exigían del compromiso político y gubernamental para hacer realidad los cambios propuestos. Era clara la necesidad de salir de la retórica institucional sobre urgentes asuntos de salud para entrar al escenario del compromiso

gubernamental y político. Una vez más se percibe la influencia de una bioética política que no sólo delibera sobre lo que debería hacerse sino que en actitud combativa está dispuesta a hacerlo. Esta podría ser una forma de interpretar la creciente importancia que se ha dado a la política y a los gobiernos en la consecución de las metas de salud desde la Carta de Ottawa a la Carta de Bangkok.

Referencias

- Acosta, J. R. (Ed.). (2002). *Bioética para la sustentabilidad*. Cuba: Publicaciones Acuario.
- Acosta, J. R. (2006). Bioética global sustentable como tendencia en América Latina y el Caribe. *Revista Latinoamericana de Bioética.* Recuperado de http://www.umng.edu.co/docs/revbioetik/vol11/acosta-sariego.pdf
- Acosta, J. R. (2007). Bioética en Cuba: Responsabilidad y solidaridad. En Programa de Bioética Organización Panamericana de la Salud. Perspectivas de la Bioética en Ibero América. *Revista Cubana Salud Pública 32(4)*
- Aran, M. & Peixoto, C. A. (2007). Vulnerability and bare life bioethics and biopolitics today. *Revista de Saude Publica*, *41*(5), 1-9.
- Aranguren, J. L. L. (1996). *Ética y política.* Nueva: Madrid: Editorial Biblioteca.
- Callahan, D. (2002). Bioética. *Revista Selecciones de Bioética. Agosto*, 29-43.
- Ferrer, J. J. & Álvarez, J. C. (2003). *Para fundamentar la bioética: Teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea.* Ed. Universidad Pontificia Comillas -Ed. Desclée De Brouwer: Bilbao.
- Garrafa, V. (2005). Social inclusion in the political context of bioethics. *Revista Brasileira de Bioética, 1*(5), 122-132.
- Garrafa, V. & Porto, D. (2002). Bioética; poder e injusticia por una ética de intervención. En Acosta Sariego, J. R. (Ed.). *Bioética para la sustentabilidad*. Cuba: Publicaciones Acuario.

- Gracia, Guillen, D. (2002). De la bioética clínica a la bioética global: Treinta años de evolución. *Acta Bioética*, *1*, 27-39.
- Kottow, M. (2005). Bioethics and biopolitics. *Revista Brasileira de Bioética, 1*(2), 110-132.
- Lolas, F., Quezada, A. & Rodríguez, E. (2006). *Investigación en salud, dimensión etica.* Organización Panamericana de la Salud: Washington, D. C.
- Ortega, F. (2004). The Biopolitics of health: reflections on Michael Focault, Agnes Heller & Hannah Arendt. *Interface Communications, Saude, Educación, 8*(14), 9-20.
- Osorio García, S. N. (2007). De la pro- vocación bioética a la provocación biopolítica: Los desafíos humanos vistos desde un país como el nuestro. *Revista Latinoamericana de Bioética, 7*(12), 76-91.
- Organización Panamericana de la Salud (1996). Anexo 1. En *Promoción de la Salud: Una antología,* (pp. 25-36). Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). Carta de Bankok.
- Parenti, F. R. Bioética y Biopolítica desde América Latina. En Acosta Sariego, J. R. (Ed.). (2002). *Bioética para la sustentabilidad*. Cuba: Publicaciones Acuario.
- Potter (1995). Global bioethics: Linking genes to ethical behavior. *Perspectives in Biology and Medicine, 39*(1), 118-131.
- Paukener, Nogués, F. (2003). Sócrates y la filosofía griega. *A Parte Rei*, (26) 1-4. Recuperado de http://www.serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/socrates.pdf
- Rubio, Paez, D. (2007). *Conciencia Activa*, *21*(18), 15-47.

Equidad de Género y Bioética

Sausan El Burai Félix, BA. MPH.
Suad El Burai Félix, BA, MPH.v

Yo quise ser como los hombres quisieron que yo fuese:
un intento de vida; un juego al escondite con mi ser.
Julia de Burgos (1914-1953)
Poetisa puertorriqueña

La ética feminista emerge con la finalidad de emancipar a la mujer de los escenarios de desigualdad y subordinación, tanto en sus prácticas individuales como sociales. "Cuestiona la construcción patriarcal del ser mujer, y hace un llamado a la toma de conciencia de las condiciones de explotación, discriminación, violencia y exclusión hacia las mujeres" (Cárdenas, 2008). Concibe no ser partícipes de un pacto basado en la supremacía masculina para salvaguardar la justicia y la integridad entre los seres humanos.

El silencio en el discurso de las mujeres se ha constituido en uno de los puntos de partida más relevantes en la crítica feminista. Los movimientos feministas dirigen su apoyo a romper con los roles tradicionales estipulados que exigen el reconocimiento de la mujer en la sociedad

capitalista. La subordinación de las féminas pone en evidencia la estructura de lo que ocurre en la realidad contemporánea acerca de la visión del mundo con respecto a los modelos de dominio. Los roles de género no surgen de la nada, sino de un fenómeno denominado construcción de género, el cual nace de las expectativas establecidas por la sociedad que ofrece las pautas del comportamiento apropiado. Las experiencias personales, los preconceptos culturales y las ideologías, personifican el concepto de género. Estas visiones se prestan para dar lugar a estereotipos denigrantes, generalmente, influenciados por el sexismo, que abarca pensar que un sexo es superior al otro.

A través de los años, ha primado la inequidad entre los hombres y las mujeres, marginando y ubicando en un plano inferior a estas últimas, práctica reforzada por las instituciones sociales, de orden jurídico, religioso y político. En la actualidad, existe una multitud de corrientes intelectuales que apoyan el pensamiento feminista; se han dado "a la tarea de buscar nuevas maneras de pensar, nuevos métodos y teorías, nuevas expectativas y significados" (Santos, 2006), siendo el soporte de una filosofía y de una liberación. La bioética feminista reflexiona sobre la equidad de género, con la finalidad de fomentar el desarrollo de la mujer, empoderar los roles que desempeña y destacar su distintivo. La equidad de género es un principio de carácter ético, basado en la justicia social que busca contrarrestar las inequidades injustificables de esta época. Desde la perspectiva de la ética del cuidado, como ética femenina, se argumenta en reflexiones "afinadas a la necesidad de los otros, orientadas al cuidado y basadas en afectos pre-racionales", como resultado del proceso de cambio social puesto en marcha por el feminismo. Se caracteriza por un sentir empático a través de un genuino cuidado y es una ética creada por las condiciones de subordinación. Concibe un nuevo horizonte y conduce a un paradigma diferente de libertad. Sin embrago, va mas allá de lo antes expuesto. La misma asume una postura centralizada en crear las condiciones que otorguen poder a todas las mujeres, que aseguren la justicia desenmascarando los sistemas sexistas y patriarcales de valores convencionales, y las teorías que perpetuán el dominio masculino apoyadas por los prejuicios y los tabúes culturales. El pensamiento

feminista considera a toda persona moralmente equivalente y establece que los efectos de cualquier decisión sobre la vida de las mujeres sean un elemento presente en el discurso moral.

Propósito

La enseñanza de los estudios de la mujer, el feminismo y el género se considera un paso substancial en la ruta hacia la igualdad a través de teorías críticas y prácticas de los estudios de las mujeres en Puerto Rico. Con el fin de aplicar los conocimientos aprendidos, a través de la formulación de este escrito, se indaga el asunto ético vigente de inequidad de género y se explora el status quo en nuestro país. Además, se integra al análisis el impacto del movimiento feminista y de una de las preguntas: ¿cómo se evidencia la desigualdad entre los géneros en el ámbito educativo, profesional y de salud? Es uno entre otros temas concernientes.

Este escrito nace por el compromiso social de las autoras en la diseminación del respeto de la dignidad de la mujer. Se arraiga a este nacimiento el que sea una contribución de ilustración, basado en un enfoque ético, al Grupo Intercesores Pares (IP). Como co-fundadoras del Grupo IP, junto a otros compañeros salubristas, apoyamos el mensaje principal: "Cero tolerancia de violencia hacia las mujeres". Pretendemos provocar cambios en el lector en la toma de decisiones que entendemos, deben estar cimentadas bajo un manto de sensibilización ante la situación de las mujeres e invitar a que se revisen las estructuras jurídicas, las políticas públicas y los programas que pudiesen restringir los derechos civiles y políticos de estas últimas.

El progreso de una sociedad estriba en esgrimir todos los recursos humanos. Por ende, es indispensable que hombres y mujeres sean partícipes, a cabalidad, en todas las esferas de la vida pública y privada. Los intentos que se encaminan en lograr esta meta imparcial a niveles de gobierno, cultura, sociedad y familia, pueden abordarse bajo el concepto de «perspectiva de igualdad de género», si esta igualdad circunscribe el derecho a ser diferentes.

Asimismo, debemos cuestionarnos, ¿por qué es necesario retomar la problemática de género? ¿Por qué se continúan perpetuando los desequilibrios de género si todo ser humano tiene la misma estima? Ciertamente, porque todavía no existe un consenso establecido, de modo que se abre un espacio para la deliberación; debemos retomarla porque es un aspecto de índole social. La equidad de género en nuestros días ofrece una gran amplitud de puntos de vista, de enfoques efectuados desde diversos ámbitos teóricos y cuyos objetos de estudio son múltiples. Es indispensable otorgar visibilidad a la posición social entre todos los individuos. El papel de la mujer conlleva integrarse a la sociedad y asumir su protagonismo en su justa perspectiva a través de cambios en la percepción androcéntrica.

Justificación y contextualización

Remontándonos al año 1975, entre los eventos mundiales de la época, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) marcó un precedente cuando amplió las bases para afirmar los derechos de las mujeres como derechos humanos, con la finalidad de ejecutar los objetivos de equidad, desarrollo y paz. Además, "se proclamó el Año y la Década Internacional de la Mujer (1975-1985) y se solicitó indagar las estructuras jurídicas, las políticas públicas y los programas limitantes en el ejercicio de los derechos civiles y políticos de las mujeres" (Ley Número 20, 2001). Cabe resaltar que el Gobierno de Puerto Rico y algunas Organizaciones sin fines de lucro presenciaron este coloquio. Esto propulsó el que se iniciara el estudio de la situación de las mujeres puertorriqueñas. A esto se añade, auscultar esta realidad por medio de investigaciones legislativas, después de que se proclamara la necesidad de sensibilizar la opinión sobre la situación de la mujer en los diversos continentes anexados a la Organización. Para ese entonces, la ONU solicitó el escudriñamiento y la evaluación exhaustiva de las estructuras gubernamentales y no gubernamentales que corrompían los derechos en diferentes ámbitos de las féminas. En Puerto Rico reaccionaron ante lo solicitado, pues en la Isla existía una grave situación de discrimen por razón de género.

Hasta el sol de hoy, continúa la controversia de opiniones polarizadas referente a la adaptación de la perspectiva de género en la sociedad.

En nuestro país todavía es evidente. Esto cobra visibilidad en la siguiente evidencia bibliográfica:

> Puerto Rico, al igual que en el mundo entero, [pues observamos] la violencia de género, [en] la violencia contra las mujeres por ser mujeres... Las mujeres son atacadas porque son mujeres, porque se entiende en su construcción social que la mujer es más débil, que la mujer es propiedad del hombre, que el hombre tiene el dominio sobre la mujer; que en las familias el padre es dueño de la mujer y de los hijos y las hijas, por lo tanto hay esa violencia de esta persona que tiene poder. En esas relaciones de poder son desiguales. (Valle, 2009, citada en el Periódico El Vocero).

La situación de desigualdad de género descansa en diferentes contextos como en el laboral y en las aulas de clases. Hoy por hoy, las mujeres desempeñan un rol trascendental al ser protagonistas, alejándose de ser simples "espectadoras". Por lo mismo, asumen una participación activa en el desarrollo de los componentes colectivos que merecen ser reconocidos. Las estadísticas del Departamento del Trabajo y Recursos Humanos (2008) destacan que las mujeres puertorriqueñas representan el 45% de la fuerza trabajadora. Sin embargo, muchas de éstas experimentan algún tipo de discrimen como la segregación ocupacional por género, desvalorización del trabajo doméstico, techo de cristal (barrera invisible que imposibilita a las mujeres tener rangos laborales de alta jerarquía) o violencia de empleo. A esto se le suma la diferencia salarial (Oficina de la Procuradora de la Mujer, n.d.). La discrepancia de "paga por igual trabajo" radica en un 23% menos para las mujeres (Enchautegui, 2004, citado en la Oficina de la Procuradora de la Mujer).

Por otra parte, en el aula escolar la inclusión de la perspectiva de género parece encontrarse en un estado dubitativo. El otrora Secretario de Educación (2008) Carlos Chardón, descontinuó la iniciativa de la enseñanza enfocada en la perspectiva de género en las escuelas públicas debido a que significaba ser un "terreno" desconocido en cuanto

a los resultados del acuerdo entre Rafael Aragunde (ex – Secretario del Departamento de Educación), y Marta Mercado (ex - Procuradora de la Mujer). Pudiésemos considerar que, al no afianzar la perspectiva de género, alude a un sistema educativo que promueve la inequidad social. Margarita Borges, profesora de la Universidad de Puerto Rico y miembro del movimiento feminista de la Isla, manifestó su preocupación respecto a la iniciativa antes mencionada. La catalogó como "una decisión terrible" al no aprobar estudios de género como parte del currículo escolar. Borges resalta la importancia que reside en los estudios de género en el mundo, tanto en América como en el Medio Oriente. Añade que dichos estudios son integrados a currículos universitarios, "y tienen años de existencia" (2009).

En la Carta Circular Número 3 del Departamento de Educación (2008), se establece claramente el objetivo de implantar la perspectiva de género, como herramienta pedagógica con la finalidad de concienciar sobre "la igualdad entre los géneros, la justicia, la libertad, la paz, la convivencia solidaria, la participación democrática y el respeto a la diversidad humana". Esto, a través de la capacitación y el desarrollo de un pensamiento reflexivo-crítico que reconoce las contribuciones sociales de cada individuo.

La prioridad de inculcar una cultura de igualdad en Puerto Rico es tal, que los recursos presupuestarios gubernamentales asignados al Departamento de Educación no contemplan "las asignaciones sistemáticas para mejorar la presentación de las mujeres en los libros de texto ni cuenta con programas dirigidos a adolescentes embarazadas" (Enchautegui, 2005), que respondan en mejorar las necesidades de las aprendices puertorriqueñas. La equidad entre géneros es un asunto que se ampara en el concepto de los derechos humanos. Por ende, debe integrarse en las instituciones pedagógicas como uno de los métodos vitales para la prevención de la violencia intrafamiliar.

Es preciso reconocer que la auténtica igualdad accede en abordar, solucionar y edificar los ambientes desiguales respecto a los derechos humanos de la mujer. La equidad entre hombres y mujeres significa

igualdad de acceso a la educación y a la capacitación. El ejercicio de los derechos de los ciudadanos permite gozar de oportunidades de empleo ecuánimemente remunerado que culmina en una salud integral.

Uno de los temas vigentes que representa ser un eje principal de este debate actual, es la posición de la mujer en la sociedad contemporánea. Su rol ha sido menospreciado a través de las décadas ante una sociedad paternalista. Esto a su vez exterioriza el apoyo del acto de violencia intrínsecamente, debido a que se relaciona íntimamente con la desigualdad de género.

Por ello, es pertinente hacer la distinción entre sexo y género. El concepto *sexo* lo define las diferencias entre hombres y mujeres dadas por su condición biológica y fisiológica. Estas diferencias tienen que ver, principalmente, con las "características cromosómicas, hormonales, genitales y reproductivas, además de las llamadas características sexuales secundarias definidas a partir de la pubertad". Mientras, el concepto género abarca el:

> "Conjunto de atributos sociales, económicos, políticos, culturales y jurídicos que se le asignan al ser hombre o ser mujer (formas de comportarse, valores y normas a seguir, actividades a realizar, recompensas su lugar en el mundo), en una sociedad determinada, y a partir de los cuales las personas construyen sus identidades. Dichos atributos son histórica y socialmente construidos, por lo que cada cultura, según la época y el grupo social, le da un sentido diferente a lo que significa ser hombre y ser mujer" (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, 2009).

Dicha distinción es requerida porque se utilizan de manera indiscriminada; ambos, sexo y género están relacionados al ser humano, pero no son sinónimos. La distinción inequitativa de género continúa en su apogeo. Nos obliga a seguir conversando acerca de sus causas y de su vínculo con la desigualdad de los sexos, fenómeno fundamentado en la cultura, que los convierte en cuestiones de género, y no en la

biología (González, 2008; Faisse, 2001). Las culturas fomentan unas conductas específicas de acatamiento en la que el hombre es "jefe" y la mujer su "sirvienta". Tales estereotipos mantienen a la mujer en una postura en la cual le compete exclusivamente el cuidado y la crianza, en vez de desarrollar habilidades y potencialidades que la encaminen a un nivel de cuestionamiento y racionalización, alejándose así de uno intuitivo (Biehl, citada en Casas, n.d.).

Es en los roles de géneros, en aquellas conductas, costumbres o prácticas aprendidas que son enseñadas, a través de los años - históricamente diseminadas como conductas de aceptación social- se propaga una imagen de inequidad entre hombre y mujer. Los roles de género establecen específicamente cuáles son las "cosas de mujeres" y las "cosas de hombres", según los acuerdos de los diversos grupos sociales. Podemos hacer hincapié, como un ejemplo del día a día, en la enseñanza a las niñas en responsabilizarse en la gestoría de ser amas de casa, a ejercer el trabajo doméstico como su principal labor. Todavía se insiste en la visión retrógrada que se le otorga el papel que la mujer debe desempeñar. Nos podemos referir como "cosas de hombres" a que desde pequeños los niños adopten conductas que les promuevan ser quienes sustenten económicamente la familia, que asuman la práctica de "proveedores". Dichos roles marcan las condiciones de vida de los seres humanos. Son enmarcados a unas acciones particulares que los encajonan en responsabilizarse exclusivamente de ciertas actividades, limitando su desarrollo holístico y multidimensional.

De modo que existe la necesidad de promover una cultura que cobije la equidad de género y rompa el mneme colectivo, en el que la mujer figura ser menos que el hombre. Ese es uno de los esfuerzos en que la bioética interviene; es aquí que estriba una problemática social, un dilema ético que hay que analizar bajo un ojo crítico imparcial. "La ética es una parte de la filosofía que reflexiona sobre la práctica de las llamadas virtudes y costumbres" (Pintos, 2007). Desde una perspectiva que arraigue una ética feminista, se vislumbra las críticas a conceptos y puntos de vistas cimentados en una ética "racional y universal centrada en la defensa de la libertad y la igualdad que ha sistematizado la razón patriarcal".

Asimismo, queda evidenciado que aunque existe el pluralismo social, debemos expresar un mismo lenguaje bioético que se universalice, concerniente a la equidad de género. Es por esto que el surgimiento de los movimientos feministas pretende suscitar una serie reflexiones que se lleven a la acción. Aparisi (2009) expone que el cambio que debe propugnar el nuevo feminismo considera proponer una sociedad en la que todos tengan cabida. El feminismo lucha por conservar y ahondar en la igualdad de los derechos entre el hombre y la mujer, pero debe superar su lastre individualista, excluyente.

Al auscultar por medio del análisis del género, debe representar ser el primer paso para que se promulgue una planificación sensitiva del género que promueva la equidad. Eventualmente, se identificarán las diferencias que se promueven entre mujeres y hombres concernientes a sus necesidades, condiciones, accesos, y actividades específicas (ABC Of Women Worker's Rights Gender Equality, citado en UNESCO, 2000; Ministry of Women's Affairs, (n.d.)). Atizar el quehacer analítico, reconoce que es diferente la vida de los hombres y las mujeres, sus experiencias y prioridades. No obstante, esto no da lugar a la dicotomía existente entre la falta de linealidad de los géneros.

La ética del cuidado, propuesta por Carol Gilligan, se enlaza a la temática de interés en este trabajo. Su hipótesis, opuesta a la tradicional ética femenina del sacrificio, diverge de "los lastres y prejuicios de la modernidad y de la filosofía moral universalista" (Francisco, 2009). Las etapas de desarrollo moral que establece la autora se reflejan en la siguiente tabla:

Primera etapa	Atención al **Yo** para asegurar la supervivencia: el cuidado de sí misma.
Transición	Consideración del planteamiento del primer nivel como egoísta.
Segunda etapa	Conexión entre el **Yo** y **los otros** por medio del concepto de responsabilidad: la atención a los demás y la relegación de sí misma a un segundo plano.
Transición	Análisis del desequilibrio entre autosacrificio y cuidado, reconsideración de la relación entre el **Yo** y **los otros**.
Tercera etapa	Inclusión del **Yo** y de **los otros** en la responsabilidad del cuidado. Necesidad de equilibrio entre el poder y el cuidado de sí misma, por una parte, y el cuidado a los demás por la otra.

Fuente: Información de la tabla extraída de: Ética de la justicia y ética del cuidado. Marín, 1993.

Más allá de lo presentado, podríamos notar que la teoría moral esté centrada en los individuos y en las relaciones afectuosas. Acarrea en su discurso prestar atención a las circunstancias y a un juicio contextualizado en la vida cotidiana. Cuestiona problemas reales a partir de un punto de vista moral, negando así la participación activa de principios absolutistas notorios en la casuística (ética aplicada que se ocupa de recurrir a casos reales para analizar, resolver o deliberar). Gilligan, quien defiende el respeto a la diversidad y a la satisfacción de las necesidades de otros individuos, inmiscuye su interés crítico en ahondar en la filosofía moral kantiana, que a su vez converge con lo que se establece en la misma, discutiendo, por ejemplo, los "deberes imperfectos" (et.al.; Castillo, n.d.). Para quienes sienten "cierto desasosiego cuando no se subraya la libertad como condición si ne qua non de la reflexión ética, tal vez sea posible acogerse a un enfoque kantiano sin incurrir en los excesos de la ortodoxia formalista" (Revista Latinoamericana de Estudios Educativos, 2004).

La concepción dualista del ser humano, construida por las culturas, ha dado lugar a edificar una serie de estereotipos acerca de la esencia de la mujer. Para desembozar el pensamiento de la mujer como género distinto, y en vías de "construir y reconstruir culturas alternativas" (Santos, 2006), el movimiento intelectual feminista alza su voz para acabar con la opresión sexista. Se une a la proclama de una voz diferente al transpolar la perspectiva de la equidad de género en el ámbito educativo, profesional y de salud. En el escenario escolar tradicional, se les fomentaba a las educandas a ser pasivas, dóciles y dependientes. Sin embargo, al participar con equidad de género es preciso que ocurra una transformación; que en ellas sea palpable lo siguiente:

- Elegir el tipo de persona que desean ser; el tipo de conocimientos y habilidades que desean adquirir y el tipo de mundo en el que desean vivir;

- Formar el carácter infantil no sólo para la afectividad, sino para la adquisición y desarrollo de las múltiples capacidades humanas, intelectuales, espirituales y creativas;

- Prepararse para actividades tradicionalmente desarrolladas por los hombres, como producir ganancias, administrar negocios y dirigir políticas;

- Obtener una información clara y precisa de su cuerpo y construir formas renovadas de vivir su sexualidad que trasciendan concepciones moralistas del bien y el mal en función de la sexualidad;

- Alcanzar metas de vida que rebasen los intereses centrados en la maternidad y

- Revalorar su identidad, más allá de la belleza física y la juventud, para que concedan importancia al ejercicio laboral, la realización personal, la participación política efectiva y la contribución social. (Araya, 2001).

Comins (2003) acentúa que la educación asume un papel primordial en la formación de una cultura para la paz. Además, es un medio para conquistar la equidad; transmitir el mensaje apropiado que desconfigure las relaciones asimétricas que distancian la armonía entre el hombre y la mujer. De manera que devenga un modelo educativo unificado. Actualmente, el modelo educativo que reina en nuestras escuelas promueve un mensaje de segregación por género acorde con la visión predominantemente masculina que impera. En consecuencia, este modelo parte del principio de la "homogenización" de la enseñanza, por lo que el género no es una variable relevante para el trabajo escolar (Araya, 2001). Cuestionar esta estructura es parte de nuestra tarea del día a día, como también impulsar lo que consideraríamos una ética cotidiana. La misma será aplicada en el contexto habitual. Es posible mencionar, por ejemplo, que se obra éticamente en el diario vivir, cuando se promuevan acciones en las que ambos jefes de hogar expresen: "Juanito es tu turno fregar; tu hermana fregó ayer", y viceversa. Que sea visible el mensaje de que las faenas familiares les competen a todos, y que no alcanzan ser actividades exclusivas de la mujer. La vida doméstica compartida es un paso para mejorar los caminos que bifurcan la correspondencia hombre-mujer. Esta dicotomía

genérica puede ser modificada si las diferentes culturas "aceptan formas nuevas de actuar".

Las inequidades de género también se manifiestan en las decisiones que determinan el desarrollo profesional y la trayectoria laboral. La selección profesional de la mujer y el hombre está influenciada por el género, pues socialmente se inculca cuáles son las actividades vocacionales que la mujer realiza, y lo mismo para el hombre. Se valoriza, entonces, un distanciamiento entre el derecho autonómico de elegir y los talentos e intereses laborales. Para un mejor abordaje, es pertinente contestar la interrogante: ¿cómo el género impacta en la formación profesional? La Organización Internacional del Trabajo (2001) señala algunos factores que influyen en la selección de la carrera:

- las conductas y actitudes que mantenemos hacia el proceso de aprendizaje;

- las posibilidades reales de información, inserción y acceso a carreras consideradas específicamente masculinas o femeninas y

- el tipo y la cantidad de obstáculos reales durante la capacitación [profesional]: locales, horarios, becas, accesibilidad a las situaciones de aprendizaje y a la infraestructura (p.116).

Los factores propuestos son múltiples, y a su vez van a estar marcados por el ambiente en que se desenvuelve la mujer y los estereotipos acarreados en su cultura. Sin embargo, esto no debe limitar su participación activa en la jornada laboral. La pertinencia de enlazar a la carrera laboral el principio de igualdad de trato, realza el compromiso por la equidad de género. Esto implica: El garantizar a hombres y mujeres las mismas condiciones de trabajo, sin discriminación por razón de género, especificándose el despido; el principio de igualdad de trato en materia de empleo no obsta a las disposiciones relativas a la protección de la mujer, especialmente en lo que se refiere al embarazo y maternidad (López, n.d.).

Al adentrarnos al ámbito sanitario, la salud de la mujer muchas veces está vinculada a su status y posición en la sociedad. Aunque la salud es un derecho humano, puede estar condicionada por inequidades sociales tales como el género. Se hace notorio el sesgo de género, en los riesgos de morbilidad y mortalidad en las poblaciones vulnerables o estereotipadas. Alcanzan diferencias significativas los resultados de salud por raza y sexo en los diversos estratos sociales (Organización Panamericana de la Salud, 2005). Para responder a esto, se desea transversalizar[1] o institucionalizar la perspectiva de género. Se establecería las necesidades, tanto del hombre como de la mujer, para prestar atención de manera igualitaria "a las inequidades de asignación de gasto público y el vacío de políticas que refuerzan la reproducción social" (Organización Panamericana de la Salud, n.d.). Estos esfuerzos intentan evitar la victimización a los grupos sociales que se encuentran desventajados, y entre ellos se incluye a la mujer. Un ejemplo concreto acerca de esto ocurre cuando "se acusa de promiscuidad a las víctimas de violación y se censura a las madres adolescentes por irresponsabilidad. Se presume que las mujeres que trabajan son madres descuidadas y, por lo tanto, son responsables de la mala salud de sus hijos." Al adoptar las masas lo antes expuesto, lo cual refleja un análisis superficial sesgado, optan por legitimizar que son realidades arraigadas a las mujeres más que en los hombres, pues supuestamente no son resultados de las estructuras de género. Fue evidente, después de recorrer los tres ámbitos –educativo, profesional y de salud- que la perspectiva de género pertenece al rompecabezas social; una pieza integral.

1. "Transversalizar la perspectiva de género es el proceso de valorar las implicaciones que tiene para los hombres y para las mujeres cualquier acción que se planifique, ya se trate de legislación, políticas o programas, en todas las áreas y en todos los niveles. Es una estrategia para conseguir que las preocupaciones y experiencias de las mujeres, al igual que las de los hombres, sean parte integrante en la elaboración, puesta en marcha, control y evaluación de las políticas y de los programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales, de manera que las mujeres y los hombres puedan beneficiarse de ellos igualmente y no se perpetúe la desigualdad. El objetivo final de la integración es conseguir la igualdad de los géneros" (ECOSOC, citado en Organización Internacional del Trabajo).

Es de entenderse, entonces, las palabras de Leonardo Silo y de Uner Kirdar que expresan que el mayor desafío de la época actual representa el hecho de encaminar al ser humano del empobrecimiento al empoderamiento (et.al). Al transpolar este pensamiento a la acción, se estimularía la movilización de fuerzas de cambio social a nivel global y de país. Los esfuerzos de empoderamiento a las mujeres deben continuar, es así y solo así, que su protagonismo en el teatro de la vida se va a apreciar.

Recomendaciones

Para avalar la equidad de género en aquellas áreas en que subsiste la opresión, la marginación y la inequidad, como lo es la violencia contra las mujeres, la menor paga por igual trabajo, el hostigamiento sexual en el empleo, el sexismo y los estereotipos sexuales en los medios de comunicación, la promoción y explotación de las mujeres como objeto sexual, la discriminación, entre otros, presentamos las siguientes recomendaciones después de un proceso reflexivo. Con el propósito de responder a una perspectiva integral en la que se fomente el desarrollo y la autogestión es pertinente lo siguiente:

- Efectuar y promover investigaciones, al igual que recopilar y analizar estadísticas sobre la situación de las mujeres, analizar los factores que afecten los derechos de las mujeres en todas las esferas de su vida social, política, económica, cultural y civil;

- Estimular la creación y adopción de programas y proyectos de género y salud en agencias tanto gubernamentales como privadas, al igual que evaluar los programas ya existentes para propiciar plena participación de las féminas;

- Establecer política pública que ampare la perspectiva de género dado su impacto en el desarrollo individual y colectivo de la sociedad para promover los derechos de las mujeres;

- Estudiar las causas de la desigualdad en el trato, en el acceso y la participación con respecto a la educación, la salud, el empleo,

el desarrollo económico y en el ejercicio de sus derechos civiles, políticos, sociales y culturales;

- Evaluar, rutinariamente, las actividades llevadas a cabo por las entidades con el propósito de garantizar que éstas respondan a las necesidades y exigencias de los sectores que involucren a las mujeres;

- Impulsar acciones que contribuyan a resolver el problema de la violencia contra las mujeres en todas sus manifestaciones;

- Generar foros que concienticen sobre la equidad de género en el área laboral, en el escenario universitario y en las aulas escolares, de tal forma, que genere un proceso de inclusión de la propuesta de equidad y

- Coordinar los esfuerzos de educación a la comunidad con respecto a los derechos de las mujeres y realizar campañas de sensibilización y orientación concerniente al problema de discrimen hacia las mujeres para fomentar los valores y las prácticas de igualdad entre los seres humanos.

Las sugerencias deben ser interminables hasta socavar la desigualdad y enaltecer la equidad. Es por esto que invitamos a que se continúe en la búsqueda de alternativas ajustadas a la contextualización de cada país, y que estas sean parte del discurso cotidiano al poderse difundir en la institución familiar y en los diversos escenarios, de forma que se inculque la ética cotidiana en pro del respeto a la dignidad de la mujer.

Referencias

- Aparisi, A. (2009) ¿A dónde va el feminismo? 70º aniversario del voto femenino en España. Universidad de Navarra. Recuperado de www.unav.es/noticias/opinion/op061101.html

- Araya, S. (2001). La equidad de género en la educación. *La Ventana núm. 13* Recuperado de http://148.202.18.157/sitios/publicacionesite/pperiod/laventan/Ventana13/ventana13 -8.pdf
- Borges, M. (2009). Detienen enseñanza de perspectiva de género en las escuelas. Recuperado de www.dialogodigital.com/es/node/405
- Cárdenas, M. (2008). Frente al pacto patriarcal, la ética feminista. Recuperado de www.ciepac.org/documento.php?id=145
- Casas, M. (n.d). Marco legal: Valores femeninos en bioética. Recuperado de http://biblio.upmx.mx/download/cebidoc/Dossiers/genero075.asp
- Castillo, A. (n.d). Resumen de ponencias: Retórica del amor y del cuidado. Recuperado de http://netx.u-aris10.fr/actuelmarx/m4cast.htm
- Cely, G. (2007). *Bioética global*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana: Instituto de Bioética.
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2009). Igualdad de Género en salud. Recuperado de www.generoysaludreproductiva.salud.gob.mx/paginas/preguntas/pf_genero.html
- Comins, I. (2003). Ética del cuidado como educación para la paz. (Disertación de Tesis Doctoral) Recuperado de http://www.tesisenxarxa.net/TESIS_UJI/AVAILABLE/TDX-0223106- 115339//comins.pdf
- Departamento del Trabajo y Recursos Humanos. (2008). Participación de la mujer en la fuerza laboral. Promedio Año Natural. Recuperado de http://www.net- empleopr.org/almis23/publicaciones/Estadistica Sobre el Grupo
- Trabajador/PARTICIPACION DE LA MUJER EN LA FUERZALABORAL (2008).pdf
- Educación moral como pedagogía del sentido: Una reivindicación del juicio reflexionante de la ética. (2004). *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos.* 34 (2):29-45 Recuperado de http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/270/27034203.pdf
- Enchautegui. M., (2005). El Presupuesto del Gobierno de Puerto Rico: Un análisis con perspectiva de género Recuperado de www.gobierno.pr/NR/rdonlyres/14BBD9A8-4AD9-4D6B-A34D- 809E0F179F9B/0/ResumenPresupuestodePRconPerspectivadeG%C3%A9nero.pdf
- Faisse, G.,(2001). El concepto filosófico de género. Recuperado de www.europarl.europa.eu/transl_es/plataforma/pagina/celter/art2fraisse.htm

- González, M. (2008). Violencia y desigualdad de género: fenómenos de raíz común. Recuperado de www.distrito-21.com/2008/09/06/violencia-y-desigualdad-de-genero-fenomenos- de-raiz-comun/
- Ley # 20. (2001). Ley de la Oficina de la Procuradora de la mujer. Recuperado de www.lexjuris.com/lexlex/leyes2001/lex2001020.htm
- López, M., (n.d.). Equidad de género: Las mujeres en el ámbito laboral. Recuperado de www.scjn.gob.mx/NR/rdonlyres/B58C4093-92E6-4B2D-8B45-C8D679ABA3B9/0/EGlasmujeresenel%C3%A1mbitolaboralMLN.pdf
- Marín, G., (1993). Ética de la justicia y ética del cuidado. Recuperado de www.nodo50.org/doneselx/assemblea/etica.htm
- Ministry of Women's Affairs, New Zealand. (n.d.) What is Gender Analysis?. Recuperado de www.gdrc.org/gender/framework/what- is.html
- Oficina de la Procuradora de la Mujer. (n.d.). Las mujeres en el mundo laboral. Recuperado de www.gobierno.pr/NR/rdonlyres/1FE00CBA-2964-41CC-AC1B- A1518284C7FC/0/LasmujeresMundoLaboralindd.pdf
- Oficina de la Procuradora de la Mujer de Puerto Rico (2005). Amarres en el Trabajo de las Mujeres: Hogar y Empleo: Dos investigaciones de María E. Enchautegui, p.133.
- Organización Panamericana de la Salud. (2005). Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: Un análisis de la investigación y las políticas. Recuperado de www.paho.org/Spanish/DD/PUB/PO_14_entire_book.pdf
- Organización Internacional del Trabajo. (2001). Programa formujer: Incorporación de la perspectiva de género en la formación profesional. Recuperado de www.ilo.org/public/spanish/region/ampro/cinterfor/publ/guia_gen/pdf/gen_fp.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (n.d.) Equidad de género y reforma del sector salud. Recuperado de www.paho.org/spanish/ad/ge/Decentralization2.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (n.d.) Observar la salud desde una perspectiva de género. Recuperado de www.paho.org/Spanish/DD/PUB/PO_14_Observar.pdf
- Periódico El Vocero. (2009). Propone maestros sean adiestrados sobre la perspectiva de género. Recuperado de http://www.vocero.com/noticia-16549propone_maestros_sean_adiestrados_sobre_la_perspectiva_de_gnero.html

- Pintos, M. (2007). Ética feminista: Derechos sexuales y reproductivos. Recuperado de www.analitica.com/buscador/bprof2.asp?orden=etica+feminista
- Santos, L. (2006). *Bioética crítica*. Instituto Hostosiano de Bioética: Recinto de Ciencias Médicas.
- UNESCO. (2000). Gender equality and equity. Recuperado de http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001211/121145e.pdf

Necesidad de una Ética Ambiental para Puerto Rico

Carmen Pura Rodríguez González PhD.

La ética, del griego "éthos', tiene que ver con carácter, forma de ser, que se traduce en un conjunto de conductas, normas y reglas escritas y no escritas que han regido la convivencia humana a través de los siglos. *"Va dirigida a la voluntad de poder vivir, de poder desear la vida, de vivir con gracia, con imaginación y con pasión"* (Leff, E.; citado por Tréllez E. 2004).

La ética se sustenta en valores y cualidades que nos proporcionan criterios para distinguir entre lo bueno y lo malo, lo justo de lo injusto, lo deseable de lo indeseable. Surge de la mente del humano para permitir la convivencia entre unos y otros. Enmarca el contexto teórico sobre el que se desarrollan las políticas que gobiernan los pueblos. Es a través del contexto ético que los gobiernos diseñan e implantan sus estructuras de administración, cuya misión fundamental es ejercer una gerencia propia de los recursos y servicios que atañen al bien común de la población.

Ese conjunto de valores que influyen sobre la moral del pensamiento y la conducta, aunque pueden variar en el contexto de las culturas y las etnias, es inherente al "ser humano". Surge de la realidad del "bios pensante", la vida racional que poseemos. Si bien es cierto que no es hasta la década de los 70 del siglo pasado que el concepto "bioética" se acuña y adquiere personalidad propia como disciplina de estudio, la vida en el planeta se ha dado intra e interespecie gracias a esas normas. Incluso, antes de que nuestra especie dominara la escritura, esas pautas han regido las interrelaciones entre los "seres".

En la década de los 60 se hizo famosa una canción interpretada por Raphael Martos en la que su mensaje principal expone que las intenciones y acciones valoradas como "buenas" son las que predominan. En la canción se expresan pensamientos como: "más dicha que dolor hay en el mundo..." De no ser así, la "humanidad" en *Gaia* no hubiera prevalecido.

Mas allá del afán de posesión y control que, como especie, nos distingue, asimismo nos caracteriza el deseo intrínseco de la felicidad. He aquí el conflicto, lo que me hace feliz a mí no necesariamente es lo que te hace feliz a ti, y se complica aún más cuando lo que me hace feliz a mí requiere de eso que para ti también es necesario para ser feliz y no lo podemos compartir. En el marco de esa contradictoria relación surge la necesidad, muchas veces desmedida, de competir perdiéndose de perspectiva que el principio que garantiza la mejor sobrevivencia y, por ende la felicidad, es la cooperación.

Odum (1997) y Lipton (2009), uno ecólogo y el otro biólogo celular molecular, en sus trabajos de investigación presentan valiosos ejemplos de cómo las relaciones de cooperación y no las de competencia, son las que han facilitado las mejores adaptaciones y por ende la evolución de las especies; este principio de cierta manera levanta cuestionamientos sobre el postulado de competencia que se esboza en la teoría de evolución expuesta por Darwin. En este punto podríamos plantearnos que, tal vez no podamos hablar de una ética en otros organismos que no sean los humanos. Sin embargo, sí podemos hablar

de un orden que se destaca mayormente por la cooperación entre otras formas de vida, incluyendo a las plantas.

Según la evidencia la sobrevivencia de las especies en el planeta, se caracteriza mayormente por las relaciones de cooperación que por la lucha entre las especies. Las plantas y animales mejor adaptados son aquellos que han coevolucionado juntos estableciendo relaciones de mutuo beneficio. Esta realidad se aprecia palmariamente, por ejemplo, en las relaciones que establecen ciertas especies de árboles con hongos tipo micorrizas, donde la dependencia mutualista es obligada para la sobrevivencia de cada uno (Smith, 2002).

Si pudiéramos hablar de una ética no intencionada, no consciente, que redunda en mejores comportamientos de sobrevivencia, en el mundo de las llamadas "especies inferiores", encontraríamos múltiples ejemplos y casos de ese tipo de comportamiento. Como presenta Leonardo Boff (2006), en su escrito *Urgencia de una nueva moralidad:* en vez de la competición hay que reforzar el principio de cooperación, porque es la ley suprema del universo y todos los seres son interdependientes, se ayudan unos a otros para evolucionar, sin excluir a los más débiles.

En nuestra relación con el entorno, que identificamos como el ambiente, se destacan dos dimensiones, a saber: la relación con la vida y la relación con la no vida o componente inanimado. En la primera, nos relacionamos con vida biológicamente similar a la nuestra y con otras biológicamente diferentes (aunque no así químicamente). En la segunda, nos relacionamos con el componente no vivo como el agua, el aire, la energía solar y sus múltiples efectos sobre las condiciones climáticas necesarias para la vida y, no menos importante, nos relacionamos con el componente mineral que recircula una y otra vez por todo el sistema. Todo esto junto constituye lo que se ha denominado como la *biosfera*. Y nos preguntamos, ¿quiénes están sobre quién en esta intrincada madeja de interdependencia: los carnívoros más poderosos sobre sus presas, los herbívoros sobre las plantas que consumen, las plantas que proveen el alimento y oxígeno que requiere todo

el sistema, los microorganismos y otros organismos que permiten la recirculación de los nutrientes o el animal humano racional "ético" que puede premeditar, cambiar y alterar los procesos naturales?

Cuando se intenta ofrecer una respuesta a esta interrogante vital, encontramos varios acercamientos que oscilan desde una ética centrada en los humanos a otra en los animales, otra en la vida como tal, hasta lo que se ha llamado el *holismo ambiental* o *ecología profunda*.

"El *holismo ecológico* considera moralmente relevantes dos tipos de cosas, el conjunto de la biosfera y los grandes ecosistemas que la componen. Los animales individuales, incluidos los humanos, así como las plantas, rocas, moléculas que componen estos grandes sistemas no son moralmente relevantes; sólo importan en tanto en cuanto contribuyen al mantenimiento del todo significativo al que pertenecen". (Elliot, en Singer, 1995).

El holismo ecológico plantea que hay que reconocer y aceptar que la vida es el resultado de las interrelaciones complejas entre los organismos y su entorno físico. Como expone James Lovelock en su hipótesis de Gaia, el entorno físico con el cual interactúan los organismos es el resultado de los procesos físicos y biológicos que regulan su composición y funcionamiento. No podemos comportarnos ignorando la realidad de que son las relaciones las que hacen el todo y que cualquier interferencia intencional o no a las mismas tendrá efectos o consecuencias. Santos y Vargas (2006), en el epílogo de su libro *Bioética crítica*, cita a De Hostos afirmando que "somos seres de relación". Precisamente este es un principio fundamental de la Ecología que se expresa como "todo está conectado".

Es la transgresión, intencionada y no intencionada, de parte de la única especie que posee un conjunto de normas y valores para conformar su moralidad, la que día a día atenta contra este principio. El quebrantarlo tiene como resultado el deterioro de los recursos básicos que sostienen toda forma de vida en el planeta: el agua, el aire y los suelos. En algunas instacias este deterioro apunta hacia un estado de daños irreversibles o que tomaría cientos de años y cifras incalculables

de dinero para lograr su restauración. Este es el caso de la pérdida de suelos cultivables, aumento de las zonas de desierto en el planeta, sobrecalentamiento global, contaminación de reservas de aguas subterráneas y superficiales, enrarecimiento del aire en muchas ciudades y como resultado la pérdida de biodiversidad.

Este escrito no pretende entrar en el análisis exhaustivo de las razones que nos han conducido hasta donde nos encontramos hoy en términos ambientales y ecológicos. Trata, por el contrario, de reflexionar acerca de la urgencia de definir y adoptar una ética que trascienda las relaciones de humano a humano. Es imperativo replantear nuestros esquemas sobre lo que son y lo que deben ser las relaciones con otras especies y el entorno físico. El esquema utilitarista, promovido desde los orígenes por las religiones de base judeo-cristianas nos ha limitado y nos ha privado por miles de años de una comprensión apropiada que permita entender cómo se mantiene y sostiene el "todo". Como consecuencia de esta visión, resulta imperativo y urgente volver sobre aquellos principios desde los más elementales hasta los que requieran una revalorización de esquemas y concepciones preconcebidas, que nos motiven y obliguen a posicionarnos de manera diferente ante nuestro entorno físico y biológico.

El principio de precaución se ha identificado como uno que, ante la ausencia de consensos, debe prevalecer en toda situación y decisión que implique riesgos (Buxó Rey, 2003). El modelo desarrollista de los países industrializados y los que se encaminan en vías de la industrialización, tienden a minimizar y trivializar el riesgo que conllevan los desarrollos propuestos. El modelo "manipula" los gobiernos con la oferta de empleos, pero probado está que todos persiguen como fin último el lucro personal de unos pocos. Un modelo que promueve que el riesgo se incorpore intrínsecamente en la toma de decisiones, es uno que demanda una cultura diferente de pensamiento donde la precaución y la cautela sean rectores finales.

La ciencia y las nuevas tecnologías proveen conocimiento y contexto teórico para fundamentar la prevención. Pero sabemos que esto no es

suficiente si no se crea lo que Buxó Rey llama una "pedagogía social de riesgo" (Buxó Rey, 2003). Esto implica incorporar el riesgo como una forma de vida donde el discurso político y moral sobre los peligros y amenazas al ser humano, a otras formas de vida y al ambiente físico esté presente en toda instancia de toma de decisiones (U. Beck, citado en Buxó Rey, 2003). Hoy más que nunca resulta imperioso desarrollar comportamientos ecoéticos que se fundamenten en el conocimiento científico, en la aplicación crítica de nuevas tecnologías y en la práctica de los principios bioéticos en la toma de decisiones.

El principio de beneficencia postula que existe la obligación de hacer el bien y minimizar los riesgos. Desde una perspectiva ecológica, hacer el bien implicaría ir más allá de la inmediatez y prever las intenciones, evaluar críticamente qué o quiénes se benefician o perjudican, proveer igualdad de oportunidades para las personas y comunidades con menos recursos y tomar en cuenta el deseo y voluntad de los que no tienen el poder, pero que sí cuentan con propuestas viables y voluntad. Desde este punto de vista, en la aplicación de una ética ambiental el principio bioético de beneficencia tiene que contener en sí mismo los principios de no maleficencia, justicia y autonomía. Una ética ambiental así constituida sería algo como lo que Adela Cortina ha llamado, *macrobioética.*

¿Dónde estamos en Puerto Rico?

En la Cumbre de la Tierra celebrada en Brasil en el 1992, el entonces secretario de Recursos Naturales de Puerto Rico, Santos Rohena, expresó ante una de las comisiones del cónclave, que en Puerto Rico contábamos con un modelo de *desarrollo sustentable*. El término desarrollo sustentable (del inglés "sustainable development" y traducido por algunos como desarrollo sostenible) comienza a utilizarse en la década de los 80 para referirse a un modelo de desarrollo social–económico. Éste postula que al suplirse las necesidades de las generaciones presentes no pueden comprometerse los recursos necesarios para satisfacer las necesidades de futuras generaciones. La expresión se hace popular a partir del 1987, cuando la Organización de Naciones Unidas

publica el informe "Our Common Future", conocido también como el Informe Bruntland, por el apellido del presidente de la Comisión Mundial de Medioambiente y Desarrollo para aquel momento.

El informe Bruntland (1987), define la sostenibilidad como "la utilización de los recursos técnicos, científicos, medioambientales, económicos y sociales de modo que el sistema heterogéneo resultante se pueda mantener en un estado de equilibrio temporal y espacial". Desde ese momento se perfila en el lenguaje de los organismos internacionales una dimensión de naturaleza ética, en torno al uso de los recursos naturales.

Para reflexionar profunda y certeramente sobre el significado e implicaciones de lo expresado por el entonces Secretario de Recursos Naturales, Santos Rohena, en el contexto de las dos definiciones presentadas sobre lo que debe ser el desarrollo sustentable, es importante destacar algunos aspectos del Puerto Rico al que se hace referencia. Un documental producido por la periodista Sylvia Gómez en el año 1994 sobre la situación ambiental de Puerto Rico y que tituló, "Puerto Rico, isla en extinción", entrevistó al ingeniero Roberto Sánchez Vilella, ex Gobernador de Puerto Rico y ex secretario de Estado de la administración del gobernador Luis Muñoz Marín durante los años 1952- 1964. Durante la entrevista, la periodista le cuestionó cuál había sido el modelo ambiental, si alguno, que se había utilizado en nuestro país en aquella época de transición de una sociedad fundamentalmente agraria a una de naturaleza industrial.

Con gran honestidad y candidez Sánchez Vilella le expresa que fue un "modelo de espaldas a la naturaleza". Un modelo en que predominó la creación de nuevas industrias generadoras de empleo para una población de baja escolaridad. La preparación de documentos de impacto ambiental no era un requisito para desarrollar nuevos proyectos industriales, abrir carreteras, construir urbanizaciones horizontales y centros comerciales. La ética prevaleciente fue la de "alimentar, proveer servicios de salud y vivienda, y escolarizar el pueblo".

¿Qué implicó un "modelo de desarrollo de espaldas a la naturaleza?" ¿Hemos podido superar algunas de sus implicaciones? El paisaje

cambió totalmente, de cañaverales y fincas agrícolas, de café y tabaco a carreteras, a uno de grandes aglomeraciones de casas en urbanizaciones y residenciales públicos, a parques industriales, a camiones y automóviles. Este crecimiento industrial de los años 50 y 60 alcanzó su mayor expresión en los años 70 con la llegada de la industria farmacéutica, una industria especializada y de uso más agresivo de los recursos naturales como el agua y la energía. Esto implicó nuevas plantas de generación de energía eléctrica y que nos mudáramos casi en su totalidad a la dependencia del petróleo como combustible para generar energía y mover los automóviles. Las plantas hidroeléctricas que llegaron a generar hasta un 40% de la energía eléctrica que se consumía en la década de los 40, fueron desechadas y, finalmente, se perdió su capacidad generatriz (Ruiz Marrero, 2005).

Esta visión de desarrollo, dirigida a hacer de Puerto Rico una isla industrial de alta tecnología, continúa hasta el presente. El modelo ha tenido implicaciones trascendentales. No solo porque en tan corto tiempo nos transformamos de una sociedad agrícola a una industrial, pero también por haber comprometido peligrosamente nuestros recursos naturales y por haber creado un "territorio fantasma" del que dependemos y que es mayor que el territorio insular que poseemos.

Según la Agencia de Protección Ambiental de Puerto Rico, todos nuestros cuerpos de agua superficiales están contaminados, nuestros mejores terrenos de cultivo se han desarrollado en carreteras, centros comerciales y viviendas. Somos el país que, tal vez, genera la mayor cantidad de desperdicios sólidos por persona, dependemos totalmente de combustibles fósiles para la generación de energía eléctrica, y sobre todo, nuestra conducta muestra muy poco aprecio y respeto hacia los recursos sobre los que se sostiene todo nuestro ser y quehacer.

No obstante, podríamos identificar la década de los 70 como la del despertar a una conciencia ecológica. Este periodo se inicia con un llamado mundial en el plano internacional al celebrarse el primer Día del Planeta Tierra. Se crearon organismos internacionales, como el Programa de las Naciones Unidas para el Medioambiente (PNUMA).

Se celebraron conferencias internacionales para discutir nuevas estrategias de conservación de los recursos y establecer los fundamentos filosóficos y teóricos de lo que debía ser la educación ambiental, expresados en la Declaración de Tblisi, de octubre de 1977. Se crearon agencias y organismos reguladores, la Environmental Protection Agency (EPA) en Estados Unidos, la Junta de Calidad Ambiental y el Departamento de Recursos Naturales (DRNA) en Puerto Rico, y un sinnúmero de leyes y reglamentos que debían garantizar el uso más racional posible de los recursos.

En el 1993, se da a conocer un documento de política pública para reglamentar la generación de energía eléctrica en Puerto Rico. Considero que éste ha sido uno de los mejores documentos de política pública, cuyo eje central es la conservación del ambiente. Posteriormente, se crea la Autoridad para el Manejo de los Desperdicios Sólidos, que luego se integra a lo que hoy conocemos como el Departamento de Recursos Naturales y Ambientales.

En medio de este escenario de organismos gubernamentales, leyes y reglamentos es que se encuentra nuestra isla cuando en el 1992 el secretario de Recursos Naturales, Santos Rohena, expresa que en nuestro país contamos con un modelo de desarrollo sustentable. Pero, lamentablemente, estas iniciativas solo representaban una cara de la moneda. La otra consistía de la realidad en que se encontraban nuestros recursos naturales y sobre todo, nuestra capacidad para seguir sosteniendo el modelo de consumo que con tanta fuerza promovía la visión neoliberal de desarrollo. H.F. Mansilla (2005), en su escrito *El ambientalismo neoliberal* indica: "los recursos naturales se convierten en objetos de inversión y en posibilidades de formación de capital. El mantenimiento de áreas naturales protegidas es visto como algo factible solo si esta acción redunda en ganancias y regalías". Y añade "no se preserva la naturaleza, se invierte en ella".

Ciertamente, las administraciones gubernamentales de Puerto Rico de los pasados 45 años han ido fortaleciendo esta visión neoliberal de desarrollo. Han hecho más profunda la dicotomía entre desarrollo y

conservación del ambiente. Se carece de visión, de intención y no cabe duda que también de los conocimientos para "poner a caminar juntos" la administración del hogar (economía) y la conservación del mismo (ecología). La evidencia más reciente la vemos en que llevamos más de cinco años tratando de establecer una política pública que reglamente el uso de terrenos (Plan de Uso de Terrenos) y luego de muchos manejos grises, permanecemos con "documentos de trabajo".

¿Qué tenemos? ¿Con qué contamos? ¿A qué debemos aspirar?

Contamos con un recurso de agua abundante de unas 102 cuencas hidrográficas. Nuestra posición geográfica favorece el intercambio comercial y cultural entre los pueblos de las Américas y las Antillas y está en la ruta más corta entre la Europa Oriental y el Pacífico. Poseemos suelos diversos que administrados de forma propia y adecuada podrían proveer gran parte de los alimentos que consumimos como los vegetales, la carne, la leche, las aves. Tenemos recursos que nos podrían permitir implantar la política energética que se propuso en la década de los 90, haciendo uso de una diversidad de fuentes alternas de energía y reduciendo nuestra dependencia de los combustibles fósiles. Contamos con muchas leyes y reglamentos dirigidos a la protección y conservación de los recursos, incluyendo la biodiversidad. Contamos con ecosistemas costeros de alta productividad, como lo son los estuarios y arrecifes de coral, importantes para desarrollar una industria pesquera sustentable. Contamos con un paisaje escénico de alto valor turístico que incluye, entre otros, cavernas en suelo cárstico, ríos subterráneos, arrecifes de coral, bosques húmedos tropicales, bosques secos tropicales, playas y manglares. Contamos con tradiciones y costumbres únicas a nuestra cultura. Sobre todo, contamos con un porciento significativo de la población con alta escolaridad que se plantea de manera seria que "otro Puerto Rico es posible". Con lo que no contamos es con una política pública auténtica que reconozca en el mismo nivel de jerarquía moral y gerencial, el valor e importancia que se adjudica "en papel" al manejo sustentable de los recursos y asimismo que tenga las suficientes garras para hacer cumplir la legislación vigente.

¿Cuán ético es solicitar y demandar de la ciudadanía conductas de conciencia ecológica, cuando el sistema de gobierno en su comportamiento cotidiano contradice las mismas?

La educación ambiental carece de la importancia que merece, no solo en el sistema formal de educación sino también en aquellos aspectos informales que surgen a través de los medios de comunicación y la acción comunitaria. Los intentos formales en esta dirección se atienden desde la parcela de las ciencias naturales. Empero, hoy día existen múltiples documentos internacionales que han definido los objetivos de la educación ambiental, sus enfoques y acercamientos y que precisan su naturaleza inter y transdisciplinaria.

De otra parte, olvidamos que las ciencias nos dan conocimientos para reconocer y prevenir el riesgo y para cuando el daño está hecho, proveer medidas de mitigación de sus efectos. Lamentablemente, relegamos a un segundo plano las causas que engendran los problemas ambientales que son de naturaleza política, social, económica e histórica. Las agencias gubernamentales, principalmente las que están adscritas a la sombrilla del DRNA, invierten miles de dólares y recursos valiosos en publicaciones cuyo fin primordial es la "educación ambiental" de los ciudadanos, pero no se logra articular proyectos significativos que evidencien cambios en la conciencia ética-ambiental de los ciudadanos.

Vale preguntarnos, ¿por qué la meta que se propuso el gobierno al inicio de la década de los 90 de reciclar el 35% de los desperdicios sólidos no se ha logrado, y cada año y cada nueva administración se pospone su cumplimiento para dos o tres años más? Apenas separamos y enviamos a la corriente de reciclaje un 12% de los desperdicios que producimos. ¿Es ético que se demande de los ciudadanos una conducta que no es apoyada por las instituciones que la exigen? ¿Con cuántas industrias de reciclaje contamos en Puerto Rico? ¿Qué apoyo reciben las que han existido? ¿Qué proyectos se desarrollan para incentivar a la ciudadanía a consumir productos reciclados? ¿Qué medidas se le imponen a los comerciantes e industrias para reducir los materiales de empaque o disponer de los mismos de manera adecuada?

La situación se complica aún más cuando vemos que los ciudadanos han perdido la confianza aún en lo que parecen ser acciones correctas como lo son los llamados proyectos de reciclaje. Los programas se inician con gran empeño y entusiasmo y a los pocos meses ya se nota el desánimo; los centros de acopio están desatendidos y abandonados, no se recogen en los hogares los materiales con la frecuencia que se propuso al inicio, y peor aún son fuertes las voces que aseguran que la mayoría de lo que con esfuerzo separamos en los hogares, termina enterrado en un vertedero.

¿Por qué no contamos hoy día con un plan que regule y precise el mejor uso que debe darse a nuestros suelos? ¿Por qué ciudadanos serios y de reconocido prestigio profesional son despedidos de sus posiciones cuando proponen alternativas, a base de una genuina ética ambiental, que priorizan el uso sostenible del suelo sobre proyectos que ponen en riesgo los mismos? ¿Por qué las industrias y proyectos más agresivos ambientalmente están en las comúnidades más desaventajadas? ¿Es casualidad que los residentes del barrio Amelia en Cataño, o en un momento dado en algunos sectores de Peñuelas cerca de la Refinería CORCO, presentasen una incidencia alta de enfermedades pulmonares? ¿Por qué continuamos canalizando y represando ríos, aún cuando existe suficiente evidencia científica que expone los efectos detrimentales que sobre los recursos aledaños tienen estas acciones a largo plazo? ¿Por qué no hemos podido hacer realidad una política pública energética cuya prioridad se enmarcó en la producción sustentable de energía y el gobierno recurre a medidas que amenazan el ambiente? ¿Por qué la agencia que vela por el manejo sustentable de los recursos y de manera indirecta, por la salud de la ciudadanía recibe apenas un 1% del presupuesto de operación del gobierno?

Estas interrogantes son solo algunas de las que evidencian la contradicción entre el discurso, escrito y verbal y lo que ocurre en la realidad. Son estos mismos cuestionamientos los que han provocado que en los últimos 40 años hayamos desarrollado un movimiento ambiental comunitario agresivo y de mucha determinación. Son estos grupos los que han planteado la necesidad impostergable de definir y practicar

una ética que trascienda el antropocentrismo y el biocentrismo para que se dé paso a una visión integrada de los sistemas naturales.

No podemos seguir actuando de espaldas a la naturaleza, a los procesos autoregulatorios inherentes a ésta. Tenemos que producir opciones para enfrentar la visión neoliberal de desarrollo, que reconoce la necesidad de conservar los recursos solo en la medida en que estos no se afecten para mantener el uso depredador que hace de los mismos. Es imperativo definir comportamientos y acciones ambientalmente éticas que, como señala Carmelo Ruiz (2005) en su libro *Balada Transgénica*, planteen asuntos desde una perspectiva amplia que haga transparente la dimensión económica, que según expresamos antes, representa el detonador primordial del uso no sustentable de los recursos.

Se ha escrito mucho desde las comunidades, las universidades y los organismos gubernamentales. Se ha legislado extensamente, por lo que no dudo de que entre escritos y leyes encontraremos los principios del deber ser "ambiental" para nuestro Puerto Rico. Debemos identificar estos principios, precisarlos, darlos a conocer y sobre todo, velar porque ningún documento de impacto ambiental que se apruebe vaya, abusivamente, sobre los mismos. Este escrito, más que una denuncia, pretende ser una reflexión que nos motive a asumir posturas firmes que se traduzcan en acciones ecoéticas concretas que, como ha demostrado el Proyecto Casa Pueblo, en Adjuntas, sí podemos alcanzar.

Acogemos los postulados que se establecen en el documento *Una ética para la sustentabilidad: Manifiesto por la vida* (Julio, 2002) y destacamos el número 7 que establece que la ética para la sustentabilidad plantea la necesaria reconciliación entre la razón y la moral, de manera que los seres humanos alcancen un nuevo estadio de conciencia, autonomía y control sobre sus mundos de vida, haciéndose responsables de sus actos hacia sí mismos, hacia los demás y hacia la naturaleza en la deliberación de lo justo y lo bueno. La ética ambiental se convierte así en un soporte existencial de la conducta humana hacia la naturaleza y de la sustentabilidad de la vida.

Referencias

- Boff, L. (2003). Etica y formación de valores. Recuperado de de http://www.servicioskoinonia.org/boff/articulo.php?num=016
- Boff, L. (2001). Urgencia de una nueva moralidad. Recuperado de http://www.servicioskoinonia.org/boff/articulo.php?num+196
- Buxó, Rey, M. (2003). Bioética y ecología: perspectivas de contraste ante el riesgo ecológico. En Buxó M. & M. Casado. *Riesgo y Precaución: Pasos hacia una bioética ambiental* (pp.11 – 16). Publicacions de la Residencia Investigadors: 25, Generalitat de Cataluna.
- Casado, M. (2007). Medio ambiente urbano, Recuperado de http:www.consumer.es/web/es/medio_ambiente/urbano/2006/01/13/148540.php?print=true
- Elliot, R. (1995). La ética ambiental. En Singer, P. *Compendio de Ética.* (Cap. 24, pp. 391-404) Madrid: Alianza Editorial. Recuperado de http://www.gobierno canarias.org/ educacion/usr/ibjoa/et/sing24html
- Gómez, S. (1994). Isla en Extinción (Videocinta). Televicentro de Puerto Rico San Juan, Puerto Rico
- Informe Bruntland (1987). Report of the World Commission on Environment and Development: Our Common Future, United Nations Recuperado de: http://www.un- documents.net/wced-ocf.htm
- Lipton, B. (2005). *The biology of belief: Unleashing the power of conciousness, matter and miracles*. California: Elite Books
- Mansilla, H.C.F. (2005). El ambientalismo neoliberal. *Revista Archipiélago* 43(47), UNAM, Mexico. Recuperado de http://www.revistas.unam.mx/index.php/archipielago/article/view/19749
- Marcos, A. (2001). Etica ambiental. Resumen. Recuperado de http://www.com/imprimir/?url=%didactica%2Fapuntes%2F%3Fa%3D179
- Odum, EP. (1977). *Ecología.* Mexico: Interamericana
- Ruiz, Marrero, C. (2005). *Balada transgénica: Biotecnología, globalización y el choque de paradigmas*. Proyecto de Bioseguridad, Puerto Rico.
- Santos y Vargas, Leónides (2006). Bioética Crítica. *En, Hacia una bioética hostosiana,* (pp. 170-183). Instituto de Bioética Eugenio María de Hostos Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.

- Smith, R & Smith T. (2001). Parasitismo y mutualismo. En *Ecología* (4ta. ed.) (pp. 235- 249) Madrid: Addison Wesley, Pearson Educación, S. A

- Susanne, C. (2003). La ética medioambiental en la ecología humana. En Buxó M. & M.Casado (coords.), *Riesgo y Precaución: Pasos hacia una bioética ambiental,* (pp. 17 –28) Publicacions de la Residencia D'Investigadors 25, Generalitat de Catalunya.

- Tréllez, E. (2004). Taller de Ética Ambiental, PP.Centro de recursos ambientales de Navarra. Recuperado de: http://www.ambiente.gov.ar/infotecaea/descargas/varios01.pdf

- Una ética para la sustentabilidad: Manifiesto por la vida: Simposio sobre ética ambiental y *Desarrollo* (2002). Ambientico. Núm. 106. Recuperado de http://www.una.ac.cr/ambi/Ambien- Tico/106/manifiesto.htm

Declaración Bioética

Sobre la Relación Entre el Estado de Salud y el Nivel Socioeconómico en Puerto Rico

Leonardo López López, MS.
Sylvia López Paláu, PhD.
Julio V. Montalvo Del Valle, PhD.

El asunto bioético de esta declaración está relacionado con el estudio del estado de salud y el nivel socioeconómico de las personas en Puerto Rico. Según hallazgos informados por la Oficina de la Procuraduría del Paciente (citado en Santos y Vargas, 2009) el total acumulado de querellas sometidas por participantes del Plan de Salud de la Reforma, entre los años 2002 hasta junio del 2005, en Puerto Rico demuestra que hay un gran número de personas que no recibe servicios de salud y que son médico indigentes. La mayoría de estas personas son de un nivel socioeconómico pobre y carecen de servicios de salud, tratamientos y cuidados médicos básicos necesarios para el disfrute del derecho a la vida y la libertad bajo el "sistema democrático que es fundamental para la vida de la comunidad puertorriqueña" como se establece en el preámbulo de la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico (1952).

Las estadísticas ponen de manifiesto una crisis médica generalizada en el país así como diferencias dramáticamente notables en los servicios de salud, tratamientos y cuidados médicos que reciben las personas según el nivel socioeconómico al que pertenecen y que redundan en estados de salud diferenciados donde los que más afectados están son los de nivel socioeconómico pobre.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que en el siglo XXI, la salud es una responsabilidad compartida, que exige el acceso equitativo a la atención sanitaria y la defensa colectiva frente a amenazas transnacionales. El concepto de salud humana, su significado e implantación, deben ser de extrema importancia en cualquier sociedad. El acceso a la salud es un derecho inalienable del ser humano y su violación debería ser, en la práctica, fuertemente repudiada y penalizada. La salud de la población rehace en su esencia, a la ética, a la calidad de vida, al grado de desarrollo y a la viabilidad de esa población (Melendi, s.f.).

Algunos autores y autoras como Cantú Martínez, Jiménez Salas, y Rojas Márquez (2002) establecen que, aunque muchos indicadores de la calidad de vida se han desarrollado entre las personas de sociedades preindustriales, industriales y postindustriales, uno de los más importantes es el estado de salud de la población. El estado de salud no solo se une estrechamente al nivel de desarrollo industrial de un país, sino también a la edad y composición de género de las personas, a la distribución de la riqueza y el poder. Las enfermedades y padecimientos, incluso las de origen mental, no se distribuyen al azar en la población. Más bien, de una forma irregular por edad, sexo, clase social, lugar de residencia, origen, factor étnico, ocupación y hábitos como fumar y beber.

El estado de la salud individual y colectiva en una sociedad condiciona de manera profunda e inevitable su desarrollo intelectual, económico, productivo y social. Histórica y clásicamente, la salud se ha definido como la ausencia de enfermedad en el ¨cuerpo¨. En la práctica, aún hoy para ciertos sectores sociales, este criterio lamentablemente perdura.

El concepto moderno de salud surge a partir de la concepción compleja y sistémica del ser humano como entidad psico-física y social y está representado por el estado en el cual el ser humano desempeña todas sus funciones con normalidad dentro de estos ámbitos. La salud se califica a partir del estado integral del cuerpo, la mente, las relaciones con los otros y la comunidad organizada y con el ambiente en su sentido más amplio. El desequilibrio funcional en una o varias de estas relaciones, en su intensidad y persistencia provocan el deterioro de la salud en distintos grados y siempre acarrea, consecuencias individuales y colectivas identificadas como enfermedad. Según afirma Melendi (s.f.), una concepción global de la salud, depende de múltiples factores. Admitir y adoptar este criterio permitiría replantear aspectos de nuestros modelos socioeconómicos y generar estrategias de vida comunitaria destinadas a lograr el acceso a las necesidades básicas.

La salud es el resultado de los cuidados que uno se dispensa así mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la propia vida y de asegurar que la sociedad en la que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud. La Salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana, en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo (Carta de Otawa Canadá, 1986 en Vignolo, Macri y Bálsamo, 2007).

La buena salud de la población de un país es una de las razones fundamentales del progreso social y económico. Existe una estrecha interrelación entre el estado de salud, la reducción de la pobreza y, a largo plazo, el desarrollo económico. En los países de bajo ingreso, la mala salud de un pueblo es una barrera que impide romper el círculo de la pobreza y progresar en el crecimiento de sus economías (Sachs, 2001).

¿Qué es estado de salud?

En 1947, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el término "estado de salud" como "el estado de bienestar completo, físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad." Con esta definición, la OMS reconoce que el estado de salud de un individuo no depende únicamente de su bienestar físico, sino también de la satisfacción de sus necesidades mentales y sociales. El estado de la salud es un importante indicador del nivel de

satisfacción de las necesidades básicas, representadas por el estado/calidad de: la alimentación, la cobertura médica, la vivienda, el trabajo, la educación y el ambiente. La imposibilidad de acceder a las necesidades básicas es sinónimo de deterioro de la salud y pronóstico de peligro y daño. A partir de ello se desprende que la comunidad organizada debe, en forma ineludible e indelegable, generar los mecanismos a través de los cuales se brinden las posibilidades del acceso a la salud a todo ser humano (Melendi, s.f.).

Para mejorar el estado de salud se necesitan políticas públicas que enfrenten los problemas de salud de la población, actuando sobre los factores de riesgo que desencadenan las enfermedades y muertes. Por tanto, el diseño de las políticas públicas de salud debe hacerse partiendo del estudio de los "determinantes del estado de salud" (DES). Estos determinantes incluyen factores como ingreso, educación, dieta, vivienda, higiene, disponibilidad y consumo de servicios curativos y preventivos de salud, acciones de salud pública, y muchos otros.

Los determinantes del estado de salud (DES) son las circunstancias sociales y económicas que afectan la salud a lo largo de la vida. Las personas que están más abajo en la escala social, usualmente poseen dos veces más riesgo de contraer enfermedades graves y de fallecer prematuramente. Las causas materiales y psicológicas que contribuyen con estas diferencias y sus efectos se extienden a casi todas las causas de enfermedades y muertes. Las desventajas pueden manifestarse de forma absoluta o relativa y la tendencia es concentrarse entre las mismas personas, y sus efectos en la salud se cumulan durante toda la vida. Si las políticas no logran enfrentar estos eventos no sólo ignoran los más potentes determinantes de la salud, sino que dejan de cumplir uno de los retos más importantes de las sociedades modernas: la justicia social (WHO, 2003).

Santos y Vargas (2008) presenta que en un sentido amplio, toda sociedad es un sistema de salud en el cual las prácticas de nutrición, aseo, agricultura, educación, crianza, familia, ambiente e ideología, determinan la salud y la morbilidad prevaleciente en la población. El acceso a una buena nutrición y la práctica de estilos saludables de vida está a su vez relacionado con el nivel socioeconómico de la familia que propicie la práctica de estilos de vida saludables.

El sistema de salud de un pueblo es la respuesta social organizada al hecho de que la salud es un bien personal y comunitario que debe atenderse de modo racional y deliberado. La vida saludable y el sistema que la permite o promueve, es mucho más que la explicación médica. La salud es un concepto holístico que se da en un contexto social y natural cada vez más complejo. El ambiente natural sano o contaminado, la cultura, el nivel socioeconómico del ciudadano o ciudadana, las creencias religiosas y el nivel de desarrollo tecnológico, son factores que condicionan y explican la concepción de la salud y enfermedad en los pueblos (Santos y Vargas, 2008).

Análisis histórico y social

Los estudios poblacionales en Puerto Rico, consistentemente revelan la existencia de un amplio sector de gente que vive en un nivel socioeconómico pobre. Este sector deprimido en lo socioeconómico padece de forma crítica, las consecuencias del modo en que la atención de la salud se organiza y se financia así como se presta los servicios relacionados en Puerto Rico. A partir de la reforma de salud que se realizó desde el 1993, se ha documentado una serie de fracasos y defectos que han provocado peligrosos desequilibrios en la situación sanitaria de esta parte de la población. Según la socióloga Linda Colón (2005), la reforma de salud responde directamente a la reestructuración del Estado Benefactor o *Welfare State* en Puerto Rico. La política social en que ésta se fundamenta, propuso la privatización de los servicios públicos y la disminución de los sectores pobres, dependientes del Estado. Dicho esfuerzo se inscribió en el contexto de las reformas neoliberales al *Welfare State* estadounidense y se reflejó directamente en la situación de las personas médico indigentes.

Esta autora expone las consecuencias de la reforma del Estado Benefactor estadounidense en Puerto Rico**.** Según Colón (2005) la reorganización del Estado Benefactor y la reformulación de su política social tuvo como piedra angular la privatización de los servicios públicos y la venta de las propiedades del gobierno. Una de las áreas de mayor impacto y desasosiego en la población fue la reforma de salud. La reforma de salud pública transfirió a la empresa privada la prestación de los servicios de salud de los usuarios médico indigentes, quienes representan más del 50% de la población.

Este cambio puso de manifiesto llamativas inequidades e ineficiencias en los resultados de los servicios salud, el acceso a la atención y los pagos que se realizan por la prestación de los servicios médicos. Las diferencias entre la esperanza de vida de los más ricos y los más pobres superan un número significativo de años. A tono con estas tendencias la situación parece ser que los millares de mujeres pobres que darán a luz este año (2009), no recibirán la misma atención médica prenatal, perinatal y postnatal que sus homólogas ricas, lo que pone en riesgo sus vidas y las de sus hijos.

La reforma estuvo basada en la creencia de que el mercado de salud privado puede ofrecer mejores servicios y a un costo más bajo de los que ofrece el gobierno. Según demuestra el estudio de Colón (2005) sobre la pobreza en Puerto Rico, los datos disponibles y la experiencia histórica contradicen esta versión y demuestran que los costos de la reforma aumentaron dramáticamente. De acuerdo con el Colegio de Profesionales de la Enfermería, la reforma había costado $6,500 millones entre 1994 y 1997 absorbiendo más recursos que el sistema anterior. La Secretaría de Salud admitió que el Departamento de Salud tenía deudas entre $700 y $800 millones. Los datos también indican que en el sistema de salud ya no se le otorga la máxima prioridad para que: el acceso a la atención médica sea justo, los recursos se inviertan sensatamente o se disponga de capacidad para atender las necesidades y expectativas de la población, en particular de los grupos empobrecidos o marginados. La falta de acceso equitativo, los gastos empobrecedores y la pérdida de confianza en la atención de salud provocan una amenaza para la estabilidad social. La Dra. Margaret Chan, Directora General de la OMS advierte sobre este asunto: “un mundo que presente importantes desequilibrios en material de salud no es estable, ni es seguro” (Chan, 2008).

El estudio realizado por Colón (2005) describe el establecimiento gradual de la reforma y el efecto que se produjo sobre el sistema de servicios de salud y se indica que, en julio de 1999 el seguro de la reforma se había extendido a 77 municipios de la isla y en el 2000 los incluía a todos. El gobierno procedió a desmantelar el sistema público de salud otorgando contratos a grupos de médicos y compañías aseguradoras que deberían proveer los servicios de salud. Se esperaba que en el proceso competitivo los usuarios del sistema de la tarjeta de salud del gobierno

recibieran la misma calidad de los servicios que los usuarios privados. En algunos renglones y lugares, los usuarios se mostraron muy complacidos con los servicios, pero surgieron numerosas críticas y cuestionamientos. Entre las críticas señaladas se mencionan las siguientes:

- El aumento en el racionamiento en los referidos a especialistas y en las admisiones a hospitales de parte de los médicas. Los usuarios también tenían dificultades para conseguir referidos a especialistas y para hacerse pruebas de laboratorio, placas y estudios especializados. Esto se debía a que los médicos primarios recibían una cantidad fija de dinero (*capitation*) para pagar por servicios y medicinas. Cada vez que un paciente era referido a un especialista, la cantidad de dinero que el médico generalista recibía se reducía.

- Al no referirse los pacientes a estudios especializados y a médicos especialistas, muchos cuadros clínicos se complican y el cuidado intensivo de pacientes en estado crítico aumentaría.

- Dificultades para conseguir los medicamentos y pruebas de laboratorio, debido a su alto costo y a que muchas farmacias se negaban a entrar en el plan de salud del gobierno.

- Las aseguradoras Humana y United Health tuvieron cuantiosas pérdidas y se vieron obligadas a retirarse del negocio. Solo la Triple S se quedó, alegando que obtuvo ganancias.

- Los empleos para los trabajadores de la salud se redujeron. La Unidad Laboral de Enfermeras y Empleados alegaron que cientos de empleados perdieron sus empleos, se redujeron sus sueldos y perdieron derechos adquiridos.

- Los hospitales de Fajardo, Guayama, Humacao, Naguabo, Las Piedras, Yauco, Yabucoa y Bayamón fueron vendidos y se experimentaron serias dificultades en la prestación de servicios por la insolvencia económica. El gobierno tuvo que reasumir la administración de los mismos.

- Áreas importantes de la salud como la salud mental y la adicción a drogas y alcohol continúan sin tratamiento ni tienen el desempeño con la profundidad que el problema requiere agravando la situación imperante.

Basado en el breve análisis histórico y social del estado de salud y el nivel socioeconómico de la población, puede concluirse que la reforma de salud en Puerto Rico presentada en esta sección, no logró aumentar el grado de justicia social y de eficiencia en la administración de servicios de salud a las personas médico indigentes. Las inequidades en el acceso a los servicios médicos y a la atención de la salud arrojan resultados dramáticos, poniendo de manifiesto que tales inequidades suelen ser mayores cuando la salud se trata como si fuera una mercancía y la atención se orienta en función de los beneficios que rinde. En la próxima sección se ilustra con datos empíricos la situación analizada.

Factores sociodemográficos

Los datos incluidos en esta sección cumplen con el propósito de describir algunos determinantes del estado de salud en Puerto Rico y su relación con el nivel socioeconómico de los puertorriqueños y puertorriqueñas en cada municipio del país. Los datos se presentan en tres categorías: (1) indicadores de la situación económica (Figuras 1- 7), (2) variables demográficas (Figuras 8 – 11) y (3) indicadores de salud (14 – 18).

Indicadores de la situación económica en los municipios de Puerto Rico

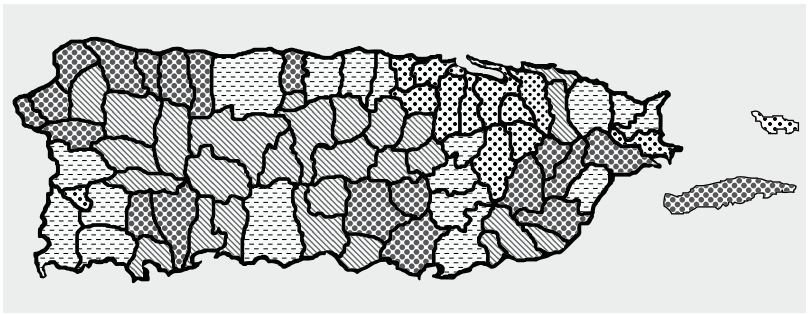
En esta sección se presentan datos de diversos indicadores económicos de la población de Puerto Rico por municipio para el año 2000, tomados de la Oficina del Censo. En este análisis se identifica la situación económica general de los habitantes de cada municipio.

En la Figura 1 se muestra el ingreso per cápita por municipio. Los municipios del centro oeste de la isla son los que menor ingreso per cápita tienen, mientras que los municipios que comprenden el área metropolitana del noreste de la isla y aledaños tienen los ingresos per cápita más altos. Solo 18% (14) municipios tienen ingresos por encima del

promedio de la Isla lo que indica una fuerte concentración de los ingresos en el área metropolitana aledaña a la ciudad capital.

La distribución de los ingresos familiares por municipio se presentan el la Figura 2, muestran la misma tendencia de concentración de ingresos

Figura 1. Ingreso per cápita por municipio para el año 2000.
Fuente: Oficina del Censo, Junta de Planificación de Puerto Rico, Censo 2000.



Menor de $6,000

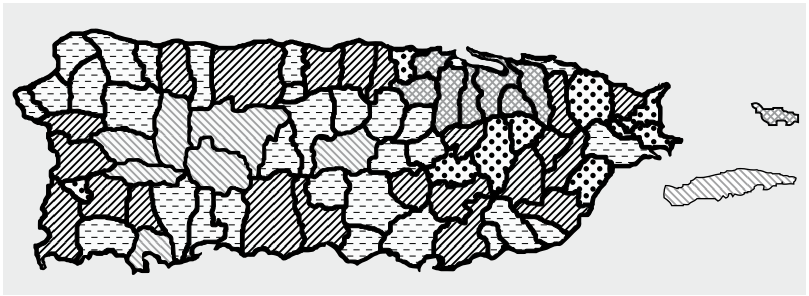
Entre $6,000 y $7,000

Entre $7,000 y $8,185

Mayor de $ 8,185

Estadísticas Descriptivas		
Mínimo	Lares	$4,634
Máximo	Guaynabo	$16,287
Promedio Puerto Rico		$8,185

Figura 2. Ingreso promedio por familia y por municipio para el año 2000.
Fuente: Oficina del Censo, Junta de Planificación de Puerto Rico, Censo 2000.



Menor de $13,000

Entre $13,001 y $15,000

Entre $15,001 y $16,543

Entre $16,544 y $20,000

Mayor de $20,000

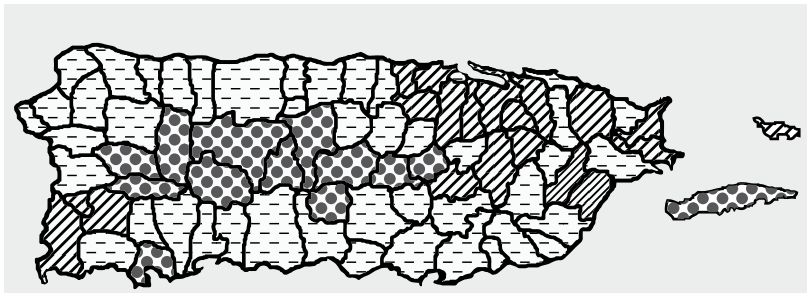
Estadísticas Descriptivas		
Mínimo	Maricao	$10,603
Máximo	Guaynabo	$30,209
Promedio Puerto Rico		$16,543

en los pueblos del área metropolitana del noreste de Puerto Rico. En este caso 17 municipios, casi el 22%, supera el promedio nacional de ingresos familiares. La menor concentración de ingresos familiares se da generalmente en los municipios de la región central oeste.

En la Figura 3 se ilustra la distribución por municipio del porcentaje de personas bajo el nivel de pobreza. El valor promedio nacional de personas por debajo del nivel de pobreza es de 48.2%. Hay 45 municipios (58%) en los cuales mas de la mitad de la población vive bajo el nivel de pobleza. La Figura 3 demuestra que la mayor concentración de personas pobres se da en la zona central de la isla, particularmente en los pueblos más hacia el oeste y la menor en el área metropolitana aledaña a San Juan, donde Guaynabo es el municipio de mayor ingreso.

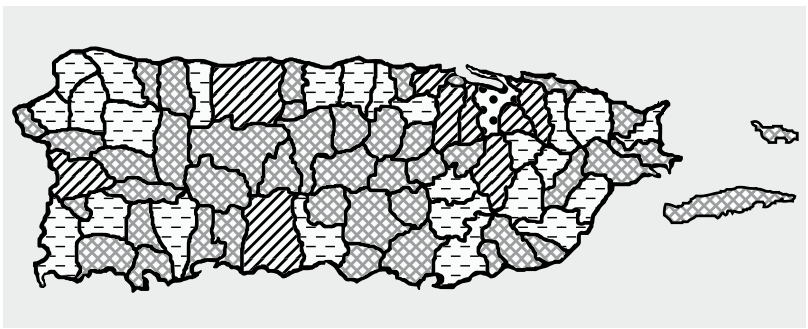
La Figura 4, representa el por ciento de viviendas ocupadas por sus dueños por municipio. La mayor concentración de personas con casa propia está en los pueblos del área metropolitana, en las que siete municipios (9%) albergan alrededor de una tercera parte (32%) de las viviendas ocupadas por sus dueños. En contraste con el resto del país el 65% de los municipios (51), concentrados mayormente en la zona central, totalizan sólo 27% de las viviendas ocupadas por sus dueños.

Figura 3. Porcentaje de personas por debajo del nivel de pobreza para el año 2000. *Fuente: Oficina del Censo, Junta de Planificación de Puerto Rico, Censo 2000.*



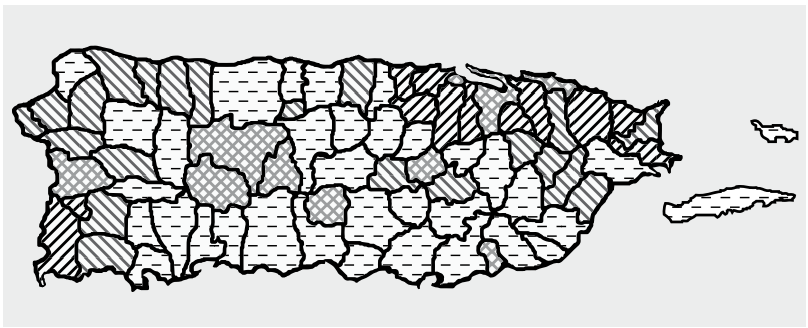
La Figura 5 incluye el por ciento de viviendas por municipio en las que no hay vehículos de motor. Se observa que más de la mitad municipios (58%) existe más de una cuarta parte de las viviendas no tienen

Figura 4. Por ciento de viviendas ocupadas por dueños, por municipios de Puerto Rico para el año 2000. *Elaboración original. Datos de la Oficina del Censo, Junta de Planificación de Puerto Rico, Censo 2000.*



Estadísticas Descriptivas		
Mínimo	Culebra	0.06%
Máximo	San Juan	9.89%

Figura 5. Por ciento de viviendas sin vehículos de motor por municipio para el año 2000. *Elaboración original. Datos de la Oficina del Censo, Junta de Planificación de Puerto Rico, Censo 2000.*



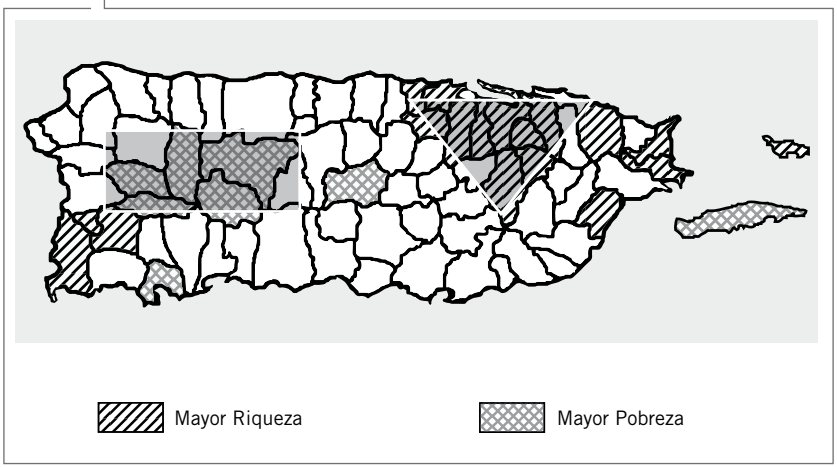
Estadísticas Descriptivas		
Mínimo	Toa Alta	16.3%
Máximo	Comerío	33.0%

ningún vehículo de motor. Estos municipios están mayoritariamente localizados en la región central y sur del país.

Resumen de Indicadores Económicos

Luego del escrutinio de varios indicadores económicos se puede identificar las regiones de mayor y menor concentración de riqueza en el país, según se muestra en la Figura 6. Es de notar que la región comprendida en un triángulo imaginario entre los municipios de Dorado, Caguas y Loíza, sin

Figura 6. Regiones de concentración de riqueza y pobreza.



incluirlo, tienen la mayor cantidad de riqueza, mientras que la región rectangular comprendida entre los municipios de Naranjito, Aibonito, Las Marías y San Sebastián, sin incluirlo, es la de mayor concentración de pobreza.

Es importante notar que la concentración de riqueza tiende a esparcirse hacia el este en los municipios comprendidos en un triangulo imaginario (verde) entre Dorado, Humacao y Culebra, excluyendo a Loíza y Cataño. En el resto de la isla, solo tres municipios del Suroeste (Cabo Rojo, Hormigueros y San Germán) presentan concentración de riqueza. Resulta particularmente interesante que de los dos municipios ultramarinos, Culebra y Vieques, el primero esta entre los municipios con mayor riqueza

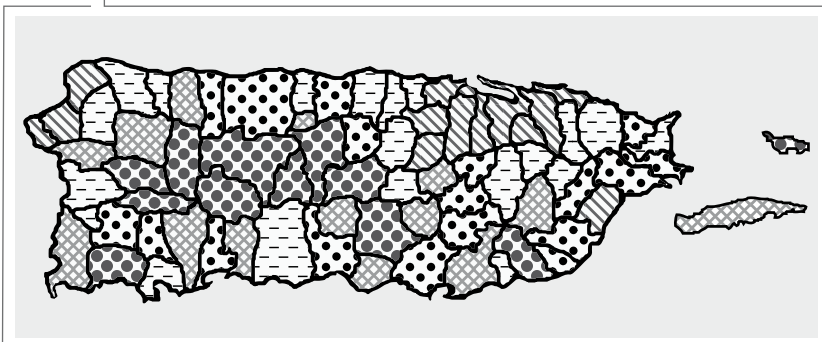
acumulada y Vieques es parte de los municipios pobres. Esto sugiere que el hecho de ser islas satélites de la isla grande no es factor decisivo para su desarrollo. La discusión de los posibles factores que pudieran explicar esta disparidad está fuera de los objetivos de este análisis.

En resumen, y en términos generales, los municipios de la región norte de Puerto Rico tienen mayor concentración de riqueza que los de la región sur y los de la región este más que los de la oeste, siendo la zona central un gran bolsillo de mayor pobreza. Habiéndose identificado las regiones de riqueza y pobreza, en la siguiente sección se presentan diversas variables demográficas para describir la población de esas regiones.

Variables demográficas

En la próxima figura (Figura 7) se presenta el por ciento de población rural por municipio. Salta a la vista que los municipios con mayor concentración de riqueza son los que tiene menor porcentaje de población rural. Se destaca que en la mayoría de esos municipios no hay población rural, lo que parece conllevar un mayor desarrollo económico.

Figura 7. Por ciento de población rural por municipio para el año 2000.
Fuente: Oficina del Censo, Junta de Planificación de Puerto Rico, Censo 2000

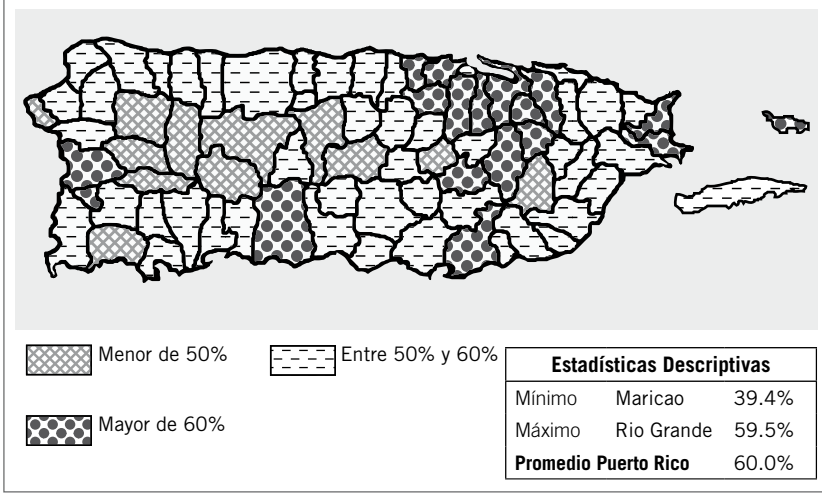


También resulta evidente que la región de pobreza en la zona central oeste es la que mayor población rural tiene. No obstante, municipios como Cabo Rojo, San Germán y en el otro extremo geográfico Culebra,tienen un porcentaje relativamente alto de población rural y de concentración de riqueza.

En la Figura 8 se puede notar que más de la mitad de los habitantes de los municipios del rectángulo de la pobreza no tienen cuarto año de escuela superior. Esto contrasta con los municipios del triangulo de la riqueza en el que más del 60% de la población tiene por lo menos cuarto año de escuela superior.

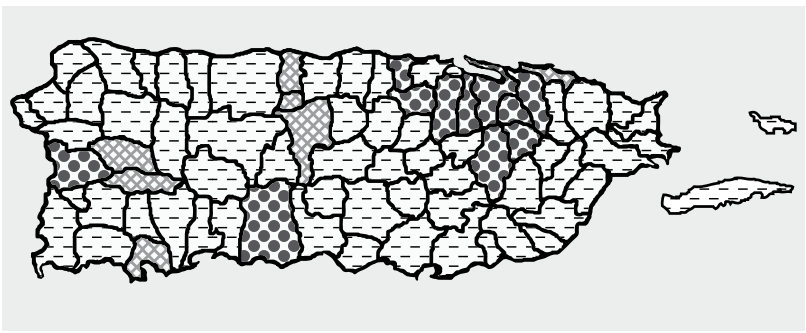
La Figura 9 ilustra el por ciento de personas mayores de 25 años con grado de bachillerato o más en cada uno de los municipios de Puerto Rico. Nótese la alta concentración de personas con mayor escolaridad en el triángulo de la riqueza. En el resto del país se destacan los municipios de Ponce y Mayagüez con porcentajes por encima del promedio nacional, pero fácilmente explicable por sus instalaciones universitarias. Generalmente, mientras más educada es una población, mayores son sus ingresos (ver figuras 8 y 9 respectivamente).

Figura 8. Por ciento de personas mayores de 25 años con Escuela Superior o más para el año 2000. *Fuente: Oficina del Censo, Junta de Planificación de Puerto Rico, Censo 2000.*



Las Figuras 10 y 11 muestran el porcentaje de habitantes por municipio menores de 20 y mayores de 60 años respectivamente. En la Figura 10, se puede apreciar una alta proporción de menores de 20 años en el

Figura 9. Por ciento de personas mayores de 25 años con Bachillerato o más, Año 2000. *Fuente: Oficina del Censo, Junta de Planificación de Puerto Rico, Censo 2000.*



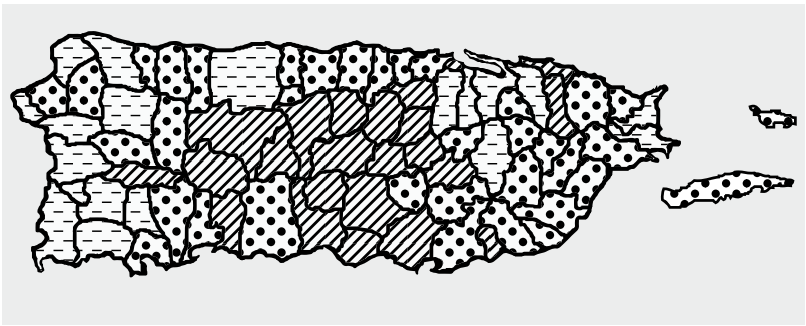
Menor de 10%

Mayor de 18.3%

Entre 10% y 18.3%

Estadísticas Descriptivas		
Mínimo	Maricao	6.10%
Máximo	Guaynabo	35.90%
Promedio Puerto Rico		18.30%

Figura 10. Porciento de población menor de 20 Años por municipio para el año 2000. *Fuente: Elaboración original. Datos de la Oficina del Censo, Junta de Planificación de Puerto Rico, Censo 2000*



Menor de 32%

Mayor de 34%

Entre 32% y 34%

Estadísticas Descriptivas		
Máximo	Barranquitas	39.0%
Mínimo	Hormigueros	26.7%
Promedio Puerto Rico		32.0%

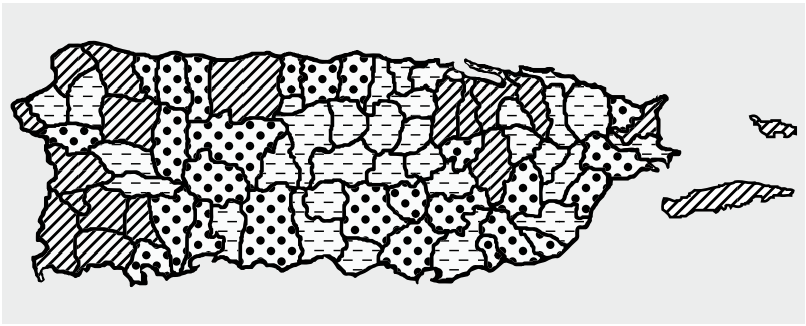
rectángulo de la pobreza y en el área sur en contraste con una proporción menor en la mayoría de los pueblos del triángulo de la riqueza y los municipios del extremo oeste particularmente la punta suroeste.

Como se observa en la Figura 11, la población mayor de 60 años se concentra en los municipios más grandes del triángulo de la riqueza, en la punta suroeste y las islas ultramarinas. Los municipios del rectángulo de la pobreza muestran un porcentaje de personas mayores de 60 años menor al promedio nacional, menos en tres de los pueblos que tienen porcentajes cercanos al promedio.

Resumen de variables demográficas

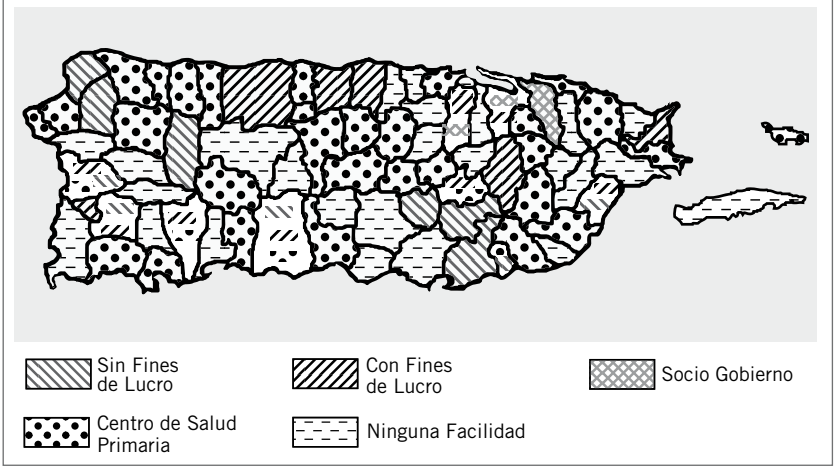
Los pueblos del triángulo de la riqueza se caracterizan por ser urbanos, con la mayoría de sus habitantes con escolaridad mayor a escuela superior, alta concentración de personas con grados universitarios, alta concentración de personas mayores de 60 años y baja concentración de personas menores de 20 años. Los pueblos del rectángulo de la pobreza se caracterizan por tener altos porcentajes relativos de población

Figura 11. Porciento de población mayor de 60 años por municipio para el año 2000. *Fuente: Elaboración original. Datos de la Oficina del Censo, Junta de Planificación de Puerto Rico, Censo 2000.*



Estadísticas Descriptivas		
Máximo	Hormigueros	20.4%
Mínimo	Toa Alta	9.8%
Promedio Puerto Rico		15.4%

Figura 12. Hospitales y Centros de Salud Primaria para el año 2009. *Fuente: Elaboración original. Datos de la Asociación de Hospitales de Puerto Rico y Asociación de Salud Primaria de Puerto Rico, Inc.*



rural, más de la mitad no ha completado la escuela superior y menos de una quinta parte tiene estudios universitarios, más de una tercera parte es menor de 20 años y menos del 15% mayor de 60 años.

Indicadores de salud

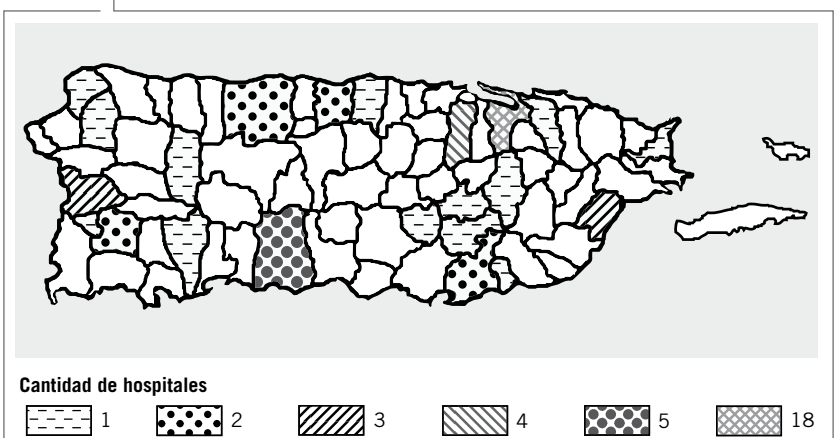
En esta sección se presentan varios indicadores de salud por municipio. La Figura 13 presenta los hospitales[1] y centros de salud primaria[2] a través del país según el tipo de organización y la Figura 14 la distribución de hospitales por municipio. En el país hay 19 hospitales sin fines de lucro, 27 privados y 8 en sociedad gubernamental. Los hospitales gubernamentales se concentran en San Juan, Carolina y Bayamón. Más de la mitad (17) de los hospitales privados están en el área norte. Tres cuartas partes de los hospitales sin fines de lucro están localizados en la región sur y oeste.

1. Incluyen solamente los hospitales miembros de la Asociación de Hospitales de Puerto Rico. La matricula agrupa 54 de los 67 hospitales del país, lo que representa poco más del 80% de los hospitales.
2. Se refiere a Centros de Salud Primaria que reciben fondos de la Sección 330 de la Ley de Salud Publica Federal.

En nueve municipios (11.5%) hay hospitales sin fines de lucro, privados y con intereses gubernamentales. Solo 13 municipios o un 17% de ellos tienen un hospital. Respecto a los centros de salud primaria, solo lo tienen 36 municipios, correspondiente al 46%. En 25 municipios no hay ninguna institución de salud lo que equivale al 32%. El 44% de los hospitales están localizados en el triángulo de la riqueza, de los cuales 33% están localizados en el municipio de San Juan, mientras que sólo uno (2%) está localizado en el rectángulo de la pobreza. El 57% de los hospitales se encuentra en el área norte mientras que 32% esta localizado en el área sur. El 69% esta localizado en el área este en contraste con sólo el 31% en el área oeste (Figura 13).

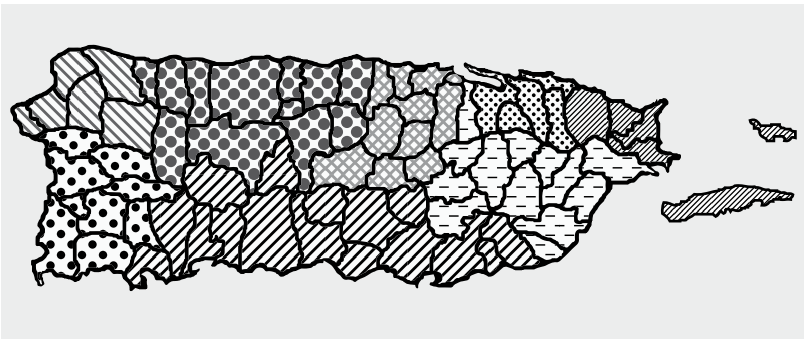
La Figura 14 presenta el porcentaje de profesionales de la salud activos del 1998-2001 por región de trabajo, según establecidas por el Departamento de Salud. Las cinco áreas del norte contaban con el 63.6% de los profesionales de la salud en contraste con el 36.4% para el área sur. Es importante destacar que la región metropolitana compuesta de cinco pueblos contaba con el 35.8%. Las regiones que incluyen la mayoría de los municipios del triángulo de la pobreza (Mayagüez, Arecibo y Bayamón) contaban con aproximadamente el 30% de los profesionales.

Figura 13. Cantidad de hospitales miembros de AHPR por municipio para el año 2009. *Fuente: Elaboración original. Datos de la Asociación de Hospitales de Puerto Rico (AHPR) 2009.*



La Figura 15 muestra aquellos municipios que tienen las cinco tasas más altas de mortalidad por las causas más frecuentes a nivel nacional (Corazón, Cáncer, Diabetes, Neumonía, Alzheimer, Cerebro

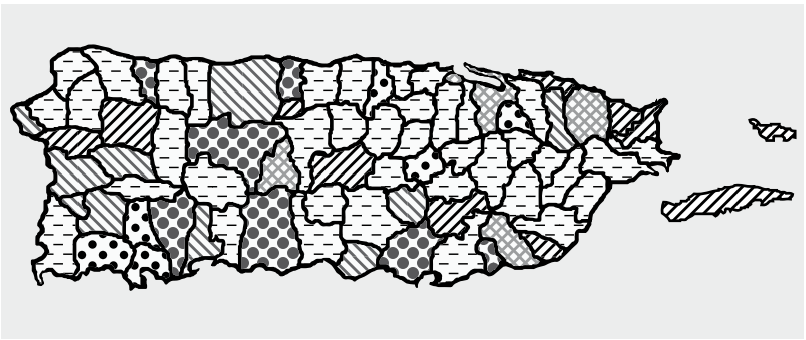
Figura 14. Distribución porcentual de profesionales de la salud activos por región de trabajo para los años 1998-2001. *Fuente: Elaboración original. Datos del Departamento de la Salud.*



Leyenda	
Región	**%**
Fajardo	2.3
Aguadilla	3.9
Mayagüez	8.0
Arecibo	9.7

Leyenda	
Región	**%**
Bayamón	11.9
Caguas	13.5
Ponce	14.8
Metropolitana	35.8

Figura 15. Municipios con las cinco tasas más altas de mortalidad por diversas causas para el año 2005. *Fuente: Elaboración original. Datos del Departamento de la Salud.*



vascular, Septicemia, Pulmonares, Nefritis, Hipertensión, Accidentes, Homicidios y Otras). Algunos municipios tienen entre las primeras cinco tasas de varias causas de mortalidad, por lo que en la figura se muestra la tasa más alta. Por ejemplo, Maunabo tiene la tasa más alta en muertes por accidentes cardiovasculares, hipertensión y accidentes y también tiene la tercera tasa más alta en cáncer. Solo tres municipios del triángulo de la riqueza tienen de las primeras cinco tasas más altas de mortalidad. Cataño tiene la quinta tasa más alta de accidentes, Trujillo Alto tiene la tercera más alta en enfermedades pulmonares y San Juan la quinta más alta en enfermedades cardiacas.

Seis municipios del rectángulo de la pobreza tienen tasas altas de mortalidad por alguna causa. Orocovis tiene la tasa más alta de mortalidad en enfermedades pulmonares; Aibonito la segunda en enfermedades cardiovasculares y cuarta en pulmonares; Comerío la tercera más alta en neumonía y Alzheimer y la quinta en cerebro vasculares; Utuado la cuarta tasa más alta en neumonía; Jayuya la quinta en nefritis; y Las Marías la segunda en hipertensión. Treinta y ocho municipios tienen las cinco tasas más altas de mortalidad de las enfermedades antes descritas. La mayoría están localizados en el área sur y oeste. Sobre tres cuartas partes (76%) de estos no tienen hospitales.

La Figura 16 muestra los municipios en los que el Departamento de la Salud ofreció clínicas de vacunación de regreso a la escuela en el 2009. Según la información de esta agencia, las mismas se ofrecieron del 11 de julio al 22 de agosto en supermercados, farmacias, centros comunales de 38 pueblos. Se ofrecieron en 8 (73%) de los 11 municipios del triángulo de la riqueza y en 3 (20%) de los 15 del rectángulo de la pobreza. Resulta importante destacar que en la mayoría de los municipios con altos porcentajes de menores de 20 años no se celebraron dichas clínicas.

Conclusiones de la relación entre el nivel económico y el acceso a servicios de salud.

Luego de examinar diversos indicadores económicos se identificaron los municipios con más y menos concentración de riqueza. El patrón observado

parecería que el país de divide en cinco regiones según se muestra en la Figura 17. No obstante, una línea imaginaria divide al país en dos grandes regiones. Una comprendida por los 23 municipios que equivale al 30%, representando del triángulo de la riqueza y la región este; y otra restante del 70% de los municipios. La región noreste está caracterizada por una gran concentración de riqueza, con una población educada. La mayor cantidad de hospitales y profesionales de la salud se encuentran en esta área

Figura 16. Clínicas de Vacunación "Regreso a la Escuela" para el año 2009.
Fuente: Elaboración original. Datos del Departamento de la Salud.

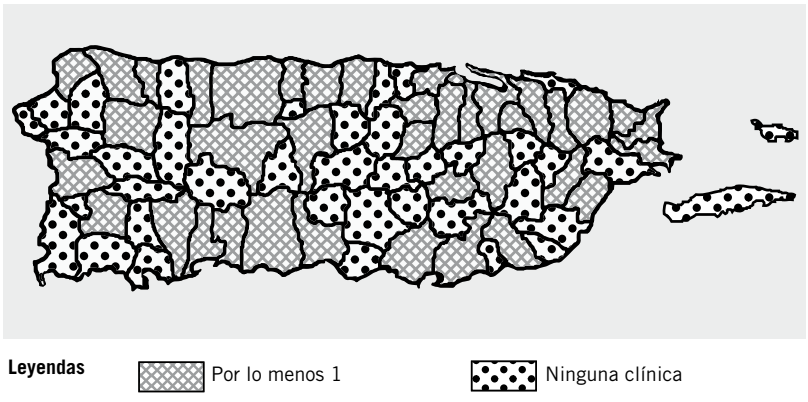
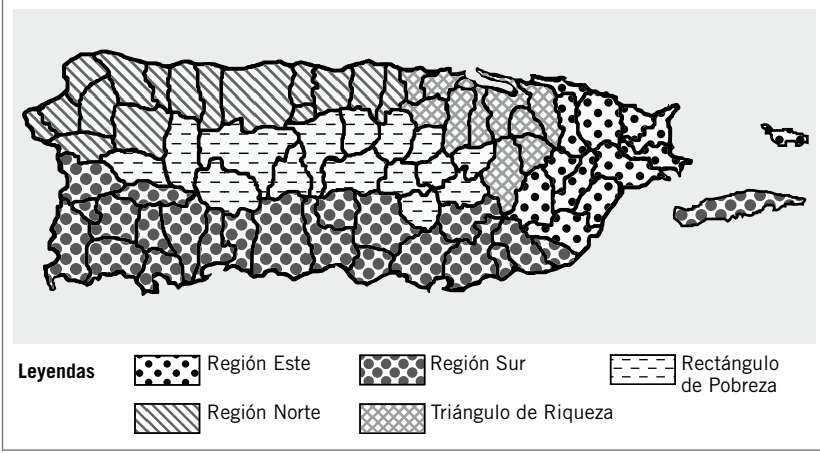


Figura 17. Regiones por Nivel Económico Similar. *(Elaboración original)*



por lo que los habitantes tienen acceso a servicios de salud relativamente cercanos. En esta región vive el 47% de la población del país.

La región por debajo de la línea diagonal imaginaria (incluyendo a Vieques) se caracteriza por una mayor concentración de pobreza (particularmente en la zona central), personas con menos educación, menos facilidades de vivienda y transportación y más joven. En ella vive 53% de la población total. Las tasas de mortalidad más altas de las principales causas de muerte se registran en esta región que tiene a su vez menos instalaciones hospitalarias cercanas y profesionales de la salud activos. Es importante destacar el hecho de que la topografía montañosa de esta región dificulta la movilidad de las personas alargando las distancias para conseguir servicios médicos. Concentrándose en esta zona una proporción mayor de menores de 20 años resulta altamente preocupante la falta de servicios médicos adecuados y accesibles.

Con el análisis anterior es razonable concluir que el sistema de salud en Puerto Rico esta enfocado en la población con más recursos económicos en detrimento de más de la mitad de la población o la mayoría que es pobre. Esto se convierte en un problema de equidad y justicia social. Estos datos pueden parearse a censos posteriores.

Bases para el análisis bioético

El análisis bioético de la relación entre el estado de salud y el nivel socioeconómico de los puertorriqueños y puertorriqueñas debe seguir los lineamientos básicos establecidos por Diego Gracia (1998) (citado en Bredy, 2009) quien define la Bioética como la aplicación del mundo de los valores, que en la elaboración de la justicia, nos permiten corregir o mejorar el ámbito de la salud. Las características de la bioética la ubican como una disciplina civil, laica; es decir, no religiosa. Es autónoma, no es heterónoma, por lo que su desarrollo es independiente de consideraciones ajenas a las de su propia evolución y progreso. También se caracteriza por ser plural, no es sectaria, no se atiene o parcializa a ideas religiosas ni ideológicas o a doctrinas particulares, y es universal por su contenido formal, ***expreso, preciso y determinado,*** no

material. La Bioética no es un tratado de los deberes por lo que no es deontología. En Bioética no se hacen cosas, más bien se "es" en tanto declaración de principios como plantea Diego Gracia (en Bredy, 2009).

Desde el punto de vista bioético debe prestarse consideración a varios aspectos que fundamentan el análisis. Estas consideraciones éticas deben incluirse como contenidos claros e inequívocos al momento de formular política pública para la toma de decisiones administrativas y acciones justas enmarcadas en el bien común y la praxis democrática. En lo general, tal política pública servirá a la atención justa y efectiva de la salud como un sistema integral. En lo específico atenderá la prestación equitativa, eficaz y eficiente de servicios médicos y otros servicios a los ciudadanos y ciudadanas de distintos niveles socioeconómicos; principalmente a aquellos que pertenecen al nivel socioeconómico pobre, que son los más afectados por la situación actual del estado de salud en Puerto Rico como ha sido demostrado en secciones previas.

El estado de salud de Puerto Rico merece un examen bajo el criterio de la bioética con la seriedad que demanda la situacion. Además de considerar el marco legal y estatutario, la atención de la salud y la prestación de servicios médicos debe llevarse a cabo tomando en cuenta la justicia distributiva tanto individual como colectivamente. La buena salud debe ser patrimonio de todos los puertorriqueños y puertorriqueñas. La Carta de Derechos de la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico reconoce la inviolabilidad de la dignidad de los seres humanos, es decir de todos los puertorriqueños y puertorriqueñas, así como el derecho de toda persona a disfrutar de un nivel de vida adecuado que asegure para sí y para su familia la salud, el bienestar y especialmente la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios por ser tenedores de derechos humanos y civiles incluyendo las poblaciones vulnerables e inclusive otras formas de vida no humana.

La atención de la salud y la prestación de servicios médicos debe llevarse a cabo tomando en cuenta principios básicos de la bioética clínica tanto individual como colectivamente. Por lo tanto, es menester considerar: 1)

el respeto a las personas que requiere de dos convicciones éticas: tratar a todas las personas como agentes autónomos y reconocer el derecho a la protección de las personas con autonomía disminuida; 2) la justicia distributiva, que conlleva las formulaciones ampliamente aceptadas sobre la distribución de cargas y beneficios, es decir, a cada persona una parte igual, a cada persona según su necesidad individual, a cada persona según su propio esfuerzo, a cada persona según su contribución a la sociedad y a cada persona según su mérito; 3) la beneficencia hacer el bien, o ayudar a los demás en sus necesidades, siempre que ellos voluntariamente lo pidan o lo acepten, no causar ningún daño, y 4) la no maleficencia, que señala la prohibición de causar daño intencionadamente a los demás. La obligación de no hacer daño intencionadamente es totalmente distinta a la obligación de hacer el bien a los demás (cf. Beauchamp y Childress, 1979).

Sin embargo, no basta apuntalar el sistema de salud en formulaciones abstractas con apoyos legales como implica los principios enumerados. La sola afirmación y formulación de políticas públicas basadas en principios, no garantiza ni moviliza la acción de los profesionales. Estos principios cobran vigencia y pertinencia en la medida en que se traducen a virtudes personales. De acuerdo con Santos y Vargas (2008), la ética es una experiencia total que supone claridad para ilustrar las decisiones y el compromiso afectivo para hacer posible la experiencia éticamente significativa, tanto para el profesional de cuidados de salud como para el ciudadano que recibe la acción beneficente. Entre otras consideraciones, la experiencia ética se completa cuando el comportamiento humano con 'el otro' refleja compasión empática, solidaridad, prudencia, respeto, y reverencia ante el drama del sufrimiento del ciudadano que lucha contra su finitud y fragilidad esencial.

Cabe reiterar que el estado de la salud es un importante indicador del nivel de satisfacción de las necesidades básicas, representadas por el Estado y la calidad de: la alimentación, la cobertura médica, la vivienda, el trabajo, la educación y el ambiente. La imposibilidad de acceder a las necesidades básicas es sinónimo de deterioro de la salud y pronóstico de peligro y daño. A partir de ello se desprende que la comunidad organizada

debe, en forma ineludible e indelegable, generar los mecanismos a través de los cuales se brinden las posibilidades del acceso a la salud a todo ser humano (Melendi, s.f.).

Además, de acuerdo con Suardíaz Pareras (2004), es precisamente en el contexto de la atención sanitaria donde el olvido de la dimensión humana puede producir consecuencias más negativas, porque una práctica médica que no sea capaz de considerar la dimensión humana está condenada a no ser sanante sino enfermante. La enfermedad no es sólo un desorden bioquímico que se presenta en un sujeto determinado, a escala celular, subcelular o molecular, sino una experiencia que afecta al ser humano en su totalidad.

Es menester reconocer que la mención de los cuatro principios esbozados previamente requiere mayor discusión y mayor atención teórica verificando su validez en el ámbito de Puerto Rico. Intentar dar una solución a los conflictos entre los principios considerando qué es lo que verdaderamente impera en la situación de Puerto Rico; por ejemplo, ¿autonomía o beneficencia? sería una consideración importante. Además, viendo la realidad económica del país, ¿cómo repartir mejor los bienes de salud respetando la autonomía de los pacientes, el beneficio social, o quizás ambos simultáneamente plantea una elaboración analítica adicional? La cuestión es difícil, y proveer una solución definitiva es una tarea de gran envergadura que sobrepasa los límites y el alcance de este pronunciamiento, y que puede permanecer como un proyecto pertinente y de significación teórica para el futuro. En ese sentido deben examinarse de manera crítica, y desde la praxis política contextualizada en Puerto Rico la propuesta de la bioética latinoamericana (Garrafa y Osório de Azambuja, 2007), así como el estudio detallado de la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*, aprobada por aclamación por la 33a sesión de la Conferencia General de la UNESCO, el 19 de octubre de 2005. También sería conveniente analizar los sistemas de salud y servicios médicos a la luz de las experiencias de otros países de este hemisferio, por ejemplo, Canadá y de otros en otras partes del mundo para compararlas con las de nuestro sistema y explorar alternativas prácticas exitosas y sus posibles adaptaciones a nuestra situación puertorriqueña.

Discusión crítica y conclusiones

La información explorada para fines de este estudio, llevó a los autores a suponer preliminarmente que el estado de salud está claramente vinculado con el nivel socioeconómico de las personas en Puerto Rico. Esta explicación tentativa se sostiene tanto en los datos contenidos en la literatura consultada como en el estudio de indicadores socioeconómicos, variables demográficas e indicadores de salud que forma parte de esta declaración. Los datos revelan que en Puerto Rico hay un gran número de personas que no reciben servicios de salud, tratamiento y cuidados médicos necesarios. Esto confirma nuestra hipótesis inicial de que existe una diferencia observable en la prestación de servicios de salud y atención médica a la gente. El sector socioeconómico pobre resulta ser es el más afectado, sobretodo, a partir de la reforma de salud, por el modo en que se organizó la atención médica, se financió y prestaron los servicios de salud a estas personas.

La reforma de salud, basada en el modelo de privatización de servicios y fundamentada en la noción capitalista de libre empresa, no rindió los frutos esperados. El gobierno presumió que la privatización promovería la competencia entre las empresas aseguradoras y entre las proveedoras de servicios para así disminuir el precio de éstos. El enfoque privatizador de la asistencia sanitaria lo que produjo fue el efecto contrario. En consecuencia de esto, la reforma puso de manifiesto claras inequidades e ineficiencias en los resultados de ésta. La persona médico indigente pasó a ser tratada como medio y no como fin, lo cual plantea un problema ético serio.

Otro aspecto crucial es la ausencia de una política pública sobre salud en Puerto Rico. El *modus operandi* revela la presencia de un modelo de salud importado que no parte de un análisis de la situación real y particular del país ni atiende una conceptuación de justicia social. En dicho modelo, la asistencia sanitaria no se considera un derecho básico universal. Unas dos terceras partes de los trabajadores no tenían un seguro permanente en el año 2000 (Censo federal). Los no asegurados suelen ser trabajadores autónomos con ingresos limitados, emigrantes

indocumentados, madres solteras o divorciadas que mantienen a sus familias. Cualquier política social que se formule debe partir de los determinantes del estado de salud, de las circunstancias que afectan la salud a lo largo de la vida. Debe partir además de un concepto de ser humano integral en tanto que la salud no es solo la ausencia de enfermedad en el cuerpo, por lo que es necesario desarrollar una concepción holística y sistémica de la salud. La OMS ha realizado una amplia noción del estado de salud al definirlo como el estado de bienestar completo, físico, mental y no meramente la ausencia de enfermedad.

El sistema de salud de Puerto Rico por su apego ideológico al estadounidense hereda sus fallos y no analiza las características poblacionales. En los Estados Unidos (EE. UU.) quienes se benefician y se lucran del sistema se oponen al cambio para ampliar los servicios. Las compañías privadas de seguros resisten que se establezcan ciertas formas de seguro médico nacional, como ha demostrado la resistencia a la reforma de salud propuesta por el presidente de esa nación Barack Obama. La *American Medical Association* (AMA) es uno de los grupos de presión más fuertes de Washington y ha estado luchando con éxito desde los años treinta contra el seguro médico nacional.

El sistema de asistencia de salud está sufriendo una "corporativización", pues las empresas que prestan los servicios sanitarios con fines de lucro (que suelen agrupar a aseguradoras, hospitales y grupos de médicos) están dominando la escena (Sherill, 1995). Los críticos de esta situación llevan mucho tiempo advirtiendo que el capitalismo estadounidense está convirtiendo la enfermedad en un negocio lucrativo. A los detractores de la corporativización de la asistencia sanitaria les preocupa que las presiones crecientes que se ejercen sobre los médicos y otros profesionales de la salud para que tomen decisiones rentables, puedan provocar tratamientos inadecuados e incluso riesgos para la vida de los pacientes.

El estudio de indicadores socioeconómicos que forma parte de esta declaración, reveló la existencia de un sector poblacional pobre en Puerto Rico ubicado mayoritariamente en la zona rural de los municipios

centro oeste de la isla. Su ingreso per cápita es consistentemente menor que el de los sectores poblacionales residentes en los municipios de la zona metropolitana. Las familias que integran este sector poseen menor concentración de ingresos que los residentes en los municipios de la zona metropolitana. Una tendencia similar ocurre cuando se compara la concentración de riqueza entre la zona centro oeste de la isla y la zona metropolitana y municipios adyacentes. El nivel de escolaridad de estas personas también resultó ser más bajo que el de las personas con más altos ingresos.

Los datos analizados en este estudio revelan claramente que la salud de este sector está afectada por las características de las comunidades donde viven. En la zona rural, la gente debe recorrer largas distancias para recibir servicios médicos. El hospital más cercano está localizado a gran distancia del área.

La relación entre el nivel socioeconómico y la salud se puede percibir con claridad en el aspecto laboral. La gente ubicada en la zona rural tiene muy pocas posibilidades de conseguir empleo. Sus ocupaciones se tienden a ubicar en la industria de la construcción, la agricultura, tareas relacionadas con la mecánica de automóviles y otras. Estos oficios representan mayor riesgo de sufrir lesiones o morir en accidentes del trabajo. Los obreros de plantas textiles pueden contraer distintas enfermedades como la bisinosis[3], la asbestosis y otras similares. Las empresas que proveen oportunidad a estos obreros no se preocupan mucho por maximizar los seguros de salud y la seguridad de los trabajadores.

Como bien puede observarse, los hallazgos de este estudio muestran un sector de la gente puertorriqueña cuyo estado de salud los hace vulnerables a la enfermedad aunque el acceso a servicios médicos indispensables es mínimo. Esta situación también fue evidenciada por la socióloga Linda Colón (2005) a través de su estudio donde encontró que las personas que tienen una estrecha situación socioeconómica están menos

3. La **bisinosis**, también conocida como "Fiebre del lunes", es una enfermedad pulmonar ocupacional causada por la inhalación de polvos de fibras textiles en trabajadores de algodón.

saludables y por lo general, viven menos que las personas de niveles medios y altos. Hay varias razones que explican esta situación. Los estratos sociales más acomodados suelen disponer de una dieta balanceada y un mejor acceso a la atención médica. Las condiciones laborales también inciden directamente en la salud. Las personas que trabajan en oficinas y en ambientes domésticos están menos expuestas a los accidentes o al contacto con materiales y sustancias peligrosas. Algunas enfermedades están bien documentadas en los EE.UU. y Puerto Rico como son las pulmonares y la asbestosis que produce ciertos tipos de cáncer.

Nettleton (1995) durante la década de los noventa, estudió los datos que vinculan la salud con las desigualdades económicas. Ella identifica las que podrían ser estrategias más adecuadas para mejorar la salud de los grupos del nivel socioeconómico más pobre. Después de estudiar los datos de diversos países, su conclusión fue que el índice de mortalidad de aquellos que forman parte del 20% que menos ingresos posee era entre un 1.5 y un 2.5 más alto que el de aquellos que están en el 20% que más gana. Además encontró que esta tendencia está aumentando y se relaciona con las expectativas de vida en los EE.UU.

En Puerto Rico, el Departamento de Salud gasta más en el cuidado de la salud que muchas otras naciones del mundo pero estos datos no indican que necesariamente somos la nación más saludable. El sistema de cuidado de la salud es una de las primeras industrias del país y contabiliza una porción importante del producto interno bruto nuestro. Dos características sobre salientes de esta agencia afectan el cuidado de salud de los sectores pobres. En primer lugar, el cuidado de salud es esencialmente un sistema de intervención más que de prevención. El sistema está orientado hacia el tratamiento y la cura de enfermedades, no hacia su prevención. Por tanto, las personas médico indigentes comúnmente no se ponen en contacto con quienes suministran los servicios de salud o con la institución a menos que estén enfermos. Muchos practicantes del cuidado de la salud en este país están altamente entrenados como especialistas que utilizan las tecnologías más avanzadas para proporcionar el tratamiento si sus pacientes pueden costearlo.

La segunda característica describe el sistema de cuidado de la salud como uno de los pocos sistemas del mundo que no proporciona un amplio cuidado para todos los ciudadanos. Este tiene tres niveles: (1) para las personas adineradas y bien aseguradas (de nivel socioeconómico alto y medio); (2) para los sectores pobres que cualifican para recibir los servicios de la reforma de salud; y (3) para un grupo indeterminado sin seguro médico. El cuidado de la salud que la gente recibe depende del estatus del seguro y del estado financiero y aún del área donde vive la gente. Los médicos, los hospitales, las instalaciones médicas de alta tecnología y otros recursos importantes de cuidado se concentran en y alrededor de la zona metropolitana y las grandes ciudades del país. Como se observó anteriormente, muchos residentes de áreas rurales y zonas geográficas distantes, viven muy lejos de estos recursos de salud.

Recomendaciones

La preocupación y ocupación de una sociedad por su salud, es decir, por la salud de cada uno de los seres humanos que la componen, debe ser un aspecto fundamental en cualquier política de gobierno, ya que su calidad y grado de desarrollo afectará el patrimonio más importante de una comunidad: sus seres humanos, su gente, las personas que la construyen, que la construirán y que son su razón de ser. Es crucial que se formulen políticas públicas operantes a favor del bien común y el beneficio democrático del sistema de salud, independientemente del nivel socioeconómico al que se pertenezca, particularmente si es al nivel socioeconómico pobre.

Deben realizarse estudios científicos que sobre bases cuantitativas (inferenciales) y cualitativas que evidencien la situación de los determinantes de salud y su relación con el nivel socioeconómico de los puertorriqueños y puertorriqueñas. Estos estudios deben dar cuenta detallada de la relación entre la morbilidad y la mortalidad relacionado con la atención de la salud, los servicios médicos y otros servicios relacionados. Conocer los planes futuros de la reforma de salud propuesta por el Presidente de los EE.UU., Barack Obama y sus consecuencias sobre la salud en Puerto Rico vis à vis con los lineamientos propuestos por la OMS.

Desarrollar una visión holística para crear un enfoque sistémico de la salud en Puerto Rico. Coincidimos con el filósofo Santos y Vargas (2008) cuando plantea que: Para que la organización de los servicios de salud facilite el logro de los objetivos de salud su organización debe adecuarse de manera instrumental a principios de ética organizacional, a saber:

1. **Acceso universal:** cada ciudadano tendrá acceso a los servicios de salud sin restricciones arbitrarias por razones fiscales o de otra índole.

2. **Sabia distribución** de los recursos asignados a la multiplicidad de metas de salud individual y colectiva enunciadas en la misión del sistema.

3. **Eficiencia gerencial:** caracterizada por la simplificación y mejoramiento continuado de los procesos de prestación de los servicios de salud, de manera que se enfatice más el cuidado del ciudadano que el mero cumplimiento de los controles burocráticos.

4. **Efectividad:** el sistema ofrece los cuidados que el paciente necesita y promueve aquellas innovaciones que funcionan. En ese sentido establece lazos de colaboración con la academia universitaria dedicada a las ciencias de la salud para fortalecer a base de apoyo científico e investigativo de los servicios prestados.

5. **Relación fiduciaria:** los administradores del sistema, así como los proveedores de servicios que integran al sistema, están obligados a ejercer de buena fe y con honestidad sus obligaciones para con el sistema y la comunidad de pacientes. Esto es necesario para fortalecer la necesaria confianza del pueblo en su sistema de salud.

6. **Excelencia y responsabilidad:** el sistema no se limita a ofrecer lo mínimamente legal y necesario sino que aspira a la excelencia en la oferta de servicios y en el trato a los ciudadanos.

7. **Mayordomía:** los administradores de la organización de salud entienden que ellos administran, por delegación del pueblo, los bienes dedicados al cuidado de salud. Por tal motivo el sistema opera con la suficiente transparencia de manera que el pueblo entienda que los recursos dedicados a la salud pública están bien atendidos.

Referencias

- *Bisinosis*: MedlinePlus Enciclopedia Médica. (2009). Recuperado de http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001089.htm
- Bredy (2009). *Consideraciones previas, d*efiniciones. En conferencia, Programa Certificado de Estudios Profesionales en Bioética, Escuela Graduada de Salud Pública. Decanato de Asuntos Académicos. Recinto de Ciencias Médicas. Universidad de Puerto Rico.
- Cantú, Martínez, P. C., Jiménez, Salas, Z. & Rojas, Márquez, J. M. (2002). Epidemiología, el discurrir del estado de salud-enfermedad. *Respin* 2(4). Recuperado de http://www.respyn.uanl.mx/ii/4/ensayos/epidemiologia.htm
- Chan, M. (2008). El nuevo Informe sobre la salud en el mundo pide un regreso a la atención primaria de la salud: *Comunicado de Prensa*, Centro de Prensa, OMS.
- Colón, Linda. (2005). *Pobreza en Puerto Rico: radiografía del proyecto americano*. San Juan: Editorial Luna Nueva.
- Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico. (1952). Recuperado de http://www.gobierno.pr/NR/rdonlyres/083E5880-BC51-4DD6-AF56- 27996A91706E/8510/elaConstitucion.pdf
- Garrafa, Volnei y Osório de Azambuja & Erig, L. (2007). Epistemología de la bioética: enfoque latino-americano. *Revista Brasileira de Bioética.* 3(3):344-359
- Melendi, D. (s.f.). *Salud*. Recuperado 20 de agosto de 2009, de http://www.cricy.edu.ar/enciclopedia/terminos/Salud.htm
- Nettleton, Sara (1995). *The sociology of health and illness.* Cambridge: Polity Press.
- OMS. (2001). *Macroeconomía y salud: invertir en salud en pro del desarrollo económico*.

- Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud, presidida por Jeffrey D. Sachs, Ginebra.

- Sachs, J. (2001). Macroeconomic and health: Investing in health for economic. Development, world health organization. *Rev Panam Salud Pública Vol.*12 no.2 Recuperado de http://dx.doi.org/10.1590/S1020-49892002000800017

- Santos y Vargas, Leonides. (2008). *Bases éticas que deben fundamentar el sistema de salud pública de Puerto Rico.* Manuscrito inédito, Instituto de Bioética Eugenio María de Hostos**,** Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.

- Santos y Vargas, Leonides. (2009). *Bioética: nuevo paradigma en medicina, investigación y ecología* (presentaciónen conferencia). Instituto de Bioética Eugenio María de Hostos**,** Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.

- Sherill, Robert (1995). The madness of the market". *The Nation* 260 (feb. 9 – 16), 45 –72.

- Suardíaz, Pareras, J. (2004). Fundamentación antropológica del concepto calidad de vida. *Revista Vitral*, X(60, marzo-abril, 2004). Recuperado de http://www.vitral.org/vitral/vitra60/bioet1.htm

- UNESCO. (2005). *Declaración universal sobre bioética y derechos humanos. Salud y enfermedad, determinantes de salud noción de riesgo* salud pública I. Departamento de Medicina Preventiva y Social. Montevideo. Recuperado de: http://www.slideshare.net/hamel/salud-y-enfermedad- determinantes-de-salud-nocin-de-riesgo

- WHO (2003). Informe sobre la salud en el mundo 2003*: «Forjemos el futuro»*

PARTE IV

BIOÉTICA E INVESTIGACIÓN

La Bioética de la Investigación Clínica

Irma L. Febo, MD.

La Administración de Drogas y Alimentos (FDA) aprueba drogas desarrolladas por compañías farmacéuticas todos los años luego de un proceso largo de investigación y ensayos clínicos. Estos nuevos productos los mercadean y están disponibles para las personas que los necesiten, siempre y cuando tengan la capacidad económica para tener un seguro de salud o para comprarlo directamente en la farmacia. Estos nuevos medicamentos y procedimientos altamente sofisticados, están económicamente vedados a aquellos que no los pueden costear, aunque médicamente sea necesario para mejorar su salud o salvar su vida. Ejemplo de lo anterior, se aprecia al examinar las estadísticas mundiales sobre la epidemia del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Nos damos cuenta que hay 40 millones de personas viviendo con VIH y cerca del 85% de ellas no tienen manera de acceder a los nuevos medicamentos que combaten la infección. Las investigaciones clínicas auspiciadas por compañías farmacéuticas, universidades y los gobiernos de los países

desarrollados, han descubierto o aprobado cerca de 18 medicamentos que combaten la infección efectivamente. Esto ha permitido a las personas que padecen la infección por VIH y mantienen tratamiento con estos fármacos, tener una calidad de vida adecuada y vivir por mucho tiempo con un mínimo de síntomas. Sin embargo esta opción de tratamiento no está disponible a las personas en los países pobres del planeta, en especial en los países de África Sub-Sahariana. Nos preguntamos entonces, cuál es el propósito de la investigación clínica, ¿la búsqueda del conocimiento para aliviar el dolor y la enfermedad u obtener una aprobación para mercadear un producto y obtener ganancias?

La sociedad del libre capital justifica esta realidad basándose en que luego de haber invertido millones de dólares en el proceso de desarrollo y aprobación de una nueva droga, resulta apropiado recuperar lo invertido y obtener una ganancia. Con base en ese argumento parecería que la economía, el dinero, las acciones en el mercado, tienen más valor que la vida de hombres, mujeres y niños que mueren con la infección sin tener oportunidad de tratamiento. Ante ese cuadro nos preguntamos cuáles son los valores éticos de una sociedad que permite semejante práctica empresarial. A propósito de la interrogante ética arriba presentada, en este ensayo nos proponemos examinar cual es la ética en la investigación clínica.

Historia

La investigación con seres humanos ha existido desde siempre y ha sido pilar del conocimiento médico. Sin embargo, muchas de las decisiones terapéuticas en la antigüedad eran guiadas más por la observación de consecuencias naturales que por la experimentación planificada como se practica modernamente. No obstante, hay escritos que describen ciertos procesos de experimentación en humanos a partir del Renacimiento. Para 1721 en Inglaterra, se experimentó con prisioneros, a los cuales se les inoculó suero de personas con viruela y así se estableció la base para las vacunas. Para el 1747, se describe uno de los primeros experimentos con grupos control, llevado a cabo por James Lind en marineros que padecían de escorbuto. A los sujetos se les asignó a seis diferentes regímenes

alimenticios. La evidencia demostró que aquellos que tuvieron una ración diaria de naranjas y limones mejoraron notablemente de la enfermedad. Sin embargo, la marina inglesa no dio credibilidad a los hallazgos, se aferraron a la idea de que el aire seco había mejorado a los pacientes. La razón para insistir en esa explicación es el hecho de que tratar el escorbuto a base de frutas, naranjas y limones a los marineros de esos barcos que tenían que hacer largas travesías, era más costoso que apelar al "tratamiento" de aire seco. No es hasta 50 años después de la publicación de los hallazgos de Lind, que se comienzan a distribuir cítricos entre los marineros ingleses, eliminando casi por completo el escorbuto. Obsérvese cómo, en época tan temprana, los intereses económicos pesaron más que los datos científicos en materia de decisiones sobre salud pública.

Otro ejemplo seleccionado corresponde al tiempo durante la Segunda Guerra Mundial se llevaron a cabo experimentos con seres humanos en los campos de concentración Nazi. Luego de finalizada la guerra se supo que se llevaban a cabo torturas, abortos, mutilación, exposición a agentes tóxicos, a temperaturas extremas y a entes biológicos (virus y bacterias). Estos "experimentos" se justificaban para avanzar el conocimiento y en última instancia, se justificaba sólo por el hecho de que tenían el control y el poder para realizarlos. En diciembre de 1947, en Núremberg, se llevaron a juicio por crímenes de guerra a un grupo de 23 médicos y asistentes quienes participaron en la realización de esos experimentos. El veredicto incluyó unas guías para realizar experimentos en humanos, conocido como el Código de Nuremberg, y que ha servido de guía para otros códigos de ética en organizaciones internacionales.

En 1948, se adoptó la Declaración Universal de Derechos Humanos por las Naciones Unidas, en la cual se declara que todo ser humano tiene derecho a su dignidad y libertad y que tales derechos son inviolables. En el contexto de esas declaraciones, a partir del 1953, el Centro de Investigaciones Clínicas de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) de los Estados Unidos produjo la primera política federal para la protección de los participantes en investigaciones médicas. Esto sirvió de base para la creación de los "Institutional Review Boards" (IRB) o comités de ética de las instituciones que realizan estudios

clínicos, cuya responsabilidad es velar de que se respeten los derechos humanos y no se perjudique intencionalmente a los sujetos humanos voluntarios en investigaciones clínicas.

Para el 1964, la Asociación Médica Mundial desarrolló la Declaración de Helsinki que establece guías internacionales para llevar a cabo estudios clínicos. La declaración estableció el consentimiento informado como el requisito más importante para llevar a cabo estudios de manera ética. Esta declaración ha sido revisada cinco veces, la última en el 2000 y uno de sus principios establece que los beneficios, riesgos y efectividad de cualquier nuevo método o droga debe probarse contra la mejor alternativa conocida. Se supone que esto rija toda investigación a nivel internacional.

La historia reciente da cuenta de varios estudios realizados en Estados Unidos que violaban estos códigos de ética. Tomemos como caso ilustrativo el estudio del Hospital Judío de Enfermedades Crónicas en Nueva York, mediante el cual se quería investigar el proceso natural del cuerpo de combatir células cancerosas. Los investigadores inyectaron células vivas de cáncer en pacientes con enfermedades crónicas admitidos al hospital. Se les informó a los pacientes oralmente que estaban recibiendo unas pruebas, pero no se les explicó la naturaleza del estudio, ni se documentó el proceso de consentimiento informado. Los investigadores fueron enjuiciados y encontrados culpables de fraude y conducta no profesional. También en Nueva York, entre 1963 al 1966, se hicieron estudios en la escuela Willowbrook, donde se atendían niños con discapacidades mentales. El estudio quería examinar la historia natural del virus del Hepatitis. Deliberadamente se infectaba con hepatitis a los niños recluidos en la institución. Para justificarlo se decía que estos niños se iban a infectar como quiera con la enfermedad y que el hacerlo de una manera controlada, a través del estudio, era beneficioso para ellos. Se llegó hasta cerrar las puertas de la institución, alegadamente por falta de espacio, pero si los padres aceptaban participar del estudio, entonces eran admitidos. Ese caso demuestra la manera cuestionable de conseguir los consentimientos de los sujetos de investigación y las maneras de coaccionar y aprovecharse de poblaciones vulnerables tales como menores de edad y personas en instituciones como hospitales y prisiones.

Para el año 1972, salió a la luz pública el caso del llamado "estudio de Tuskegee", que se había estado realizando desde la década de 1930 en hombres negros que vivían en Tuskegee, Alabama. El estudio reclutó 400 hombres con sífilis y 200 sujetos como controles, para estudiar la historia natural de la enfermedad. Luego que se descubriera en 1940, que la penicilina era efectiva contra esta enfermedad, a los pacientes del estudio no se les ofreció tratamiento. Este estudio fue auspiciado por el Departamento de Salud de los Estados Unidos y causó alarma y coraje en el público norteamericano. Es evidente que estos escándalos promueven un ambiente de desconfianza en torno a los estudios de investigación, especialmente entre las minorías.

Como resultado de tales hechos, el Congreso de los Estados Unidos estableció la *Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos en Estudios Biomédicos y de la Conducta*. En el 1979, esta comisión escribió el Reporte Belmont que establece unas guías y principios éticos para la protección de los sujetos humanos en investigaciones biomédicas. Estas guías están basadas en tres principios éticos fundamentales: el respeto a la persona o autonomía, el principio de beneficencia y el de justicia. La Administración de Drogas y Alimentos (FDA) estableció regulaciones para llevar a cabo estudios clínicos, y en el 1991, se estableció una política federal para la protección de los sujetos en estudios de investigación y que se aplica a todas las agencias federales.

Principios eticos fundamentales

El Informe Belmont y la obra de Tom L. Beauchamp y James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics,* publicada en 1979, identifican principios éticos para regular la investigación médica Esta obra sale a luz pública un año después de que se publicara el Informe Belmont. La obra añade un cuarto principio a los tres del Informe Belmont. Los cuatro principios son: respeto a la autonomía de la persona, la no-maleficencia, la beneficencia y la justicia. La autonomía, o respeto debido a la persona, es un concepto de la modernidad, en virtud del cual se acepta que la persona tiene el derecho de elegir lo mejor para si mismo de manera libre e independiente. Una persona autónoma es aquella que es capaz de decidir sobre sus actos de manera libre y de acuerdo a sus deseos, sin presiones o controles

externos o internos. Esto quiere decir que en proyectos de investigación clínica, por ejemplo, el sujeto participante puede elegir voluntariamente participar o no de la investigación. El consentimiento que a nombre de su autonomía otorga el participante, requiere que se le haya ofrecido la información pertinente y suficiente de manera que se pueda decir que es un *consentimiento informado.* En aquellos casos donde la autonomía de la persona está disminuida, entonces se deberán tomar las provisiones que protejan la dignidad y autonomía de estas personas. En caso de que se haya incorporado legítimamente a personas con discapacidades mentales o menores de edad, se deberá identificar un tutor legal que pueda tomar decisiones por ellos velando siempre por el mejor interés de participante.

El principio de no maleficencia está basado en el principio ético hipocrático de que lo primero es no hacer daño al enfermo. Ese es el principio ético más vinculante que rige la profesión médica. Al aplicar este principio a la investigación clínica, se obliga al investigador a evitar causarle daño intencional, o conocido, al paciente. El investigador debe tomar las previsiones y medidas que permitan detectar rápidamente si los medicamentos o procedimientos experimentales son perjudiciales para los sujetos en la investigación de manera que se pueda evitar daños físicos y/o mentales.

El principio de beneficencia, por su parte, supone que debemos actuar con el propósito de hacer el bien a los demás. La investigación clínica debe tener como propósito el hacer o maximizar el bien y minimizar los posibles riesgos o daños. Aunque muchas veces se plantea que la investigación se justifica porque el conocimiento adquirido beneficiará a la sociedad, no se debe causar daño intencional a ningún individuo bajo esta premisa. Los riesgos y los beneficios deben estar balanceados. De no ser así nos corremos el riesgo de repetir las atrocidades de los campos de concentración Nazi, donde los experimentos se hacían para "beneficio de la sociedad" por un régimen que lo auspiciaba y lo justificaba.

El principio de justicia implica el dar a cada cual lo que le pertenece o le corresponde. En Occidente, Platón, en su discurso de La República, hasta nuestros días, la justicia es el valor rector de la sociedad. Aunque podríamos enunciar que la sociedad misma no es totalmente justa, la búsqueda

de la justicia siempre ha sido importante. En la investigación biomédica se aplica la justicia distributiva, en la que se trata de distribuir los riesgos y los beneficios entre todos los participantes y se trata de no escoger por preferencias o conveniencia. Debido a abusos cometidos con poblaciones vulnerables en países en vías de desarrollo, se aconseja evitar estudios en poblaciones que luego no se beneficiarán de los resultados del estudio. En ese contexto de preocupación ética cabe preguntar si luego de haber participado de un estudio con nuevos medicamentos que prueban ser efectivos en los participantes, ¿no sería justo permitirle a los sujetos que se ofrecieron a participar, acceder a los medicamentos sin limitaciones de índole económicas? La realidad es que en muchas ocasiones ese no es el caso. Luego de haber participado de un estudio y el medicamento ser aprobado por la FDA, dicho medicamento no está accesible a sujetos que ayudaron a demostrar su eficacia sino sólo a aquellos que pueden pagar.

Incurren también en una conducta anti-ética aquellos investigadores que al diseñar estudios en los países en vías de desarrollo, la terapia experimental se prueba contra la terapia recuperada de ese lugar y no necesariamente contra la mejor terapia conocida contra esa enfermedad. Se alega que como la mejor terapia no está disponible a los habitantes del lugar donde se realiza estudio, es ético no ofrecer la mejor alternativa conocida como brazo a comparar. Sin embargo reconocen que no sería ético hacer el mismo estudio en un lugar en el cual la mejor terapia conocida estuviera disponible. A mi entender esta es una racionalización acomodaticia, y esa práctica a todas luces antiética y viola los principios fundamentales de la investigación clínica.

El dinero y el éxito como valores de la sociedad moderna

Todo individuo que haya crecido a finales del Siglo XX, sabe que para la sociedad capitalista el dinero es un valor extrínseco importante y determina cuán exitoso eres. Aspira la mayoría a lograr el "sueño americano" que consiste en obtener el éxito y la felicidad a través de trabajar sin descanso, para obtener dinero y cosas materiales. Esto no es un rasgo único en sociedades modernas. Por el contrario, en la mayoría de las sociedades ha existido la estratificación social, que consiste de

categorizar a los individuos dentro de la sociedad según unas características. Así se separan los profesionales de los trabajadores, los ricos de los pobres, los negros de los blancos, los extranjeros de los nacionales. De esta manera, se crea y se justifica la desigualdad social. Según Karl Marx (1848), las sociedades capitalistas son extremadamente desiguales, ya que una minoría de personas controla la mayoría de los recursos políticos y económicos, y esto se justifica por las leyes del mercado. Las leyes de la sociedad capitalista protegen la propiedad privada y su transmisión hereditaria, lo que perpetúa la desigualdad. Se crean elites políticas y económicas que son quienes dominan y dirigen la sociedad moderna. En ese tipo de sociedad se cree que la distribución desigual de recursos es algo natural, necesario y justificable, por lo tanto, se perpetúa la desigualdad.

En la sociedad actual, por ejemplo, los individuos necesitan dinero para acceder a cosas tan básicas como la comida, la vivienda, la ropa y los servicios adecuados de salud. Se le da un valor extrínseco a las personas, la política, la economía, la sociedad misma está regida por este principio, la persona vale según lo que produzca y no por su valor intrínseco de ser y existir. Vale más un ejecutivo de empresa, que el trabajador que limpia la oficina de ese ejecutivo, vale más la vida de un joven de 30 años que la de un anciano de 70, pues vale más el que más produce. La visión capitalista es la que rige el mundo que conocemos hoy. La desigualdad es moralmente aceptable y es a partir de esa realidad moral desde la cual debe examinarse el negocio de las compañías farmacéuticas multinacionales y el desarrollo de nuevas drogas y avances en la medicina.

El negocio de la salud

Las aseguradoras y las compañías farmacéuticas se han convertido en negocios muy lucrativos y con inmenso poder económico y político. Los medicamentos y la tecnología de salud más avanzada solo están disponibles para el que la puede pagar. Aunque existen programas gubernamentales para permitir que los más pobres tengan cuidados de salud a su alcance, existen millones de personas que no tienen acceso

a esas ayudas. La salud se ha convertido en un bien que podemos mercadear en esta sociedad donde es moralmente aceptable que las personas no son iguales.

Sabemos que la aprobación de una nueva droga es un proceso largo y costoso, y que conlleva años de experimentación en el laboratorio. Luego vienen los ensayos clínicos, primero en unos pocos voluntarios (fase I), para luego hacer estudios con decenas a cientos (fase II, III) y luego de invertir millones en desarrollo e investigación, finalmente lograr la aprobación del producto por la FDA. Para la sociedad capitalista, lo justo, lo apropiado es que la compañía que ha invertido millones de dólares en desarrollar una droga, mercadee de manera exclusiva dicho medicamento para de esta manera recuperar lo invertido y obtener una ganancia. Pero para lograr, esto se niega el nuevo producto a las personas que lo necesitan, pero no pueden pagar el acceso al mismo. Se permiten anuncios de mercadeo de las medicinas en revistas y la televisión. El público va a la oficina del médico a exigirle tal o cual tratamiento, pues lo vio en el anuncio a página completa del periódico y se le hace creer que esa nueva medicina es lo que necesita. A los médicos se les invita a disfrutar de costosas cenas, viajes, regalos por parte de los representantes de las compañías farmacéuticas, a cambio de que conozcan el nuevo producto y lo receten a sus pacientes. Los investigadores y las universidades reciben miles de dólares por realizar estudios clínicos y aunque los estudios se realizan bajo las más estrictas normas éticas, podría especularse que siempre habría la remota posibilidad que algunos pocos investigadores se motiven más por la ambición del dinero --lo que podría llevarlos a cometer errores consciente o inconscientemente en la conducción del estudio o en el análisis de los resultados.

El poder económico y político de estas compañías es enorme, pueden comprar influencias, hacer que se aprueben leyes que las favorezcan o evitar leyes que controlen sus ganancias. Entonces, nos volvemos a preguntar cuál es el propósito de los estudios clínicos, ¿adelantar el conocimiento médico para aliviar las enfermedades, o utilizar a seres humanos como una pieza dentro del gran rompecabezas de la compañía transnacional que lo que busca es ganar dinero?

La bioética como posible solución

Nos dice el Dr. Jorge Ferrer en su libro *Para Fundamentar la Bioética (2005)*, que la bioética es una sub disciplina de la ética filosófica y teológica, que exige el diálogo interdisciplinario para abordar los dilemas asociados a la vida, la salud y el ambiente. Pues, es desde el punto de vista bioético que debemos discutir el complejo tema que hemos planteado. No puede y no debe la bioética meramente entender y dilucidar sobre problemas éticos en salones de clase, en escritos profesionales o tertulias intelectuales, sino que debe pronunciarse, denunciar y dar soluciones prácticas a los problemas que la sociedad moderna enfrenta cada día, en las áreas de salud y medio ambiente.

Hemos visto como la beneficencia es un principio básico que presenta la medicina desde los tiempos griegos al igual que sus códigos. Este es un valor para la sociedad del conocimiento adquirido a través de investigación biomédica al servicio y a la disposición de la sociedad para su beneficio. También es un valor importante para la sociedad de aquellas compañías o personas que hayan invertido dinero y esfuerzo en obtener un producto mercadeable, a fin de conseguir una ganancia del mismo. Entonces tenemos dos valores de la sociedad que están en conflicto, para lograr uno tengo que sacrificar el otro. La bioética nos debería servir de puente para llegar a una posible solución, que no necesariamente resolverá el dilema, pero daría una o varias alternativas viables de equidad.

Una alternativa sería que la sociedad decidiera cuál de los dos valores es más importante y actuara de acuerdo a esto. Podría ser simplista y decidir que la economía, las leyes de mercadeo dominan el mundo social y político y que no hay absolutamente ningún problema ético para quien no tiene recursos, no tenga acceso a los bienes. Eso sería justo pues cada cual recibe lo que merece. Esta parece ser la solución que varios congresistas y dueños de empresas de la sociedad estadounidense han aceptado.

Por otro lado, ya hay varios ejemplos de sociedades capitalistas que se han decidido por la salud de sus ciudadanos. En Canadá, los servicios médicos y los medicamentos son provistos a todos los ciudadanos por el

gobierno. Aunque los servicios y los recursos disponibles no son ilimitados, esa sociedad ha decidido no mercadear con la salud de sus ciudadanos. En Brasil, en India y en Tailandia, los gobiernos han decidido que su problema con la epidemia de HIV/SIDA es lo suficientemente apremiante, como para comenzar a producir medicamentos genéricos para esta infección y hacerlos disponibles para la población que los necesite. Esto ha representado una batalla legal a nivel internacional entre estos gobiernos y las compañías farmacéuticas, por los derechos intelectuales y patentes de los medicamentos. Apoyados por la Declaración de Doha, establecida por lo Organización Mundial de Comercio (2001), donde se da prioridad a la salud pública por encima de la protección a la propiedad intelectual, se ha logrado que personas enfermas accedan a los medicamentos que necesitan para mantener su salud. Estos gobiernos han resuelto, aunque sea parcialmente, el dilema ético, pues se han decidido por la salud como un valor primordial en su sociedad.

Otra manera de solucionar el problema ético seria imponer unas condiciones a las compañías farmacéuticas para la aprobación del producto. Si la droga es efectiva para tratar una enfermedad que está afectando una gran cantidad de personas en el mundo, que se haga accesible económicamente a los países pobres; que se le venda más barata a quien tiene menos y más cara al que tiene y puede pagar más; y que utilicen parte de sus ganancias para hacer accesibles los medicamentos a poblaciones donde más se necesiten. Se podría reclutar a las organizaciones no gubernamentales (ONG) para distribuir los recursos, brindar servicios médicos y distribuir los medicamentos a quienes los necesiten. Cualquier iniciativa que se tome debe ser evaluada por agencias dedicadas a la salud pública que tengan la credibilidad para hacerlo. Se debe demostrar que las estrategias son efectivas en mejorar la salud de la comunidad beneficiaria de la ayuda.

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud y la Naciones Unidas han hecho algunos esfuerzos para hacer accesibles medicamentos a poblaciones necesitadas, mediante acuerdos internacionales al bajar los precios de los medicamentos y movilizar a los gobiernos en la creación de un fondo para la compra de medicamentos. Sin embargo, sólo

se han podido recaudar 2,000 millones de dólares de los 10,000 que harían falta para comenzar a resolver el problema. Hace falta voluntad política y social, pero mientras esperamos continúan muriendo millones de personas anualmente.

La bioética debe ser la base para una planificación social y económica que necesita el mundo moderno, con un interés primordial en las personas, la salud y el medio ambiente. Sería esta una bioética basada en una democracia real, que ponga a la disposición de todo el que lo necesite, los medicamentos, la tecnología más avanzada, los conocimientos desarrollados por los investigadores; una democracia en la que haya un justo balance entre la ganancia económica y el bienestar de la población; una en la cual las prioridades estén claras y el ser humano, su vida y su dignidad estén por encima de cualquier otro interés político o económico. Solo así podremos dejarle un mundo viable a las futuras generaciones.

Referencias

- Arellano, V. (2005). *Las compañias farmaceúticas no venden los medicamentos nuevos contra SIDA en Africa :* Médicos Sin Fronteras. Recuperado en www.saludyfarmacos.org/lang/es/boletin.../Noticias-Sobre-El-Sida
- Ferrer, J. & Álvarez, J.C. (2005). *Para fundamentar la bioética*, (2da. Ed.) Madrid: Universidad Pontificia Comillas
- Hulley, S. & Cummings S. (2007). *Designing clinical research*. (3ra Ed.), Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Jonsen, A.R., Siegler & M. Winslade, W.J. (2010). *Clinical ethics*. (7th. Ed.), New York: McGraw Hill
- Macions, J.J. & Plummer, K. (200). *Sociología.* España: Prentice Hall
- Meinert, C.L. (1986**).** *Clinical trials design*, *conduct and analysis*. United Kingdom: Oxford University Press

Consideraciones Bioéticas

a través de la Historia de la Investigación con Poblaciones Vulnerables: Puerto Rico y Latinoamérica

Michelle Schelske Santos, Ph.D.,
Jennifer Torres Del Valle, M.P.H.

Los procesos de la globalización e internacionalización han unido los países del mundo en las interfases de la economía, las artes y las ciencias, tanto como en algunos aspectos políticos. Sin embargo, en las mismas interfases, en vez de armonía existe una composición discordante cuyo tintineo resulta en repercusiones en la calidad de vida de las personas. Estas diferencias entre las naciones hace imperativo la necesidad de establecer y regirse, por unos principios y criterios éticos sobre el trato de los seres humanos, independientemente de la situación económica, política, o cultural del país, que intentan mejorar la calidad de vida de las personas. Se trata de la dignidad del ser humano.

La meta de mejorar y extender la vida de la población mundial a través de mejor salud es un elemento unificador entre los países del mundo. El avance del conocimiento de la prevención y el tratamiento de

enfermedades, y subsecuente mejoría en la salud, se adquiere a través de la investigación científica. Es importante establecer el fundamento moral que debe regir el comportamiento en la investigación al aplicar el método científico a los seres humanos.

Beauchamp y Childress (2009) establecen el carácter moral del profesional biomédico con fundamento en la ética de virtudes, con raíces aristotélicas. Tres de los cuatro principios morales son fundamentados sobre las virtudes de no-malevolencia, benevolencia, y justicia. Además, cinco virtudes adicionales – compasión, discernimiento, confiabilidad, integridad y rectitud de conciencia – son reconocidas como importantes para el desarrollo de la acción virtuosa primaria de cuidar, y para alcanzar la excelencia moral.

Cuando una persona no puede proteger sus propios intereses por razones de 1) no tener capacidad para consentir, 2) no tener recursos para pagar por atención médica, 3) tener algún tipo de incapacidad física o discapacidad mental, o 4) cuando es miembro de un nivel inferior o subordinado en un sistema jerárquico, o político se identifican a las personas como vulnerables. En otras palabras, se considera vulnerable a aquellas personas, comunidades o sectores de las mismas, expuestos a padecer daño o abuso debido a que su autonomía se encuentra menoscabada o disminuida (La Rocca, Martínez, Rascio & Bajardi, 2005). La vulnerabilidad puede estar representada por diversos grupos: infantes; menores de edad; mujeres embarazadas; personas de edad avanzada; los que tienen una discapacidad que dificulte su comprensión o entendimiento consciente; los que tienen limitaciones en el lenguaje, por ejemplo, no entender el idioma en el cual se le transmite la información de la investigación o la intervención; y los que padecen algún trastorno psiquiátrico agudo o crónico, o presentan un grave trastorno cognitivo. Por tales razones, necesitan recibir consideraciones especiales en la investigación, contando entre ellas la inclusión de sus familiares o tutores de ser necesarios.

Se reconoce que la vulnerabilidad no solo se trata de limitaciones individuales, sino de condiciones provenientes de decisiones políticas

que, desde los diferentes escenarios de poder, definen una situación excluyente con relación a diversos aspectos que trastocan su derecho a la salud y al bienestar. Si se les impide el acceso a un nivel educativo o económico, o si están fuera de su contexto cultural (por ejemplo, los inmigrantes), también pueden ser considerados vulnerables (Castells, 1986).

Una fundamentación ontológica del ser que acepte la existencia de una ley moral natural es la que mejor protege a las poblaciones vulnerables (Ferrer, 2007). Según Gert, Culver y Clouser, la existencia y práctica de la moralidad evita la comisión de daños básicos que pudieran interferir con la autorrealización de los individuos incluyendo la muerte temprana, el dolor, la discapacidad, y la carencia de la libertad (Ferrer, 2007).

Un recorrido histórico de la investigación en seres humanos nos debe hacer sentir incómodos y hasta indignados al revivir los hechos, de otros como yo, como usted, como sus padres, abuelos, familiares o amigos, que fueren desprovistos de su dignidad humana como resultado de la investigación biomédica que otros les impusieron, por haber nacido en una región geográfica particular de una raza o grupo étnico con atributos físicos particulares. Esa misma incomodidad e indignación es resultado del valor intrínseco que se confiere a un "ser humano" que es miembro de esa fibra físico-cultural de la cual la manta de la humanidad esta tejida.

Este artículo discute algunos conflictos bioéticos que se presentan en la investigación en seres humanos, con énfasis en las poblaciones vulnerables. Se presenta una fundamentación bioética de la dignidad del ser humano en la investigación biomédica y unas guías concretas que entendemos deben dirigir dicha investigación para asegurar que los eventos horrorosos del pasado no se repitan en el futuro.

En opinión de Ferrer (2007) gran parte del dilema sobre el diseño y la metodología de investigación parece estar en la definición del "ser humano" y la "persona o personeidad", para identificar con quienes tenemos deberes morales en la investigación biomédica y con quienes

no (si alguno). También Fletcher y Engelhardt proponen la limitación de las definiciones de personiedad por actividad neocortical o por participación en actos de negociación con un consentimiento válido, respectivamente (Ferrer, 2007). Los neonatos, ancianos, y discapacitados mentales, no tendrán los mismos derechos; serán sujetos a las decisiones de otros, quienes tomarán decisiones por ellos.

Las interpretaciones filosófico-culturales de la definición del "ser humano" y su "personeidad" en momentos precisos de la historia han dictado las acciones de investigación biomédica en seres humanos. La creciente aceptación del Darwinismo en el siglo veinte asentó una nueva base racional que fomentó el racismo (Brandt, 1978). Era pensamiento popular de los creyentes en el Darwinismo social que los de la raza negra eran primitivos y no pudieron asimilarse en una civilización compleja y blanca; se predijo la extinción de la raza negra en el siglo veinte debido a un proceso degenerativo de la evolución. La influencia de esta filosofía y la teoría científica sobre la profesión médica en los Estados Unidos (EE.UU.) fueron evidenciadas en informes de anatomía comparativa citando los negros como el especie más baja en la jerarquía evolutiva de Darwin (Brandt, 1978). Cuando se descarta el valor intrínseco del ser, en toda su complejidad física, mental, emocional y espiritual, y lo reduce a materia inútil, sin propósito, no se valoriza la dignidad humana, por lo cual se justifica la comisión de actos espantosos.

A través de la historia, se ha evidenciado un sinnúmero de acciones sustentadas bajo leyes y llamadas "investigaciones" que provocaron violaciones a la dignidad del ser humano, específicamente hacia poblaciones vulnerables. El 14 de julio de 1933, en la Alemania Nazi, una ley fue aprobada que condescendía la esterilización obligatoria para todas aquellas personas que sufrían trastornos mentales congénitos, esquizofrenia, psicosis maniacodepresivas, epilepsia hereditaria, alcoholismo severo, ceguera hereditaria y Corea de Huntington (Simón-Lorda & Barrio-Cantalejo, 1995). Posteriormente, en 1937, se amplificó dicha ley para incluir todos los niños de raza negra. En 1939, se inició el programa Aktion T.4 con el objetivo de legalizar la eutanasia

en niños con defectos congénitos menores de tres años. Subsecuentemente, en 1941, se extendió la misma para incluir a todos los que sufrían dichos defectos hasta los 17 años. También, se autorizó el programa 14 f 13, que recomendaba la eutanasia involuntaria para todos los enfermos incurables y psicópatas que se encontrasen en los campos de concentración. Finalmente, en 1943, se circunscribieron en este programa niños sanos que fuesen judíos o de otras razas no arias. A través de estos programas, investigaron las formas más rápidas y efectivas de inducir la muerte, aplicándose los resultados en los campos de concentración en los sistemas de exterminio masivas (Simón-Lorda & Barrio-Cantalejo, 1995).

Después de las revelaciones de todo tipo de violación de la dignidad humana, cometidas por los nazis durante la Segunda Guerra Mundial, se comenzaron a formular los principios éticos de las investigaciones biomédicas en los seres humanos. Los juicios de Nüremberg conducidos por los aliados al finalizar la guerra, incluyeron acusaciones a médicos en graves violaciones a los derechos humanos en la realización de experimentos con prisioneros de los campos de concentración sin su conocimiento y sin su consentimiento (Penchaszadeh, 2002). El Código de Nüremberg se originó en el 1947 con el propósito de sentar las bases sobre principios éticos en las investigaciones biomédicas. El mismo detalla puntos fundamentales como: 1) la importancia del consentimiento voluntario del sujeto, 2) el deber de evitar imponer el sufrimiento o daños innecesarios, 3) el deber de evitar la perpetuación de los experimentos cuando exista mínimo conocimiento sobre posibles impactos negativos que pudieron repercutir en discapacidad o muerte. Finalmente, este código de normas reconoce que el sujeto tiene la libertad de desistir de participar de cualquier experimento en el momento que el desee, y también que el grado de riesgo por lo cual se somete un sujeto de investigación nunca debe ser superior a la importancia humanitaria del asunto investigativo (Mitscherlich & Mielke, 1949).

Durante las décadas de 1950 y 1960, se evidenció que la mayoría de las investigaciones biomédicas se realizaban sin la implementación de los principios éticos promulgados en el Código de Nüremberg

(Beecher, 1959). La Asociación Médica Mundial (conocida por sus siglas en inglés como WMA) escribió la Declaración de Helsinski en el 1964, para reafirmar los principios del Código de Nüremberg y constituir dos categorías en la práctica de las investigaciones: 1) las diagnósticas o terapéuticas y 2) las puramente científicas, que carecen de utilidad clínica directa para los sujetos de la investigación. La Declaración recomienda la formación de comités, independientes del investigador y del patrocinador de la investigación, que evalúen el proyecto de investigación científica con sujetos humanos. Más allá de que esta distinción no siempre ocurre en la práctica, lo cierto es que la Declaración de Helsinski, en sus sucesivas modificaciones de 1975, 1983, 1989 y 1996, (Penchaszadeh, 2002), 2000, 2004, ha sido el pilar sobre el cual han descansado la mayoría de las declaraciones sobre la ética de investigación en sujetos humanos. Sin embargo, la última revisión de octubre del 2008 (WMA) ha despertado controversias debido a las modificaciones sobre el uso de placebo y las responsabilidades de los auspiciadores para con la población y la comunidad al finalizar la investigación. La Red Bioética Latinoamericana de UNESCO escribió la Declaración de Córdoba en noviembre del 2008, proponiendo la sustitución de la Declaración de Helsinki por la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos (UNESCO, 2005) para evitar un estándar dual en el diseño e implantación de investigaciones en poblaciones fuera de los EE.UU., y asegurar altos estándares de cuidado para la población y comunidad participando en la investigación (UNESCO, 2008).

En los EE.UU., hubo investigaciones que marcaron la historia. Las más reconocidas fueron las de Tuskegee, Willowbrook y el *Jewish Hospital,* casos esenciales y de suma importancia para el establecimiento del Informe Belmont realizado por la *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research* (1979).

Tuskegee ha sido catalogado como uno de los estudios más inhumanos y crueles. Este estudio comenzó en 1932, con el propósito de observar la historia natural de la sífilis latente. Inscribieron 400 varones

portadores de la sífilis, y 200 hombres sin la infección como grupo control, todos de la raza negra (Brandt, 1978; Ferrer, 2007). Hubo alta incidencia de analfabetismo y pobreza extrema entre estos hombres de color de Macon County, Alabama, muchos de los cuales cultivaban en fincas alquiladas (Brandt, 1978). Los investigadores dijeron a los diagnosticados con sífilis que entraron el estudio que estaban enfermos e iban a recibir cuidado médico gratis; no obstante, nunca tuvieron la intención de ofrecerles tratamiento. Dicho estudio observacional que originalmente fue contemplado por seis meses, rápidamente fue determinado durar *hasta la muerte* de los sujetos, para concretizar los resultados científicos con autopsias (Brandt, 1978).

Durante los primeros cuatro años de la década de las 40, los científicos trabajaron y lograron una metodología efectiva para producir la penicilina en grandes cantidades y tenerlo listo como tratamiento contra infecciones durante la Segunda Guerra Mundial (USDA, 2008). Más tarde en el principio de los 1950, comenzó el uso común de la penicilina para tratar la sífilis; sin embargo, a estos afroamericanos de Alabama no se les ofreció como opción. Al contrario, sometieron una lista de 276 nombres a la junta de reclutamiento del ejército, solicitándoles que excluyeran a estos hombres del tratamiento de penicilina para mantenerse en o unirse al estudio; la junta les concedió la petición (Brandt, 1978). Además, en varias ocasiones durante las décadas del estudio, establecieron medidas para asegurar que no recibiesen penicilina de fuentes externas. Autopsias revelaron que más de 30% de los hombres con sífilis habían muerto como resultado directo de lesiones avanzadas de los sistemas cardiovascular y neurológico. Con el contraste de morbilidad y mortalidad entre los infectados y el grupo control, los médicos habían concluido y divulgado en una reunión de la Asociación Médica Americana tan temprano como 1936, que la expectativa de vida estaba reducida por un 20%, sin comentarios sobre su *calidad* de vida (Brandt, 1978; Ferrer, 2007). Aún con la publicación periódica de estos hallazgos en revistas científicas, este estudio se continuó hasta el 1972, cuando la prensa nacional se enteró y los experimentos de Tuskegee aparecieron en la primera plana del periódico *New York Times* (Levine, 1988). Estos actos deplorables

de explotación, perpetuados por el gobierno de los EE.UU. durante décadas, intimó un pedido especial de disculpas a la comunidad de raza negra por parte del propio presidente de EE.UU. en el año 1999 (Penchaszadeh, 2002).

El caso de Willowbrook, fue otro importante ejemplo de violación de derechos a sujetos de investigación catalogados como población vulnerable: los niños mentalmente retrasados. Los doctores Samuel Krugman y Joan Giles a través de un estudio para descubrir la historia natural de la hepatitis y con el propósito de desarrollar una vacuna, infectaron deliberadamente con el virus a una cohorte de niños recién admitidos a Willowbrook. El experimento se justificó argumentando que casi todos los niños que admitían a la institución se infectaban con el virus, la infección en los niños era benigna y, además, los inmunizaba de por vida (Ferrer, 2007).

Otra población vulnerable que fue víctima de tales atropellos fueron las personas mayores de edad. En el 1963 el doctor Chester Southam infectó a 122 pacientes del *Jewish Hospital* con células cancerosas. El fin del experimento era descifrar si la capacidad del cuerpo para rechazar las células cancerosas debía calificársele al mismo cáncer o al deterioro del organismo por causas opuestas (Baker, 1998; Ferrer, 2007).

No es hasta el 1978 que se publica el conocido Informe Belmont cuyo título en inglés es, *The Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research.* Este documento dice explícitamente que "cualquier actividad científica con un elemento de investigación requiere escrutinio ético para protegerles a los sujetos humanos de abusos y trato impropio". Este informe, además de instaurar unos principios éticos fundamentales que se deben seguir en toda investigación, dio base para la creación de reglamentos que dirigiesen cada investigación. Define además tres principios fundamentales que han tenido un impacto sustancial en el desarrollo posterior de la bioética: el respeto por las personas, la beneficencia y la justicia (National Commission, 1979).

A continuación, se presentan algunas ideas sobre los principios que desarrolla el Informe Belmont. El respeto a las personas incorpora dos convicciones éticas: 1) los individuos deberán ser tratados como agentes autónomos y 2) las personas con autonomía disminuida tienen derecho a ser protegidas. Así, el principio de respeto a las personas se divide en dos exigencias morales: la exigencia de reconocer autonomía y la exigencia de proteger a aquellos con autonomía disminuida.

Una persona autónoma es una persona capaz de deliberar acerca de sus metas personales y de actuar en el sentido de tales deliberaciones. Respetar la autonomía significa dar valor a las opiniones y elecciones de personas autónomas al mismo tiempo que se evita obstruir sus acciones, a menos que éstas sean claramente en detrimento de otros. Mostrar falta de respeto por un agente autónomo es repudiar las decisiones de esa persona, negar a un individuo la libertad de actuar según sus decisiones o retener información necesaria para tomar una decisión, cuando no existen razones apremiantes para ello.

El concepto de tratar a las personas de una manera ética, implica no sólo respetar sus decisiones y protegerlos de daños, sino también procurar su bienestar. Este trato cae bajo el principio de beneficencia. Con frecuencia, el término «beneficencia» se entiende como actos de bondad o caridad que van más allá de la estricta obligación. Para los propósitos de este documento, se entiende beneficencia como obligación. En este sentido se han formulado dos reglas generales como expresiones complementarias de beneficencia: 1) no hacer daño; y 2) acrecentar al máximo los beneficios y disminuir los daños posibles.

El principio de justicia se refleja en la imparcialidad de la distribución de los beneficios y riesgos en la investigación. Una injusticia ocurre cuando se niega sin razón válida un beneficio a una persona que tiene derecho, o cuando se impone un riesgo indebidamente. Otra manera de interpretar el principio de justicia es que los iguales deben tratarse con igualdad. Sin embargo, esta idea requiere una explicación de quiénes son iguales. Existen varias fórmulas, generalmente aceptadas, de modos justos de distribuir las responsabilidades y los

beneficios: se debe dar a cada persona una participación igual, una participación de acuerdo a su necesidad individual, de acuerdo a su esfuerzo individual, de acuerdo a su contribución social y de acuerdo a su mérito.

Poco después en 1979, Beauchamp y Childress, importantes exponentes de los fundamentos de la bioética presentan su obra filosófica *Principles of Biomedical Ethics* a raíz del Informe Belmont (Beauchamp & Childress, 1979). Su libro propicia la gran aportación de no limitar los principios éticos a la investigación sino a toda la actividad biomédica. Tras sus aportaciones, describen cuatro principios generales para orientar las acciones de los investigadores y de las prácticas médicas. Estos son: respeto por la autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia. Beauchamp y Childress (2009) separan el principio de no-maleficencia del de beneficencia y mantienen el respeto a las personas en su principio de autonomía y justicia. El principio de no-maleficencia estipula la obligación de no hacer daño intencionalmente. Ellos indican que ninguno de los cuatro principios tiene rango particular sobre el otro. Al contrario, Diego Gracia sostiene que el principio de no-maleficencia es el fundamento de la ética médica y probablemente el principio básico de todo sistema moral (Ferrer y Álvarez, 2003). Por lo tanto, Gracia ordena los principios en una jerarquía, y comenzando con el ámbito público, ubica no-maleficencia como el principio de mayor importancia, seguido por el de justicia. En el contexto privado, según Gracia, predominan los principios de la beneficencia y la autonomía (Ferrer y Álvarez, 2003).

Van Rensselaer Potter, precursor de la bioética, logró aportar argumentos serios a su intuición de que a la ética hay que anteponerle el prefijo *bios* como orientador de sentido del discernimiento moral contemporáneo, en búsqueda de una antropología coherente con las innovaciones del conocimiento científico que el hombre va construyendo sobre el mundo y sobre sí mismo. Esto quiere decir que la opción preferencial es una ética por la vida (Cely, 2007). En cambio, Hellegers reconoció la importancia de que exista una conexión entre la medicina, la filosofía y la ética. La primera edición de la *Encyclopedia of*

Bioethics (Reich, 1995) definió bioética como el "estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la atención a la salud, examinando esta conducta a la luz de los valores y de los principios morales". Se nota, entonces, que el surgimiento de la *bioética* recoge las dimensiones morales, las decisiones, las conductas y las políticas cubriendo las ciencias de la vida, usando una variedad de metodologías éticas.

Aunque la bioética echó sus raíces en la biomedicina, como un campo multi- y transdisciplinario, traspasa fronteras políticas y económicas en los procesos de definición e implantación. En esencia, esta ética de la vida permea todos los aspectos del hombre en su relación social global en la biopolítica.

Las personas que viven en los países más pobres todavía tienen una expectativa de vida de un promedio de 20 años menos que las personas que viven en los países más ricos, y siguen sufriendo y muriendo de enfermedades que básicamente han sido vencidas en países ricos (Fink, 2008). Por lo menos en parte, la pobre salud de una nación está relacionado a la falta de desarrollo económico del país, que muchas veces tiene un número inadecuado de facilidades de cuidado de salud y no puede sufragar los gastos de los mejores tratamientos y tecnologías disponibles en el mercado global. Por otro lado, muchos países con poco desarrollo económico han experimentado avances en algunas áreas de salud, como un aumento en la expectativa de vida y una reducción en la mortalidad infantil, ya que las intervenciones de salud, incluyendo las vacunas y los medicamentos, pueden hacer una contribución significativa a la calidad de vida de sus ciudadanos. El uso efectivo de las soluciones farmacéuticas, las vacunas y los medicamentos, reside en su accesibilidad y el desarrollo de nuevos productos. Sin embargo, estos dos compiten entre sí debido a la exclusividad temporera del mercado a través de los patentes, resultando en un aumento en costos y una disminución en accesibilidad para los países pobres (Fink, 2008). Sin acceso a los productos de innovación, no se pueden lograr beneficios para la salud pública (Turmen & Clift, 2006).

En el 1997 (Lurie & Wolfe), salió a la luz pública el caso del ensayo clínico, placebo controlado, de un protocolo de tratamiento con zidovudina prenatal en 12,000 mujeres embarazadas infectadas con el VIH en República Dominicana, Tailandia, y siete países africanos, todos países menos desarrollados. Existía evidencia de que algunos regímenes de este medicamento contribuían al nacimiento de los bebes libres del virus. En los EE.UU. y Francia lograron impedir la transmisión del virus en 2 de cada 3 nacimientos. Aun así, estas investigaciones se realizaron utilizando placebos como controles, violando los principios de la Declaración de Helsinki, que establecían que cada participante debe contar con los mejores métodos diagnósticos y terapéuticos disponibles, y que los placebos sólo pueden ser utilizados si no hay otras alternativas a la intervención bajo estudio (Penchaszadeh, 2002). Este acontecimiento revivió el debate bioético arduo sobre conducir ensayos clínicos multinacionales en países menos desarrollados. Surgió este debate porque el Centro de Control de Enfermedades y los Institutos Nacionales de Salud de los EE.UU., entidades quienes promueven y requieren la implantación de principios éticos en las investigaciones en seres humanos, auspiciaron nueve de las quince investigaciones llevadas a cabo en estos países (Resnik, 1998).

En el 2000, la compañía *Discovery Labs* planificó estudiar una nueva droga surfactante, Lucinactant (*Surfaxin ®)*, para tratar el Síndrome de Dificultad Respiratoria neonatal en un ensayo clínico multinacional (Hawkins & Emanuel, 2008). Bolivia fue escogida como país de inicio del ensayo debido a la alta incidencia (30%) de muertes neonatales a causa del síndrome, mayormente asociada con el acceso limitado a cuatro diferentes surfactantes ya disponibles en el mercado. El límite de acceso a las drogas estaba directamente relacionado con las limitaciones económicas de la población; el país tenía un producto interno bruto estimado en $2,700.00 per cápita (Hawkins & Emanuel, 2008). Aunque otros surfactantes pudieron haber sido utilizados en el grupo comparativo, se escogió un diseño de investigación que solamente proveería ventilación y antibióticos para los neonatos que no recibieron el Lucinactant *(Surfaxin ®)*. Las variables dependientes

para la recolección de datos eran mortalidad total y mortalidad asociada con el síndrome. El consentimiento sería solicitado a los padres en el momento en que el neonato fuera diagnosticado con la condición. Bolivia nunca fue contemplada como un mercado principal para este medicamento. El mercado primario para la venta de Lucinactant *(Surfaxin ®)* era los EE.UU. y Europa (Hawkins & Emanuel, 2008).

En un sistema de vigilancia y monitoreo, Peter Lurie y Sydney Wolfe del grupo de interés público en Washington, D.C., *Public Citizen's Health Research Group*, se enteraron de los planes de este ensayo clínico de Lucinactant *(Surfaxin ®)* y escribieron una carta a la Administración de Drogas y Alimentos (FDA) y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. denunciando su diseño y pidiendo que desistieran de inmediato los planes de la investigación (McCarthy, 2001). Su argumento se basó en el uso de un estándar de cuidado inferior en países subdesarrollados como excusa de llevar a cabo investigaciones que no pudieron hacer en los EE.UU. Con cuatro surfactantes existentes en el mercado, nunca hubiesen aprobado un ensayo clínico controlado por placebo en la población vulnerable de neonatos en los EE.UU. La controversia ética se desencadenó y el ensayo se canceló (Hawkins & Emanuel, 2008).

Un resultado beneficioso del debate sobre este ensayo clínico multinacional ha sido la identificación de unas áreas de mayor enfoque y preocupación cuando poblaciones vulnerables de países subdesarrollados están sujetas a este tipo de investigación. Estas áreas de mayor enfoque y preocupación son: 1) el estándar de cuidado y la ética del diseño del estudio, 2) el consentimiento informado y 3) la accesibilidad razonable y compensación justa para los participantes, y para las comunidades (Hawkins & Emanuel, 2008). Cuatro preguntas fundamentales que surgen de estas preocupaciones son: 1) ¿La investigación biomédica puede ser diseñada y conducida de tal forma que pueda contribuir a las necesidades de salud del país subdesarrollado mientras mantenga ciertas protecciones adecuadas de los derechos y el bienestar de los sujetos humanos reclutados? 2) Si un estudio particular no puede ser llevado a cabo en el país

auspiciador por razones éticas, ¿será aceptable y justificable conducir un estudio idéntico en un país subdesarrollado? 3) Cuando los resultados de la investigación produce medicamentos o intervenciones exitosos, ¿existe alguna obligación de los auspiciadores hacia la comunidad o país donde el estudio fue llevado a cabo? 4) ¿Las guías internacionales para la investigación, como la Declaración de Helsinki, deben ser interpretadas y aplicadas de la misma forma para países afluentes y países que carecen de recursos? (Macklin, 2004). El problema bioético principal en estas áreas de enfoque será que el país desarrollado, que conduce el ensayo clínico, tome ventaja injusta de participantes vulnerables en los países subdesarrollados, lo cual sería explotación de los seres humanos (Hawkins & Emanuel, 2008).

La problemática de las investigaciones colaborativas internacionales, especialmente aquellas diseñadas o financiadas por países desarrollados y llevadas a cabo en países subdesarrollados, siguió propagando el desarrollo y la revisión de estándares de comportamiento en la investigación al nivel internacional (Penchaszadeh, 2002). El Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas, (CIOMS, por sus siglas en inglés) estipula que la entidad patrocinadora debe asegurar que al finalizar la investigación exitosa, cualquier producto desarrollado deberá hacerse razonablemente accesible a los habitantes de la comunidad subdesarrollada en que se hizo la investigación; las excepciones a esta regla deberán ser justificadas y acordadas por las partes intervinientes antes de que comience la investigación. De la misma manera, las reglas del CIOMS (2002) establecen que en el caso de investigaciones con patrocinadores extranjeros, la agencia patrocinadora externa deberá someter el protocolo de investigación a una evaluación ética y científica de acuerdo con las normas del país de dicha agencia, y las normas éticas que se apliquen no podrán ser menos estrictas que las que se aplicarían si la investigación se llevara a cabo en ese país. De igual manera, tras la aprobación científica y ética en el país del organismo patrocinador, las autoridades pertinentes del país anfitrión deberán cerciorarse de que el proyecto se ciña a las normas locales de ética. Estas medidas se consideraron

imprescindibles en su momento para evitar la explotación de las comunidades subdesarrolladas por los investigadores de países ricos.

Garrafa y Lorenzo (2008) han nominado *imperialismo moral* la imposición de un país y cultura sobre otro, particularmente en el contexto de ensayos clínicos multinacionales auspiciados por países desarrollados y conducidos en países subdesarrollados, y de ensayos clínicos que representan un doble estándar de investigación; es decir, un estudio no ético en el país patrocinador, pero llevado a cabo en países subdesarrollados. Garrafa ha provisto liderazgo en una variedad de plataformas latinoamericanas para el desarrollo y divulgación de declaraciones que protegen a los participantes vulnerables de los países subdesarrollados en el contexto de investigaciones clínicas.

La adhesión formal a los códigos y las declaraciones que pretenden regular la actividad de investigación científica no garantizan necesariamente su cumplimiento. Por otra parte, el desarrollo científico-tecnológico, la complejidad de las prácticas y los poderosos intereses afectados en esta actividad requieren una actualización permanente de los códigos y declaraciones mencionadas, así como la publicación de los resultados y de los datos crudos obtenidos. En el 2001, Fernando Lolas concluyó una evaluación bioética de trabajos de investigación en seres humanos publicados en América Latina y el Caribe. A raíz de los resultados de esta evaluación se evidenció que existe una gran cantidad de publicaciones en las revistas más difundidas de los países que efectúan el mayor número de investigaciones en seres humanos en la Región de América Latina y el Caribe, que no explicitan el cumplimiento de los requisitos éticos básicos en dichas investigaciones. Además, las normas de publicación e instrucciones a los autores corroboradas en algunos casos por encuestas a los editores, dan cuenta de una preocupación por el cumplimiento de normativas éticas en poco más del 50% de las revistas. Esto es de especial preocupación, ya que se trata específicamente de revistas que publican investigaciones en seres humanos. También hay evidencia que existe poca preocupación por parte de los organismos nacionales de ciencia y tecnología en cuanto a supervisar el cumplimiento de

estándares éticos y bioéticos básicos en los protocolos de investigación que utilizan sujetos humanos (Lolas, 2001).

Lados opuestos de este debate bioético pueden verse fundamentados en el argumento deontológico de Kant y el argumento teleológico de Mill. Kant, propuso en su imperativo práctico – que los seres humanos nunca deben ser tratados como mero medio para alcanzar el fin, sino deben ser tratados como fin en sí mismo. Además, según Kant, los motivos de las acciones de uno determinan el valor moral (1785). En contraste, la ética utilitarista de John Stuart Mill (1863) tiene como fin buscar la felicidad mayor de la masa. Si la felicidad mayor de la masa es la salud, que algunos tengan que rendir su autonomía y sufrir para beneficiarse la mayoría sería justificado, porque para Mill, el valor moral reside en los resultados. Según Mill, se pueden justificar investigaciones científicas con seres humanos bajo el precepto de que vale la pena exponer a subgrupos de la población, siempre y cuando los resultados de la investigación persigan un avance en la ciencia y un bienestar para el resto de la humanidad.

Perder el respeto al individuo o la autonomía es uno de los peligros reales al aplicar un modelo utilitarista a la investigación en los seres humanos; esto es precisamente lo que fue condenado cuando 1) los nazis experimentaron con los judíos y otros grupos minoritarios sin su consentimiento, y 2) los norteamericanos condujeron el estudio de sífilis en Tuskegee, Alabama, en los hombres afroamericanos, sin su consentimiento informado y ocultándoles un tratamiento efectivo, la penicilina.

Los avances tecnocientíficos y el lucro pueden causar una confusión moral resultando en una *Sociedad de Riesgo* y la aceptación progresiva de que 1) el hacer algo simplemente porque sea posible y se tienen los recursos, lo hace un acto esperado y ético, 2) el poner límites a la investigación científica y el desarrollo de nuevos conocimientos y aplicaciones no sería ético, 3) los científicos e investigadores se comportan con una ética altamente profesional y de buena fe y por lo tanto, no necesitan grupos externos para regular sus acciones, y 4) las

posibilidades de la tecnociencia son ilimitadas y deben ser explotadas para el bien de la humanidad (Cely, 2007). La globalización de la cultura tecnocientífica, que involucra también a los países subdesarrollados, insta la necesidad de una urgente toma de conciencia bioética, puesto que se está afectando el mundo de la vida biológica y cultural, lo que recae fundamentalmente sobre el sistema de valores morales que da consistencia al grupo social, donde la sociedad compromete su vida presente y futura (Cely, 2007).

Las "declaraciones" sobre los derechos humanos son documentos guías de comportamientos, pero no tienen peso legal como los tratados internacionales; no obstante, tienen un valor y un peso muy importante a nivel global. Todos los documentos sobre derechos humanos de las Naciones Unidas explícitamente promueven el concepto de la "dignidad" del ser humano (Macklin, 2004). La Declaración Universal de Derechos Humanos (ONU, 1948) dice en el primer inciso del preámbulo: "... 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." La sección 1 del Artículo 2 de la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico indica en su Carta de Derechos que: "La dignidad del ser humano es inviolable. Todos los hombres son iguales ante la ley. No podrá establecerse discriminación alguna por motivo de raza, color, sexo, nacimiento, origen o condición social, ni ideas políticas o religiosas," (ELA, 1952).

Con el gran aumento de ensayos clínicos multinacionales, han habido violaciones a la dignidad humana en Latinoamérica con la imposición del imperialismo moral y el estándar dual (*double-standard)* de investigación, con diseños investigativos incompatibles con los estándares del país de origen, como por ejemplo: 1) el ensayo clínico controlado con placebo de antirretrovirales en mujeres embarazadas con SIDA en la República Dominicana, y 2) el ensayo clínico controlado con placebo diseñado para probar Lucinactant *(Surfaxin ®)* en infantes con el Síndrome de Dificultad Respiratoria de Bolivia. Como resultado, ha habido un movimiento en Latinoamérica en los

últimos cinco años de unificación, solidaridad y protección de derechos humanos, dirigido por la Red Bioética de UNESCO. Esta Red Bioética ha articulado y presentado múltiples declaraciones comenzando con la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (UNESCO 2005), la cual propone que se sustituya la 6ta Declaración de Helsinki de octubre 2008, que incluyó modificaciones con respecto al uso de placebo y las obligaciones de los patrocinadores después de concluir la investigación (UNESCO, 2008). Además, la Declaración de Santo Domingo sobre Bioética y Derechos Humanos (UNESCO, 2007) recomienda la unificación subregional en Bioética apoyando la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos como fundamento. La Declaración de Buenos Aires sobre Ensayos Clínicos y Ética (UNESCO, 2008) trata sobre los comportamientos bioéticos esperados para proteger los derechos humanos en el contexto del desarrollo, conducto, y monitoreo de la investigación, el manejo de muestras biológicas y la publicación de datos.

El concepto de dignidad humana sigue teniendo aceptación amplia por los bioeticistas de Latinoamérica (Tealdi, 2008) y Europa (Macklin, 2004), quizás en parte, debido a una fundamentación más kantiana de su bioética. Sin embargo, los bioeticistas de los EE.UU. y el Reino Unido se han apartado del concepto de la dignidad del ser humano, según algunos, por ser un concepto muy vago (Macklin, 2004) y quizás por ser un término que se asocia con algunos grupos activistas conservadores. Además, la educación y el pensamiento filosófico posmoderno de muchos de los estados de la nación estadounidense tienden hacia el utilitarismo más que hacia la ética kantiana (Leftwich, 2002).

Esta división de fundamentación filosófica de la bioética pone a Puerto Rico en una encrucijada, siendo un país latinoamericano con su propia cultura y desarrollo, y a la vez territorio libre asociado de los EE.UU., regido por los estándares federales de investigación en seres humanos y ocupado por una gran cantidad de compañías farmacéuticas pudientes que llevan a cabo ensayos clínicos de nuevos medicamentos y tratamientos en países subdesarrollados.

Después de la Guerra Hispanoamericana de 1898, Puerto Rico ha sido parte de los EE.UU., obteniendo ciudadanía estadounidense en 1917. En los años de la Gran Depresión, Puerto Rico sufrió mucho con la pobreza que predominaba en el país. En cuanto a la serie de eventos que marcaron el trato inhumano de seres humanos en la investigación clínica, un año previo al inicio del experimento de sífilis en hombres afroamericanos pobres de Alabama en Tuskegee, y más de una década previa a las atrocidades de Nüremberg, 1931 marcó un año de discriminación crasa y trágica como resultado de investigación clínica sin consentimiento de los puertorriqueños. El Dr. Cornelius Rhoads, patólogo graduado de la Escuela de Medicina de Harvard y miembro del Instituto Rockefeller de Investigaciones Médicas, fue enviado a los trópicos para estudiar enfermedades de la sangre (Medicine, 1959). Aunque su encomienda en Puerto Rico fue asociada con el tratamiento de anemia perniciosa (Medicine, 1932), Rhoads comenzó a experimentar con la leucemia, un cáncer de la sangre (Medicine, 1959). Aunque las fuentes de información no indican que tipo de cáncer fue, lo cierto es que en Puerto Rico, Rhoads causó la muerte directa de ocho de los trece pacientes que habían sido infectados conscientemente con células cancerosas (Medicine, 1932; Rhoads, 2005). Una carta fue hallada y entregada al líder del Partido Nacionalista de Puerto Rico, Pedro Albizu Campos, quien no tardó en llevarla a los medios de comunicación masivos del país, con el fin de revelar el sentir de Rhoads (Medicine, 1932; Rhoads, 2005) –

> *Los puertorriqueños son, sin duda, la raza más sucia, perezosa, degenerada y dada al vicio del hurto que ha habitado en esta esfera – te enferma habitar en la misma isla con ellos... He hecho todo lo que he podido por adelantar su exterminio mediante el asesinato de ocho y trasplantando cáncer en varios otros... todo médico se deleita en el abuso y tortura de los sujetos desafortunados.*

A pesar de la evidencia de las muertes, Rhoads fue exonerado y luego dirigió el *U.S. Army Chemical Warfare Laboratory,* donde fue premiado y

luego nombrado a la Comisión Estadounidense de Energía Atómica. Allí fue acusado de llevar a cabo experimentos de radiación en pacientes, prisioneros y soldados (Rhoads, 2005). Después de la segunda guerra mundial, Rhoads fue instrumental en la fundación y en la dirección del *Sloan-Kettering Institute for Cancer Research;* le llamaron a Rhoads *Mr. Cancer Research* por su entusiasmo y persistencia en combatir el cáncer (Medicine, 1959).

El artículo publicado en TIME Magazine sobre tal incidente (1932) indicó que uno de cada tres puertorriqueños eran analfabetos; también se refirió a Puerto Rico como una nación atrasada (*backwards nation*). Hoy en día se podrá nominar la actitud que predominó, como imperialismo moral (Garrafa, 2008) en el contexto del racismo y Darwinismo predominante en el ámbito social y médico de la época (Brandt, 1978); y fue aceptado sin mucho pensar, que la investigación sin consentimiento que causó la muerte de ocho personas fuera llevado a cabo en una población menos educada, en un país subdesarrollado, y con una motivación de atentar contra la vida. Aunque el experimento de Rhoads fuera efectuado con la motivación utilitaria de avanzar los conocimientos en la biología de cáncer para luego desarrollar tratamientos efectivos para las masas, fue una imposición a la autonomía personal y dignidad humana de los puertorriqueños.

Lamentablemente, la atrocidad de la acción de Rhoads no fue la única que sufrió la población puertorriqueña como sujetos de investigación clínica. En las décadas de 1950 y 1960 Puerto Rico se convirtió en uno de los primeros países que participó en los ensayos clínicos sobre el desarrollo de la píldora anticonceptiva. Varios investigadores indicaron que Puerto Rico fue escogido como país para conducir la investigación porque era *una región donde la sobrepoblación era un problema de salud pública* (Hartmann, 1995). Esto fue una actitud que popularizaron la oficialidad colonial estadounidense que gobernaba la isla desde 1898 a 1940. Quisieron adjudicar los males económicos a la sobrepoblación y no a la expropiación de terrenos a las plantaciones de caña de azúcar en los 1920's, que trajo como consecuencia que el 70% de la población se quedara sin su tierra en una situación de

pobreza extrema. (Hartmann, 1995). Además, al basarse la economía de Puerto Rico mayormente en la agricultura y producción de caña de azúcar, fue considerado un país subdesarrollado; por lo tanto, los líderes de Puerto Rico a los finales de la década de 1940 hasta 1960 comenzaron una iniciativa agresiva de industrialización en el país llamada, Operación "Manos a la Obra" (Carrión, 2009). Este programa se basaba en la provisión de trabajo local, la inversión de capital externo, la importación de materiales crudos y la exportación de los productos finales al mercado en los EE.UU. Puerto Rico necesitaba iniciarse en el camino del desarrollo económico y encaminarse hacia metas que al ser alcanzadas pudiesen sacar a su población de esta extrema pobreza. Uno de los objetivos gubernamentales fue ofrecerles incentivos y exención de impuestos y precios reducidos a las industrias extranjeras que se establecieran en la isla. Surgió la necesidad de incrementar la fuerza laboral femenina para la manufactura de alimentos, tabaco, cuero y ropa/textiles (Rivera, 2009). Si las puertorriqueñas tenían muchos hijos, no podrían trabajar en la industria; por lo tanto, el gobierno comenzó a implantar estrategias para limitar los nacimientos y controlar el aumento de la población. Una de las estrategias que el gobierno utilizó para apoyar los ensayos clínicos de la píldora anticonceptiva fue transmitir la idea de que la familia ideal era aquella que estuviese compuesta por dos hijos. Al mismo tiempo, como solución a corto plazo se incentivaba la emigración de puertorriqueños a Nueva York, y como solución a largo plazo, la esterilización de las mujeres en edad reproductiva, llamada "la operación" (García, 1982; López, 1984).

En el verano de 1955, Dr. Gregory Pincus visitó a Puerto Rico y se topó con una de las áreas más pobladas en el mundo, y con un gobierno que apoyaba el control de la natalidad como medio para menguar la pobreza y remediar los problemas socioeconómicos. Para esa época no existían leyes que prohibieran la anticoncepción, había menor resistencia de parte de la Iglesia Católica que en los EE.UU. y había una red establecida de clínicas de control de natalidad. En resumen, Pincus encontró lo que consideró "un laboratorio perfecto" para su ensayo clínico de la píldora anticonceptiva. Él también entendía que si las mujeres pobres y con baja escolaridad de Puerto

Rico pudieron seguir con éxito el régimen del tratamiento, cualquier persona en el mundo desarrollado también lo podía llevar a cabo (Gazit, 1999-2002).

Una clínica en la localidad de Río Piedras en Puerto Rico sirvió como un estudio piloto de los primeros ensayos de la píldora anticonceptiva entre 1956 – 1962; se reclutaron a 836 mujeres y comenzaron a ingerir una dosis de 10mg de la combinación de norethynondrel mestranol, conocido como Enovid ® (Vega-De Rodríguez, 1972), provisto por la farmacéutica G.D. Searle (Gazit, 1999-2002). Después del primer año de pruebas, la Dra. Edris Rice-Wray, directora médica de la Asociación de Planificación Familiar de Puerto Rico, reportó que la píldora fue 100% efectivo en las mujeres que siguieron todas las indicaciones del tratamiento médico. Sin embargo, también indicó que 17% de las mujeres habían reportado efectos secundarios de nausea, mareos, dolores de cabeza, de estómago y vómitos; la severidad de dichos efectos era suficiente para que Rice-Wray recomendara que la dosis de 10 mg no pudiera ser considerada *generalmente aceptable*. Durante este ensayo clínico tres participantes murieron; los investigadores no se inmutaron en indagar si el consumo de altas dosis de Enovid ® había sido una posible causa de su fallecimiento. Pincus y sus socios pasaron por alto la incidencia de efectos secundarios y las tres muertes, sosteniendo que en las pacientes de Boston no se observaron secuelas, ni efectos secundarios de gran envergadura. Con este argumento justificaron exonerar a Enovid ® de las consecuencias físicas de salud de las participantes, y atribuyeron los daños a problemas psicosomáticos de la población femenina de Puerto Rico (Gazit, 1999-2002).

La Administración de Drogas y Alimentos (FDA, por sus siglas en inglés), había aprobado el uso de Enovid ® como anticonceptivo en 1960, después de haber estado en el mercado ya por dos años como agente para tratar irregularidades en el ciclo menstrual. Fue la primera vez que la FDA aprobó una droga de uso a largo plazo para una población saludable. G.D. Searle tuvo un monopolio en la venta de la pastilla anticonceptiva y un negocio muy lucrativo que con alarde reportó ventas de $37 millones en su primer año (Gazit, 1999-2002). Las pastillas

utilizadas en el primer ensayo clínico en Rio Piedras, Puerto Rico, en 1956, fueron compuestas de una dosis hormonal viente veces (García, 1982) o diez veces (Gazit, 1999-2002) más potentes de lo que se usa ahora. El ensayo clínico formal de diseño aleatorio de 15 años de seguimiento ocurrió entre 1961-1976 con un total de 9,757 mujeres (n=4,925 anticonceptivo oral y n=4,832 anticonceptivo vaginal). Aunque luego bajaron la dosis de 10 mg a 5 mg o 2.5 mg (Vega-De Rodriguez, 1972), ya los daños para muchas estaban hechos.

Pincus y colegas fueron acusados luego de engaño, colonialismo y la explotación de mujeres pobres de color (Gazit, 1999-2002). Las puertorriqueñas solamente fueron informadas que estaban tomando una pastilla-droga para prevenir el embarazo, no que era una droga experimental con potenciales efectos secundarios negativos, o que estaban participando en un ensayo clínico. Eran una población vulnerable por ser menos educada, menos informada, y presionada por las imposiciones socioeconómicas de limitar la cantidad de hijos y entrar a la fuerza laboral de la industrialización. Los investigadores prefirieron desarrollar los primeros ensayos clínicos para la pastilla en lugares fuera de los Estados Unidos como Puerto Rico, donde consideraron que existían los problemas más grandes de sobrepoblación; se habló también de Ciudad Méjico y Haití como otros dos potenciales *lugares buenos* para estos ensayos clínicos (Gazit, 1999-2002).

Las mujeres de Puerto Rico fueron las primeras en el mundo en tomar la pastilla anticonceptiva Enovid ®, provista en el ensayo clínico por la farmacéutica G.D. Searle. Sin embargo, en vez de oír las voces de preocupación por los efectos secundarios, hacer un ajuste temprano en la dosis, educar sobre los riesgos y beneficios de su uso y hacer la pastilla disponible a la población a un costo alcanzable, las puertorriqueñas sentían la presión socioeconómica de la industrialización agresiva y sentían que no tenían opciones accesibles de anticoncepción (López, 1984; Hartmann, 1995). Esto resultó en consecuencias alarmantes e impensables que desembocaron en la esterilización de más de 35% de la población de mujeres puertorriqueñas a través de *la operación* (López, 1984).

La meta original del programa de esterilización de mujeres en Puerto Rico era disminuir la incidencia de nacimientos a través de 5,000 operaciones de esterilización al año; sin embargo, con un plan estratégico agresivo de enviar trabajadores sociales y en salud a las casas puerta por puerta, lograron superar la meta, esterilizando 1,000 mujeres por mes en hospitales públicos, sin contar los servicios privados (López, 1984). El documental *La Operación* (García, 1982) presenta imágenes gráficas de la cirugía en proceso que no solo involucraba el amarre de las trompas de Falopio, sino el corte con tijeras y la eliminación de una sección de las trompas, imposibilitando el poder revertir el proceso. También presenta testimonios explícitos de mujeres indicando que no sabían que el procedimiento era irreversible, y que habían padecido muchos dolores y sufrimientos como resultado de la operación.

La autonomía de las mujeres fue violada por haber tenido un proceso de consentimiento ineficaz y quizás hasta no válido. Aunque firmaron un papel, no fue evidente o no entendían que el proceso no era reversible, sentían la presión socioeconómica y política tan fuerte que pensaban que no tenían otra opción. Perdieron su habilidad de reproducir prematuramente. Una fuente indica que ya en 1968, una tercera parte (33%) de la población de mujeres puertorriqueñas había sido esterilizada, una cifra que ningún otro país había superado en el mundo (Hartmann, 1995). Para el año 1974, más de un tercio (35%) de la población de las mujeres puertorriqueñas habían sido esterilizadas. La realidad de las estadísticas culminó en la formalización y presentación del caso genocida en Puerto Rico a las Naciones Unidas en un frente unido no partidista (García, 1982; López, 1984).

Las compañías farmacéuticas han aprovechado el movimiento de la globalización para su expansión y ganancia financiera, como buenos negociantes. Tienen a su disposición bufetes de consultores empresariales que se especializan en la investigación y análisis de los países al nivel mundial, para recomendar los lugares más atractivos de iniciar nuevos sucursales (o mover negocios existentes) y maximizar las ganancias para la compañía. La compañía, A. T. Kearney, Inc. (2007), nombra a América Latina como uno de los lugares emergentes de

mayor valor para el establecimiento de las compañías farmacéuticas debido a los abundantes recursos, la fuerza laboral bilingüe y bajo costo; y la localización cercana a los Estados Unidos, donde la mayoría tienen sus sedes. La jerarquía establecida para la industria farmacéutica en el "*Latin American Country Attractiveness Assessment*" es: Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Méjico y Colombia. Al integrar los otros países del mundo en un análisis total que incluye las tres categorías de finanzas, disponibilidad de obreros con destrezas, y ambiente empresarial, el *Global Services Location Index (2007 rankings)*, reordena los países latinoamericanos en la jerarquía: Brasil, Chile, Méjico, [Estados Unidos-nivel II], y Argentina entre los primeros 25, y Costa Rica entre los primeros 50. Se insertó Estados Unidos-nivel II en la lista, con "nivel II" indicando las localizaciones con menor ingreso de la nación (A. T. Kearney, 2007). Como Puerto Rico es un Estado Libre Asociado (*commonwealth*), cuenta como parte de los Estados Unidos. Según un análisis de desarrollo económico reciente, el ingreso per cápita de Puerto Rico cae por debajo del ingreso per cápita del estado más pobre de todos los 50 estados, Mississippi (Rivera, 2009). Por lo tanto, hay alta probabilidad de que la categoría de "Estados Unidos-nivel II" incluye a Puerto Rico como uno (sino él) de menor ingreso en Estados Unidos y territorios asociados, y por lo tanto ideal para la industria farmacéutica ampliar sus ganancias. Datos de la *Puerto Rico Industrial Development Company* (PRIDCO, n.d.) apoyan este análisis, citando la fuerza laboral de Puerto Rico en la industria farmacéutica como una de grupo élite de obreros bilingües bien educados y dedicados, con casi 40 años de experiencia en la manufactura de fármacos. En la misma página, la compañía indica que Puerto Rico es el portón de menor costo para llegar al mercado de mayor lucro en el mundo de las ciencias biológicas (PRIDCO, n.d.).

Previo a 1955, la agricultura predominaba como fuerza económica en la isla siendo la caña de azúcar, el café y el tabaco las cosechas principales (Rivera, 2009). Hoy en día la agricultura representa menos de 1% del producto nacional bruto y solamente 3% de la fuerza laboral; los productos de mayor ganancia son el café, las viandas, la caña, las frutas, la leche, los huevos, el res, el cerdo y el pollo. Al implantar la

iniciativa de industrialización del país, Operación "Manos a la Obra," la manufactura de alimentos, tabaco, cuero, ropa/textiles, y el turismo comenzaron a echar raíces en la economía puertorriqueña. Luego en los 1970's hubo un cambio en la industria hacia la manufactura de productos de mayor ganancia, como productos farmacéuticos, químicos, electrónicos y mecánicos (Rivera, 2009). La industria farmacéutica en particular ha marcado 40 años de presencia en Puerto Rico, con estadísticas indicando un aumento en las oportunidades de empleo de 24% entre 1991 y 1995. Según la Asociación de la Industria Farmacéutica de Puerto Rico (PIAPR según sus siglas en ingles), al inicio del milenio, hubo un aumento mayor en oportunidades de empleo en la industria, y la tendencia de crecimiento de empleos en la farmacéutica continúa vigente (PIAPR, n.d.), apoyado por el hecho de que 16 de los 20 fármacos de mejor venta en EE. UU. son manufacturados en Puerto Rico (PRIDCO, n.d.). Según datos de 2003, la industria farmacéutica emplea alrededor de 28,000 puertorriqueños en la isla. Más de $31 billones de productos farmacéuticos fueron fletados de Puerto Rico, haciendo a la isla el país de mayor transporte internacional de fármacos en el mundo en el año 2003 (PRIDCO, n.d.). Datos de 2006 indican que la industria farmacéutica genera cerca de 30,000 posiciones directas; considerando posiciones indirectas, como servicios legales y bancarios, se estima la adición de 90,000 más posiciones de empleo para los puertorriqueños (PIAPR, n.d.). La farmacéutica representa 24% del producto nacional bruto, y en 2006, 60% de los productos exportados de Puerto Rico fueron productos de la industria farmacéutica (PIAPR, n.d.).

Además del bajo costo operacional y la fuerza laboral leal, la industria farmacéutica promueve a Puerto Rico como un lugar ideal de operaciones debido al uso que se hace del sistema bancario y legal de los EE. UU., enfatizando la protección de propiedad intelectual (PRIDCO, n.d.). El Acuerdo de la Organización Mundial del Comercio sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC o TRIPS, por sus siglas en inglés; OMC, 2009) fue establecido durante las negociaciones internacionales del comercio en la Ronda de Uruguay en los años 1986-1993 (Fink, 2008). El inicio

de efectividad del Acuerdo sobre los ADPIC fue 1996 para los países desarrollados, mientras los países menos desarrollados o menos adelantados tienen un período de transición que dura hasta 2016. El Acuerdo sobre los ADPIC provee 20 años de protección de las patentes para innovaciones, incluyendo las nuevas vacunas y drogas desarrolladas por las farmacéuticas. Esto efectivamente paraliza el proceso de excluir los productos farmacéuticos de la protección de patentes como hacían algunos países grandes en desarrollo como India, el cual generaba productos farmacéuticos genéricos por precios más módicos a través de la ingeniería inversa (Fink, 2008).

Aunque aparenta improbable, el Acuerdo sobre los ADPIC provee algunas prácticas legales de flexibilidad que permiten a un país solicitar una licencia compulsoria, o sea una autorización gubernamental para utilizar el producto patentizado sin la autorización del inventor, siempre y cuando se cumpla con los requisitos de autorización y "remuneración adecuada," luego de un intento de obtener una licencia voluntaria del dueño de la patente. Si surge una emergencia, una urgencia extrema o si se trata de uso público-no comercial, no se tiene que intentar obtener una licencia voluntaria, pero se debe cumplir con los otros criterios mencionados. Aun con la posibilidad de obtener una licencia compulsoria, si no hay un manufacturero competitivo del producto genérico (ya India no puede seguir con la producción de genéricos), el país menos adelantado no va a poder ofrecerle las vacunas o medicamentos a sus ciudadanos (Fink, 2008).

Además de las restricciones de acceso a medicamentos nuevos detallados en el Acuerdo sobre los ADPIC, hay restricciones adicionales de los Acuerdos de Comercio Libre con los Estados Unidos que dificultan y menguan las posibilidades de que las naciones subdesarrolladas puedan obtener una licencia compulsoria para poder tener accesibilidad razonable a los nuevos productos (Fink, 2008).

Aunque algunas de las farmacéuticas se han cerrado y relocalizado fuera de Puerto Rico con cambios recientes en las leyes de incentivos, la inversión multibillonaria en la infraestructura del país (PRIDCO, n.d.) y

los acuerdos y compromisos universitarios de expansión de la base educativa e investigativa (Potera, 2007) asegura una presencia duradera en Puerto Rico para la mayoría de las compañías farmacéuticas.

Existe un dualismo en el historial de la investigación biomédica humana y los ensayos clínicos de nuevas drogas en Puerto Rico. Primero durante las décadas de 1930 a 1960 al igual que cualquier país subdesarrollado, las poblaciones vulnerables de la isla fueron expuestas a implantación de células cancerosas, investigación experimental de altas dosis de hormonas como método anticonceptivo y esterilización en masa, los participantes no tuvieron el consentimiento apropiado, violando la autonomía y respeto de los individuos y el principio de no-maleficencia. Ahora, desde la década de 1970 al presente, como un país mucho más desarrollado (Collins, Bosworth, & Soto-Class, 2006), la presencia predominante de la industria farmacéutica en la isla pone a Puerto Rico en la posición de patrocinar, directa o indirectamente, ensayos clínicos multinacionales que pudieron explotar las poblaciones vulnerables de países subdesarrollados en el nombre del progreso de la tecnociencia y el lucro. Ante el dilema bioético, Puerto Rico tiene que tomar una posición activa sobre la manera en la cual se va a regir con relación a los principios éticos que protejan las poblaciones vulnerables, que promuevan los estándares más altos de autonomía y no-maleficencia, tanto como beneficencia y justicia, en su participación en la investigación biomédica humana y los ensayos clínicos multinacionales.

Desde el inicio de su conceptualización en las Cartas de las Naciones Unidas, el regionalismo ha sido importante en procesos relacionados con la paz y la seguridad, con más amplia influencia en estos días en el desarrollo y la integración económica y social, y las prácticas humanitarias de solidaridad y cooperación esenciales para el desarrollo tecnocientífico (Gros, s.f.). En el contexto de los ensayos clínicos multinacionales, el regionalismo puede ofrecer mayor seguridad, vigilancia e integridad en los procesos de investigación en seres humanos para evitar la explotación de poblaciones vulnerables en los ensayos clínicos multinacionales que investigan nuevas drogas y vacunas.

Proponemos:

- La relación e integración de Puerto Rico con las islas hermanas de la región del Caribe y Latinoamérica en procesos bioéticos, reflejados en los elementos unificadores de cultura y valores, y evitar tendencias del imperialismo moral al ser un estado libre asociado con los Estados Unidos.

- Una presencia más activa y visible de Puerto Rico en las organizaciones, federaciones y grupos regionales de la Bioética en Latinoamérica y el Caribe, tanto en persona como en presencia cibernética con participaciones digitales y virtuales.

- Educar a la población puertorriqueña y latinoamericana sobre sus derechos como participantes en ensayos clínicos de investigación, para que tomen parte activa en evitar ser explotada. Esto fortalecería la autonomía del participante en la investigación, particularmente en el proceso de consentimiento informado.

El propósito de concienciarse sobre los problemas principales asociados con la investigación en seres humanos, particularmente en ensayos clínicos multinacionales de la industria farmacéutica, de proteger a las poblaciones vulnerables de violaciones de derechos humanos y de evitar que el desarrollo económico y el lucro tomen prioridad sobre la dignidad humana en la investigación, nos lleva a proponer:

- La descripción, por los auspiciadores/patrocinadores, debe indicar cómo la población seleccionada para el estudio parea con el mercado intencionado de la droga o vacuna de investigación (Glickman, 2009).

- La creación e implantación de un programa de adiestramiento y entrenamiento en la bioética de investigación en seres humanos en países menos desarrollados para asistirles a fortalecer su liderazgo asi como la capacidad de llevar a cabo y

monitorear los ensayos clínicos en sus países. Los países menos desarrollados deben estar protegidos con un mecanismo que les ayude a identificar tanto a los investigadores capacitados, como a los que han sido desahuciados de la investigación clínica (Glickman, 2009).

- La declaración de todos los conflictos de intereses entre los investigadores y la industria farmacéutica auspiciadora previo al inicio del ensayo clínico para la consideración de la Junta Institucional de Revisión de la Investigación (IRB).

- Establecer a nivel global un mecanismo que una sistemas independientes nacionales de vigilancia y monitoreo de ensayos clínicos para identificar e investigar desvíos de protocolos éticos de investigación que resultan en la violación de la dignidad humana y el fraude. Este mecanismo incluiría un registro público de las juntas institucionales de revisión de protocolos de investigación (IRB) por país (Glickman, 2009).

- Contar con el compromiso de la industria farmacéutica de proveer acceso económico a los medicamentos si resultan útiles, como requisito para obtener la autorización para ensayos clínicos (Declaración de Buenos Aires, 2008).

- El seguimiento del marco conceptual de accesibilidad razonable o beneficios justos para los participantes y comunidades al finalizar la investigación (El Setouhy, 2004).

- La promoción de los ensayos clínicos llevados a cabo por instituciones sin fines de lucro, ya sean universidades o colaboraciones con el Departamento de Salud (Declaración de Buenos Aires, 2008).

- El establecimiento de cuidados y controles exigentes para que las personas de los niveles más bajos de ingresos y los grupos más vulnerables no participen en ensayos clínicos, a

no ser que se beneficien directamente de los posibles resultados de la investigación (Declaración de Buenos Aires, 2008).

- El análisis de datos de ensayos clínicos de forma enmascarada.

- La publicación de los resultados de todas las investigaciones de ensayos clínicos, independientemente de su país de origen, para promover la transparencia de los procesos de ensayos clínicos, particularmente en países menos desarrollados. Los derechos de publicación deben ser negociados legalmente antes de iniciar la investigación (Glickman, 2009).

Cónsono con la premisa del Dr. Potter enfatizado por el Dr. Cely (2007), hay que "procurar un credo ético defensor de la vida, sin fronteras territoriales, raciales, políticas, religiosas, científicas, y demás límites mezquinos que inventamos con consecuencias destructoras y deshumanizantes."

Los prejuicios, el racismo y el imperialismo moral propician un sinergismo de poder para los superiores que fomenta el reduccionismo del ser humano a un objeto, sin valor particular, que puede ser manipulado o descartado según las ideas e intereses de los superiores. La incomodidad e indignación que surge dentro de la fibra humana al haber participado de este análisis histórico detallando algunas de las atrocidades cometidas en la investigación humana en las poblaciones vulnerables en nombre de "el avance científico," son indicios del valor intrínseco y la dignidad que debe poseer el "ser humano" al ser humano.

La ética de la vida permea todos los aspectos del ser humano en su relación social y global en la biopolítica. Al trabajar unidos los comités, las federaciones y las organizaciones de bioética, la industria farmacéutica, y las agencias reguladoras en este campo transdisciplinario, en Puerto Rico, Latinoamérica, Norteamérica y el mundo, se puede lograr cumplir con los principios éticos que protejan a las poblaciones vulnerables, que promuevan los estándares más altos de autonomía

y no-maleficencia, tanto como beneficencia y justicia, en la investigación biomédica humana y los ensayos clínicos multinacionales. Juntos se puede 1) exigir el respeto a la dignidad del ser humano en la investigación biomédica, 2) regresar a las virtudes, 3) y aspirar una vida de excelencia moral.

Referencias

- A. T., Kearney, Inc. (2007). *Destination Latin America: A near-shore alternative. The key to capturing value from near-shore opportunities*. Chicago: author. Recuperado de http://www.atkearney.com/images/global/pdf/Near-Shore_Latin_America_S.pdf
- Baker, R. (1998). A theory of international bioethics: The negotiable and the non-negotiable. *Kennedy Institute of Ethics Journal, 8*(3), 233-273.
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (1979). *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University Press.
- Beauchamp, T. L. & Childress, J. F. (2009). *Principles of biomedical ethics* (6th Ed.). New York: Oxford University Press.
- Beecher, H. K. (1959). Experimentation in man. *Journal of the American Medical Association, 169*(5), 461–478.
- Brandt, A. M. (1978). Racism and research: The case of the Tuskegee syphilis study. *The Hastings Center Report, 8*(6), 21-29.
- Brennan, T. A. (1999). Proposed revisions to the declaration of Helsinski: Will they weaken the ethical principles underlying human research? *New England Journal of Medicine, 19*(341), 527-531.
- Carrion, M. E. (2009). Operación "Manos a la Obra" (1947). En *Enciclopedia de Puerto Rico*.Recuperado de http://www.enciclopediapr.org/esp/article.cfm?ref=06102003&page=1
- Castells, M. (1986). De la peligrosidad al riesgo. En J. Varela, U. Álvarez (Eds.). *Materiales de sociología crítica.* Madrid: La Piqueta.
- Cely Galindo, G. (2007). *Bioética global.* Bogotá, Colombia: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.

- Collins, S. M., Bosworth, B. P. & Soto-Class, M. A. (Eds.). (2006). *The economy of Puerto Rico: Restoring growth*. Washington, D.C.: Brookings Institution Press and Center for the New Economy. Recuperado de http://www.brookings.edu/press/Books/2006/economyofpuertorico.aspx?more=toc

- Council for International Organizations of Medical Sciences & World Health Organization. (2002). *International ethical guidelines for biomedical research involving human subjects*. Geneva: authors. Recuperado de http://www.cioms.ch/guidelines_nov_2002_blurb.htm

- El Setouhy, M., Agbenyega, T., Anto, F., Clerk, C. A., Koram, K. A., English, M., & Wendler, D. (2004). Moral standards for research in developing countries from "reasonable availability" to "fair benefits." *The Hastings Center Report, 34*(3), 17-27.

- Estado Libre Asociado (ELA) de Puerto Rico. (1952). *Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico*. Recuperado de http://www.gobierno.pr/NR/rdonlyres/083E5880-BC51-4DD6-AF56-27996A91706E/8510/elaConstitucion.pdf

- Ferrer, J. J. (2007). *Deber y deliberación, una invitación a la bioética* (pp. 13-125). Mayagüez, P.R.: Centro de Publicaciones Académicas de la Universidad de Puerto Rico en Mayagüez.

- Ferrer, J. J. & Alvaréz, J. C. (2003). *Para fundamentar la bioética: Teorías y paradigmas teóricos en la bioética contemporánea*. Madrid, España: Universidad Pontificia de Comillas y Desclée De Brouwer.

- Fink, C. (2008). *Working Paper Number 146. Intellectual property and public health: An overview of the debate with a focus on U.S. policy*. Washington, DC:

- Center for Global Development Recuperado de http://ciaonet.org.gate.lib.buffalo.edu/wps/cgd/0003334/f_0003334_2427.pdf

- García, A. M. (Directora). (1982). *La operación*. (Documental, 40 min., 16 mm) Puerto Rico: Latin American Film Project.

- Garrafa, V. & Lorenzo, C. (2008). Moral imperialism and multi-centric clinical trials inperipheral countries. *Cadernos de Saúde Pública, 24*(10), 2219-2226.

- Gazit, C. (1999-2002). *PBS American experience: The pill*. Steward/Gazit Productions, Inc. Recuperado de http://www.pbs.org/wgbh/amex/pill/filmmore/index.html

- Glickman, S. W., McHutchinson, J. G., Peterson, E. D., Cairns, C. B., Harrington, R. A., Califf, R. M. & Schulman, K. A. (2009). Ethical and scientific implications of the globalization of clinical research. *New England Journal of Medicine, 360*(8), 816- 823.

- Gros Espiell, H. (s.f.). *Universalismo, regionalismo y derecho de la bioética*. Biblioteca Jurídica Virtual del Instituto de Investigaciones de la UNAM. Recuperado de http://www.juridicas.unam.mx

- Hartmann, B. (1995). *Reproductive rights and wrongs: The global politics of population control* (revised Ed.) (pp. 190, 247-249). Cambridge, MA: South End Press.

- Hawkins, J. S. & Emanuel, E. J. (Eds.) (2008). *Exploitation and developing countries: The ethics of clinical research*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

- Kant, I. (1785). *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, (6ta ed.). Recuperado de http://www.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/01362842104592728687891/p0000001.htm#I_1_

- La Rocca, S., Martínez, G., Rascio, A. & Bajardi, M. (2005). La investigación biomédica y el consentimiento informado en el ámbito de las poblaciones e individuos vulnerables. *Acta Bioethica, 11*(2), 169-181.

- Leftwich, G. M. (2002). Science and the humanities: the case for state humanities councils. *Technology in Socieity, 24*(4), 523-530.

- Levine, R. J. (1988). *Ethics and regulation of clinical research* (2nd Ed.). New Haven, CT: Yale University Press.

- Lolas, S. F. (2001). Aspectos éticos de la investigación biomédica: Conceptos frecuentes en las normas escritas. *Revista Médica de Chile, 129*(6), 680-684. doi: 10.4067/S0034-98872001000600014

- Lopez, I. (1984, February). Interview with *La Operacion's* Ana María García: "Not many options for contraception." *Jump Cut: A review of contemporary media*, no. 29, pp. 38-39 Recuperado de http://www.ejumpcut.org/archive/onlinessays/JC29folder/AnaMariaGarciaInt.html

- Lurie, P. & Wolfe, S. M. (1997). Unethical trials of interventions to reduce perinatal transmission of the human immunodeficiency virus in developing countries. *New England Journal of Medicine, 337*(12), 853-856.

- Macklin, R. (2004). *Double standards in medical research in developing countries*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

- McCarthy, M. (2001). U. S. company's plan for trial in Latin America draws fire. *The Lancet, 357*, 691.
- Medicine: Mr. Cancer Research. (1959). Time Magazine. Recuperado de http://www.time.com/time/magazine/article/0,9171,864836,00.html
- Medicine: Porto ricochet. (1932). Time Magazine. Recuperado de http://www.time.com/time/magazine/article/0,9171,743163,00.html
- Mill, J. S. (1863). *Utilitarianism*. Recuperado de http://ebooks.adelaide.edu.au/m/mill/john_stuart/m645u/complete.html.
- Mitscherlich, A., & Mielke, F. (Eds.). (1949). The Nüremberg code (1947) (pp. xxiii-xxv). In *Doctors of infamy: The story of the Nazi medical crimes*. New York: Schuman.
- National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1979). *The Belmont report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research.* Washington, DC: Government Printing Office.
- Organización de las Naciones Unidas. (1948). *La declaración universal de derechos humanos*. Paris: autor. Recuperado de http://www.aidh.org/uni/Formation/02La_Declar_e.htm
- Organización Mundial del Comercio (OMC). (2009). *WTO noticias: Lamy insta a la cooperación multilateral para hacer avanzar la salud pública "en el mundo real"*. Recuperado de http://www.wto.org/spanish/news_s/sppl_s/sppl131_s.htm
- Penchaszadeh, V. B. (2002). Ética de las investigaciones biomédicas en poblaciones humanas. *Revista Cubana de Salud Pública, 28*(2). Recuperado de http://redalyc.uaemex.mx/pdf/214/21428205.pdf
- Pharmaceutical Industry Association of Puerto Rico (PIAPR). (n.d.). *Increase your sales...* Recuperado de http://www.piapr.com
- Potera, C. (2007). Puerto Rico views itself as a bio island: With the benefits of offshoring and U.S. law, commonwealth island is manufacturing hub. *Genetic Engineering & Biotechnology News, 27*(3) Recuperado http://www.genengnews.com/articles/chitem_print.aspx?aid=2007&chid=4
- Puerto Rico Industrial Development Company (PRIDCO) of the Commonwealth of Puerto Rico. (n.d.). *Pharmaceutical industry overview*. Recuperado de http://www.pridco.com/english/industry_groups/pharmaceutical/5.10ind_groups_ph arma.html

- Reich, W. T. (Ed.). (1995). *Encyclopedia of Bioethics, Vol. 5.* (Rev. ed.). New York: MacMillan.

- Resnik, D. (1998). The ethics research in developing nations. *Bioethics, 12,* 286-306.

- *Rhoads injected Puerto Ricans with cancer cells*. (2005). Recuperado de http://www.democraticunderground.com/discuss/duboard.php?az=view_all&address=104x3327364.

- Rivera, M. (2009). *Economy*. Recuperado de http://welcome.topuertorico.org/economy.shtml

- Simón Lorda, P. & Barrio Cantalejo, I. M. (1995). Un marco histórico para una nueva disciplina: la bioética. *Medicina Clínica, 105*(15), 583-597. Recuperado de http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/t10.pdf

- Tealdi, J. C. (Ed.). (2008). *Diccionario latinoamericano de bioética, Parte II* (pp. 226-412). Recuperado de http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/DicoParteII.pdf

- Turmen, T. & Clift, C. (2006). Public health, innovation and intellectual property rights: unfinished business. *Bulletin of the World Health Organization, 84*(5), 338. Recuperado de http://www.who.int/bulletin/volumes/84/5/338.pdf.

- UNESCO, Conferencia general. (2005). *Declaración universal sobre la bioética y derechos humanos.* Recuperado de http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html

- UNESCO, Consejo Directivo Red Bioética. (2008). *Declaración de Córdova*. Córdoba, Argentina: autor. Recuperado de http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/DeclaracionCordob a.pdf

- UNESCO, Participantes del Seminario Internacional de Bioética. (2007). *Declaración de Santo Domingo sobre bioética y derechos humanos*. Santo Domingo, República Dominicana: autor. Recuperado el 3 de agosto de 2009 de http://portal.unesco.org/shs/en/files/10794/11763746391declaration_santo_domingo _es.pdf/declaration_santo_domingo_es.pdf

- UNESCO, Participantes del Taller Latinoamericano de Ética y Ensayos Clínicos (2008, mayo 13). *Declaración de Buenos Aires sobre ensayos clínicos y ética*. Buenos Aires: Autor. Recuperado de http://www.boletinfarmacos.org/download/Declaraci%C3%B3n%20de%20Buenos%20Aires%20final.pdf

- United States Department of Agriculture (USDA), Agricultural Research Service. (2008). *The rescue of penicillin*. Recuperado de http://www.ars.usda.gov/is/timeline/penicillin.htm

- Vega-De Rodríguez, G., Fuertes-De la Haba, A., & Pelegrina, I. (1972). Thyroid status in long-term, high-dose oral contraceptive users. *Obstetrics and Gynecology, 39*(5), 779-783.

- World Medical Association (WMA). (2008). *Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects.* Recuperado de http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/17c.pdf

PARTE V

TEMAS ESPECIALES DE BIOÉTICA

Despunte de la Biotecnología en Puerto Rico: Cultivos Trangénicos y Valores

Sonia I. Ramírez Morales, MT

La biotecnología está en auge en Puerto Rico, con el respaldo del gobierno que la promueve como la industria del futuro. Dentro de esta industria, la investigación y el desarrollo de cultivos transgénicos parecen muy prometedores. Actualmente en Puerto Rico hay al menos 3,500 acres de tierra dedicados a cultivos de plantas *transgénicas*, figurando entre los territorios de Estados Unidos con mayor cantidad de pruebas de campo para estos cultivos (Feliú-Mojer, 2007). Los cultivos se encuentran mayormente en los pueblos Santa Isabel, Salinas, Juana Díaz, Sabana Grande, Lajas e Isabela y son en su mayoría de maíz, arroz, algodón, girasol y soya (Feliú-Mojer, 2007).

Desde 1987, el Departamento de Agricultura federal (USDA, por sus siglas en inglés) ha recibido 1,848 solicitudes de permiso para pruebas de campo ("field tests") en la Isla. Tan solo en los pasados treinta meses han recibido unas 437 solicitudes de permiso. Puerto Rico al presente

está situado en la posición número tres entre todos los estados, detrás de Hawai e Illinois, con más permisos otorgados (1,738) (ISB, 2007).

Los transgénicos son organismos cuyos genes han sido modificados colocándole material genético de otro organismo que tiene cualidades que se consideran beneficiosas para un fin determinado. Entre las alteraciones genéticas más comunes figura la introducción de genes resistentes a virus, bacterias, plaguicidas o herbicidas, insectos y otras plagas (Feliú-Mojer, 2007).

La biotecnología se ha utilizado desde hace mucho tiempo, con la diferencia que la práctica tradicional, aunque también persigue como fin "mejorar" la especie, no manipula o altera la genética del organismo directamente. En esta técnica se hacen cruces de animales o plantas que poseen las cualidades deseadas y la naturaleza se encarga de hacer el cambio genético a un paso más lento.

Hoy día, con la ingeniería genética, el cambio se puede hacer inmediatamente manipulando y alterando los genes, escogiendo exactamente lo que se desea en función de las necesidades. De esta manera se "mejora" la naturaleza genética de ese organismo para adaptarlo al ambiente o hacerlo "superior". Un ejemplo de esto en los cultivos transgénicos es la introducción de un pedazo del DNA de la bacteria *Bacillus thuringiensis (BT),* que produce una proteína insecticida la cual es tóxica al gusano que ataca a la planta de maíz (Sánchez-Cuevas, 2003). Otro ejemplo es la modificación genética de fresas para hacerlas resistentes al frío incorporándole el gen de un pez que vive en aguas heladas (Sánchez-Cuevas, 2003). Esto demuestra la modificación del genoma de una planta utilizando el gen de un animal. Esta técnica se ha utilizado mucho con plantas y ha comenzado a usarse con animales; ambos son conocidos como organismos genéticamente modificados (OGM) o transgénicos.

Actualmente hay gran controversia en el mundo precisamente por las implicaciones bioéticas y sociales de esta innovadora técnica. Hay muchos países luchando por regular estrictamente las prácticas de la

biotecnología. Insisten en leyes que controlen la producción de transgénicos; quieren garantías de su inocuidad para la salud y el ambiente; además demandan el etiquetado de los alimentos con un contenido mayor de 0.9% OGM. También se oponen a patentes sobre seres vivos; patentes sobre genes, plantas, animales y seres humanos.

La Unión Europea ha mostrado gran oposición al uso de los cultivos transgénicos, al igual que otros países que han tenido consecuencias adversas en la agricultura (BBC, 2003). En Puerto Rico, aunque también se cultivan, se han aceptado al parecer sin ninguna consideración en cuanto a su posible daño al ecosistema y a los seres humanos. Las multinacionales aseguran que son inocuos y que sus estudios de investigación no revelan daño alguno a la salud. Las agencias reguladoras tratan de mantener un balance, con regulaciones estrictas e inspecciones rigurosas, pero esto no es garantía absoluta de protección, pues como todo, tiene sus fallas.

Estudios realizados por diversos investigadores en el mundo y publicados en distintas revistas científicas evidencian daño ecológico y efectos perjudiciales a la salud del ser humano, desde alergias hasta daño en distintos órganos del cuerpo (Kempf, 2006). Esto, al parecer, no ha sido suficiente para causar revuelo o preocupación en la sociedad civil de Puerto Rico. ¿Hasta qué punto es beneficiosa o perjudicial la biotecnología en la Isla? ¿Cuánta actividad se podría desarrollar sin llegar a afectar los recursos naturales y la salud del pueblo? ¿Estará debidamente informado el pueblo puertorriqueño sobre los cultivos transgénicos y sus efectos, buenos y malos?

En la sociedad hay grupos que apoyan la biotecnología vehementemente, otros que la rechazan radicalmente y otros que se mantienen neutrales. Hay grupos a los que llaman “terroristas ecológicos”, “científicos locos”, humanistas, socialistas, bioéticos, pacifistas, y la lista podría continuar. ¿Cuál de estos grupos tiene la razón? ¿Cuál posee la verdad? Si lo estudiamos bien llegaríamos a entender que la razón no está con alguno en específico, sino que se encuentra un poco en cada uno. Es preciso educar a la sociedad puertorriqueña en todo aquello

que traiga cambios a nuestro país, pero es aún más importante que los puertorriqueños deseen estar informados. Procurar estar al tanto de las medidas que toma nuestro gobierno para satisfacer las necesidades del pueblo en los distintos sectores de la salud, en lo económico, en lo social y el medio ambiente debería ser de importancia para todos.

Un reto a la teoría genética

La publicación de hallazgos recientes pone en jaque la visión tradicional sobre el funcionamiento de los genes (Caruso, 2007). Un estudio que duró cuatro años fue organizado por el Instituto Nacional de Investigación en Estados Unidos sobre el Genoma Humano y desarrollado por 35 grupos de 80 organizaciones alrededor del mundo. Sus hallazgos sugieren, sorpresivamente, que el genoma humano pudiera no ser una colección de genes independientes, cada uno asociado a una función especifica, como la predisposición a una enfermedad por ejemplo. En vez, ahora parece que los genes operan en una compleja red, interactuando y solapándose entre si y con otros elementos en formas no del todo entendidas (Caruso, 2007).

Esto ha llevado a los científicos a repensar su idea del "gen industrial" como aquella unidad (cadena ordenada de ADN) definida por limites claros, con una función específica; la cual se puede poseer o transferir a otro organismo, con un efecto uniforme y seguro. Esta presunción, que ahora se disputa, tiene serias implicaciones sobre la base de las patentes y sobre la seguridad que se reclama en los productos de la biotecnología (Caruso, 2007).

La evidencia de un genoma compuesto de genes que interactúen en combinación destruye la base científica para toda evaluación de riesgo en los productos, desde cultivos transgénicos hasta fármacos. El profesor Heinemann, un experto en bioseguridad de la Universidad de Canterbury en Nueva Zelandia, expresa su preocupación sobre la vieja visión. Dado que tanto la creación de patentes como los procesos de la ingeniería genética ambos se definen en términos de la acción independiente de genes, los reguladores pudieran pasar por

alto los impactos potenciales que surjan de estos efectos en combinación (Caruso, 2007).

Finalmente se desprende de esta visión emergente la necesidad de revisar los resultados de investigaciones anteriores. Sobre esto, la industria de la biotecnología debería re-examinar los efectos mas sutiles de sus productos y compartir sus hallazgos con los reguladores y la comunidad científica.

¿Para qué cultivos transgénicos?

La ingeniería genética es una herramienta que puede ser de gran utilidad para el bienestar social. En la medicina, por ejemplo, se ha utilizado para la producción de insulina, medicamentos y para hacer diagnósticos de enfermedades más rápidos y precisos. En su aplicación a los cultivos transgénicos se utiliza para reducir el uso de pesticidas, herbicida y para generar aumento en el rendimiento agrícola (Garcia, 2005).

Ahora bien, hay que poner las cosas en perspectiva y actuar con moderación. Toda esta experimentación con la naturaleza ha sido justificada con la intención de obtener alimentos de "mejor calidad", "más nutritivos", más resistentes o de más sabor (Feliú-Mojer, 2007). Pudiéramos decir que estas justificaciones son un lujo y no una necesidad; hemos vivido así por siglos, alimentándonos de las delicias que la madre naturaleza nos ofrece y con una nutrición adecuada para subsistir.

Otra razón que reclama la industria es la posibilidad de resolver el problema del hambre en el mundo (García, 2005). En cuanto a este tema podemos decir que no hay hambre por falta de plantas y animales transgénicos, ni tampoco éstos la van a resolver.

La raíz del hambre está en otras conductas del ser humano que la han perpetuado. Nos resulta más fácil alterar la naturaleza que modificar nuestro comportamiento. La injusticia social, la exclusión política, social y económica, la desigualdad de género, las guerras son razones mejores y evidentes para explicar el porqué hay tantas personas sufriendo hambre.

El mundo puede producir alimentos para suministrar 2,700 calorías diarias por persona y la mayoría de la gente que sufre de hambre vive en países con excedentes de alimentos, según el articulo "Hambre y agricultura sustentable" (Greenpeace, 2007). Los transgénicos no han sido creados como remedio para el problema del hambre, los motivos son claramente otros. Los cultivos transgénicos solo se están utilizando como plaguicida y herbicida y han dado paso a una "agricultura industrializada y sin agricultores" (Grain, 2003).

Reciben el mayor beneficio las empresas multinacionales que diseñaron este revolucionario método de cultivo y no por razones humanitarias como quieren hacer creer. Venden la semilla a los agricultores, quienes se ven obligados a comprarles el agrotóxico que también es producido por estas empresas y a su vez luego a adquirir la semilla cada año (Grain, 2003). En Puerto Rico no hay agricultura extensa, por eso estamos insensibles a esta situación que ocurre en otros países; aunque participamos con la investigación y desarrollo de estas semillas para su exportación.

Consecuencias de los transgénicos

Aunque las multinacionales insisten en que los cultivos y alimentos que contienen OGM son inocuos (Feliú-Mojer, 2007), la realidad es que hay evidencia de daños que ameritan que éstos sean regulados responsablemente y además amerita que la sociedad civil esté atenta a indicadores sospechosos. Se han reportado estudios que demuestran daños a órganos (páncreas, hígado, intestinos, estómago) en ratas que fueron alimentadas con soya transgénica "Roundup Ready" (soya GM), mientras que los órganos en ratas que se alimentaron con soya convencional resultaron normales (Smith, 2007). El daño mayor y hasta letal se reportó en la prole de madres del primer grupo, con un 55% de muerte en comparación con un 9% en la prole de ratas alimentadas con soya regular (no GM). Similarmente se observó pérdida en peso de un 36% contra un 6% entre los dos grupos (Smith, 2007).

También se han reportados otros problemas como alergias a trabajadores del algodón BT y a consumidores de soya transgénica y muerte

de animales y de personas a causa del consumo de alimentos transgénicos. (Smith, 2007).

La organización ecologista Greenpeace, que trabaja en la protección del medioambiente desde 1971, al igual que científicos de todo el mundo, hacen énfasis en el riesgo que los transgénicos pueden representar para la biodiversidad, los ecosistemas y la salud causando efectos irreversibles (Greenpeace, 2007b). En los cultivos transgénicos la contaminación genética es casi irremediable y como consecuencia, "material transgénico no apto para consumo humano puede llegar hasta la cadena alimentaria" (Ribeiro, 2002).

Es de esperarse que con el tiempo las técnicas se perfeccionarán, lo que permitirá utilizar la ingeniería genética para solucionar determinados problemas. Por el momento el conocimiento del funcionamiento genético no está perfeccionado aún y esta manipulación de los genes puede provocar alteraciones inesperadas. Proteínas no deseadas pueden producir sustancias tóxicas como ocurrió con el L-triptófano en 1989, un complemento dietético producido por una bacteria que a su vez derivó otra sustancia, que provocó la muerte a 37 personas y daños permanentes a otras 1,500 (GMO1, 2005). Aparte de los daños a la salud también han surgido problemas de contaminación ambiental, deforestación desmesurada y de suelos degradados que han perdido su fertilidad (Grain, 2003).

Las consecuencias en lo social han sido la marginación del pequeño agricultor o el empobrecimiento de muchos agricultores por factores como: la contaminación de sus cultivos, el costo de estos productos y la pérdida en ventas (Girish, 2006). En India por ejemplo miles de agricultores fueron persuadidos para comprar a Monsanto la semilla del algodón BT para eliminar el uso de plaguicidas y para una mayor producción. El gobierno, con un préstamo del Banco Mundial, pudo ofrecer a los agricultores subsidios en las primeras cosechas, pero el algodón se infestó con otras plagas y tuvieron que gastar más en pesticidas. Los agricultores se endeudaron aún más por el alto costo de las semillas transgénicas y hasta recurrieron al suicidio como escape a la situación

económica que venían arrastrando y que no pudieron resolver con esta prometedora inversión. Se han reportado 25,000 suicidios de agricultores desde 1997 a consecuencia de esta situación (Girish, 2006).

Los cambios drásticos generan inestabilidad y conflicto en su comienzo y en ocasiones, serias consecuencias que pasan a ser parte de la historia de un pueblo y hasta del mundo. Algunos pudieran ver estos cambios con optimismo y pensar que con unos pocos ajustes nos adaptaremos al cambio y todo volverá a parecer normal. Se perfeccionarán las técnicas, se buscará la forma de compensar o reparar el daño a los recursos naturales y el pequeño agricultor evolucionará. Al ver una flor de dos colores no se podrá pensar "*que sabia y maravillosa es la naturaleza", pues esto* será cosa del pasado. Todo este ajuste social y emocional del individuo y hasta de un pueblo nos lleva a preguntar, ¿en manos de quién estamos? ¿Tenemos voz y voto en todo esto?

El control en manos de las multinacionales

A pesar de que hay organizaciones, agencias reguladoras e instituciones públicas responsables de fiscalizar y regular, para mantener un equilibrio en la sociedad, muchas veces se toman decisiones que no necesariamente están orientadas a beneficiar al pueblo. El desconocimiento entre los ciudadanos puede reflejarse como consentimiento y hasta indiferencia o conformidad. El Estado y la empresa privada deberían ser responsables de informar a la ciudadanía con claridad y sin eufemismos.

El artículo "Aún no somos humanos: ¿hacia la sexta extinción?" (Mompó 2006), se enfatiza cómo las multinacionales burlan los controles llenando con contaminantes a los más vulnerables, los países emergentes, donde no existe vigilancia, o en lo cuales los controles existentes son poco eficaces. Se señala que estos controles pretenden mantener calmada a la opinión pública que ya "empieza a ver las orejas al lobo" (Mompó). Lo curioso es que como ejemplo de esto, Mompó cita a Puerto Rico, que según dice "se ha convertido en una de las principales concentraciones de las multinacionales farmacéuticas

(norteamericanas) del mundo, en una rama de la industria considerada de las más contaminantes que existen" (2006).

Resulta curioso ¿cómo es que Puerto Rico siendo una isla tan pequeña sea el tercer territorio en Estados Unidos en cultivos transgénicos? Mientras que en toda Europa y en México se lucha por regular al máximo --y hasta se trata de impedir que se cultiven los transgénicos (Feliú-Mojer, 2007), Puerto Rico ofrece sus tierras para estos cultivos, al parecer, sin la menor preocupación por las consecuencias potenciales. Los cultivos transgénicos en Puerto Rico deberían ser motivo de preocupación, ya que el país es vulnerable por su limitada extensión territorial que hace muy fácil que ocurra contaminación y sea muy difícil controlarla (Ribeiro, 2000).

En 1996, se unieron 10 compañías para formar parte de la Asociación de Investigación de Semillas de Puerto Rico (AISPR); entre éstas las multinacionales Monsanto, Pioneer Hi-Bred y Adventis Seeds. (PUC-PR, 2002) Estas tres compañías tienen casi el 100% del mercado en semillas genéticamente modificadas y son las más grandes productoras de agroquímicos en el mundo (GMO2, 2003). Éstas también son las mismas compañías que crearon el Agente Naranja, DDT, PCB's y otros pesticidas considerados "inocuos" y que resultaron ser tóxicos al ambiente y al ser humano. Por estos y otros errores las compañías han tenido que pagar demandas millonarias, sin que ello haya podido revertir el daño irreparable que ocasionaron.

Este trasfondo es necesario para poner en perspectiva las medidas de protección al pueblo que se deben tomar. La sociedad deposita su confianza y apoyo en estas compañías, y es deber de éstas corresponder con un comportamiento responsable que incluye aprender de errores pasados. Es su responsabilidad no lanzar productos al mercado que impliquen algún riesgo para la sociedad. El siguiente ejemplo demuestra como se pierde esa confianza. El articulo "Revolving doors: Monsanto and the Regulators" (Ferrara, 1998), muestra el caso de la hormona recombinante rBGH producida por Monsanto y vendida a los granjeros para aumentar la producción de leche. Estudios demostraron una relación entre esta hormona

y cáncer en humanos, además de serios problemas de salud en las vacas que repercuten en la calidad de la leche (Ferrara 1998).

Richard Burroughs, veterinario por 10 años de la FDA, presidió por 5 años la revisión de rBGH y explica cómo tuvo que enfrentar múltiples acercamientos de representantes de la corporación para que fueran más flexibles y menos rigurosos con los protocolos de seguridad. Finalmente en 1989, fue despedido al igual que lo fue otro empleado de la FDA que trató de alertar sobre corrupción en los procesos para aprobar nuevas drogas (Ferrara, 1998).

En el artículo *Eating Well*, publicado en 1991, citado por Ferrara, Burroughs dice lo siguiente: "There seemed to be a trend in the place toward approval at any price. It went from a university-like setting where there was independent scientific review to an atmosphere of 'approve, approve, approve.'" Burroughs consideraba que en ese momento la FDA no estaba preparada para aprobar la rBGH por carecer del conocimiento necesario en biotecnología. Había la necesidad de asesoramiento y una revisión cautelosa pero, en lugar de esto, oficiales de la agencia decidieron encubrir estudios y decisiones inapropiadas para cubrir su propia incompetencia e ignorancia (Ferrara, 1998).

En 1993, Monsanto pudo lanzar el producto al mercado. Un tercio de las vacas de Estados Unidos son inyectadas actualmente con esta hormona a pesar de las advertencias de riesgos para la salud (El Aguila News, 2007). Catorce años después, tan reciente como febrero 2007, tres organizaciones legales representando a los consumidores, granjeros y a organizaciones de prevención de cáncer presentaron una petición al FDA para retirar la rBGH del mercado basándose en evidencia científica de riesgos de cáncer de seno, colon y próstata por el consumo de esta leche (Medical News, 2007). Este ejemplo sólo intenta demostrar cuán distintos puede ser el interés público frente al interés de una empresa, de una institución y a veces de aquellos en quienes ponemos toda nuestra confianza.

El poder económico que tienen las multinacionales les ayuda a conseguir la aprobación de leyes que favorecen sus intereses, aunque existe

un poder mayor que puede superar todo esto: la integridad. Según reportó BBCMundo, (2003), La compañía Monsanto tuvo que pagar una multa de 1.5 millones de dólares por soborno, por parte de uno de sus gerentes a un alto oficial del ministerio ambiental de Indonesia para evitar que se condujeran estudios de impacto en sus cultivos de algodón (BBCMundo,2003). Dicha compañía había admitido los cargos por soborno hecho a otros altos oficiales entre 1997 y 2002. Debido a esto tuvo que aceptar ser sometida a 3 años de supervisión estricta por parte de las agencias reguladoras y comprometerse a tomar medidas internas para evitar este tipo de acción (BBCMundo, 2003).

Monsanto ha invertido millones de dólares para evitar que en Estados Unidos los alimentos que contienen transgénicos sean etiquetados como tales (GENET, 2002). En Europa los consumidores y ecologistas lograron ganar esta demanda según fue aprobado por el Parlamento Europeo en el 1997 (García, 2005). Los alimentos que contienen más de 0.9% de OGM's son identificados en la etiqueta. Sin embargo, Estados Unidos que produce el 59 por ciento (BioPyme, 2005) de los cultivos transgénicos en el mundo no ha podido (o no ha querido) imponer estos avisos en los alimentos.

Cultivando la bioética

Ante la amenaza potencial que para el ser humano y el medioambiente, en algunos casos, han representado los avances en la ciencia, surge la Bioética. Los adelantos en biología molecular, los daños a la ecología y los abusos cometidos en sujetos de investigación, figuran entre los motivos de preocupación que dieron origen a la bioética en la década del 70 en el siglo XX. La Bioética combina los conocimientos biológicos con los valores humanos utilizando una metodología interdisciplinaria valiéndose de los datos y métodos de la ciencia, el derecho y la política, con el objeto de analizar y resolver los problemas éticos que plantean las ciencias de la vida y del cuidado de la salud (Ferrer y Álvarez, 2005).

La experimentación en la ciencia no se detiene. El intelecto del ser humano lo arrastra como una fuerte corriente a seguir experimentando y tratar de materializar sus ideas. En este descubrir vemos todas las aplicaciones

que podemos darle a un hallazgo pero esto no implica que tengamos que ponerlo en práctica. Lo que debemos poner en práctica es el control y el saber hasta dónde se puede llegar.

En teoría ética, el filósofo alemán Immanuel Kant formuló lo que se conoce como el "imperativo categórico" según el cual al ser humano hay que valorarlo como un fin en si mismo: "*Obra solo según la máxima a través de la cual puedas querer al mismo tiempo que se convierta en una ley universal" (En* Santos y Vargas, Ferrer, 2001). Es un método práctico y muy útil cuando se quiere analizar la forma de proceder ante cualquier situación que puede aplicarse universalmente. Aunque el ser humano es vulnerable, la naturaleza también lo es y Hans Jonas, preocupado por la amenaza tecnológica y la supervivencia de la especie, nos plantea un imperativo categórico donde incluye a las generaciones futuras:

- *Obra de tal modo que los efectos de tu acción sean compatibles con la permanencia de una vida humana auténtica sobre la Tierra.*

- *Obra de tal modo que los efectos de tu acción no sean destructivos para las futuras posibilidades de esa vida.*

- *No pongas en peligro las condiciones de la continuidad indefinida de la humanidad en la Tierra.*

- *Incluye en tu elección presente, como objeto también de tu querer, la futura integridad del hombre. (Jonas, J. en Ferrer, J. J. 2001).*

Hay diferentes opiniones en cuanto al beneficio o perjuicio que la biotecnología pudiera acarrear al planeta Tierra y a la humanidad. Aunque hay más apoyo que rechazo en algunas prácticas de la ingeniería genética, el hecho de que haya oposición a ciertas prácticas requiere la búsqueda de un consenso o acuerdo entre la comunidad científica, los gobernantes y la sociedad civil. La necesidad de establecer normas, sistemas de control y reglamentos que regulen el tránsito, comercio y producción de transgénicos es de vital importancia. Esas normas de proyección universarsal deben basarse en principios morales que

establezcan el imperativo del respeto a la naturaleza en su totalidad (seres humanos, animales, plantas): en fin, una ética de la tierra como planteaba Aldo Leopold (1887-1948), considerado por muchos como el profeta del movimiento ambientalista *(*Santos y Vargas, Ferrer, 2001). Una moral que quiera preservar toda la naturaleza, que piense en las generaciones futuras y no tome decisiones apresuradas y sin motivos de peso para actuar *(*Santos y Vargas, Ferrer, 2001).

Desgraciadamente el hombre no siempre obra con honestidad, o es cegado por algún beneficio que no le deja ver otras consecuencias más graves, en su empeño. Con la máxima de "el fin justifica los medios" los valores pasan a segundo lugar y pudieran hasta desaparecer ante la ambición inconsciente que impulsa al hombre. Basta mirar hacia atrás en la historia para ver cuantos errores y atrocidades se han cometido.

Si hablamos de casos ocurridos en EE.UU., el estudio de sífilis en Tuskegee que duró 40 años es un ejemplo donde podemos ver que el hombre no siempre obra con honestidad. En este caso los profesionales de salud pública y el gobierno les ocultaron a los participantes del estudio que podían ser tratados para sífilis. Los engañaron y violaron los derechos constitucionales de estas personas. El hecho de que sólo seleccionaran a personas de la raza negra delata el motivo racista del llamado "estudio". Como resultado del estudio de marras, dos terceras partes de los participantes murieron, 40 esposas se contagiaron y 19 niños adquirieron sífilis congénita (CNN, 1997). Los sujetos habían puesto toda su confianza en los profesionales a cargo del estudio y en el gobierno que lo financiaba, pero la realidad es que utilizaron a los seres humanos participantes sin importar las consecuencias que tendría este estudio en la vida de estas personas. Necesitaban estudiar y conocer más sobre la enfermedad y en este afán, el engaño les pareció la única forma de lograrlo; para los investigadores en este caso, el resultado del experimento era lo más importante.

Otro ejemplo ha sido la práctica de la eugenesia aplicada al ser humano como es: mejorar la raza en cualidades como la altura, las facciones, la talla, anomalías entre otras, en muchos países, entre ellos

Estados Unidos y otros menos desarrollados. En el intento de reducir la población utilizaron la esterilización forzosa y programas coercitivos para controlar la natalidad. En Puerto Rico, hasta el año 1968, el 35% de las mujeres en edad reproductiva habían sido esterilizadas como parte de una campaña de control de crecimiento poblacional que el gobierno de Puerto Rico realizó, en unión con Estados Unidos (García, 1982). A muchas de estas mujeres no se les informó que la operación era permanente y aceptaron ser esterilizadas creyendo que el proceso era reversible.

Hemos visto cómo, en algunos casos, hasta los intereses del gobierno pueden ser contrarios al bienestar del pueblo que le deposita su confianza. Por tanto, con un alto porcentaje de la investigación genética desarrollada por el sector privado en nuestra isla, sería ingenuo pensar que el interés público esté garantizado.

Cosechando en la colaboración

Se ha anunciado en Puerto Rico recientemente una alianza entre el gobierno local, la Universidad de Puerto Rico y el sector industrial privado para desarrollar la biotecnología en la Isla. El gobierno ha apostado fuertemente a la inversión y buenos empleos que pueda ofrecer al país el desarrollo de esta industria. Se ha visto un énfasis por desarrollar un centro de investigación de biotecnología que pueda complementar los centros de manufactura que ya existen en Puerto Rico. Todo este plan de desarrollo económico requiere un clima industrial favorable que, entre otros factores de competitividad a nivel mundial, será evaluado por las compañías antes de invertir.

La importancia de evitar fricciones que afecten el clima industrial favorable se ha sugerido como una razón para que el pueblo no sepa a qué se dedican exactamente estas compañías, en su investigación y actividad de producción (Santos y Vargas, 2007). Se pudiera pensar que manteniendo ese tema fuera del escrutinio público, se evitan controversias o alguna oposición que pudiera crearse entre críticos y que pudiese desembocar en una interrupción o pérdida en la actividad

de las empresas. Por otra parte, hemos visto cómo varias empresas multinacionales que dominan la biotecnología arrastran una historia de controversias en materia de respeto a las regulaciones, cuidado al medio ambiente y seguridad de sus productos. Hay que reconocer también que estas son compañías que se nutren de su innovación, lo cual implica una actividad de riesgo constante.

Manejan un producto del cual se tiene un conocimiento parcial, que estiman suficiente para denominarlo seguro y lanzarlo al mercado. En la investigación y desarrollo de sus productos, la presión por lanzar un nuevo producto al mercado puede llevarlas a una interpretación errónea, o a descartar datos que investigadores neutrales pudiesen considerar irrelevante, e investigar más a fondo. En la investigación utilizando cultivos hay probabilidad de contaminar o introducir cambios inesperados en el medioambiente y de crear sustancias derivadas o proteínas indeseables. Podemos apreciar el deseo de obrar libremente y sin interrupción que buscan estas empresas, y que es parte del clima industrial favorable que se persigue por todos. Pero también debe evaluarse el riesgo potencial de la actividad que ellas desarrollan y que justifica la regulación impuesta por las agencias federales, USDA y FDA.

El sometimiento a la regulación federal y la secretividad en la investigación y producción parecen ser la formula escogida por las compañías, que les permite desarrollar su actividad de manera satisfactoria. Por otro lado, el vacío de información sobre los propósitos y consecuencias de esa actividad se rellena enfocando la opinión pública en los empleos y alta tecnología que ofrecen en su localidad. Una desventaja para las compañías en esa fórmula es el hecho que la comunidad, al desconocer el detalle de la actividad que está ocurriendo, en realidad no está endosando la misma. Este hecho parecería remoto y de poca relevancia a las compañías mientras no ocurra un problema, digamos una condición de salud en una comunidad donde existan cultivos de experimentación. Considerando la concentración de actividad en biotecnología que se persigue y su potencial de error con graves consecuencias, solamente habría que

sumar el factor tiempo para comprender que estamos ante un escenario de mediana probabilidad.

Esta situación es una bomba de tiempo, precisamente por la falta de endoso previo por parte de la comunidad, para la compañía. Podría despertar la antipatía y el recelo latente contra las multinacionales, lo cual pudiera amenazar toda la industria de la biotecnología en Puerto Rico, y tirar por la borda la política de desarrollo económico del gobierno. Imaginemos el titular del periódico *El Vocero* en el 2010, "Cuatro bebes deformes nacen de cantazo en hospital de San Germán"

Se propone la prevención al buscar la colaboración de una entidad independiente, puertorriqueña y respetada: la Universidad de Puerto Rico. La Universidad podría colaborar en la validación de las investigaciones biotécnicas de las compañías y además hacer otras investigaciones de forma independiente alrededor de las actividades que estas llevan a cabo. Bajo reglas de confidencialidad, científicos de la UPR podrían informar a las compañías sobre posibles hallazgos, o revisión de resultados sospechosos, o anormales, en las actividades de las compañías. Este intercambio siempre sería con el único propósito de detectar situaciones que pudieran comprometer la seguridad, la salud, o el ambiente en Puerto Rico, así como la confiabilidad en las divulgaciones (de beneficios y efectos secundarios) sobre los productos desarrollados. Esto equivaldría a una redundancia en los programas de seguridad y control de calidad que son tan necesarios en la investigación y producción en la biotecnología.

Entre las investigaciones independientes a llevarse a cabo por la Universidad se deben considerar estudios poblacionales en las localidades donde se desarrollan los cultivos; estos se dirigirían a los trabajadores y a los vecinos. Además se administrarían pruebas químicas y genéticas a los cultivos y de otros tipos al ambiente como: agua, suelo y aire en las localidades. Estos estudios podrían servir de tesis a estudiantes graduados, quienes a su vez, por este medio, estarían preparándose para introducirse en la industria más adelante. Una base en estudios de Bioética para estos estudiantes sería muy efectiva.

La actividad de la Universidad dentro de la industria seria una de colaboración y no de fiscalización. Es importante establecer este punto, pues al momento que las compañías sientan en la Universidad otro nivel de fiscalización adicional al impuesto por las agencias federales, se rompe la colaboración. Una inspección capaz de detectar problemas antes de que se conviertan en crisis se paga por si sola y será bienvenida por la industria. En su proceder, la Universidad deberá evitar causar interrupción o demora en la actividad de las compañías. Además deberá presentar sus preocupaciones y hallazgos en franca y directa comunicación con las empresas; persiguiendo ante todo la corrección de situaciones y, como última opción, procediendo a denunciar públicamente cualquier situación grave que no fuese atendida. De esta forma crece la confianza entre las partes y se desarrolla una verdadera colaboración.

Este modelo de colaboración entre la Universidad y la industria redundaría en beneficio para esta última al ganarse el endoso explícito del pueblo, que estaría bien representado por la primera. Para el pueblo, la participación de la Universidad cercana a la industria claramente otorga un elemento de seguridad adicional, que no existiría en el modelo convencional de fiscalización. Como todo sistema, la selección del personal competente y comprometido es clave para su buen funcionamiento. Una relación de este tipo, con el respaldo explícito del pueblo, ofrecería una base más estable para la inversión en biotecnología en Puerto Rico.

Bioética para la biotecnología

Las implicaciones de la biotecnología para la raza humana son de una magnitud incalculable. Ante la incertidumbre de sus consecuencias debemos ser responsables y actuar con mesura. Cualquier intervención con la naturaleza debe tener una razón basada en un principio moral. Ésta deberá ser impulsada por la búsqueda de una solución a problemas que afecten la calidad de vida y supervivencia del hombre, sin llegar al punto de pretender cambiar el curso normal de la vida caprichosamente o por puro lucro. Cambiar la evolución natural

de la vida, intervenir con la naturaleza, es una audacia que no puede delegarse a unos pocos; todos somos responsables. Hay evidencia científica parcial que demuestra que la ingeniería genética, aplicada sin controles éticos tendrá efectos adversos en el medioambiente y la salud. En el caso de los alimentos transgénicos el incorporar estos nuevos métodos de agricultura manipulando la naturaleza, causando desbalance ecológico, incorporando tóxicos a los alimentos, pudiera considerarse un acto irresponsable si no se analizan las implicaciones éticas y sociales de tales acciones. El hombre es el responsable mayor de la crisis ecológica por la que atraviesa el planeta Tierra. La naturaleza trata de compensar y ajustarse a los cambios que ocurren en el medioambiente para lograr el equilibrio por medio de la selección natural o por mutaciones que ocurren naturalmente. Hemos alterado a tal punto la naturaleza, contaminando con nuestro ingenio muchas veces destructivo, que nos vemos en la necesidad de tomar medidas para arreglar la crisis causada por nosotros mismos. La ingeniería genética o la "evolución forzada" no es perfecta, y tiene sus consecuencias. El desequilibrio tan grande que se crea en el medioambiente nos lleva a seguir inventando para resolver nuevos problemas que surgen a consecuencia de estos cambios. Así habremos de estar por generaciones y ese será nuestro legado a las generaciones futuras: la guerra que apenas está comenzando entre los organismos transgénicos y la naturaleza que también acelerará su proceso de adaptación y eventualmente la extinción de quien no pueda adaptarse. ¿Quién ganará esta guerra? Darwin dice que el más fuerte.

Aplicar el análisis y perspectiva de la bioética a la biotecnología no es tan solo sensato sino una manera racional de garantizar una supervivencia futura digna e ilustrada. Si además de toda esta tecnología y avances en descubrimientos científicos trabajamos para crear un sistema que fomente la enseñanza de valores éticos y cívicos estaríamos haciendo un gran legado a las futuras generaciones. Estos valores se han ido perdiendo en nuestra sociedad y aunque recuperarlos no será cuestión de poco tiempo, debemos trabajar hacia esa meta. Una civilización orientada por valores éticos comprometidos con la vida en todas sus formas, es lo único que puede ofrecer garantía

del comportamiento responsable del ser humano ante los retos de la ciencia y sus derivados, como la biotecnología.

Referencias

- BBCMundo.com(2003).LaBatalladelostransgénicos.Recuperadodehttp://news.bbc.co.uk/hi/spanish/science/newsid_3028000/3028141.stm
- BIOPYME (2005). Décimo año consecutivo de crecimiento de los cultivos transgénicos. Recuperado de: http://212.128.140.30/ biopyme_riqueza/index.php?option=com_content&task=view&id=72&Itemid=54
- Caruso, D. (2007). A Challenge to Gene Theory, a Tougher Look at Biotech, New York Times, Recuperado de http://www.nytimes.com /2007/07/01/business/yourmoney/01frame.html?ex=1185508800&en=c488d0254574b55c&ei=5070
- CNN,(1997). Sour legacy of Tuskegee syphilis study lingers. Recuperado de http://www.cnn.com/HEALTH/9705/16/nfm.tuskegee/index.html
- El Aguila News (2007). Cuál es la historia con el rBGH... porqué la quieren prohibir? Recuperado de http://www.elaguilanews.com/?lnk=view&ids =19&idn=9447&d=25&m=7&a=2
- Feliú-Mójer, M. (2007). Ojo a lo alterado. Ciencia PR. Recuperado de http://www.cienciapr.org/news_view.php?id=613.
- Ferrara, J. (1998). Revolving Doors: Monsanto and the Regulators. The Ecologist, Recuperado de: www.monitor.net/monitor/9904b/monsantofda.html.
- Ferrer, J.J. & Álvarez, J.C. (2005). Para Fundamentar la Bioética (2nd Ed.) Francia: Desclée De Brouwer, S.A. (pp. 77-82)
- García, A. (1982). Documental: La Operación, Ofrecido en curso de Bioética, Recinto de Ciencias Médicas, UPR, San Juan, PR
- García, N. (2005-2006). Biotecnología. Recuperado de http://www.portaley.com/ biotecnologia/bio3.shtml.
- GENET, (2002). Monsanto Battles Oregon ballot proposition to label GE food. Recuperado de: http://www.gene.ch/genet/2002/Oct/msg00011.html
- Girish, M. (2006, 1 de enero). ¿Por qué se suicidan los agricultores? Ecología Social, Recuperado de: http://www.zmag.org/spanish/0206mishra.htm.

- Grain, (2003), Transgénicos. Recuperado de http://es.oneworld.net/article/archive/5699/?PrintableVersion=enabled
- Greenpeace, (2007ª.). Hambre y agricultura sustentable. Recuperado dehttp://www.greenpeace.org/chile/campaigns/u-transgenicos-u/hambre-y-agricultura-sustentable
- Greenpeace, (2007b.). Problemas de los transgénicos. Recuperado de http://www.greenpeace.org/espana/campaigns/transgenicos/problemas-de-los- transgénicos
- GMO1 Free Hawai (2002-2003). How do genetically engineered crops and foods affect our health. Recuperado de http://higean.org/how-do-affect-health.htm.
- GMO2 Free Hawai, (2002-2003). Who is doing genetic engineering? Why arethey doing it?. Recuperado de http://higean.org/who-is-doing.htm
- ISB News Report, (2007). Field test release applications. Recuperado de http://www.isb.vt.edu/cfdocs/fieldtests1.cfm
- Kempf, H. (2006). New Suspicions about GMO. Le Monde, France. Recuperado de:http://www.truthout.Org/docs_2006/021006H.shtml.
- Medical News Today (2007). Leading Advocates Genetically Modified rBGH Milk File Citizen's Petition with FDA Recuperado de http://www.medicalnewstoday.com/articles/63587.php
- Mompó, E. (2006). Aún no somos humanos: ¿hacia la sexta extinción? Recuperado de:http://www.terra.es/personal/ cruzmarc/ edm77e.htm
- PUCPR Boletín Informático Pontificia Universidad Católica de Puerto Rico (2002). Injertos agrarios contra el hambre. http://www.pionet.org/Boletines/Boletin_18_noviembre_2002.htm#Injertos%20agrarios%20contra%20el%20hambre.
- Ribeiro, S. (2002). Granjas secretas y drogas transgénicas. La Jornada Virtual, www.jornadaunam.mx/2002/08/11/016a1pol.php?origen=opinion.html
- Ribeiro, S. (2000). Conferencia en Buenos Aires: Transgénicos: Un asalto a la salud y al medioambiente. Recuperado de http://www.nodo50.org/ecologistasclm/documentos /TransgeSilvia.htm
- Sanchez-Cuevas, M. (2003). Revista Cientifica UDO Agrícola. 3.1, pp 1-11

- Santos y Vargas, L. & Ferrer, J.J. (2001). Humanities and the Health Sciences.(pp156- 166, 182-183) Maryland: Scripta Humanística,
- Santos y Vargas, (2007). La Biotecnología y el ethos puertorriqueño. Curso de Bioética, Recinto de Ciencias Médicas, UPR. San Juan, PR
- Smith M. J., (2007). Genetic Roulette Chelsea, Vermont, Chelsea Green Publishing Company, pp. 48-49

El Matrimonio de Parejas del Mismo Sexo: Un Asunto Ético de Justicia

Edgardo Ruiz Cora, Ph.D. MPH,
José A. Capriles Quirós, MD. MHSA,
José R. García Fragoso, Esq.
Mary Cele Rivera Martínez, Esq.

El matrimonio de parejas del mismo sexo es un debate contemporáneo polémico que se ha caracterizado por la pasión de sus proponentes y opositores. Media en este debate la diferencia y el conflicto de visiones, entendimientos y valores morales. En el presente trabajo abordamos la polémica del matrimonio de parejas del mismo sexo utilizando el marco conceptual de la ética. Entendemos que la ética provee un marco conceptual para el análisis de problemas sociales con una óptica más objetiva, utilizando marcos racionales y académicos que pueden reducir las pasiones que matizan la discusión de este asunto y limitan las posibilidades de diálogo. Nuestro análisis ha identificado el debate del matrimonio de parejas del mismo sexo como un asunto de justicia social, donde el matrimonio reconocido legalmente por el estado provee una serie de protecciones que se les ha negado a un grupo de nuestra población por su orientación sexual y su identidad de género. Nuestra

presentación y análisis se basan en un entendimiento de un estado plural que dirige su política pública hacia una población diversa y tiene la responsabilidad de proveer igualdad de oportunidades y protecciones a todos los sectores de la población ya sean mayoritarios o minoritarios.

La presente exposición evidenciará que el matrimonio confiere una serie de protecciones y derechos importantes para la participación plena en la sociedad. Argumentamos que no reconocer el matrimonio en parejas del mismo sexo, tiene el efecto de excluir a nuestra comunidad homosexual, lesbiana, transexual y transgénero, de éstas protecciones y derechos, constituyendo una violación a la justicia social porque atenta contra dimensiones del bienestar necesarias para que estos individuos puedan realizar a plenitud su autonomía de seguir sus proyectos de vida. Se evidencian también problemas en el escenario de la salud y clínico preocupantes en asuntos tan medulares para la autonomía como las decisiones de salud y el final de la vida, lo que nos plantea el asunto de los matrimonios del mismo sexo como uno que le corresponde a la bioética.

Nuestra exposición comienza con una discusión del trasfondo y contexto legal del matrimonio de parejas del mismo en Puerto Rico. Luego presentamos un análisis de la definición del matrimonio desde las disciplinas antropológicas y sociológicas para establecer cuál es el rol del matrimonio en la sociedad y en la vida de los individuos. A través de esta discusión establecemos el matrimonio como una necesidad social y derecho humano que se ha caracterizado por la diversidad. Luego de establecido el rol del matrimonio presentamos un análisis de la prohibición del matrimonio de parejas del mismo sexo desde el marco conceptual de la justicia social de Powers y Faden (2006). Terminamos nuestra exposición con las conclusiones y recomendaciones que se derivan de nuestro análisis.

Contexto: El matrimonio y parejas del mismo sexo

No existe en Puerto Rico ni en los Estados Unidos estadísticas confiables y precisas sobre el número de parejas o padres homosexuales o lesbianas (Perrin 2002). El censo del año 2000, reveló un total de

601,209 parejas del mismo sexo viviendo en los Estados Unidos. El censo reportó un total de 6,812 parejas del mismo sexo viviendo en Puerto Rico. Cerca de 300,000 hogares en la Isla están constituidos por personas relacionadas no tradicionalmente (no casadas ni consanguíneas). El 53.0% de los hogares de acuerdo al censo del 2000, están constituidas por personas no casadas. Puerto Rico ocupa el lugar número veintinueve (29) en la lista de estados o territorios con el mayor número de parejas del mismo sexo. Se estima que este número es mayor ya que muchas de las personas que participaron en el censo pueden haberse puesto bajo el renglón de parejas no casadas en lugar de parejas del mismo sexo. A estas parejas en Puerto Rico se le niega la posibilidad de contraer matrimonio.

El Código Civil de Puerto Rico Art. 68, según enmendado, define el matrimonio de la siguiente manera:

> "El matrimonio es una institución civil que procede de un contrato civil en virtud del cual un hombre y una mujer se obligan mutuamente a ser esposo y esposa, y a cumplir el uno para con el otro los deberes que la Ley les impone. Será válido solamente cuando se celebre y solemnice con arreglo a las prescripciones de aquélla, y sólo podrá disolverse antes de la muerte de cualquiera de los dos cónyuges, en los casos expresamente previstos en este título. Cualquier matrimonio entre personas del mismo sexo o transexuales contraído en otras jurisdicciones, no será válido ni reconocido en derecho en Puerto Rico" (Ley 94, enmendada en el 1999).

Al definir el matrimonio en virtud de la dualidad del sexo biológico entre el hombre y la mujer, la ley y la política pública excluye a las parejas del mismo sexo de una institución fundamental en la sociedad. La ley no prohíbe las relaciones de parejas del mismo sexo sino que no las reconoce legalmente. El problema de esta falta de reconocimiento conlleva a la exclusión de las parejas del mismo sexo de un manto de beneficios y protecciones que están basadas en el matrimonio reconocido por el Estado. Entre estos beneficios y protecciones se encuentran los siguientes:

- **Adopción:** El derecho en Puerto Rico establece que solo las parejas legalmente casadas pueden adoptar. El Código Civil de PR establece que las personas que estén casadas deben adoptar en conjunto. Un soltero puede adoptar siempre y cuando cumpla con lo establecido en el Código Civil. Art. 133 Número de adoptantes; adopción conjunta o individual matrimonio (31 L.P.R.A. sec. 534). Nadie podrá ser adoptado por más de una persona, salvo que los adoptantes estuvieren casados entre sí, en cuyo caso se deberá adoptar conjuntamente.

Un cónyuge podrá adoptar individualmente en cualquiera de los siguientes casos:

- Cuando desee adoptar al hijo menor de edad del otro cónyuge.

- Cuando esté separado de su cónyuge, por lo menos durante los dos (2) meses anteriores a la fecha de la presentación de la petición, en cuyo caso habrá de notificarse dicha solicitud al otro cónyuge. La subsiguiente reconciliación de los cónyuges no impedirá el derecho del peticionario a adoptar individualmente, excepto que por acuerdo de ambos, el matrimonio podrá adoptar conjuntamente si así lo decretare el tribunal, considerando siempre como eje central el bienestar y conveniencia del adoptando.

- Cuando por decreto judicial el cónyuge del adoptante tenga restringida su capacidad jurídica, mientras dure dicha restricción, en cuyo caso habrá de notificarse dicha solicitud al otro cónyuge.

El tribunal tendrá discreción para resolver situaciones como las dispuestas en esta sección, teniendo siempre como guía para su decisión el bienestar y conveniencia del menor. (Enmendado en el 1947, ley 353; 1953, ley 86; 1995, ley 8).

Herencias: En ausencia de un testamento, ante la muerte de un individuo en una pareja del mismo sexo, el sobreviviente no tiene derecho a

heredar aunque en vida la pareja haya creado una comunidad de bienes y una unidad productiva. Si la pareja ha establecido una comunidad de bienes, entiéndase que ambos son titulares (dueños) de dichos bienes, el que sobrevive siempre retiene su participación (porciento de propiedad) en dicho bien.

El orden establecido por el Código Civil de PR para heredar a falta de testamento es el siguiente: Artículos 893 – 912 (31 L.P.R.A. secs. 2641 -2691)

- Descendientes (hijos, nietos, bisnietos, y otros)
- Ascendientes (Padres y madres, abuelos, y otros)
- Colaterales preferentes (hermanos e hijos de hermanos)
- Cónyuge supérstite (el cónyuge que sobrevive)
- Colaterales (primos, tíos, y otros)
- Estado Libre Asociado

Las parejas del mismo sexo no están cobijadas por este orden para heredar, viéndose forzadas a otorgar testamento para poder proteger a su pareja. Esto conlleva una inversión adicional de dinero que en muchos casos puede sobrepasar la cantidad de $1,000.00.

- **Decisiones de Salud y al final de la vida:** En ausencia de un matrimonio legal sólo los familiares próximos con relación consanguínea tienen la autoridad legal de tomar y participar en estas decisiones. Para que la pareja de una persona que convive con alguien de su mismo sexo pueda participar de las decisiones de salud y del final de la vida tienen que otorgar un "Living Will" o "Declaración Previa de Voluntad" en la cual nombren tutor a su pareja. Esto conlleva una inversión de dinero de entre unos $150.00 a $300.00.

- **Seguridad Social y Beneficios de Pareja:** Beneficios como planes médicos familiares y beneficios de jubilación para la pareja solo son reconocidos para parejas casadas legalmente. Existen actualmente en Puerto Rico patronos que están reconociendo los beneficios de plan médico a las parejas consensuales, sean o no del mismo sexo. Entre estos la industria aérea, farmacéuticas y la Universidad de Puerto Rico.

- **No-discriminación por orientación sexual:** Se hace necesario establecer la Política Pública del Gobierno del Estado Libre Asociado en contra del discrimen por orientación sexual en el empleo o cualquier gestión gubernamental a que son objetos los individuos y parejas homosexuales a diferencia de los heterosexuales.[1]

Estos son los beneficios y protecciones más importantes que acarrea el matrimonio reconocido legalmente. Las parejas del mismo sexo, al no tener derecho a estas protecciones a través del matrimonio, tienen que recurrir a otros recursos legales (testamentos, seguros de vida y otros.) para poder tener los mismos derechos. El problema de estos recursos legales es que existe la posibilidad de que sean cuestionados por terceras partes, como sería el caso de las herencias aun cuando existe un testamento o un poder duradero para tomar decisiones de salud. Estas situaciones no solo atentan contra la seguridad económica y el ejercicio de la autonomía sino que somete a las personas a situaciones de prejuicio que se añade a la situación difícil que ya están pasando. La falta de protecciones también le impone a las parejas del mismo sexo una carga económica, ya que para tener las mismas protecciones tienen que incurrir en gastos legales para crear testamentos y otros recursos legales. Esto a su vez afecta a aquellas parejas con menor educación y de bajos recursos que no tienen acceso a la información o recursos económicos para protegerse legalmente (DeVries et al. 2009, Human Rights Campaign Foundation 2004).

1. Estado Libre Asociado de Puerto Rico (2009). Proyecto de la Cámara de Representantes 1725 para prohibir el discrimen por orientación sexual en el empleo.

En Puerto Rico recientemente no ha habido apertura para cambiar el código civil y su definición de matrimonio. La enmienda que lee "cualquier matrimonio entre personas del mismo sexo o transexuales contraído en otras jurisdicciones, no será válido ni reconocido en derecho en Puerto Rico" fue añadido en el 1999. En el 2007 se discutió en el senado la Resolución 99, que pretendía elevar a rango constitucional la definición del matrimonio como uno compuesto entre un hombre y una mujer. Recientemente en el 2009, en la discusión de un proyecto de ley que agilizaría los procesos de adopción en el Senado de Puerto Rico algunos senadores querían explícitamente prohibir la adopción en las parejas del mismo sexo aun siendo evidente que dicha inclusión no era necesaria. Esto nos indica que en los pasados años la discusión pública en las esferas de gobierno ha estado reacia no sólo a la discusión de la aceptación del matrimonio de parejas del mismo sexo, sino que ha habido un intento de minimizar el reconocimiento de dichas parejas y limitar la posibilidad de que en algún momento se pueda hacer.

Los proponentes del matrimonio de parejas del mismo sexo han argumentado que la prohibición del matrimonio es un asunto de derechos humanos y derechos civiles. La negación del matrimonio en la ley implícitamente, y en los debates en su entorno explícitamente, va en contra de la declaración de los derechos humanos que reconoce la dignidad intrínseca y los derechos iguales de la comunidad homosexual. De igual manera se argumenta que se viola el artículo 7 de la declaración de derechos humanos que expone el derecho a la igual protección de la ley. Interesantemente, la corte suprema de los estados unidos en el caso Loving V. Virginia (388 U.S.1), sobre el matrimonio interracial, argumentó que el matrimonio es "uno de los derechos humanos básicos del hombre". No obstante dicha declaración aún se sigue negando a un sector de la población a ser participes de dicho derecho por su orientación sexual. Los proponentes del matrimonio del mismo sexo argumentan que las leyes que prohíben el matrimonio entre parejas del mismo sexo no son constitucionales. Aunque este es un argumento importante, nuestra discusión y análisis no se enmarca en la legalidad de la prohibición del matrimonio de parejas del mismo sexo, sino en si dicha prohibición es ética.

El matrimonio: Definición y rol desde la óptica socio-antropológica

El matrimonio es la institución fundamental de las sociedades, y es universal a través de las culturas y la historia humana. El matrimonio responde a problemas universales de la humanidad: la reproducción social a través de la producción y socialización de nuevos miembros y la expansión de redes sociales; la organización de la producción económica; y el control del acceso sexual. En la antropología la definición del matrimonio ha sido una difícil de conceptualizar debido a la diversidad de respuestas y arreglos culturales que forman parte de la historia de la humanidad. La literatura etnográfica evidencia una gran variedad de arreglos matrimoniales, desde la monogamia, la poligamia, y los matrimonios de individuos del mismo sexo. Debido a esta diversidad, Edmund Leach (1955) argumentó que era imposible proveer una definición universal del matrimonio, sin embargo identifica diferentes tipos de derechos provistos por instituciones clasificadas como matrimonios en diversas culturas. Según Leach, el matrimonio puede, pero no siempre logra lo siguiente entre las partes contrayentes:

- Establecer el padre y la madre legitima (socialmente) de un niño o niña.[2]
- Monopolio sexual
- Derecho al trabajo y su producto
- Derechos sobre la propiedad
- Establecer una base común de propiedad para el beneficio conjunto y de la progenie.

2. La legitimidad aquí se refiere al reconocimiento social, que en la sociedad moderna se plasma en el reconocimiento legal, de la paternidad y maternidad que conlleva una serie de derechos y responsabilidades. De la misma manera el reconocimiento de paternidad es un reconocimiento social. Por ejemplo entre los Nuer dos mujeres pueden casarse y el rol de "padre" es asumido socialmente por una de las mujeres en la pareja. El padre biológico no tiene ningún rol, obligación o responsabilidad social.

- Establecer relaciones de afinidad socialmente significativas para los contrayentes de un matrimonio y sus familiares.

Es importante destacar que el acercamiento antropológico del matrimonio esbozado por Leach (1955) y las definiciones de otros antropólogos, no sólo enfocan en el matrimonio como una institución fundamental para la sociedad, sino que también se entiende el matrimonio como una institución social que confiere a los individuos una serie de derechos que les permiten participar plenamente en la sociedad. El reconocimiento social del matrimonio es fundamental porque los derechos que se confieren a los individuos provienen de dicho reconocimiento.

La definición de Leach (1955) y de aquellos con una visión antropológica intenta abarcar la diversidad a través del tiempo y de las culturas, y, por lo tanto, es una definición básica que requiere ser explorada y contextualizada en escenarios particulares. Las descripciones y análisis del matrimonio en la literatura antropológica no necesariamente nos proveen una visión clara del rol del matrimonio en la sociedad contemporánea moderna enmarcada en los estados ya que el contexto y la organización social son muy distintos. Para muchas de las culturas con organización social simple descritas en la literatura etnográfica, el reconocimiento social se extiende a reconocimiento comunal o a un grupo socio-cultural de extensión limitada. El matrimonio organiza una división de trabajo más simple que en muchas culturas se divide entre labores de producción domésticas y económicas. Aunque existen diferencias en los arreglos de matrimonio y su reconocimiento en sociedades simples y complejas como la nuestra, como veremos a continuación el rol del matrimonio mantiene una razón de ser similar.

En sociedades complejas como la nuestra el reconocimiento social del matrimonio y los derechos que provienen de él provienen a través del estado. No es suficiente el reconocimiento otorgado por una comunidad en particular a la relación establecida entre individuos. En una sociedad compleja, la seguridad económica que provee la formación de una unidad productiva en el matrimonio depende de instituciones legitimizadas por el estado, como sería por ejemplo los sistemas de

jubilación. En nuestra sociedad compleja el rol del matrimonio en la vida de los individuos también ha cambiado aunque mantiene una relación estrecha con los derechos y rol identificados por Leach (1955). Becker (1981) propuso que el matrimonio en la sociedad moderna provee una "complementariedad de producción", en la cual la pareja (en este caso el hombre y la mujer) se especializan en esferas domésticas y de mercado, y por lo tanto son más productivos juntos que aparte. Sin embargo, los cambios sociales han modificado un poco el rol del matrimonio en las sociedades occidentales complejas. Con la entrada masiva de las mujeres al mercado laboral, en conjunto con la tecnología tanto médica como laboral y doméstica, ha cambiado la razón de ser del matrimonio y nuestra manera de entenderlo (Stevenson y Wolfers 2007). El matrimonio visto desde un acercamiento productivo y económico sirve como un mecanismo para compartir riesgos y beneficios. En otras palabras el matrimonio provee una base de protección económica ante los vaivenes individuales. Esta protección no sólo se da para la pareja de casados sino que se extiende a sus hijos. En su fundamento el matrimonio, tanto en sociedades simples como complejas, es una institución importante para la vida gregaria del ser humano que permite crear unidades productivas y de apoyo que sirven de base para la seguridad de los individuos y la producción y reproducción de la sociedad. Aunque la base del matrimonio es similar a través de las sociedades, su significado y arreglos culturales han sido diversos pues responden a las necesidades sociales e individuales que surgen en cada contexto local e histórico.

El matrimonio entre parejas del mismo sexo se ha identificado en diversas sociedades pero su razón de ser varía de cultura en cultura. El antropólogo Williams (1993) ha descrito diferentes sociedades en todos los continentes donde el matrimonio entre parejas del mismo sexo ha sido reconocido. No es hasta la llegada y dominio de la cultura occidental y el cristianismo que dichas prácticas sociales comienzan a percibirse como negativas y comienzan a perder su rol y aceptación social. Interesantemente la aceptación socio-cultural del matrimonio de parejas del mismo sexo parece surgir como respuestas a dos tipos de problemas: problemas sociales y familiares que responden a

la unidad productiva; y problemas individuales de cómo insertar a la sociedad a individuos que no se encajan en la dualidad sexual tradicional de masculino y femenino. Un ejemplo del matrimonio de parejas del mismo sexo como respuesta a problemas familiares y sociales lo sería el de los indígenas Kaska de Canadá. Su modo de producción se basaba en la cacería y los padres que sólo tenía hijas enfrentaban una situación precaria cuando el padre envejecía y se le dificultaba cazar. La respuesta era criar a una hija como varón. Para ello, se escoge a la hija con características más masculinas, entrenándola como cazadora y cambiando su estado a varón por medio de ceremonias, lo que le permitía casarse con otra mujer durante su ciclo vital (Williams 1993). De manera similar entre los Nuer de Sudan, y los Yoruba e Ibo del Oeste de África, una mujer puede casarse con otra si el padre solo tiene hijas sin herederos y quiere que su patrilineaje sobreviva, aunque estos matrimonios son sociales y no necesariamente sexuales (Murray y Roscoe, 1993). Estos ejemplos pueden considerarse basados en coerción donde la imperativa del conjunto social puede ir por encima de los deseos individuales. La literatura etnográfica también provee ejemplos donde la sociedad y cultura se han adaptado para incorporar a individuos que no se conforman a la dualidad sexual tradicionalmente aceptada, creando nuevas categorías de género que incorporan al individuo. El ejemplo más conocido es el de los *berdashe* o "Dos-espíritus" de las naciones indígenas de Norteamérica (Gilley 2006). El rol de *berdashe* es socialmente reconocido y valorado y se les permite casarse con parejas del mismo sexo. De igual manera los Chuckchi de Siberia institucionalizaron el matrimonio de parejas del mismo sexo, donde un hombre que exhibía características femeninas tenía un lugar socialmente aceptado. La familia inclusive consideraba un gran honor el casar a un hijo con un hombre exitoso y de recursos económicos.

El hecho de que el matrimonio de parejas del mismo sexo ha sido socialmente aceptado en varios contextos sociales e históricos puede considerarse no ser justificación necesaria para reconocer socialmente el matrimonio de parejas del mismo sexo en nuestra sociedad. El matrimonio (su significado y la forma aceptada que toma) se construye culturalmente ante contextos diversos. La breve presentación de ejemplos

de matrimonios de parejas del mismo sexo no tiene la intención de sugerir que existen posibles modelos a emular, pero si nos expone a varios puntos importantes y nos invita a reflexionar sobre la postura de nuestra sociedad. Es indudable que la homosexualidad y otras orientaciones sexuales son parte de la condición humana y su diversidad, la cual es importante respetar. Los ejemplos de matrimonios de parejas del mismo sexo en la historia humana también subrayan la importancia del matrimonio en la organización social. Ya sea como respuesta a una problemática familiar o como respuesta a la orientación sexual de un individuo, estos casos demuestran que para la participación social y económica de dichas familias e individuos el reconocimiento social del matrimonio era un imperativo.

Los dos puntos anteriores nos invitan a reflexionar sobre la siguiente pregunta: si las identidades de género y orientaciones sexuales diversas son parte de la condición humana, ¿es ético o correcto no permitirle a dichas personas participar de una de las instituciones fundamentales de la sociedad, el matrimonio? Indudablemente la respuesta a ésta pregunta desde un punto de vista sociológico (fuera del ámbito de los valores basados en creencias religiosas) dependerá: 1) del rol del matrimonio en la participación social y económica del individuo y; 2) en el efecto que diferentes configuraciones de matrimonio (hombre-mujer, mujer-mujer, hombre-hombre y otros) pueden tener en la estabilidad de la sociedad y sus instituciones. Sobre el primer punto, los que se oponen al matrimonio del mismo sexo pueden argumentar que en nuestra sociedad contemporánea no es tan importante el matrimonio para la participación en la actividad económica y social. Muchas personas solteras, divorciadas y viudas han tenido y tienen vidas exitosas, económica y socialmente, donde desarrollan sus proyectos de vida. Si bien es cierto que en nuestra sociedad el matrimonio no es indispensable para la integración social, también es cierto como veremos más adelante que el matrimonio está asociado a mejores indicadores de salud y a un sinnúmero de ventajas asociadas a la seguridad económica y social.

Sobre el segundo punto se han escuchado muchos argumentos en los medios de comunicación. Se ha argumentado que el matrimonio de

parejas del mismo sexo debilita la institución del matrimonio existente y de esa manera su significado, esto a su vez podría debilitar la sociedad al restarle valor a una institución tan fundamental. Relacionado a lo anterior, también se argumenta que los matrimonios de parejas del mismo sexo pueden tener un impacto negativo en el desarrollo de los niños y niñas que crezcan en estos hogares. No existe evidencia alguna que sustente dichos argumentos. No hay estudios que demuestren diferencias en identidad por género, orientación sexual en la etapa de la adultez, roles sociales, preferencias sexuales, juegos u actividades entre niños preadolescentes criados por madres o padres homosexuales y lesbianas en comparación con parejas heterosexuales (Bailey et al 1995; Gottman 1989). Varias asociaciones profesionales se han pronunciado sobre estos argumentos tales como, la Asociación Americana de Pediatría, la Sociedad Pediátrica del Canadá, por mencionar algunas. La Asociación Americana de Antropología en un pronunciamiento en el 2004, en (American Anthropological Association 2004) dice que "los resultados de un siglo de investigaciones antropológicas en hogares, relaciones de parentesco y familias, a través de las culturas y el tiempo, no proveen ningún sostén a la posición de que la civilización u órdenes sociales viables dependen del matrimonio exclusivamente como una institución heterosexual" (American Anthropological Association 2004). En aquellas culturas donde se ha practicado el matrimonio de parejas del mismo sexo, el matrimonio heterosexual no se ha visto afectado. Irónicamente, los cambios en las instituciones fundamentales del matrimonio, la configuración de hogares y parentesco surgen con los cambios culturales y económicos que surgen del contacto con sociedades de la cultura occidental. Tanto la Academia Americana de Pediatría (2002) como la Asociación Americana de Psicología (2007), han pronunciado que no hay ninguna evidencia empírica que sustente el argumento de que los niños y niñas que se crían en hogares de parejas del mismo sexo tienen desventajas de desarrollo. Ante la ausencia de una justificación racional sustentada con el conocimiento existente, entendemos que no es ético el negar a personas el acceso y reconocimiento a la institución del matrimonio que como hemos argumentado es central en la vida social humana. Entendemos que dicha negación, como expondremos a continuación constituye una injusticia social.

Justicia Social y el matrimonio de parejas del mismo sexo

Justicia Social: Definición y Modelo

El concepto de justicia social surge a partir de las desigualdades que existen en la sociedad y busca equilibrar las desigualdades por medio de la búsqueda de protecciones para los sectores más débiles y minoritarios. La idea de justicia social está orientada a la creación de las condiciones necesarias para garantizar una vida decente para toda la población. Aunque el concepto de justicia social surge como respuesta a las desigualdades económicas, el concepto abarca todas las condiciones necesarias para una vida plena (económica, psicológica, ambiental y social entre otras). Es importante recalcar que las diferentes dimensiones de la vida humana, aunque separadas conceptualmente para su entendimiento, estudio y transformación, en realidad están íntimamente entrelazadas (Powers y Faden 2006).

En la presente exposición utilizamos el modelo de justicia social de Powers y Faden (2006), que permite analizar una política publica para determinar si se adhiere a los requerimientos de la justicia social. Este modelo toma como fundamento los objetivos que busca lograr una política pública determinada como la base para analizar si reúne los requisitos básicos de justicia. Dentro de este modelo la justicia social se "mide" a través del bienestar humano. El bienestar humano se mide a través de la suficiencia en seis dimensiones que se identifican como esenciales para el bienestar humano: salud, seguridad personal, capacidad racional, respeto, apego, y autodeterminación. Estas dimensiones del bienestar humano identificadas tienen urgencia moral porque son importantes para todo ser humano no importa sus planes o fines. Según Powers y Faden (2006: 5) es el "trabajo de la justicia el lograr la suficiencia de éstas seis dimensiones esenciales del bienestar humano". Cualquier política pública que atente en contra de la suficiencia en alguna de las dimensiones de bienestar no es justa. Aunque seguimos el modelo de Powers y Faden consideramos que hay una dimensión importante que no es tratada adecuadamente en su modelo. Por eso estimamos conveniente añadir al modelo para nuestra discusión una

séptima dimensión que llamaremos seguridad social. Con este concepto nos referimos a la capacidad de los individuos para satisfacer sus necesidades básicas y poder resguardarse de situaciones que puedan atentar contra dicha seguridad. En una sección más adelante explicaremos más a fondo nuestra justificación para dicha inclusión.

El modelo de Powers y Faden (2006) no provee un nivel mínimo en cada dimensión para poder medir la suficiencia o insuficiencia en las dimensiones identificadas. Sin embargo, nos provee un modelo a través del cual analizar las consecuencias de una política pública dentro del marco de la justicia social. Un punto importante que hay que recalcar es que las diversas dimensiones del bienestar humano expuestas por Powers y Faden, aunque son moralmente distintas están entrelazadas entre sí. Como será evidente en la discusión de las dimensiones las deficiencias en una dimensión pueden, y usualmente afecta las otras dimensiones. Por ejemplo, la falta de respeto puede afectar la salud en su aspecto psicológico.

A continuación analizamos la política pública existente en Puerto Rico de no permitir a las parejas del mismo sexo contraer matrimonio. Esta política pública se encuentra codificada en la definición de matrimonio del Código Civil de Puerto Rico Art. 68, que lo define como uno entre un hombre y una mujer. La discusión se organizara a través de las dimensiones identificadas por Powers y Faden de relevancia a la política pública sobre los matrimonios de parejas del mismo sexo y se evaluarán las consecuencias de dicha política en cada dimensión en las personas de la comunidad homosexual, lesbiana, bisexual y transgénero.

Respeto

El respeto es un elemento esencial en el desarrollo humano. Como nos plantea Powers y Faden (2006: 23), "el respeto hacia los demás involucra el tratar a los demás como entes morales dignos que se merecen consideración moral igualitaria. El respeto requiere la habilidad de ver a los otros como fuentes independientes de valor moral y dignidad". La falta de respeto por un lado afecta la calidad de vida del individuo en

su interacción diaria y por otro afecta su autoestima porque se puede internalizar la visión e imagen negativa que se proyecta con la falta de respeto hacia el individuo. La falta de respeto se expresa a través de prejuicios y estigmas sociales a grupos de la población por su raza, clase, etnicidad, género y orientación sexual.

Los homosexuales de todas las épocas han tenido que lidiar no sólo con mitos creados sobre ellos, sino con prejuicios que los han llevado a perder su familia, amistades, trabajo, participación en la toma de decisiones, y hasta su reputación personal cuando se ha evidenciado su homosexualidad. Se han realizado varios esfuerzos para concienciar a la comunidad pero no se ha logrado cambiar la realidad de que la sociedad actual continúa considerando los homosexuales como un grupo que por su conducta y modo de vida no son propios de ser aceptados (Juarbe 1995).

La población homosexual ha sido víctima de diversos estigmas y prejuicios (Herek 1998). En muchos sentidos el discrimen por razón de orientación sexual exhibe sus propias características. Las personas sometidas a este tipo de discrimen sufren experiencias específicas de menoscabo que nos son idénticas a las de las mujeres y los hombres heterosexuales a quienes se les discrimina por ser mujeres o por ser hombres. En relación a los hombres homosexuales y las mujeres lesbianas circulan estereotipos particulares. Más aún, muchas veces el discrimen asume formas peculiares y puede manifestarse en contextos distintos al de otras formas de discrimen por razón de género. Esas particularidades del discrimen por orientación sexual merecen estudiarse con más detenimiento y deben tomarse medidas específicamente dirigidas a erradicarlo (Comisión Judicial Especial para Investigar el Discrimen por Genero en los Tribunales de Puerto Rico 1995: 25).

La discriminación y los prejuicios a los que ha sido sometida la comunidad homosexual han tenido un impacto en la autoestima de algunos individuos y ha sido internalizada (Friedman y Downey 1999; Moss 2002). La discriminación que surge en torno a la homosexualidad también ha tenido un impacto negativo en el desarrollo, salud mental y la

incidencia de suicidios en esta comunidad que afectan tanto a jóvenes como a adultos mayores (D'Augelli 1998; D'Augelli y Grossman 2001; Cochran y Mays 2000).

En el caso particular de la población de personas Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgénero e Intersexo (LGBTI), los crímenes de odio son el ejemplo más devastador y terrible de lo que puede provocar la discriminación abierta y la exclusión social legitimada por el Estado en las personas que son y que se vinculan de forma diferente. Los discursos de homofobia en los medios de comunicación, en particular los esgrimidos por líderes políticos y religiosos en Puerto Rico son discursos que pueden utilizar los perpetradores de estos crímenes para justificar sus acciones. En este mismo contexto debemos indicar que según evidencian un estudio realizado por más de 18 investigadores de seis centros universitarios de investigación en los Estados Unidos, se identifica al estrés relacionado con la estigmatización y la invisibilidad ciudadana que enfrentan las personas LGBTI como uno de los mayores factores de riesgo para un pobre estado de salud, la pobre prognosis en caso de condiciones crónicas y severas y la muerte prematura (Rodríguez, Vélez y Torres-Degró 2008).

La falta de reconocimiento y prohibición del matrimonio para las parejas del mismo sexo tiene como consecuencia el perpetuar la discriminación a la que han sido objeto. Interesantemente, los prejuicios existentes contra la comunidad homosexual y transgénero, son en gran medida, lo que ha imposibilitado el poder reconocer el matrimonio a parejas homosexuales. Las discusiones y debates sobre esta política han puesto de manifiesto los perjuicios existentes y la falta de respeto a esta comunidad como entes morales que merecen ser valorados.

Mientras se prohíba el reconocimiento de las relaciones del mismo sexo por parte del estado, se está haciendo una distinción entre individuos por motivo de su orientación sexual y le provee beneficios y protecciones a unos y no a otros, implícitamente dejando manifiesto que algunos individuos tienen mayor valor social que otros. La dimensión de respeto no estará completamente saciada hasta que todos los

individuos en la sociedad tengan igualdad de oportunidades y derechos. Hay que recalcar que aún proveyendo todos los beneficios del matrimonio con otro nombre como unión civil, la dimensión de respeto se vería afectada porque se estaría perpetuando una diferencia artificial entre grupos de la población.

Apego

Powers y Faden (2006) argumentan que la formación de lazos de apego es una de las dimensiones centrales del bienestar humano. Los lazos de apego incluyen dos dimensiones, una personal e íntima, relacionada al amor, la amistad y la familia, y otra relacionada a un sentido de solidaridad con la comunidad y sociedad en general. Hay una relación estrecha entre la habilidad de formar relaciones de apego a nivel íntimo y las relaciones del individuo con la sociedad. Cuando existen problemas en la creación de estos lazos afectivos puede surgir una falta de conexión entre el individuo y la sociedad. Powers y Faden argumentan que la justicia social "requiere que la totalidad de las instituciones y convenciones sociales deberían ser de tal forma que prepare a las personas para vidas en las cuales los lazos afectivos y las capacidades para la identificación empática con los demás sean cultivadas. Es importante mencionar que las dimensiones de apego y respeto, aunque separadas, están íntimamente ligadas y se refuerzan la una a la otra. Una estructura social que no provee respeto a un grupo en particular puede limitar la capacidad de desarrollar lazos afectivos de los individuos y su sentido de solidaridad con la comunidad en general y la sociedad.

La política de prohibición del matrimonio de parejas del mismo sexo tiene posibles consecuencias para la necesidad de apego de las personas homosexuales. Esta conexión está íntimamente ligada a la dimensión de respeto que fue discutida anteriormente. La política pública refuerza la visión de que hay algo inherentemente malo o inmoral en la orientación sexual de un individuo. Especialmente en jóvenes y adolescentes durante una etapa crucial de la formación de lazos afectivos con pares, los prejuicios sociales pueden llevar al retraimiento por sentidos de culpa o vergüenza que pueden llevar a una falta de integración social así como

tener un efecto en la salud mental (Anhalt y Morris 1998; Hunter y Schaechter 1987; Kourany 1987; Tharinger y Wells 2000).

La política de prohibición del matrimonio de las parejas del mismo sexo también lleva consigo un mensaje y prejuicio implícito referente a la capacidad de las parejas del mismo sexo a ser padres y madres responsables y adecuadas. En Puerto Rico no es legal la adopción por ambos padres o madres en parejas del mismo sexo. La ley indica que solo pueden adoptar parejas legalmente casadas. Más aun recientemente en la discusión un proyecto de ley en el Senado de Puerto Rico para agilizar la adopción se discutió la integración de una enmienda que prohíba explícitamente la adopción por parte de parejas del mismo sexo. Este tipo de política pública es problemática por dos razones. Primero, perpetúa los prejuicios que ya se han discutido. Segundo, niega a un sector de la población el establecer relaciones afectivas como padres sin una justificación fundamentada. Diversos estudios científicos han demostrado que la educación de los menores en parejas de mismo sexo no es diferente si la comparamos con parejas heterosexuales. En ningún caso se ha probado con evidencia el hecho de que un menor sufra problemas psicológicos porque sus padres sean del mismo sexo (Asociación Americana de Psicología 2007; Asociación Americana de Pediatría, 2002). Los científicos opinan que lo importante para el menor es un techo que sirva de seguridad, acomodo, protección y que permita al niño un pleno desarrollo biopsicosocial con las mejores condiciones de vida posible para el disfrute de la plena salud. Sin embargo, algunos profesionales de la salud opinan que es necesaria la presencia de la figura masculina y femenina para el desarrollo integral del niño. El neuropsiquiatra Rekers (1986; 2005) argumenta con numerosos estudios por qué un niño necesita un padre y una madre. Su estudio sirvió de base para evitar la adopción de menores en parejas del mismo sexo en el estado de la Florida. Sin embargo, existen varios estudios en la literatura que demuestran que los padres homosexuales a diferencia de padres heterosexuales se adhieren a guías y modelos de disciplina más estrictos, muestran un énfasis mayor en el desarrollo de destrezas cognitivas del niño, y prestan mayor atención a las actividades que promueven un mejor crecimiento y desarrollo en sus

primogénitos (Bigner y Jacobsen 1992). Varios estudios que comparan a madres lesbianas con madres en uniones heterosexuales demuestran que no existen diferencias en la personalidad, relaciones de pares, autoestima, conductas aberrantes, progreso académico o calidad de las relaciones familiares con relación a los niños y las conductas observables (Green et Al. 1986). Otra limitación citada es que los niños de parejas del mismo sexo están sujetos a la marginación, discrimen y la exclusión, pero esto es producto de una sociedad que ha institucionalizado el prejuicio contra la comunidad homosexual y no debe ser razón para penalizar a los individuos involucrados.

Seguridad Personal

Powers y Faden (2006) conciben la dimensión de seguridad personal con la salud. Entienden esta dimensión como una en la que se circunscriben al abuso físico y psicológico producto de la violencia, la intimidación, la tortura, y la violación.

En la decisión del caso el Pueblo de Puerto Rico vs. Leandro Ruiz Martínez del 2003, el Tribunal Supremo dictaminó que la Ley 54 (Ley para la prevención e intervención con la violencia doméstica) sólo aplica aquellos casos de violencia doméstica que ocurren en la relación entre hombre y mujer. Esta decisión se basa en la falta de reconocimiento de las parejas del mismo sexo por parte del estado, no solo como matrimonios sino también como parejas que cohabitan legalmente. Esto significa que los individuos dentro de relaciones del mismo sexo no tienen mecanismos de protección similares que los de las parejas heterosexuales. Esto es problemático por varias razones. Aunque en su lenguaje la Ley 54 explícitamente hace referencia al problema de la desigualdad de poder entre hombres y mujeres en su exposición de motivos también "reconoce que la violencia doméstica atenta contra la integridad misma de la familia y de sus miembros y constituye una seria amenaza a la estabilidad y a la preservación de la convivencia civilizada de nuestro pueblo". Uno de los motivos para la Ley es el preservar un ambiente de paz en la familia. El excluir a las parejas del mismo sexo de la Ley 54, implícitamente se está argumentando que

las relaciones de parejas del mismo sexo no componen una familia. También obvia el hecho de que dentro del seno familiar de las parejas del mismo sexo también se crían hijos. Decisiones como ésta también obvian un entendimiento más contextualizado de la construcción de género y de cómo puede manifestarse en la violencia doméstica entre parejas del mismo sexo (Kanuha, 2005). También obvia uno de los factores que definen la violencia doméstica, su ocurrencia dentro de un contexto de intimidad y lazos afectivos que complican su intervención (Sokolof, 2005).

Seguridad Social

Estimamos conveniente añadir al modelo de Powers y Faden (2006) una séptima dimensión que llamamos seguridad social. Con este concepto nos referimos a la capacidad de los individuos para satisfacer sus necesidades básicas y poder resguardarse de situaciones que puedan atentar contra dicha seguridad. Esta dimensión entonces se refiere al acceso y capacidad de obtener y retener los recursos materiales y sociales necesarios para satisfacer las necesidades básicas y una buena calidad de vida. Powers y Faden se refieren a esta dimensión implícitamente a través de las otras dimensiones. En su exposición, el aspecto económico sirve de base para poder satisfacer las seis dimensiones que presentan. Desde esa óptica la distribución de recursos económicos y materiales necesaria para la justicia se mide a través de su necesidad y suficiencia para satisfacer las dimensiones que identifican. Las necesidades básicas de resguardo y alimentación por ejemplo están implícitas en la dimensión de salud. En otras palabras la dimensión económica es un medio y no un fin. Aunque dicha conceptuación tiene sus méritos, estimamos que hay una dimensión social de seguridad que merece atención aparte. Las dimensiones que se contemplan en el modelo en cierta medida se satisfacen a través de la disposición de recursos. Con la dimensión de seguridad social no nos referimos a tener acceso a los recursos en sí, la seguridad social se puede definir como un sentido de seguridad psicológica en el cual el individuo tiene la capacidad para reproducirse socialmente y mantener su rol e integración social.

El matrimonio provee una serie de protecciones sociales importantes ante posibles eventos inesperados como accidentes o la muerte súbita de un miembro de la pareja o la seguridad económica durante la jubilación. Como hemos presentado en nuestra exposición anterior, el matrimonio es una unidad productiva donde se crea una comunidad de bienes que sirve para compartir los riesgos y beneficios individuales. El reconocimiento del matrimonio provee a los individuos un nuevo rol social con derechos y obligaciones claras que lo integran al orden social que tiene asociado un conjunto de protecciones sociales y de apoyo que sirven para proveer continuidad ante eventos inesperados.

El evitar que las parejas del mismo sexo se casen legalmente los expone a riesgos ante eventos como accidentes, la muerte de la pareja y la jubilación entre otros, que pueden afectar la seguridad económica. En ausencia de un testamento, la línea de sucesión establecida por ley excluye a la pareja sobreviviente. Una persona homosexual puede perder su hogar y gran parte de su seguridad económica en caso de la muerte de su pareja. Esto se puede evitar con la presencia de un testamento, pero nuevamente entendemos que no es justo que se le nieguen oportunidades a un segmento de la población por sus preferencias sexuales.

La jubilación presenta otro problema que está relacionado al anterior. Al no estar reconocido legalmente el matrimonio, no le permite a una pareja sobreviviente recibir beneficios a través del seguro social u otro sistema de pensión aunque durante gran parte de su vida una pareja del mismo sexo haya participado en una unidad productiva. La viudez, aún con las protecciones sociales del matrimonio, expone a los individuos, especialmente a los de edad avanzada en mayor riesgo de pobreza e inestabilidad económica. La muerte de un miembro de la pareja del mismo sexo puede costarle al sobreviviente miles de dólares y tiene un riesgo mayor que una persona casada de perder su hogar en la edad avanzada, periodo del ciclo vital donde más difícil es poder reponerse a vaivenes económicos (Human Rights Campaign Foundation 2004).

Los miembros de una pareja del mismo sexo han desempeñado durante sus vidas conjuntas el rol social de pareja en nuestra sociedad, que

conlleva derechos, deberes y responsabilidades de apoyo entre otros. La falta de reconocimiento legal del matrimonio a parejas del mismo sexo pone en duda el rol social de pareja que han desempeñado durante sus vidas conjuntas lo que abre la puerta a cuestionamientos por terceras partes durante eventos difíciles como la enfermedad o muerte de la pareja. Esto puede llevar a situaciones que excluyen a la pareja de un sobreviviente de eventos de enfermedad o muerte de acceso a visitas en instituciones de salud y la exclusión de las decisiones al final de la vida. Hay mecanismos legales que pueden minimizar estas posibles desventajas a la seguridad social, como los testamentos vitales, pero éstas tienen mayor probabilidad de ser cuestionadas, de tal manera cuestionando el rol social del sobreviviente y limitando su integración social.

Salud

La salud es una dimensión indispensable del bienestar. Sin la salud y los medios para preservarla y restituirla en caso de enfermedad, se limita la posibilidad de desarrollar proyectos de vida y de poder florecer como seres humanos. La salud para Powers y Faden (2006) comprende tanto la salud física como la mental y otros aspectos importantes asociados a la salud como la movilidad, el dolor, la reproducción y su control, la nutrición y otros.

Como punto de partida es apropiado establecer que la salud es un derecho fundamental indispensable para el ejercicio de otros derechos humanos. La salud como derecho fundamental inherente a la raza humana no discrimina por razones de raza, color, nacimiento, sexo, origen, condición social, condición, creencias religiosas, orientación y preferencia sexual o ideologías políticas. De acuerdo a la Declaración Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (1966) cada ser humano tiene derecho al disfrute del mejor estado de salud posible conducente a una vida digna. El derecho a la salud incluye ciertos componentes que legalmente se pueden hacer cumplir. Cabe señalar que la Constitución del Estado Libre Asociado de Puerto Rico no garantiza el derecho a la salud para los puertorriqueños.

La salud de los individuos está influenciada en gran parte por una serie de factores sociales, culturales, económicos y políticos, que a su vez impactan el entorno físico, ambiental y recursos disponibles a los individuos en la sociedad. De acuerdo a múltiples investigaciones científicas y sociales, uno de los factores sociales de mayor importancia social es el matrimonio. Un matrimonio estable y prolongado en el tiempo tiene un efecto positivo sobre la salud de las personas. Hughes y Waite (2009) argumentan que "si imaginamos que la salud es como una cuenta en el banco, el matrimonio es un mecanismo de ahorro".

El matrimonio es el eje central social para la constitución de la familia. La familia es un subsistema de la sociedad, por lo que mantiene una interacción constante con otros subsistemas sociales como el económico, el político-judicial, el educativo, el gubernamental, la prestación de servicios de salud y otros. En el ámbito de la salud pública se define a la familia como una unidad o sistema social para la convivencia, para la salud humana y como el núcleo central para organizar el sistema de servicios en torno a la salud. Los miembros de cada unidad familiar mantienen una relación e interdependencia entre sí, influyéndose recíprocamente en su estado de salud y bienestar social. Por lo que la familia, los matrimonios, las parejas y el reconocimiento de éstas están estrechamente relacionados con la salud. Investigaciones científicas demuestran que las personas que viven en pareja tienen un mejor estado de salud que las que viven solas debido a varios factores que favorecen la salud individual, tales como: el aumento de las redes de apoyo para una mejor calidad de vida, la práctica de estilos de vidas más seguros, un mejor cuidado de la salud, más estabilidad social, y mayor acceso a los sistemas de salud (Mehbriaban et al. 2000).

Las parejas del mismo sexo se pueden beneficiar igualmente del apoyo social y el sentido de protección que da el ser legitimado como pareja, el matrimonio o convivencia y la familia ante la sociedad. Según los hallazgos en un acervo de la literatura hecho por Rodríguez, Vélez y Torres-Degró (2008), las parejas del mismo sexo que no pueden ser legitimadas:

- están en mayor riesgo de la no detección o la detección tardía de múltiples formas de cáncer,
- acuden con menor frecuencia a programas de cernimiento para prevención de enfermedades,
- están más propensas al suicidio por las circunstancias físicas de exclusión social que enfrentan de forma sostenida y consistente,
- están más propensas a las consecuencias negativas del estrés, la depresión y el suicidio,
- se les limita el acceso a servicios de salud adecuados y experimentan discrimen, falta de sensibilidad de parte de proveedores de servicios de salud,
- están a mayor riesgo de uso y abuso de sustancias como alcohol, tabaco y otras drogas ilícitas debido a la presión social de la exclusión y la doble vida para poder convivir con una sociedad machista,
- enfrentan dificultades para encontrar y mantener empleo debido al discrimen no explícito por razones de orientación sexual,
- están a mayor riesgo de depresión y otras condiciones de salud mental causadas por las circunstancias de opresión que viven estas personas en el plano personal, de empleo y social en general,
- están sujetos a un mayor riesgo a ataques físicos y verbales violentos en contra de sus personas y
- están más a riesgo de exposición a crímenes de odio, la discriminación y la marginación por parte de la sociedad y la dificultad de hablar de ello a otras personas por temor a represalias.

DeVries et al. (2009) identifica al estrés relacionado con la estigmatización y la invisibilidad ciudadana que enfrentan las personas LGBT como

uno de los mayores factores de riesgo para un pobre estado de salud, la pobre prognosis en caso de condiciones crónicas y severas y la muerte prematura. Las parejas de mismo sexo suelen presentar un grado más elevado de miedo al futuro y ansiedad que aquellas cuya unión ha sido legalmente reconocidas por la sociedad y el Estado, y por consiguiente estarían en mejor posición de encarar asuntos relacionados con la vejez, pensiones, testamento vital y directrices avanzadas.

DeVries et al. (2009) manifiesta que *"en este momento estamos empezando a explorar los efectos del reconocimiento legal de las relaciones de pareja de gays y lesbianas".* La primera conclusión es clara. *"La falta de reconocimiento de estas relaciones lleva un sentimiento de ser un ciudadano de segunda clase y a un estrés asociado a ese estatus no deseado aquellos que residen en estados que no reconocen sus uniones se sienten menos cuidados, y además se preocupan menos por dar los pasos legales necesarios para afrontar mejor sus últimos años".*

Los matrimonios del mismo sexo no reconocidos por el estado tendrían limitaciones en otros aspectos relacionados a la salud como lo son el acceso a servicios, disponibilidad de un seguro médico familiar, la toma de decisiones sobre la salud de los individuos en pareja, y la inhabilidad para la toma de decisiones al final de la vida por parte del cónyuge. Estos son protecciones que se encuentran cobijadas dentro del matrimonio y pueden tener repercusiones negativas como veremos a continuación.

No existen al presente opciones reconocidas por el Estado para incluir cubiertas de seguro médico (física y mental) para parejas del mismo sexo en Puerto Rico. Las pólizas de seguros para esta población han de ofrecer beneficios más específicos, como el acceso a clínicas y médicos especialmente afines a clientes homosexuales, así como el reconocimiento de las relaciones de parejas homosexuales y sus correspondientes necesidades de salud (Ej. Terapia hormonal individualizada para los transgénero, inseminación artificial para lesbianas, planificación familiar, y otros.). Otras implicaciones relacionadas se mencionan a continuación:

- El sistema de salud asume que todos sus clientes son heterosexuales al establecer las cubiertas y beneficios para sus abonados.

- Discriminación por orientación sexual entre homosexuales de edad avanzada en residencias geriátricas.

- Consideraciones ginecológicas en las mujeres lesbiana.

- Pruebas de cernimiento para ETS, SIDA; Cáncer de Próstata en hombres homosexuales y los prejuicios del profesional de la salud, especialmente los galenos varones heterosexuales.

- Falta de beneficios laborales de seguros de salud para parejas homosexuales dado el hecho que la mayoría de los empleadores en los EEUU y PR no están preparados para este tipo de solicitud de beneficios.

Uno de los problemas más preocupantes en torno a la salud entre las parejas del mismo sexo lo son los derechos a tomar decisiones de salud así como decisiones al final de la vida. En Puerto Rico las disposiciones en estos ámbitos se cobijan legalmente dentro del matrimonio. En el caso de accidente o la incapacidad de un miembro de la pareja la persona que mejor conoce sus deseos, su pareja, puede que esté imposibilitado legalmente de expresar y decidir por el o ella. Estos problemas se pueden minimizar legalmente con testamentos vitales, directrices anticipadas y poderes legales. Sin embargo, estos documentos no siempre cubren todas las posibles situaciones que pueden ocurrir, especialmente en accidentes y con la tecnología médica moderna. En adición, se han reportado casos de atención médica de parejas del mismo sexo en los cuales aún con todos los documentos legales las instituciones de salud u otros familiares han hecho caso omiso a ellos o han disputado su validez. Entendemos que no es justo que unos sectores de la población tengan que gastar tiempo y dinero en procedimiento y protecciones adicionales por su orientación sexual. La falta del reconocimiento del rol de pareja que se evidencia en las decisiones

de salud y al final de la vida están relacionadas a la dimensión de seguridad social, porque limita la continuidad del rol y reproducción social que han establecidos los individuos envueltos.

Autodeterminación

La autodeterminación es uno de los valores centrales en la teoría política liberal. Partiendo de Mill, Powers y Faden (2006) lo definen como la posibilidad de vivir la vida según las decisiones, intereses y valores propios. Es menester del estado liberal el garantizarle a los individuos la protección del estado para poder tomar decisiones y acciones autodirigidas. En una sociedad justa las obstrucciones para lograr los proyectos de vida deben ser mínimas, y cualquier obstrucción debe ser debidamente justificada como medida que promueva la convivencia y vele por los derechos del conjunto.

La política de prohibición del matrimonio de parejas del mismo sexo en gran medida es un obstáculo en la autodeterminación de la comunidad homosexual y transexual. La falta de reconocimiento del matrimonio de parejas del mismo sexo limita la capacidad de esta comunidad de formar una comunidad de bienes y de sentirse completamente partícipes en la sociedad que los rodea.

Justicia Social: Resumen

Dentro del modelo de justicia social de Powers y Faden (2006) es difícil medir la suficiencia en las diferentes dimensiones de bienestar que componen su modelo. Cuando hablamos de suficiencia nos referimos que no hay una medida objetiva o una línea de demarcación establecida para determinar si los recursos disponibles o las carencias en una o varias de las dimensiones en el modelo de justicia social son suficientes para determinar que no se ha logrado justicia para la población afectada. Sin embargo el modelo nos provee un marco conceptual a través del cual poder analizar las implicaciones de la política pública de prohibir el matrimonio de parejas del mismo sexo. En la exposición de las diferentes dimensiones está claro que dicha prohibición y falta de reconocimiento

pone a este sector poblacional en desventaja en comparación con las parejas heterosexuales. En la gran mayoría de las dimensiones no hay una métrica de suficiencia que nos permita con certeza establecer que la prohibición del matrimonio atenta contra la justicia social. La excepción en las dimensiones de bienestar que hemos discutido en nuestro análisis lo es la de respeto, que entendemos que en nuestra apreciación no provee un nivel de suficiencia y por ende entendemos que la prohibición de el matrimonio de parejas homosexuales no va en acorde con lo que la justicia requiere.

En nuestra exposición es evidente que los efectos de la política social de exclusión en todas las dimensiones están íntimamente ligados a la falta de respeto y consideración a la comunidad homosexual y transgénero como entes morales autónomos. Las políticas públicas que se derivan de la prohibición del matrimonio a parejas del mismo sexo refuerzan prejuicios infundados sobre la comunidad homosexual y transgénero. Como ejemplo de estos prejuicios podemos encontrar la idea de que las parejas del mismo sexo les pueden causar daños a los menores que están bajo su tutela, avalado implícitamente en la negativa de poder adoptar conjuntamente. La falta de respeto en éste ejemplo estriba en el cuestionamiento implícito de la capacidad para tomar decisiones racionales para el bienestar de los menores de edad.

La falta de respeto de la política de prohibición del matrimonio a parejas del mismo sexo tiene posibles consecuencias en la salud psicológica (autoestima), en la capacidad para desarrollar relaciones saludables de apego (solidaridad social), en la seguridad social de la continuidad del rol social de pareja y en el desarrollo de los proyectos de vida (decisiones de salud y al final de la vida) entre otros.

Conclusión y Recomendaciones

En el presente trabajo hemos analizado la validez ética de la política pública existente en Puerto Rico que prohíbe el matrimonio de parejas del mismo sexo. Hemos utilizado dos ópticas de análisis para evaluar la política pública existente: un análisis del rol del matrimonio en la vida

humana y un análisis basado en un modelo de justicia social. Nuestro análisis nos lleva a la conclusión que, tanto el matrimonio como la homosexualidad, son parte de la condición humana. Reiteramos la interrogante presentada anteriormente: si las identidades de género y orientaciones sexuales diversas son parte de la condición humana, ¿es ético o correcto no permitirle a dichas personas participar de una de las instituciones fundamentales de la sociedad, el matrimonio? Nuestra respuesta es que no es ético porque no existe una justificación fundamentada en el conocimiento empírico existente que sustente dicha prohibición. La negación de derechos, beneficios, oportunidades y protecciones a un sector poblacional cuando no hay un interés apremiante social que lo justifique va en contra de la igualdad ante la ley y en el proceso implícitamente se envía el mensaje de que dichos individuos no tienen el mismo valor moral que el resto de la población.

Otra forma de analizar si una política pública es ética es evaluando si es justa. Hemos evaluado la prohibición de los matrimonios del mismo sexo con el modelo de justicia social de Powers y Faden (2006). Se ha analizado los efectos de la política pública en siete dimensiones de bienestar que es el menester de la justicia salvaguardar. Como mencionamos anteriormente, la insuficiencia en algunos de estos dominios plantea un problema de justicia. Uno de los problemas de este modelo y cualquier otro que evalúe la justicia, es saber qué es suficiente para argumentar que se ha cometido una injusticia. Aunque es difícil argumentar la insuficiencia en todos los dominios es aparente que la política pública tiene efectos en varios dominios de bienestar y en diferentes grados. Sin embargo, un dominio donde no cabe duda que hay insuficiencia es el de respeto. Powers y Faden argumentan que una política pública sustentada empíricamente y científicamente puede ser injusta si promueve el prejuicio y la falta de respeto a un grupo en particular.

La falta de reconocimiento de las parejas del mismo sexo sustenta y promueve los prejuicios a los que es sometida esta población. Estos prejuicios a su vez afectan otras dimensiones del bienestar como lo son la salud, tanto física como psicológica. El promover dicho prejuicio

sirve de base para promover la violación de los derechos humanos al no reconocer el valor moral intrínseco de esta población que lleva a la negación de la igualdad de derechos. El respeto es una de las dimensiones más importantes del bienestar. Nuestra conclusión por lo tanto es que la prohibición del matrimonio de parejas del mismo sexo es injusta y por ende no es ética.

Recomendamos que a las parejas del mismo sexo se les permita el reconocimiento del matrimonio legal. Dicha acción tendrá un efecto positivo en la perpetración de la discriminación de la que son objeto la comunidad homosexual, lesbiana, transexual y transgénero. También le proveerá a dichas parejas la protección y beneficios a los que tienen derecho en carácter de la igualdad de todos los ciudadanos del estado. Aunque se han propuesto otras opciones como el reconocimiento de las uniones de hecho y uniones civiles con derechos iguales o similares a la de los matrimonios heterosexuales reconocidos, entendemos que esto sería un paso en la dirección correcta porque minimizaría algunas de las desventajas de las parejas del mismo sexo. No obstante estimamos que no es suficiente, porque propagaría una división ilusoria entre tipos de parejas y ciudadanos ante el estado y la sociedad. Nuestro análisis nos mueve a promover el reconocimiento de las parejas del mismo sexo con igualdad de derechos y reconocimientos que las parejas heterosexuales, es una imperativa de derechos humanos, derechos civiles y la justicia social.

Referencias

- Anhalt, K., y Morris, T. (1998). Developmental and adjustment issues of gay, lesbian, and bisexual adolescents: A review of the empirical literature. *Clinical Child & Family Psychology Review,* 1:215-230
- American Academy of Pediatrics. (2002). Coparent or Second-Parent Adoption by Same- sex Parents. *Pediatrics 109* (2): 339-340.
- American Anthropological Association. (2004). Statement on Marriage and the Family. Recuperado de http://www.aaanet.org/issues/policy-advocacy/Statement-on- Marriage-and-the-Family.cfm

- American Psychological Association. (2007). Resolution on Opposing Discriminatory Legislation and Initiatives Aimed at Gay, Lesbian and Bisexual Persons. Recuperado dehttp://www.apa.org/about/governance/ council/policy/discriminatory- legislation.aspx

- Bailey, JM. Bobro, D. Wolfe, M. Mikach S. (1995). Sexual orientation of adult sons of gay fathers. *Developmental Psychology*. 31: 124-129.

- Becker, G. (1981). *A Treatise on the Family*. Boston: Harvard University Press.

- Bigner J. y Jacobsen RB. (1992). Adult responses to child behavior and attitudes toward fathering: gay and nongay fathers. *Journal of Homosexuality*. 23: 99-112.

- Cochran, S. D., & Mays, V. M. (2000). Lifetime prevalence of suicide symptoms and affective disorders among men reporting same-sex sexual partners: Results from NHANES III. *American Journal of Public Health, 90*(4): 573-578.

- Comisión Judicial Especial para Investigar el Discrimen por Género en los Tribunales de Puerto Rico. (1995). El discrimen por Razón de Género en los Tribunales. Tribunal Supremo de Puerto Rico.

- D'Augelli, A. R. (1998). Developmental implications of victimization of lesbian, gay, and bisexual youths. In G. M. Herek (Ed.), *Stigma and sexual orientation: Understanding prejudice against lesbians, gay men, and bisexuals*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

- D'Augelli, A. R., & Grossman, A. H. (2001). Disclosure of sexual orientation, victimization, and mental health among lesbian, gay, and bisexual older adults. *Journal of Interpersonal Violence, 16*(10): 1008-1027.

- DeVries, B., Mason, A., Quam, J., Acquaviva, K. (2009). State recognition of same- sex relationships and preparations for end of life among lesbian and gay boomers. *Sexuality Research and Social Policy: Journal of NSRC*. 6 (1): 90-101.

- Rodríguez-Diaz, C., Vélez, C.M. y Torres-Degró, A. (2008). Ponencia de la Escuela Graduada de Salud Pública el Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico ante la Comisión de lo Jurídico de la Cámara de Representantes de Puerto Rico en relación a la Resolución Concurrente 99 que propone una enmienda a la Constitución de Puerto Rico, "para elevar a rango constitucional el matrimonio, constituido sólo por la unión legal entre un hombre y

una mujer con capacidad legal, en conformidad con su sexo original de nacimiento". Presentada en la Camara de Representantes de Puerto Rico.

- Friedman, R. C., & Downey, J. (1999). Internalized homophobia and gender-valued selfesteem in the psychoanalysis of gay patients. *Psychoanalytic Review, 86*, 325-347.

- Gerardo, A. F. (2004). Protecting workers against discrimination based on sexual orientation and gender identity: The expansive reaches of the constitution of Puerto Rico. *Rev. C.A.P.R.* 65: 111- 115.

- Gilley. BJ. (2006*). Becoming two-spirit: Gay identity and social acceptance in Indian country.* Lincoln, NE: University of Nebraska Press.

- Gottman JS. (1989). Children of gay and lesbian parents. *Marriage and Family Review*. 14:1977-196.

- Green, R. Mandel, JB. Hotvedt, ME. Gray, J, Smith, L. (1986). Lesbian mothers and their children: a comparison with solo parent heterosexual mothers and their children. *Arch Sexual Behavavior* 15:167-184

- Herek, G. (Ed.). (1998). *Stigma and sexual orientation: Understanding prejudice against lesbians, gay men, and bisexuals*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

- Hughes, M. E y Waite, L.J. (2009). Marital biography and health at mid-life. *Journal of Health and Social Behavior* 50 (3): 344-358.

- Bennett, L. Gates, G. (2004). *The Cost of Marriage Inequality to Gay, Lesbian, and Bisexual Seniors. A Human Rights Campaign Foundation Report.* Washington, DC: Human Rights Campaign.

- Hunter, J. Schaecher, R. (1987). Stresses on lesbian and gay adolescents in schools. *Social Work in Education, 9*(3), 180-190

- Juarbe, D. (1995). El estatus constitucional del discrimen por orientación sexual: la homosexualidad como causa de despido en el empleo público. *Rev. Jurídica U.I.P.R.* 29: 351.

- Kanuha, J. (2005). Compounding the triple jeopardy: Battering in lesbian of color relationships. In Sokolof (Ed.) *Domestic Violence at the Margins*. New Jersey: Rutgers University Press.

- Kourany, RF. (1987). Suicide among homosexual adolescents. *Journal of Homosexuality, 13*(4): 111-117.

- Leach, E. (1955). Polyandry, inheritance and the definition of marriage. Man 55: 182- 186
- Mehbriaban Pienta, A. et al. (2000). Health consequences of marriage in the Rretirement years. *Journal of Family Issues,* 21 (5): 559-586
- Moss, D. (2002). Internalized homophobia in men: Wanting in the first person singular, hating in the first person plural. *Psychoanalytic Quarterly,* 71: 21-50.
- Murray y Roscoe, eds. (1998). *Boy-wives and female husbands: Studies in African homosexualities.* New York, San Martin's Press.
- Pawelski et Al. (2006). The effects of marriage, civil union and domestic partnership laws on the health and wellbeing of children. *Pediatrics,* 118 (1):349-364.
- Powers and Faden. (2006).*Social justice: the moral foundations of public health and health policy.* Oxford; University Press.
- Rekers, G. A., (1986). Inadequate sex role differentiation in childhood: The family and gender identity disorders. *Journal of Family and Culture*, 2(3): 8-37
- Rekers, G.A. (2005). An Empirically Supported rational basis for prohibiting adoption, foster parenting, and contested childhood custody by any person residing in a household that includes a homosexually-behaving member. *St. Thomas Law Review,* 18 (2): 325- 424
- Sokolof (Ed.). (2005). *Domestic violence at the margins*. New Jersey: Rutgers University Press.
- Stevenson y Wolfers. (2007). *Marriage and divorce: Changes and their driving forces.* Working Paper No. 12944, National Bureau of Economic Research, Cambridge
- Tharinger, D. y Wells, G. (2000). An attachment perspective on the developmental challenges of gay and lesbian adolescents: The needs for continuity of caregiving from family and schools. *School Psychology Review, 29*(2): 158-172Williams, W. (1993). Social acceptance of same-sex marriages: Models from other cultures. Paper presented in the American Anthropological Association's annual conference, Washington, D.C.

Ética en las Escuelas de Negocios: Estudio empírico de Puerto Rico[1]

Silvia López Paláu, PhD.
Beatriz Rivera-Cruz, PhD.

Las últimas décadas se distinguieron por múltiples y profundos cambios mundiales así como por escándalos corporativos. En Estados Unidos, la Ley Sarbanes-Oaxley, y la adopción de códigos de ética en muchas organizaciones (Adams, Tashian and Shore, 2001; Kaptein, 2004), constituyó una respuesta a las estafas corporativas en ese país. De hecho, la sección 406 de dicha Ley requiere que las compañías que venden sus valores al público tienen que informar si han adoptado un código de ética para sus ejecutivos o las razones por las que no lo han hecho (Mc Kay, Kidwell and Kling, 2007).

1. Las autoras desean agradecer profundamente los comentarios y observaciones hechas por los revisores de este artículo. Los mismos sirvieron para hacer del articulo uno de mayor calidad, lo cual nos llena gran satisfacción.

Ello resultó en nuevas exigencias y demandas en los sistemas de educación superior (Rodríguez, 2006; AACSB, 2004). La relación entre la universidad, la sociedad y el gobierno ha evolucionado y está basada en la evaluación de resultados y en la acreditación de la calidad de los programas (Solis y Pérez, 2004). La enseñanza de la ética en las escuelas de administración de empresas se ha convertido en un requisito vital de las agencias acreditadoras especializadas en la disciplina (AACSB, 2003 y ACBSP 2004). La *Association to Advance Collegiate Schools of Business*, *International* (de aquí en adelante AACSB, por sus siglas en inglés) promueve una serie de estándares, incluyendo, entre otros, la adopción de un código de ética.

Tanto el requisito de la Ley Sarbanes-Oaxley como la recomendación de las agencias acreditadoras descansan en la presunción de que los códigos de ética son instrumentos efectivos para controlar el comportamiento de los individuos, minimizando actos no éticos. Sin embargo, la realidad empírica es que en Estados Unidos muchas empresas crean códigos éticos simplemente porque lo exige alguna legislación o para reducir la penalización en caso de incumplimiento. Como resultado muchos códigos tienen un enfoque excesivamente legal y su implantación no se promueve para fomentar la reflexión ética en la organización, perdiendo valor (Valor y González, 2007).

Los códigos de conducta comienzan a aparecer en Estados Unidos y luego se extienden a Europa, Canadá y Japón, y más recientemente a Latinoamérica. Nueve de cada diez empresas estadounidenses disponen de un código ético. En Europa, las cifras son menores: 31% en Francia y 51% en empresas alemanas (Malem, 2005). Estas cifras en la adopción de códigos pone de manifiesto diferencias entre Estados Unidos y Europa. Mientras en la cultura estadounidense hay una tendencia a recurrir más a los códigos como instrumento de control, en la europea, y en la latinoamericana esta función se alcanza en gran medida mediante legislación (Puerto Rico, Ley N°12. 1985).

Dadas las diferencias culturales que impactan la discusión, la enseñanza y la conducta ética, y la falta de estudios empíricos que arrojen

luz sobre el proceso, el reto de cumplir con los estándares sobre ética requeridos por la AACSB y la Accreditation Council for Business Schools and Programs (de aquí en adelante ACBSP, por sus siglas en inglés), en el contexto de una escuela no estadounidense, requiere investigación y reflexión. Es menester evaluar la apertura de los constituyentes de las universidades latinoamericanas a la implantación de un código de ética y la percepción que tienen de la utilidad de los mismos para controlar el comportamiento de los individuos.

Objetivos

Este estudio pretende evaluar si adoptar un código de ética en la Facultad de Administración de Empresas de la Universidad de Puerto Rico tendría el impacto que esperan las agencias acreditadoras, o si es necesario desarrollar un instrumento más adecuado a nuestra realidad histórica y social como latinoamericanos. En esa dirección, este estudio tiene varios objetivos específicos. Primero, identificar la disposición de los diferentes constituyentes de la organización para adoptar un código de ética. Segundo, identificar la apreciación del ambiente ético organizacional que tienen los constituyentes. Tercero, examinar cómo los constituyentes definen lo que es ético. Por último, identificar posibles diferencias de opinión entre aquellos grupos que coexisten en el quehacer de las escuelas de negocios (docentes, estudiantes y administradores) al igual que posibles diferencias por género.

Revision de literatura

Los cambios económicos y políticos en unión a los escándalos corporativos acaecidos en el mundo en las últimas décadas han creado un interés creciente en el tema de la ética. La discusión se hizo más ferviente por el impacto que las conductas antiéticas afectaron a individuos en particular aquellos cuyos ahorros de retiro fueron diezmados por las malas decisiones de algunos individuos en esas corporaciones en Estados Unidos. Por otro lado, en países latinoamericanos se están desarrollando importantes modelos de trabajo sobre la responsabilidad social corporativa, componente esencial de la enseñanza de la ética.

La conducta ética en las organizaciones es motivo de preocupación y estudio en todas partes del mundo.

La respuesta de la academia a estos cambios y eventos ha sido dual. Muchos creen que las escuelas de administración de empresas tienen las herramientas para sentar la pauta de la conducta ética en las corporaciones, a través de los profesionales que prepara. Durante la primera década del milenio las publicaciones y conferencias sobre ética han aumentado en cantidad y profundidad de planteamientos. En julio de 2007, se publicó en la cumbre *Global Compact* de las Naciones Unidas, la iniciativa de los Principios para la Educación Gerencial Responsable. Este documento, de carácter colaborativo entre organizaciones de diversos países, está dirigido a promover la responsabilidad corporativa a nivel global, por medio de un pronunciamiento inequívoco acerca del papel preponderante de las escuelas de administración de empresas para dirigir al mundo corporativo en su cambio de conducta hacia la sustentabilidad y responsabilidad social. Insistir al aseverar que "Las prácticas organizacionales de las escuelas de empresas deben servir de ejemplo de los valores y actitudes que queremos enseñar a nuestros estudiantes" (Naciones Unidas, 2007).

Requisitos de las Agencias Acreditadoras sobre la Ética

Las agencias acreditadoras, en especial la AACSB, han sido enfáticas en la importancia del tema de la ética en sus estándares de acreditación. En el 2002, cuando los estándares estaban en proceso de revisión, se creó el *Ethics Education Task Force (EETF)* para identificar áreas potenciales en las que la educación ética en las escuelas de empresas pudiera mejorarse. Este comité produjo en el 2004 el documento *Ethics Education in Business Schools*, como guía para la enseñanza de la ética en administración de empresas, en aquellos programas que estuvieran buscando la acreditación.

El *Ethics Education Task Force* concluye de su investigación que son cuatro los temas importantes sobre la enseñanza de la ética: la responsabilidad de las empresas en la sociedad, la toma de decisiones

éticas, el liderato ético y las políticas del gobierno corporativo. El estudio enfoca la gestión académica que debe ocurrir dentro del salón de clases con un currículo que intencionalmente integre el tema de la ética en forma contundente. Con esta revisión la agencia acreditadora reclama más énfasis en la educación ética a través de 3 de sus 21 estándares. Los estándares que atienden el asunto son: el estándar 13 – Responsabilidad educativa individual del profesor; el estándar 14 – Responsabilidad educativa del estudiante y el estándar 15 – Gerencia Curricular[2] (AACSB, 2011).

Además de la enseñanza de la ética, AACSB requiere que las acciones diarias de la escuela reflejen también una filosofía ética donde haya políticas, procedimientos, sistemas para querellas y reclamaciones de carácter ético. En general, la política de las agencias acreditadoras no es una de prescripción o de endoso a una única forma de atender los estándares. Sin embargo, de acuerdo con su experiencia organizacional y cultural, ofrecen ejemplos e interpretaciones de lo que las escuelas pueden hacer para cumplir con los estándares. En el caso de las expectativas de conducta ética, la AACSB sugiere el desarrollo de un código de ética, procedimientos, sistemas disciplinarios y códigos de honor.

La agencia acreditadora está también interesada en que las escuelas tengan establecidas expectativas claras de la conducta ética de sus administradores, docentes y estudiantes. Dicen los estándares de acreditación de AACSB, "que la conducta ética es preeminente al proceso de impartir una educación empresarial de calidad"[3]. Esta expectativa de conducta ética implica que el estudiante, además de recibir instrucción sobre la ética, interactúa a su vez en un sistema organizacional que modela el liderato ético así como sistemas y procedimientos administrativos que conducen a una conducta ética.

De los más recientes estándares de acreditación, muchos han interpretado que la solución es la adopción de un código de ética

2. Para más detalles sobre los estándares aquí mencionados, refiérase a www.aacsb.edu.
3. Traducción de las autoras.

para las escuelas de negocio. Sin embargo, el esfuerzo de la AACSB, aunque meritorio, no ha sido estudiado de tal manera que se pueda tener una idea de su impacto y efectividad. Los pocos estudios al respecto ofrecen evidencia combinada. Mientras que algunos sugieren que los códigos de ética ayudan a definir las preocupaciones éticas de las organizaciones (McDonald et al.1989), otros insisten más a la necesidad del compromiso de la gerencia para lograr el comportamiento ético deseado (Wood et al., 2003) y otros reportan sobre factores más importantes que los códigos de ética para influenciar el comportamiento (Farrel et al., 2002).

Códigos de Ética

Las empresas de negocio que adoptan códigos de ética, van en aumento. Las motivaciones para su adopción pueden ser internas o externas. El principal motivo interno consiste en utilizar el código como sistema de control organizacional, que pretende ordenar y hacer predecible el comportamiento de los empleados (Weaber y Treviño, 1999). Esto es particularmente importante en empresas multinacionales, las cuales utilizan los códigos para guiar los procesos de toma de decisión evitando posibles conflictos debido a las diferencias en las normas éticas de empleados pertenecientes a diferentes culturas (Adam y Rachman-Moore, 2004).

Aunque se mencionan en la literatura varias motivaciones externas, tales como: mejorar la reputación o atraer inversores éticos, (Doig y Wilson, 1998; Kaye, 1996; Schroeder, 2002), la motivación más importante es de tipo legal. Muchas empresas crean códigos éticos simplemente porque lo exige alguna legislación, como ocurre en Estados Unidos, desde la aprobación de la Ley Sarbanes-Oxley de 2002, o para reducir la penalización en caso de incumplimiento, desde la entrada en vigencia de la *Sentencing Commission Guidelines* en 1991 lo cual ofrece ventajas legales a empresas que refuerzan el cumplimiento legal a través de la implantación de códigos de conducta y programas éticos (Kaplan, Dakin and Smolin, 1993). Esto explica el enfoque excesivamente legal que tienen muchos de los códigos y que

no se promueven con el ánimo de fomentar la reflexión ética en la empresa (Valor y González, 2007).

McKay (2007) encontró en la academia una alta resistencia de parte de los decanos a establecer códigos de ética. Las razones ofrecidas frecuentemente para considerar adoptarlos fueron: evitar nuevos litigios y por que la AACSB requería su implantación para otorgar la acreditación a sus programas académicos. Kidwell (2003) sugiere que la implantación de códigos de honor es efectiva para disminuir el comportamiento no ético de los estudiantes, basado en un estudio de Estados Unidos que encontró que 78% de los estudiantes de universidades que no tenían códigos de honor admitían haberse comportado no éticamente frente al 57% de estudiantes de universidades que tenían códigos que admitían el mismo comportamiento. Sin embargo, Glenn Van Loo y Frances (1993) en un estudio longitudinal de las dos décadas entre el 1960 y el 1980, encontró que la creencia tanto de estudiantes como de profesionales respecto a la utilidad de los códigos para mejorar el ambiente ético de las empresas, había ido decayendo. Los encuestados contestaron que lo más importante para mantener el ambiente ético era su propio código personal y el comportamiento de los superiores. Schmidt (2000) argumenta también que en Latinoamérica los códigos de ética, "con su fuerte contenido esquemático, reglamentario y altamente normativo" e importados de otras culturas no son eficaces. El éxito de los códigos de ética depende entre otros factores de su legitimidad, de su rigor, de si es medible, si se puede controlar técnicamente; si el sistema de seguimiento y auditoría es independiente y transparente, y de su grado de complementariedad con la regulación estatal, (Valor y González, 2007) Los resultados y propuestas de los estudios de códigos de ética, tomados en conjunto, revelan que la adopción de los mismos no parece tener el resultado esperado en el comportamiento ni en Estados Unidos, ni en otros países.

Diferencias Culturales

El movimiento de internacionalización requiere reconocer las diferencias culturales que impactan la educación empresarial y el cumplimiento de los estándares de acreditación respecto a la ética. La literatura en

el área de la ética ofrece una amplia discusión de estudios teóricos y empíricos del efecto de los sistemas de valores culturales y de enseñanza en las percepciones de problemas éticos (López, 2005). Varios estudios al investigar el contexto de los negocios han encontrado diferencias en el razonamiento moral de los individuos de diferentes países de Asia, Europa y Estados Unidos (Christie et al., 2003; Moon and Franke, 2000; Langlois et al. 1990; Dubinsky et al. 1991; Honeycutt et al. 1995; Singhapakdi et al. 1994; Whipple et al. 1992; White et al. 1992; Lysonski 1991; Gul et al. 1993; Schultz et al.1993; Cohen et al. 1995; Smith y Hume 2001, 2005). Arnold et al. (2006), encontraron diferencias en las percepciones éticas de actividades incluidas frecuentemente en los códigos de conducta entre los participantes de ocho países europeos. En conjunto, estos estudios sugieren que las percepciones, el razonamiento y la toma de decisiones éticas están influenciados por la cultura.

Definición de lo Ético

Las diferencias culturales no son el único obstáculo para entender el comportamiento ético de los individuos. También es imperativo identificar el proceso de razonamiento y la toma de decisiones éticas. Hacia esa dirección los investigadores han dedicado un esfuerzo considerable en estudiar la teoría del Desarrollo Moral propuesta por Kohlberg (1976). Esta teoría establece que el desarrollo moral de los individuos ocurre en seis etapas jerárquicas y consecutivas en donde evoluciona de la lógica egoísta hasta alcanzar un razonamiento moral basado en la justicia y la deontología. Gran parte de las investigaciones de esta teoría han utilizado como instrumento de medición el *Defining Issues Test*, DIT, por sus siglas en inglés desarrollado por Rest (1979). No obstante, no hay evidencia empírica que apoye el vínculo entre el desarrollo moral y el comportamiento (Bay, 2002; Buchan, 2005). Más aún, se ha dado por sentado el supuesto de universalidad de la teoría reduciendo el análisis e interpretación de los resultados a ideas preconcebidas. Algunos investigadores han señalado el posible sesgo del instrumento de medición (Tsui 1996; Sweeney 1995; Ma and Cheung, 1996), mientras que otros como Gilligan (1982) y Reiter (1996) han señalado un posible sesgo en el ámbito teórico.

En la década de los noventas surgió un nuevo enfoque empírico con la utilización del Multidimensional Ethics Scale (MES). Reidenbach and Robin (1990), desarrollaron esta escala a partir de la revisión de la literatura dedicada a la filosofía moral. El MES está diseñado para identificar los conceptos subyacentes al razonamiento moral y las razones que consideran los individuos para evaluar éticamente acciones particulares. Ellos identificaron 5 modos de razonamiento moral: la justicia, el relativismo, la deontología, el egoísmo y el utilitarismo.

La filosofía de la justicia se basa en que los iguales sean tratados de igual manera. El relativismo argumenta que las reglas éticas no son necesariamente universales. La deontología sugiere que la ética está sujeta a los deberes, las obligaciones o a los contratos implícitos entre los individuos y la sociedad. El egoísmo define el comportamiento correcto de acuerdo a las consecuencias para el individuo mientras que el utilitarismo busca el mejor bien para el mayor número de personas. López Paláu (2006) añadió al instrumento conceptos de religión y de la teoría del cuidado propuesta por Gilligan (1982).

El *MES* ha sido utilizado en estudios de juicios éticos en mercadeo (Reidenbach et al. 1988, 1990, 1991; Tsalikis y LaTour 1995; Hansen 1992), en gerencia (Kujala 2001; Henthorne et al. 1992), en contabilidad (Flory et al. 1992; Cohen et al. 1993, 1995, 1996, 1998, 2001; López-Paláu 2000, 2001, 2006; Cruz et al. 2000; Buchan, 2005) y en negocios en general (Beekun, 2005). Los resultados de estos estudios, tomados en conjunto, sugieren que no hay tal evolución jerárquica en el desarrollo moral, sino que los individuos utilizan múltiples criterios morales para hacer sus evaluaciones y los ajustan de acuerdo a la situación. Además, los estudios que han hecho comparaciones entre diversos países han encontrado diferencias en las respuestas por nacionalidad o cultura. Por lo tanto, es de esperarse que las personas definan lo que es ético influenciados por su cultura y utilizando diversas filosofías éticas simultáneamente. Ello implica que la redacción de los códigos de ética debe responder al razonamiento moral particular de los usuarios.

El problema se complica cuando consideramos que las escuelas de administración de empresas cuentan con constituyentes diversos en los

que cada grupo opera desde una expectativa diferente en términos de conducta, tiempo y tipo de trabajo. El proceso de enseñanza-aprendizaje implica un intercambio de ideas y valores que contribuyen, deseablemente, al desarrollo intelectual del estudiante. En esta dinámica, el estudiante está expuesto a una diversidad de puntos de vista en una etapa de desarrollo acelerado. El estudiante universitario trae consigo un cúmulo de experiencias y valores que provienen principalmente de su familia y, quizás, de su iglesia, para aquellos que practican una religión. Tales elementos informan su definición de lo que es ético. Hay que considerar que el estudiante en este contexto, es una figura de carácter pasajero. Al completar sus estudios en 4 o 5 años dejan su espacio a otros estudiantes, creando un "ciclo de vida" que no se repite para el estudiante, pero sí para los profesores y el personal administrativo.

Al mismo tiempo, en este contexto universitario coexisten los profesores que se han pulido académicamente y en términos de experiencias organizacionales que informan y moldean sus valores así como su comportamiento ético. Los profesores son figuras de autoridad, que tienen un impacto temporal sobre los estudiantes. La universidad es el contexto de trabajo para el profesor, es la organización donde opera con relativa expectativa de permanencia. Esta realidad puede implicar que se concentren más en el contenido de las disciplinas tradicionales de empresas y menos en atender asuntos conductuales, ajenos, quizás en su percepción, a su propia experiencia.

El personal administrativo de la universidad también traerá una visión diferente de lo que es ética y el ambiente ético organizacional. Su experiencia organizacional es diferente a la de los otros dos grupos de constituyentes, debido a su carácter más permanente en la universidad así como el hecho de que su trabajo en términos de las tareas que realiza, se dirige a las políticas y procedimientos de la institución.

Diferencias por Género

Otra rama de investigación ha invertido un esfuerzo considerable en encontrar diferencias por género a varios problemas éticos. Al presente,

se han obtenido resultados contradictorios independientemente de la muestra o del instrumento de medición utilizado (*DIT* o *MES*) para medir la relación entre el género y el proceso de toma de decisiones éticas. Gilligan argumenta que las mujeres obtenían puntuaciones menores en el *DIT* debido a un sesgo contra las mujeres en el instrumento. Sin embargo, Shaub (1994), y Sweeney and Roberts (1997) encontraron que las mujeres obtenían puntuaciones mayores en el *DIT*.

Un estudio de revisión de otras 56 investigaciones no encontró diferencias significativas, o de haberlas eran muy pequeñas, debido al género de los participantes (Thoma 1986). En una revisión de varias investigaciones en el área de mercadeo Tsalikis y Fritzsche (1989) encontraron que la mayor parte de los estudios concluían que las féminas se comportan de forma más ética que los hombres. En la contabilidad y otras disciplinas algunos estudios sugieren que los juicios de las mujeres tienden a ser más éticos que los de los hombres (Luthar et al., 2005; Collins, 2000; Loe et.al., 2000; Roxas et al., 2004; Cohen et al. 1998) mientras que otros no han encontrado diferencias significativas entre las decisiones éticas de las mujeres y de los hombres (McGee et al., 2007; Patterson 1994; López-Paláu 2000, 2006). Pocos estudios han concluido que los hombres son más éticos que las mujeres. (Barnett & Karson 1987; Weeks et al., 1999).

Una posible explicación para estos resultados contradictorios puede ser que se están examinando diferentes pasos del proceso de toma de decisiones éticas, siendo unos afectados por el género y otros no. El estudio de Lopez-Paláu (2006) sobre la toma de decisiones éticas en 10 países latinoamericanos encontró que los hombres y las mujeres tienden a pensar igual al tener evaluaciones similares, pero algunas veces actúan diferente, notándose en la intención de actuar. En la misma línea, Valentine et.al. (2007) y Stedham et al. (2007) encontraron que el género parece afectar la intención hacia el comportamiento, pero no la evaluación de la situación. Es decir, aún cuando los hombres y las mujeres emitan la misma evaluación ética, los hombres son más propensos a actuar de manera no ética que las mujeres. A pesar de la extensa literatura acumulada a través del tiempo, al día de hoy, no hay

resultados concluyentes respecto al efecto del género o la dirección de su impacto en el proceso de toma de decisiones éticas.

Resumen de la Revisión de Literatura

El razonamiento moral de los individuos y su definición de los que es ético parece ser un proceso multifactorial en el que se utilizan diversas filosofías morales simultáneamente, las cuales se adaptan según la situación. El género parece afectar más la propensión a actuar de determinadas maneras que las evaluaciones éticas de los individuos. Se apunta a que las percepciones, las actitudes y la toma de decisiones éticas están influenciadas por la cultura. En resumen, la literatura revisada sugiere que la adopción de códigos de ética tanto en las corporaciones como en las escuelas de negocios no necesariamente ha logrado los resultados deseados.

Metodología

Los programas de educación empresarial cuentan en general, con al menos tres grupos distinguibles que interactúan a diferentes grados e impactan el aprendizaje y la conducta: los profesores, los estudiantes y el personal administrativo. El diseño del estudio consideró estos tres grupos identificados como constituyentes directos, previendo que cada uno tiene una función y manera de convivir en la organización.

El cuestionario utilizado en el estudio fue adaptado del instrumento publicado en Munt et al. (2000). Constó de cuatro partes. En la primera se ausculta la opinión de los participantes sobre 14 premisas sobre códigos de ética y en la segunda parte, sobre 15 premisas relativas al ambiente ético de su contexto que puede ser escuela y sociedad. En ambas partes se le solicita que indiquen su acuerdo en una escala de 0% al 100% de acuerdo. De esta forma se pretende capturar la intensidad de las repuestas en una escala numérica continua con polos opuestos, en vez de las escalas Likert en la que se obtienen datos categóricos. Esto representa una innovación y una contribución de este estudio al desarrollo de instrumentos de medición cuantitativa en el

área de la investigación ética. En la tercera parte se requiere que los participantes indiquen, en orden de importancia, hasta 5 premisas que ellos utilicen para definir lo que es ético. A las siete premisas incluidas en el cuestionario de Munt et al. (2000) se le añadieron tres premisas relativas a la religión, regla de oro y teoría del cuidado las cuales fueron examinadas utilizando el MES en López (2006). Por último, se solicita información demográfica del participante. El análisis de los datos se realizó mediante el cálculo de los promedios y frecuencias. Además, los datos se analizaron mediante la prueba estadística *Whitney U* para detectar diferencias significativas por género y grupo de constituyentes.

Resultados

Composición de la Muestra

El cuestionario fue respondido por 156 participantes entre estudiantes, docentes y empleados no docentes de la Facultad de Administración de Empresas de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Rio Piedras. Casi dos terceras partes de la muestra son mujeres. La mayoría son estudiantes menores de 25 años y llevan menos de 5 años de estudios en la universidad. En la Tabla 1 se detalla la composición de la muestra.

Códigos de Ética

La Tabla 2 presenta los valores promedios obtenidos en cada premisa para el total de la muestra. Los resultados sugieren que los participantes entienden que es necesario que haya un código de ética en la universidad. Afirman tener conocimiento de lo que es un código de ética de forma contundente, pero son más tímidos para afirmar que conocen la diferencia entre un código de ética y un reglamento de trabajo. Los promedios obtenidos (en el rango de los 80%) en las preguntas relativas al contenido de un código de ética, demuestran cierta tendencia a preferir la especificidad sobre la generalidad en la redacción del mismo.

Aparentemente, una cantidad considerable de los participantes entiende que todos los constituyentes deben participar en la redacción del

Tabla 1. Composición de la Muestra

Variable	Categoría	Cantidad	Porciento
Género	Hombre	58	37.2
	Mujer	97	62.2
Edad (años)	Menor de 25	125	80.1
	25 – 40	13	8.3
	40 -55	12	7.7
	Mayor de 55	4	2.6
Tiempo en la Universidad	Menos de 5	98	62.8
	5 – 15	37	23.7
	15 -25	7	4.5
	Más de 25	5	3.2
Clasificación	Estudiante	136	87.2
	Docente	6	3.8
	No Docente	13	8.3
Grado académico más alto obtenido	4to año	106	67.9
	Bachillerato	39	25.0
	Maestría	5	3.2
	JD	1	.6
	DBA	1	1.3
	PhD	2	.6
Clase socio-económica	Alta	5	3.2
	Media-Alta	37	23.7
	Media	84	53.8
	Media-Baja	25	16.0
	Baja	3	1.9
Religión	Católica	92	59.0
	Protestante	30	19.2
	Otra	24	15.4

Tabla 2. Promedio Obtenido en las Premisas Relativas a los Códigos de Etica.

Premisas	Promedio	Desviació Estándar
Un código de ética mejoraría el rendimiento de las personas en la universidad.	73.72	24.13
Sé distinguir entre un código de ética y un reglamento de trabajo.	85.92	20.62
El comportamiento actual de las personas que trabajan en la universidad contribuye a reducir la corrupción.	45.89	29.30
Tengo conocimiento de lo que es un código de ética.	89.78	14.53
Un código de ética debe ser muy específico al señalar lo que se considera como una falta ética.	87.66	21.24
Un código de ética influiría en el comportamiento de las personas.	81.83	19.20
Un código de ética debe expresar con claridad principios éticos muy generales.	79.76	28.76
Un código de ética debe ser muy específico al señalar lo que es ético.	88.31	22.24
Debería haber un código de ética en la universidad.	90.89	16.28
Todos los constituyentes de una organización deben participar en la redacción de su código de ética.	79.54	28.61
Los códigos de ética sólo aplican a profesionales de la empresa privada.	7.37	18.62
En mis cursos universitarios se ha estudiado por lo menos un código de ética profesional.	78.70	31.89
Los códigos de ética aplican sólo a empleados del gobierno.	4.53	15.62
Me siento preparado para colaborar en la redacción de un código de ética para la Facultad de Administración de Empresas.	61.60	32.37

código, pero en general, no parecen sentirse preparados para colaborar en la redacción del mismo. Mientras unos afirman que un código de ética influiría en el comportamiento de las personas, otros son menos entusiastas al afirmar que el mismo mejoraría el rendimiento de las

personas en la universidad. Más aún, los resultados reflejan que los participantes perciben que el comportamiento actual de las personas que trabajan en la universidad no contribuye a reducir la corrupción.

Ambiente Ético

La Tabla 3 presenta los valores promedios obtenidos en cada premisa para el total de la muestra. Según los resultados obtenidos, la mayoría de los participantes tienden a estar mínimamente de acuerdo con las aseveraciones de que los profesionales graduados de administración de empresas, los profesores y los administradores se comportan de acuerdo a un código de ética (promedios entre 53% y 61%). Sin embargo, poco menos de la mitad parece dudar de que los estudiantes se comporten éticamente, (48%), lo cual resulta un tanto sorpresivo en una muestra compuesta mayoritariamente de estudiantes.

Los encuestados están un tanto en desacuerdo con las aseveraciones de que en el gobierno o en las empresas multinacionales hay más violaciones que en la empresa privada o los negocios de Puerto Rico. Reflejan un desacuerdo moderado con las aseveraciones de que los practicantes de alguna religión, las mujeres, o las personas más educadas se comportan más éticamente que los que no profesan alguna religión, los hombres, o los menos educados. El desacuerdo es más contundente en las premisas de que los jóvenes o las personas con puestos altos se comportan más éticamente que las personas de mayor edad o los de puestos más bajos. Las premisas en las que se refleja un desacuerdo contundente es en las que se afirma que los católicos o personas de clases sociales altas se comportan más éticos que las personas de otras religiones o clases sociales más bajos y en las premisas de que para ser exitoso económicamente no se puede ser ético o comportarse éticamente.

Definición de lo Ético

Esta pregunta se redactó con el objetivo de que los participantes identificaran de entre 10 premisas hasta un máximo de 5 criterios

Tabla 3. Promedio Obtenido en las Premisas Relativas al Ambiente Ético

Premisas	Promedio	Desviació Estándar
En Puerto Rico, si se quiere ser exitoso en los negocios no se puede ser ético.	17.28	26.51
En general, los administradores de la universidad se comportan de forma ética.	52.67	26.80
En general, los profesionales graduados de Administración de Empresas se comportan éticamente en sus trabajos.	60.40	22.86
Las personas practicantes de alguna religión son y se comportan más éticamente que las personas que no tienen religión.	33.22	31.83
Las personas de clases sociales más altas son y se comportan más éticamente que las personas de clases sociales más bajas.	19.26	25.08
En las empresas, mientras más alto el puesto ocupado por una persona más éticamente se comporta.	22.47	26.63
Los católicos son y se comportan más éticamente que las personas de otras religiones	13.29	21.29
Hay más violaciones éticas en el gobierno que en la empresa privada.	48.08	33.93
Hay más violaciones éticas en las grandes empresas multinacionales que en los pequeños y medianos negocios de Puerto Rico.	42.00	28.47
Las generaciones más jóvenes son y se comportan más éticamente que las generaciones más viejas.	24.08	25.07
Las mujeres son y se comportan más éticamente que los hombres.	32.42	30.83
En general, los estudiantes de la universidad se comportan de forma ética.	47.54	26.34
Las personas que son y se comportan éticamente en sus trabajos no serán exitosas económicamente.	10.83	22.44
En general, los profesores de la universidad se comportan de forma ética.	59.18	25.93
Las personas con más educación son y se comportan más éticamente que las personas con menos educación.	32.55	33.18

que ellos utilizan para definir lo que es ético. En una escala del 1 al 5, los participantes le asignaron el número uno a la más importante y el 5 a la menos importante. Por lo tanto, mientras más bajo el valor promedio obtenido en la premisa, más importante es para los participantes que la eligieron.

Resulta igualmente valioso examinar qué premisas no fueron seleccionadas por los encuestados. La Tabla 4 presenta el por ciento del total de la muestra y las sub muestras que no eligieron cada premisa. Más de la mitad de la muestra total no eligieron las premisas que definen lo ético utilizando razonamientos egoístas, de la teoría del cuidado,

Tabla 4. Porcentaje que no Seleccionó cada Definición de lo Ético

Premisas	Total	Hombres	Mujeres	Estudiantes	Docentes	No Docentes
Lo que corresponde a mi propio interés.	87.8	84.5	89.7	87.5	100.0	84.6
Haz a los demás lo que quieres que te hagan a ti mismo.	55.1	39.7	63.9	53.7	50.0	69.2
Lo que hace bien al mayor número de personas posible.	42.3	32.8	47.4	41.2	16.7	61.5
Lo que es legal.	42.3	50.0	38.1	43.4	66.7	23.1
Lo que está de acuerdo con mis convicciones religiosas.	70.5	74.1	69.1	72.8	66.7	53.8
Lo que se acepta como normal en la sociedad.	46.8	50.0	45.4	47.1	33.3	53.8
Lo que está de acuerdo con mi sentido de la justicia.	34.6	37.9	33.0	37.5	33.3	7.7
Cumplir con los deberes y las obligaciones.	22.4	22.4	22.7	22.8	0.0	30.8
Actuar de forma tal que me haga una persona virtuosa	53.2	48.3	55.7	52.2	83.3	46.2
Cuidar de las relaciones con las personas importantes para mí	76.9	70.7	80.4	77.2	83.3	69.2

religiosos, la ley de oro y la virtud. Dicho de otro modo, más de la mitad de la muestra utiliza razonamientos deontológicos, de justicia, utilitaristas, legalistas y relativistas para definir lo ético.

La Tabla 5 muestra el porciento de frecuencia del valor asignado (0- no lo seleccionaron, 1 - más importante hasta 5-menos importante) a cada premisa para la muestra total y en la última columna los promedios obtenidos en cada premisa. Mientras más bajo el promedio, más importancia le atribuyeron los participantes a la premisa. De acuerdo a los promedios obtenidos, los participantes que seleccionaron las premisas definen lo ético basados principalmente en el concepto utilitarista, la ley de oro y el aspecto legal. En cuarto y quinto lugar

Tabla 5. Porciento de Frecuencia del Valor Asignado a cada Premisa.

Premisas	Porciento de Frecuencia						Pr
	0	1	2	3	4	5	
Lo que corresponde a mi propio interés.	87.8	1.3	1.3	4.5	1.9	3.2	3.37
Haz a los demás lo que quieres que te hagan a ti mismo.	55.1	16.7	12.8	3.8	5.1	6.4	2.37
Lo que hace bien al mayor número de personas posible.	42.3	22.4	12.2	9.0	8.3	5.8	2.36
Lo que es legal.	42.3	19.2	14.7	11.5	5.1	7.1	2.41
Lo que esta de acuerdo con mis convicciones religiosas.	70.5	5.1	3.8	8.3	6.4	5.8	3.13
Lo que se acepta como normal en la sociedad.	46.8	7.1	11.5	14.1	11.5	9.0	3.07
Lo que esta de acuerdo con mi sentido de la justicia.	34.6	16.0	14.1	15.4	12.8	7.1	2.71
Cumplir con los deberes y las obligaciones.	22.4	23.1	18.6	14.1	13.5	8.3	2.55
Actuar de forma tal que me haga una persona virtuosa	53.2	12.8	8.3	9.0	8.3	8.3	2.81
Cuidar de las relaciones con las personas importantes para mí	76.9	3.8	7.7	3.2	4.5	3.8	2.86

quedan los conceptos deontológicos y de justicia. El egoísmo, la religión y el relativismo parecen ser los menos importantes para definir lo ético. Es importante destacar que los conceptos deontológicos y de justicia fueron de los más seleccionados, pero aparentemente los participantes le adscriben una importancia menor que al concepto utilitarista.

Comparación por Género

La Tabla 6 muestra las premisas que reflejaron diferencias significativas en la prueba Whitney U comparando las respuestas de hombres y mujeres. En general, no se detectaron diferencias significativas de acuerdo al género de los participantes. Sólo tres premisas resultaron estadísticamente significativas, dos de ellas al 10% de confianza. Aunque el total de la muestra está en desacuerdo con la premisa de que en Puerto Rico para ser exitoso en los negocios no se puede ser ético, los hombres muestran menos desacuerdo que las mujeres. Los resultados muestran que ambos géneros no están de acuerdo con la premisa de que las mujeres son y se comportan más éticamente que los hombres, pero los hombres muestran más desacuerdo en su respuesta. Los hombres le adscriben una importancia mayor al concepto religioso para definir lo ético en comparación a la que le adscriben las mujeres.

Tabla 6. Comparación por Género de las Diferencias Significativas de los Promedios

Premisas	Hombres	Mujeres	Diferencias	Promedio
En Puerto Rico, si se quiere ser exitoso en los negocios no se puede ser ético.	21.98	14.43	7.52**	.079
Las mujeres son y se comportan más éticamente que los hombres.	26.52	35.49	8.97**	.081
Lo que está de acuerdo con mis convicciones religiosas.	2.47	3.43	.96*	.035
* Significativo al 5% ** Significativo al 10%				

Comparación por Grupo de Constituyente

Los resultados reflejan que existen diferencias, en casi la mitad de las premisas, entre los estudiantes, los docentes y los empleados no docentes. La Tabla 7 muestra las premisas que reflejaron diferencias significativas en la prueba Whitney U comparando las respuestas de los estudiantes, los docentes y los empleados no docentes. La mayor cantidad de diferencias (siete) se encontró en las premisas relativas a los códigos de ética. Las premisas relacionadas al ambiente ético reflejaron dos diferencias significativas y las de la definición de lo ético sólo una.

Los resultados sugieren que los empleados no docentes pueden distinguir mejor que los estudiantes entre un código de ética y un reglamento de trabajo. Sin embargo, tanto los estudiantes como los docentes tienen más conocimiento de lo que es un código de ética que los empleados no docentes. La forma de redacción de un código de ética también es fuente de discrepancia. Los docentes parecen estar menos de acuerdo que los estudiantes y los no docentes respecto a especificar en el documento lo que es ético y lo que se considera una falta. De igual forma, los no docentes están más en desacuerdo que los estudiantes en cuanto a que se incluyan principios éticos muy generales. Los no docentes apoyan más que los estudiantes la premisa de que todos los constituyentes deben participar en la redacción del código de ética. Los estudiantes parecen haber estado más expuestos en sus cursos universitarios al estudio de códigos de ética profesionales que los no docentes.

Los empleados no docentes están menos de acuerdo que los estudiantes, y estos a su vez menos de acuerdo que los docentes, de que los profesores de la universidad se comportan de forma ética. Sin embargo, todos están mínimamente de acuerdo en que los administradores se comportan éticamente. Tanto los estudiantes como los no docentes expresan desacuerdo con la premisa de que los estudiantes se comportan éticamente, mientras que los docentes expresan un acuerdo moderado. Los empleados no docentes manifiestan más desacuerdo que los estudiantes con la premisa de que las personas con más educación son y se comportan más éticamente que los menos educados. Los docentes le

Tabla 7. Comparación por Clasificación de las Diferencias Significativas de los Promedios

Premisa	Promedio			Diferencia (*p value*) Estudiantes No Docentes	Diferenia (*p value*) Estudiantes Docentes	Diferencia (*p value*) Docentes No Docentes
	Estudiantes	Docentes	No docentes			
Sé distinguir entre un código de ética y un reglamento de trabajo.	85.04	86.67	95.00	9.96** (.010)	1.63 (.839)	8.33 (.183)
Tengo conocimiento de lo que es un código de ética.	91.07	95.83	74.23	16.84** (.040)	4.76 (.234)	2.16*** (.087)
Un código de ética debe ser muy específico al señalar lo que se considera como una falta ética.	88.87	70.00	82.31	6.56 (.961)	18.87* (.003)	12.31*** (.087)
Un código de ética debe expresar con claridad principios éticos muy generales.	82.74	73.33	57.69	25.05** (.014)	9.41 (.529)	15.64 (.390)
Un código de ética debe ser muy específico al señalar lo que es ético.	88.29	73.33	94.62	6.33 (.190)	14.96** (.019)	21.29** (.011)
Todos los constituyentes de una organización deben participar en la redacción de su código de ética.	78.01	89.17	89.62	11.61*** (.062)	11.16 (.724)	.45 (.187)
En mis cursos universitarios se ha estudiado por lo menos un código de ética profesional.	80.31	81.67	58.85	21.46*** (.089)	1.36 (.571)	22.82 (.223)
En general, los profesores de la universidad se comportan de forma ética.	60.24	78.33	39.23	21.01** (.041)	18.09** (.048)	39.10** (.039)

Las personas con más educación son y se comportan más éticamente que las personas con menos educación.	35.04	15.00	15.83	19.21** (.033)	20.04 (.130)	.83 (.859)
Lo que se acepta como normal en la sociedad.	2.96	4.75	3.33	.37 (.436)	1.79* (.007)	1.42** (.019)
* Significativo al 1% ** Significativo al 5% *** Significativo al 10%						

dan menos importancia que los no docentes, y estos a su vez menos que los estudiantes, al razonamiento relativista para definir lo que es ético.

Discusión de los resultados

Los resultados obtenidos en este estudio apoyan los hallazgos acumulados en literatura previa a los efectos de que la adopción de los códigos de ética no parece tener el efecto de promover comportamientos más éticos en las organizaciones. Aunque los resultados reflejan que los constituyentes de la facultad de administración de empresas están receptivos a la adopción de un código de ética, el camino hacia lograrlo no parece ni tan claro ni tan sencillo. Uno de los hallazgos más importantes de este estudio es que los participantes no parecen sentirse preparados para colaborar en la redacción de un código de ética para la escuela de negocios. Los estudiantes muestran cierta resistencia hacia un proceso participativo que incluya a todos los constituyentes en la elaboración del código. Más aún, los resultados revelan diferencias de opinión significativas entre los constituyentes en áreas críticas del proceso. Esto implica que cada grupo requiere capacitación diferenciada con miras a llegar al punto donde todos estén igualmente aptos para colaborar en la redacción del código.

Entre otros, los estudiantes necesitan conocer la diferencia entre un código de ética y un reglamento de trabajo. Hay que estimular su participación en la redacción del documento. Los empleados no docentes parecen haber tenido menos exposición a códigos de ética profesionales,

por lo que necesitan más orientación al respecto. Los docentes necesitan reflexionar sobre la percepción que los otros constituyentes tienen sobre su comportamiento ético en contraposición a su propia percepción.

Otro hallazgo importante es la diferencia encontrada en cuanto a la generalidad o especificidad con la que debe redactarse el documento. Aunque a primera vista parecería un asunto más bien técnico, podría ser indicio de diferencias más profundas. Este estudio encontró que más de tres cuartas partes de los empleados no docentes le adscriben alguna importancia al concepto legal para definir lo que es ético y es el grupo más inclinado hacia la especificidad en la redacción del código. Dado que este grupo tiende a igualar lo ético con lo legal, un código redactado en términos generales posiblemente no le sirva de mucha guía, mientras que a los docentes y a los estudiantes un código demasiado específico le resultaría, tal vez, apabullante.

Los resultados reflejaron muy pocas diferencias significativas, por género o por clasificación, en cuanto a la definición de lo que es ético. Este resultado ofrece evidencia indirecta a la relación de la ética y la cultura. Se espera que las diferencias en cuanto a temas éticos sean mínimas entre personas de un mismo país que comparten una cultura común. Eso no significa que todos los puertorriqueños piensen igual. Por tanto, todos los constituyentes de la comunidad académica deben capacitarse para entender las diversas maneras que tienen las personas para definir lo que es ético. Más aún, esa capacitación debe estar dirigida a reconocer la validez de los diversos argumentos de manera que permita crear un ambiente de respeto, tolerancia y armonía.

Independientemente de las diferencias encontradas en la definición de lo que es ético, la percepción generalizada es que los estudiantes no se comportan de forma ética y los administradores y los profesores son mínimamente éticos. Resulta, particularmente notable el caso de los profesores. Mientras que los estudiantes, como grupo, coinciden con la percepción que los otros constituyentes tienen de su comportamiento, los profesores se perciben más éticos que lo que los otros constituyentes opinan. Presumiendo que los profesores son el grupo con la preparación

académica más alta, el que los estudiantes, y con más fuerza los no docentes, no estén de acuerdo con la premisa de que las personas más educadas se comportan más éticamente que las menos educadas, reafirma la percepción del comportamiento no ético de los profesores, a los ojos de los demás constituyentes. Esto constituye un hallazgo de vital importancia y plantea un problema serio. ¿Qué éxito puede tener un programa académico dirigido a integrar el tema de la ética en todos los cursos de negocios, si los estudiantes perciben que los profesores no se comportan éticamente? ¿Qué implicaciones tienen estas percepciones en la conducta diaria de los diferentes constituyentes de la academia? ¿Están los profesores aptos para discutir problemas éticos en sus cursos, cuando no son capaces de evaluar adecuadamente su propio comportamiento?

Conclusiones

El objetivo principal de este estudio era evaluar si adoptar un código de ética en la Facultad de Administración de Empresas de la Universidad de Puerto Rico tendría el impacto esperado por las agencias acreditadoras, o si es necesario desarrollar un instrumento más adecuado a nuestra realidad histórica y social como latinoamericanos. Los resultados apoyan la necesidad de desarrollar instrumentos y procesos que tomen en consideración la diversidad de percepciones entre los constituyentes de la universidad y su contexto social e histórico. Aunque más del 80% de los participantes entienden que debería haber un código de ética en la universidad y que este influiría en el comportamiento de las personas, las diferencias en cuanto al proceso de elaboración del mismo, la especificidad del contenido y la percepción legalista de la ética de los empleados no docentes, entre otros, no le auguran mucho éxito en promover conductas éticas, de implantarse el mismo.

Uno de los factores claves en la eficacia de los códigos de ética, identificados en la literatura es que los *grupos de interés* clave estén implicados en todas las etapas de implantación, seguimiento y exigencia del código, lo cual no parece ser el ambiente actual en la Escuela de Negocios examinada. También el código debe ir más allá

de las leyes locales o estándares internacionales con el fin de mejorar los métodos de control para que sea eficaz y en el caso que nos ocupa un grupo importante de los constituyentes percibe la ética desde una perspectiva meramente legalista lo cual limitaría el alcance, enfoque y el éxito del código a implantarse. Esto pone al relieve, además, la influencia de la cultura latinoamericana que descansa más en la legislación para controlar la conducta de los ciudadanos que en la autorregulación, a diferencia de la cultura estadounidense. Por lo tanto, es necesario primero crear las condiciones para que los individuos estén receptivos a los sistemas de autorregulación y sus procesos para luego desarrollar un código de ética capaz de influenciar el comportamiento de los constituyentes. Los códigos de ética deben ser un instrumento para que la gente reflexione y de su introspección resulte una conducta ética.

Este estudio logró, también, los cuatro objetivos específicos propuestos. Primero, no sólo se determinó la receptividad de los constituyentes a la adopción de un código de ética, sino que también, se identificaron posibles obstáculos para implantarlo, más allá de los previamente identificados en la revisión de literatura. Segundo, aunque los resultados sugieren que el ambiente ético que se percibe en la organización no es el más deseable, el que los constituyentes admitan el problema facilita su solución. Tercero, los resultados proveen información sobre cómo los constituyentes definen lo que es ético, lo cual puede guiar el enfoque de procedimientos posteriores para mejorar el ambiente ético de la entidad. Cuarto, se identificaron diferencias por género y por grupo de constituyentes, teniendo más relevancia las encontradas en cuanto a los códigos de ética entre los constituyentes. La identificación de estas diferencias provee información valiosa para el proceso de desarrollo de un código de ética, en caso de que así se decidiera.

Este estudio contribuye a la investigación de la ética de varias maneras. Primero, ofrece una escala innovadora para medir cuantitativamente opiniones sobre asuntos éticos. Segundo, provee evidencia indirecta a la relación entre la ética y la cultura al encontrar pocas diferencias significativas, según esperado, en cuanto a cómo los participantes

de una misma nacionalidad definen lo que es ético. Tercero, provee evidencia adicional sobre la similitud de hombres y mujeres respecto a sus opiniones éticas. Cuarto, provee evidencia de que los individuos utilizan simultáneamente, diferentes razonamientos éticos para hacer sus evaluaciones en contradicción con la teoría de desarrollo de Kohlberg. Quinto, ofrece un instrumento a otras escuelas de negocios que están, considerando, o en el proceso de acreditación para recopilar información valiosa para diseñar el proceso de evaluación del ambiente ético de la organización.

Como en todo estudio, hay limitaciones que reconocer. Los datos fueron recopilados de forma conveniente, durante el periodo de verano, en el que la mayor parte de los estudiantes y los profesores están fuera de la universidad, lo que puede haber afectado la representatividad de la misma y en el caso de los profesores, el tamaño. Por tal razón, el análisis y las comparaciones hechas en este estudio deben ser evaluados con cautela y no pueden, ni se ha pretendido, generalizarlas a la población. La escala utilizada para recoger los datos, aunque innovadora, requiere de repeticiones posteriores para determinar su validez y utilidad.

Este estudio deja preguntas por contestar. Hace falta mucha más investigación, y reflexión, sobre la utilidad de los códigos de ética para influenciar el comportamiento de los individuos. En el caso de que probaran ser eficaces, también hace falta, evaluar el proceso de elaboración, redacción e implantación en las escuelas de negocios. El estudio, también, invita a evaluar si los profesores de negocios pueden o deben discutir situaciones éticas en sus cursos y qué factores podrían facilitar u obstaculizar el proceso y su efectividad. Las diferencias en la toma de decisiones éticas debido al género siguen siendo un área de estudio fértil. El mismo debe encaminarse a distinguir en qué parte del proceso de la toma de decisiones éticas son más propensas a ocurrir tales diferencias. Dada la tendencia de las universidades a buscar la acreditación de agencias, supuestamente internacionales, el estudio del efecto de la cultura en las percepciones éticas y en el ambiente organizacional sigue siendo una interesante avenida de investigación.

Referencias

- AACSB (2004). Ethics education in business schools. Report of the Ethics Education Task Forceto AACSB International's Board of Directors, AACSB International – The Association to Advance Collegiate Schools of Business, USA.
- ACBSP (2006). ACBSP Standards and Criteria for Demonstrating Excellence in Baccalaureate/ Graduate Degree Schools and Programs.
- Adam, A. H. & Rachman-Moore, D. (2004). The methods used to implement an ethical code of conduct and employee attitudes. *Journal of Business Ethics* 54, 224-225.
- Adams, J, A. Tashian & T. Shore. (2001). Codes of Ethics as Signals for Ethical Behavior, *Journal of Business Ethics* 29, 199-211.
- Arnold, D., Bernardi, P. & Neidermeyer, J. (2006). The effect of country and culture on perceptions of appropriate ethical actions prescribed by codes of conduct: A western european perspective among accountants. *Journal of Business Ethics* 70, 327-340.
- Barnett, J. M. & Karson (1989). Managers values, executive decisions: An exploration of the role of gender career stage organizational level function and the importance of ethics relationships in managerial decision making. *Journal of Business Ethics* 8. 35-44.
- Bay, D. (2002). A critical evaluation of the use of the DIT in accounting ethics research. *Critical Perspectives on Accounting* 13:159–77.
- Beekun, R.J. Westerman J. Barghouti. (2005). Utility of ethical frameworks in determining bihavioral Intention: A comparison of the U.S. and Russia. *Journal of Business Ethics* 61 (3). 235-247.
- Buchan, H. (2005). Ethical decision making in the public accounting profession: An extension of Azjen's Theory of Planned Behavior. *Journal of Business Ethics* 61. 165-181.
- Buff, C. & Yonkers, V. (2005). Using student generated codes of conduct in the classroom to reinforce business ethics education. *Journal of Business Ethics.* 61: 101-110.
- Cohen, J., Pant, L. & Sharp D. (1992). Cultural and socioeconomic constraints on international codes of ethics: Lessons from accounting. *Journal of Business Ethics* 11:687–700.

- Cohen, J. (1993a). A validation and extension of a multidimensional ethic scale. *Journal of Business Ethics* 12:13–26.
- Cohen, J., Pant, L. & Sharp, D. (1993b). Culture based ethical conflicts confronting multinational accounting firms. *Accounting Horizons* 7:1–13.
- Cohen, J. (1995). An exploratory examination of international differences in auditors' ethical perception. *Behavioral Research in Accounting* 7:37–64.
- Cohen, J. (1998). The effect of gender and academic discipline diversity on the ethical evaluations, ethical intentions and ethical orientation of potential public accounting recruits. *Accounting Horizons* 12:250–70.
- Cohen, J. (2001). An examination of differences in decision-making between Canadian business students and accounting professionals. *Journal of Business Ethics* 30:319–36.
- Collins, D. (2000). The quest to improve the human condition: The first 1,500 articles published in Journal of Business Ethics. *Journal of Business Ethics* 26 1-73.
- Cruz, C., Shafer W., & Strawser J. (2000). A multidimensional analysis of tax practitioners' ethical judgments. *Journal of Business Ethics* 24:223–244.
- Christie, P.J., Ik, Whan, G., Kwon, P., & Stoebert, R. (2003). A Cross-cultural comparison of ethical attitudes of business managers: India, Korea and the United States. *Journal of Business Ethics* 46 (3), 263-287.
- Doig, A. & Wilson, J. (1998). The effectiveness of codes of conduct. *Business Ethics: A European Review* 7(3), 140-149.
- Dubinsky, A., Jolson M., Kotabe M. & Chae U. (1991). A cross-national investigation on industrial salespeople's ethical perceptions. *Journal of International Business Studies* 22:651–70.
- Farrel, B., Cobbin, D. & Farrel, H. (2002). Can codes of ethics really produce consistent behaviors? *Journal of Managerial Psychology* 17(6). 468-491.
- Flory, S., T. Phillips, Reindenbach R., & Robin, D. (1992). A multidimensional analysis of selected issues in accounting. *Accounting Review* 67:284–302.

- Gilligan, C. (1982). *In a different voice*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Gilligan, C. (1987). New maps of development: New visions of maturity. En "*Women, culture and morality*" Ed. J. L. DeVits, 279–307. New York: Peter Lang.
- Glenn, J. R. & Van Loo, F. (1993). Business students' and practitioners ethical decisions over time. *Journal of Business Ethics* 12 (11), 835-848.
- Gul, F. & Tsui J. (1993). A comparative study of auditors' attitudes to uncertainty qualifications: An empirical test of the strong versus weak uncertainty avoidance hypothesis. *International Journal of Accounting* 28:356–64.
- Hansen, R. (1992). A multidimensional scale for measuring business ethics: A purification and refinement. *Journal of Business Ethics* 11:523–34.
- Henthorne, T., Robin D. & Reidenbach R. (1992). Identifying the gaps in ethical perceptions between managers and salespersons: A multidimensional approach. *Journal of Business Ethics* 11:849–56.
- Honeycutt, E., Siguaw, J. & Hunt, T. (1995). Business ethics and job related constructs: A cross-cultural comparison of automotive salespersons. *Journal of Business Ethics* 14:235–48.
- Kaplan, J., Dakin, L. & Smolin, M. (1993). Living With the Organizational Sentencing Guidelines. *California Management Review.* Vol. 3, 6, Number 1.
- Kaptein, M. (2004). Business codes of multinational firms: What do they say. *Journal of Business Ethics* 50(1), 13-25.
- Kaye, B. (1996). Compliance and corporate culture: Making the most out of codes of ethics. *Australian Journal of Management* 21(1), 1-12.
- Kidwell, L.A., Wozniak, K. & Laurel, J. P. (2003). Students reports and faculty perceptions of academic dishonesty. *Teaching Business Ethics.*7, 205-214.
- Kohlberg, L. (1976). Moral stages and moralization: The cognitive-developmental. In *Moral development and behavior: Theory, research and social issues*, ed. T. Lickona, New York: Holt, Rinehart and Winston.

- Kujala, J. (2001). A multidimensional approach to finish managers' moral decision-making. *Journal of Business Ethics* 34:231–54.
- Langlois, C. & Schlegelmilch, B. (1990). Do corporate codes of ethics reflect national character? Evidence from Europe and the united states. *Journal of International Business Studies* 21:519–39.
- Loe, T. W. & Weeks, W. A. (2000). An experimental investigation of efforts to improve sales students' moral reasoning. *Journal of Personal; Selling and Sales Managers* 20. 243-251.
- López-Paláu, S. (2000). Multidimensional ethics scale usefulness to explain and predict ethical evaluations and intentions of Latin American accountants. *Paper presented at the ABO Research Conference*, Chicago.
- López-Paláu, S. (2001). Ethical evaluations, intentions and orientations of accountants: Evidence from a cross-cultural examination. *International Advances in Economic Research* 7:351–64.
- López-Paláu, S. (2006) Culture effects in the ethical decision-making process of Latin American accountants. *Doctoral Dissertation Texas Pan American University*
- Lopez, Y., Rechner, P. & Olson, J. (2005). Shaping ethical perceptions: An empirical assessment of the influence of business education, Culture and demographic factors. *Journal of Business ethics.* 60: 341-358.
- Harsh, L. & Ranjan, K. (2005). Exposure to Ethics Education and the Perception of Linkage Between Organizational Ethical Behavior and Business Outcomes. *Journal of Business Ethics*. 61: 353-368.
- Lysonski, S. & Gaidis, W. (1991). A cross-cultural comparison of the ethics of business students. *Journal of the Academy of Marketing Science* 18:463–477.
- Ma, H. & Cheung, C. (1996). A cross-cultural study of moral stage structure in Hong Kong Chinese, English and Americans. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 27:700–13.
- Malem, J. (2005). *Códigos éticos: Vigencia y eficacia. Libro de ponencias del curso RSC. Cuestiones teóricas y herramientas de gestión.* Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá.
- Moon, Y. S. & Franke, G. R. (2000). Cultural influences of agency practitioners' ethical perceptions: A comparison of Korea and the U, S. *Journal of Advertising* 29 (1), 51-65.

- Múnera Ruíz, L. (2005). ¿Hacia dónde va la Universidad Pública? Tendencias globales en Política Pública para la Educación Superior. Recuperado de: htpp:/www.upinion.org.
- McDonald, G. & Zepp, R. (1989). Business ethics; practical proposals. *Journal of Management Development.* 8 (1) 55-66
- McGee, R. W., López-Paláu, S. & Jarrín, F. (2007). The Ethics of Tax Evasion: An Empirical Study of Ecuador. American Society of Business and Behavioral Sciences 14th Annual Meeting, Las Vegas, February 22-25, 2007.
- McKay, R., Kidwell, L. & Kling, J. (2007). Faculty ethics from the perspective of college of business administrators. *Journal of Legal, Ethical and Regulatory Issues.* 10 (1) 105-125
- Patterson, D. (1994). A model of ethical/unethical decision-making by auditors in the big six accounting firms. PhD diss., Georgia State University.
- Puerto Rico, Ley N°12. Ética Gubernamental del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, 24 de julio de 1985
- Reidenbach, R. & Robin D. (1988). Some initial steps toward improving the measurements of ethical evaluations of marketing activities. *Journal of Business Ethics* 7:871–79.
- Reidenbach, R. & Robin, D. (1990). Toward the development of a multidimensional scale for improving evaluations of business ethics. *Journal of Business Ethics* 9:639–53.
- Reidenbach, R., Robin, D. & Dawson, L. (1991). An application and extension of multidimensional ethics scale to selected marketing practices and marketing groups. *Journal of Academy of Marketing Science* 2:83–92.
- Reiter, S. (1996). The Kohlberg-Gilligan controversy: Lessons for accounting ethics education. *Critical Perspectives on Accounting* 7:33–54.
- Rest, J. (1979). *Development in judging moral issues*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Rest, J. (1986). *Moral development: Advances in theory and practice*. New York: Praeger.
- Roxas, M. L. & Stoneback, J. (2004). The importance of gender across cultures in ethical decision-making. *Journal of Business Ethics* 50:149-165.

- Schmidt, E. M., Fabbri, G. P. & Chamón, J. (2000). Nuestro modo de proceder: Una nueva forma de concebir y desarrollar códigos de ética profesional en Latinoamérica. *2do Congreso Mundial de Ética y Negocios: Los desafíos éticos de la globalización.* Sociedad Internacional de Negocios, Economía y Ética, Sao Pablo, Brazil, Julio.

- Schroeder, D. (2002). Ethics from the top: Top management and ethical business. *Business Ethics: A European Review* 11(3), 260-267.

- Schultz, J., Johnson, D. A., Morris, D. & Dyrnes S. (1993). An investigation of the reporting of questionable acts in an international setting. *Journal of Accounting Research* 31:75–103.

- Shaub, M. (1994). An analysis of the association of traditional demographic variables with the moral reasoning of auditing students and auditors. *Journal of Accounting Education* 12:1–26.

- Singhapakdi, A., Vitell, S. & Leelakulthanit, O. (1994). A cross-cultural study of moral philosophies, ethical perceptions and judgments: A comparison of American and Thai marketers. *International Marketing Review* 11:65–79.

- Smith, A. & Hume, E. (2001). Ethics in accounting: Does culture matter? *American Society of Business and Behavioral Sciences Conference*.

- Smith, A. & Hume E. (2005). Linking culture and ethics: A comparison of accountants' ethical belief systems in the individualism/collectivism and power distance contexts. *Journal of Business Ethics* 62: 209 - 220

- Solis Pérez, P. & Pérez., C. (2004). Las redes de conocimiento en la internacionalización de la investigación en administración. *Revista Casa del Tiempo* Recuperado de: htpp:/www.difusion cultural.uam.mx.

- Stedham, Y., Yamamura, J. H. & Beekun, R. I. (2007). Gender differences in business ethics: Justice and relativist perspectives. *Business Ethics: A European Review*; Vol. 16 Issue 2, p163-174, 12p

- Sweeney, J. (1995). The moral expertise of auditors: An exploratory analysis. *Research on Accounting Ethics* 1:213–34.

- Thoma, S.(1986). Moral judgment, behavior, decision-making and attitudes. *Moral development: Advancement in research and theory*, ed. J. Rest, 133–75. New York: Praeger.

- Tsui, J. (1996). Auditors' ethical reasoning: Some audit conflict and cross-cultural evidence. *International Journal of Accounting* 31:121–33.

- Tsalikis, J. & Fritzsche, D. (1989). Business ethics: A literature review with a focus on marketing ethics. *Journal of Business Ethics* 8:695–743.
- Tsalikis, J. & LaTour, M. (1995). Bribery and extortion in international business: Ethical perceptions of Greeks compared to Americans. *Journal of Business Ethics* 14:249–64.
- United Nations Global Compact. (2007). The Principles for Responsible Management Education. Recuperado de www.unprme.org, marzo 11, 2011.
- Valentine, S. & Rittenburg, T. (2007). The ethical decision making of men and women executives in international business situations. *Journal of Business Ethics* 71. 125-134.
- Weaber, G. R. & Treviño, L. K. (1999). Compliance and values oriented ethics programs: Influence on employees attitudes and behaviours. *Business Ethics Quarterly 9(2), 315-335.*
- Weeks, W. C., Moore, J., McKinney, T. & Longenecker, J. (1999). The effects of gender and career stage on ethical judgement. *Journal of Business Ethics* 20. 301-314.
- Whipple, T., & Swords D.(1992). Business ethics judgments: A cross-cultural comparison. *Journal of Business Ethics,* 11:671–78.
- White, L. & Rhodeback, M. (1992). Ethical dilemmas in organization development: A cross-cultural analysis. *Journal of Business Ethics* 11:663–70.
- Wood, G. & Rimmer, M. (2003). Codes of ethics; What are they really and what should they be? *Journal of Value-Based Management.* 16 (2) 181-195.

El significado de la vejez en la sociedad contemporánea

Marlén Oliver-Vázquez, EdD. MPHE.

"Ciertamente un ser humano no llegaría a la vejez, si esa longevidad no tuviese un significado para la especie. El atardecer de la vida debe tener significado en si mismo y no ser un triste apéndice de la mañana" Carl Jung

Introducción

Durante el pasado siglo, la extensión de los años de vida del ser humano alcanzó niveles nunca antes sospechados. Los adelantos en las medidas de salud pública y la aplicación de nuevas tecnologías a la medicina han hecho posible la aspiración a una larga vida. Los datos demuestran que la población de adultos viejos ha ido en aumento y que esta tendencia continuará en años venideros. Otros factores demográficos, tales como, la disminución de los índices de fecundidad y mortalidad se han sumado para ubicar a Puerto Rico entre la lista de países del mundo que cuentan con una gran proporción de población vieja y un gran número de longevos.

Aún ante esta evidente realidad, la visión del adulto viejo y de la vejez que prevalece en nuestro contexto social refleja actitudes negativas que

se traducen en conductas y políticas que afectan la calidad de vida de estas personas y pueden ser cuestionadas en el ámbito moral. La etapa de vejez se suele vincular con el deterioro inevitable de las capacidades mentales y físicas, la dependencia física y económica (Gergen & Gergen, 2000), la inutilidad y la ausencia de una función social para adulto mayor (Barros Lazaeta, 1994; Callaham, 2004). Estas visiones levantan interrogantes de orden ético relacionadas con la forma en que entendemos el envejecimiento humano y el lugar que ocupan los adultos mayores en nuestra esfera social. El trato digno y respetuoso hacia la persona vieja, el respeto a su derecho a tomar decisiones sobre la propia salud, la asistencia solidaria de los más enfermos, la sana convivencia entre las generaciones, el acceso equitativo a oportunidades y servicios en igualdad de condiciones que la población más joven, la justa distribución de bienes y servicios entre los diversos grupos de edad, son algunos ejemplos.

Este escrito presenta una reflexión desde el punto de vista bioético, acerca de la visión social de la población de personas de 65 años o más en Puerto Rico, los llamados adultos viejos o adultos mayores. Trata sobre las personas mayores comunes, que viven es sus casas, que hacen sus tareas cotidianas, que toman sus propias decisiones, y que llevan una vida interesante y productiva. Estas personas constituyen la mayoría del grupo de adultos viejos en nuestra esfera social y no los viejos enfermos como es la creencia popular. En primer lugar, se describe brevemente un perfil socio demográfico y de salud de la población de 65 años o más en Puerto Rico, se analiza la visión social prevaleciente, el concepto de dignidad de la persona vieja y el significado social, y por último, se concluye con algunas ideas necesarias para una convivencia solidaria entre las generaciones.

Perfil de los adultos mayores

Al comparar datos demográficos para Puerto Rico, se puede observar un aumento sostenido y significativo en el grupo de personas mayores. En los últimos años, la proporción de adultos de 65 años o más, creció dramáticamente; de 3.9% en 1950, a 14.5% en 2010 y se espera que

esta tendencia continúe. Actualmente, la mediana de edad de la población es de 36.9 años. Se entiende que esta cifra aumentará a 50.9 años según estimados para 2050, o sea, que la mitad de la población estará constituida por personas en su adultez madura (Censo de Población y Vivienda, 2000).

Un dato a destacar es que el sector poblacional de personas de 65 años o más, crece a un ritmo mucho mayor que el de la población en su totalidad. De hecho, el Censo de 2010 demuestra un crecimiento negativo de la población general de Puerto Rico. Si dividimos este sector de la población por grupos de edad, encontramos que los de 75 años o más son el grupo de mayor crecimiento anual (Censo de Población y Vivienda, 2000). Este grupo de 75 años o más, los llamados viejos-viejos, es el de mayor vulnerabilidad física y social, y un gran consumidor de servicios sociales y de salud.

Otro dato interesante es la esperanza de vida. Puerto Rico tiene una esperanza de vida alta, 78 años, que compara favorablemente con los países más desarrollados del mundo. La mujer tiene un índice de longevidad mayor que el hombre. En promedio, las mujeres viven alrededor de ocho años más (82 años) que sus contrapartes masculinas (74 años) (Bureau Data Sheet, 2009). Sin embargo, en el caso de las mujeres, estos años de mayor longevidad están marcados por viudez y soledad, mayores problemas de salud y una economía familiar más precaria. Éste cohorte de mujeres viejas, generalmente, tiene una baja escolaridad, cerca de la mitad son viudas y no trabajó fuera del hogar, por lo cual, sus finanzas en la etapa de vejez usualmente son limitadas. A estos factores se suma una prevalencia mayor de condiciones crónicas, lo que sitúa a las mujeres viejas como el grupo más vulnerable de nuestra sociedad (Censo de Población y Vivienda, 2000).

Aunque la percepción general es que los viejos terminan en los asilos, los datos demuestran que sólo el 2.5% de ellos reside en instituciones para ancianos. La gran mayoría (97%) vive integrada en comunidad; de esos el 22% vive solo y el 76% vive en compañía de cónyuges, familiares u otras personas (Censo de Población

y Vivienda, 2000). La literatura sugiere que las personas mayores desean permanecer en su hogar y vecindario por el mayor tiempo posible (Kochera, Straight, Gutherbock, 2005; Oliver M. 2007), ya que han desarrollado sentimientos de apego e identidad con su comunidad. Esta preferencia ha sido reconocida por la Procuraduría de las Personas de Edad Avanzada de Puerto Rico, la cual ha diseñado algunos programas modelo, en las áreas de salud y apoyo social, con el fin de que los adultos puedan permanecer en sus comunidades a medida que envejecen.

Según el Censo de 2000, el 44% de la población vieja se clasifica bajo el nivel de pobreza, cifra que aumenta en los adultos más viejos y en las mujeres. Sólo el 13.5% de la población se consideró en el grupo trabajador (OPPEA, 2005). El bajo nivel laboral de esta población podría ser producto de las políticas de jubilación del estado y de la visión de la vejez prevaleciente en nuestra sociedad, en la cual se fomenta el retiro del empleo remunerado y del sector productivo de la sociedad en el grupo de personas de 65 años o más.

Es un hecho que con el envejecimiento hay mayor probabilidad de padecer condiciones crónicas de salud. La prevalencia de estas condiciones es de cuatro a cinco veces mayor en la población de personas viejas que para la población de otras edades. Las condiciones más frecuentes: hipertensión, artritis, diabetes, condiciones del sistema circulatorio y osteoporosis (Departamento de de Salud, 2004), pueden limitar las actividades de la vida diaria en las personas que las padecen. A pesar de ello, cerca de un 70% informa que son capaces de llevar a cabo sus actividades del diario vivir (ADL´s por sus siglas en inglés) sin la ayuda de otras personas (Oliver, Suarez, De Andino, Vega, Conde, 1999; PRE-HCO, 2003). Esta es la capacidad para llevar a cabo las ADL´s, y no las condiciones de salud que padezca la persona, el mejor indicador para definir el estado de salud en la edad mayor (Andresen, Rothenberg y Zimmer, 1997).

El modelo ecológico de salud pública, propone un abordaje integral a los factores de riesgo del individuo enmarcados su contexto social,

esto es, las normas, creencias, valores y sistemas sociales y económicos que definen su realidad (Bronfenbrenner & Ceci, 1994). Asume que la salud y el bienestar de las personas son influenciadas por la interacción entre múltiples determinantes de orden biológico, conductual y ambiental. La perspectiva holística de la salud, propone que el individuo sólo puede ser comprendido en el contexto de las relaciones que se da entre él o ella y su ambiente. Desde una perspectiva holística y ecológica, el concepto de salud en las personas de edad mayor, señala que además del aspecto biológico, hay otras dimensiones personales y sociales que son esenciales para la salud del individuo, tales como, la posibilidad de alcanzar metas propias y de mantener relaciones sociales por el mayor periodo de tiempo posible (Haber, 2003). Como vemos, la definición de salud en la edad mayor, reconoce el respeto a la autonomía de la persona para decidir su propio proyecto de vida. La interacción e integración entre los seres humanos y la participación social son elementos necesarios para mantener la salud y el bienestar del adulto viejo.

La interdependencia entre los seres humanos adquiere un carácter especial en la tercera edad. Erick Erickson lo recalcaba a sus 87 años, con la experiencia de los años, cuando revisa su famosa Teoría del Desarrollo. En ella integrar valores esenciales para una lograr etapa de vejez plena que han de desarrollase durante todo el ciclo de vida. Señala al sentido de la vida que emana de la interdependencia humana, como esencial en el bienestar en la edad mayor (Goldman, 1988). Cabe preguntarnos, si en efecto la sociedad facilita y realiza acciones que posibiliten y promuevan la salud en este sector poblacional.

El grupo de adultos mayores revela una gran diversidad en características, intereses y necesidades. En general, el grupo más joven (65 a 74 años) es mayormente funcional. Tienden a ser personas más activas, con una mejor salud, que se involucran en actividades sociales y culturales. El grupo más viejo, los de 75 años o más, tienen más padecimientos de salud y mayor limitación en su capacidad para llevar a cabo las actividades del diario vivir (Oliver, et Al. 1999). El aumento en la morbilidad crónica y la limitación funcional presenta retos tanto

al sistema de prestación de servicios de salud del estado y a los familiares de las personas viejas. Desde un contexto de recursos limitados, implica al menos dos asuntos: la provisión de servicios adecuados y dignos para el anciano frágil, y la justa distribución de los recursos disponibles entre todas las generaciones (Callaham, 2004). La constitución familiar actual se ha reducido en número y las mujeres, quienes tradicionalmente han desempeñado las labores de cuido en el hogar, se han incorporado a la fuerza laboral. Como resultado, hay una disminución en el número de familiares disponibles para atender las necesidades de aquellas personas de edad mayor con dependencia funcional que por lo general son las de 75 años o más de edad, que, como hemos dicho, es el grupo que más aumentará en los próximos años. No obstante, los datos en Puerto Rico señalan que los viejos permanecen en sus comunidades (Censo de Población y Vivienda, 2000) y que más del 90% cuenta con apoyo de sus familiares (Oliver et al. 1999, PHRECO, 2003). ¿Podrá la sociedad puertorriqueña en general y la familia en particular, responder a la demanda de atención a la población de personas viejas, y cumplir la meta de mantenerlos integrados en la comunidad a la cual pertenecen?

La visión de los adultos viejos en nuestra sociedad

Aun cuando es evidente la numerosa presencia de los adultos mayores en la sociedad, la valoración social de los más viejos perpetúa los estereotipos y promueve el trato discriminatorio (Stallard, Decker, Bunnell-Sellers, 2002). No se les percibe como personas capaces de contribuir al proyecto social. Estas percepciones tienen consecuencias negativas tanto para la persona vieja, como para las personas más jóvenes. La persona vieja puede asumir la visión social prevaleciente y actuar en torno a ella; puede ser objeto de rechazo, discrimen o exclusión por parte de los más jóvenes o de los profesionales de ayuda. En los más jóvenes, afecta la percepción personal del propio envejecimiento y su trato con los adultos más viejos. A nivel social, se limita su participación en el proyecto colectivo de la comunidad y se obstaculiza su desarrollo personal al no tener un acceso equitativo a toda la gama de oportunidades que tiene a su alvance los otros miembros de la sociedad.

El gerontólogo Robert Butler (1986), acuñó la palabra "vejecismo" (ageism en inglés) para definir el discriminen por razón de edad. Se refiere a la exclusión sistemática de la persona mayor de las oportunidades y recursos que gozan otros miembros de la sociedad por el simple hecho de ser vieja. El vejecismo opera sutilmente, sin que nos demos cuenta, a través de los pensamientos, sentimientos y acciones hacia los adultos viejos. En ese sentido, refleja actitudes y creencias erróneas que pueden resultar en trato discriminatorio hacia el adulto mayor.

El tema del vejecismo y sus posibles efectos en la salud y bienestar de las personas mayores es un asunto preocupante. Todos los años exploro con mis estudiantes sus concepciones y actitudes al respecto. En alguna ocasión he hecho investigaciones formales y encuestas informales a agencias y servicios sobre las oportunidades y acceso de los adultos mayores. Algunas expresiones del vejecismo que he podido constatar en nuestra sociedad son, por ejemplo:

- Se aplican criterios diferentes al resto de los adultos para conseguir préstamos hipotecarios en los bancos o seguros de vida, autos y otros.

- Al diseñar viviendas no se toma en cuenta las necesidades funcionales de los envejecidos.

- Las actividades culturales y recreativas en la comunidad orientadas a los adultos mayores son escasas. Cuando las hay, generalmente se enfocan en temas relacionados con condiciones y problemas de salud.

- Las oportunidades de empleo, readiestramiento para empleo y trabajo voluntario para los adultos mayores son muy limitadas.

- Los programas educativos y de ayuda económica para los adultos mayores son pocos o inexistentes. Los que hay generalmente, se basan en una filosofía educativa orientada a la "preparación para la vida" y sus enfoques instruccionales no

son apropiados para las necesidades e intereses de los adultos más viejos.

- Se puede observar una tendencia generalizada a limitar el ejercicio de la autonomía de los adultos mayores, tanto a nivel de la familia como del profesional de servicios.

- La investigación enfocada en asuntos que atañen a la población adulta mayor es limitada.

- El mercadeo de bienes y servicios por medios de comunicación está dirigido mayormente a la población joven.

La teoría del construccionismo social explica como las personas desarrollan su concepción de mundo a partir de sus valores, creencias y prácticas. La realidad se construye dentro de un contexto social que es determinado por la cultura y la interpretación del mundo es producto de las relaciones de intercambio entre la gente en un momento dado de la historia. Las visiones del mundo están ligadas a las actividades sociales, las cuales sostienen unos modelos y descartan otros (Gergen y Gergen, 2000). El valor moral de una persona es socialmente conferido, lo otorga el grupo social de acuerdo a los valores prevalecientes en el contexto social. En la sociedad capitalista actual, organizada en torno a la actividad laboral y el consumo, se valora el trabajo remunerado, la producción de bienes, el consumo, el conocimiento científico-técnico y la autodeterminación de los individuos. En la etapa de vejez, cuando la mayoría de estas cualidades han disminuido, los viejos fallan en satisfacer los criterios de estatus moral dominantes y los perciben como pasivos, poco productivos y una carga pesada para la sociedad.

La literatura concluye que la sociedad contemporánea no ha adjudicado un rol para los adultos viejos (Barros Lazaeta, 1994; Callaham, 2004). El único rol atribuido es la jubilación, la pasividad y el descanso. El potencial de su experiencia y las aportaciones que hacen los mayores a la economía del país es invisible. Un ejemplo de ello, es la cantidad de adultos mayores que cuidan de sus nietos para que

sus hijos puedan trabajar, labor que tiene un valor económico para el país y no se reconoce. Desde el punto de vista Kantiano, se mancilla la dignidad del ser humano envejecido cuando se devalúan sus capacidades y contribuciones. Desde el punto de vista utilitarista, se desperdicia el talento y las aportaciones que puedan hacer para contribuir al proyecto social.

En resumen, la sociedad es quien define quien es viejo o vieja, cómo debe actuar y lo que debe hacer. El vejecismo es un constructo social sostenido por los estereotipos prevalecientes. Como resultado, existe una ausencia de un rol favorable adjudicado a los adultos mayores. En la edad de la jubilación, cuando la etapa de productividad ha finalizado, el sentido de valía del individuo se cuestiona y los adultos mayores se ven limitados en su desarrollo personal y en su derecho a disfrutar de la plenitud de la vida, según sus posibilidades (Oliver, 2007). En ese contexto, la pregunta ética es evidente: ¿tienen los adultos mayores tienen el mismo valor moral y merecen el reconocimiento de los mismos derechos y protecciones morales que disfrutan otros miembros de la sociedad? La exclusión de los más viejos de las normas morales establecidas en un contexto social es una forma de discriminación por razón de la edad, injustificable desde el punto de vista bioético.

Indiscutiblemente, el aumento de la población vieja y la disminución de la población más joven exigen la reestructuración de la sociedad en términos de la conceptuación de la etapa de vejez, la política pública, los servicios sociales y de salud dirigidos a este grupo de personas envejecidas. El advenimiento de los llamados "baby boomers" como el próximo grupo de edad avanzada tendrá un efecto en el macro sistema social. Las teorías de la gerontología social exponen que cada generación envejece como ha vivido y al llegar a viejos, las personas reflejan una continuidad en los patrones desarrollados en la adultez. Se estima que la próxima generación de adultos mayores será más educada que la anterior, con mayor acceso económico, más activa, consumista y acostumbrada a tomar sus propias decisiones. "Los "nuevos viejos" se sienten ciudadanos, autónomos, activos, y no leen el aterrizaje en la tercera edad como el otoño de sus vidas" (Arbizer, 2006).

Dignidad del adulto mayor

El bioeticista chileno, Dr. Fernando Lolas Stepke (2001), menciona tres hechos relevantes para un planteamiento ético de la vejez: el aumento de la población vieja en casi todos los países del mundo, la posibilidad de alcanzar el límite biológico de la especie humana y la convivencia entre generaciones, hasta ahora inédita. Estos hechos relativamente recientes y sin precedentes en la historia de la humanidad, representan una realidad social y personal que merecen reflexión desde una perspectiva bioética.

Por un lado, el aumento de viejos en Puerto Rico y la disminución de la población más joven requieren repensar el modelo económico y social del país para estimular e insertar la contribución de las personas mayores en el proyecto social. Por otro lado, la convivencia simultánea de tres o más generaciones (hijos, hijas, padres, abuelas, nietos o biznietas) y los cambios en la estructura social ocurridos con el proceso de modernización que evidencian la reducción en las relaciones entre las generaciones (Velasco, 2003), requerirá el desarrollo de un nuevo modelo de interacción social. También, el avenimiento de los "nuevos viejos", representará nuevas exigencias y espacios de participación social.

Una reflexión de la construcción social de la vejez prevaleciente plantea cuestionamientos acerca del valor social atribuido a las personas viejas y de su estatuto moral: ¿Hay individuos que valen más que otros? ¿Se consideran iguales a todos los miembros de una sociedad? ¿Tienen todos los individuos los mismos derechos, deberes y responsabilidades? La valoración de los mas viejos promueve un trato discriminatorio por el hecho de que no se les percibe capaces de cumplir con las expectativas de producción y autosuficiencia que una sociedad capitalista requiere (Gergen & Gergen, 2000). Se limita la participación del adulto mayor en el proyecto social colectivo de su pais al negársele un acceso equitativo a toda la gama de oportunidades a la que están sujetos otros miembros de la sociedad. Se obtaculiza el desarrollo de su persona en cuanto a la consecusión del propio proyecto de vida, aspectos que atentan contra su dignidad y su condición de fin en si misma (Velasco, 2003).

Beauchamp & Childress (2009), definen estatuto moral como la consideración moral o respeto que debemos a los demás seres y la protección que brindan las normas morales de una sociedad. Hay consenso en cuanto a la propiedad única que confiere dicho status a los seres humanos: la dignidad. El debate bioético se enfoca en las características de los seres humanos a los cuales se conferirá el estatus moral, las propiedades que lo hacen digno de protección moral. Dichas propiedades varían dependiendo de los diversos enfoques teóricos: tienen estatuto moral aquellos que pertenecen a la especia humana, sólo por el hecho de ser humanos; los que tiene capacidad de razonar y elegir las acciones mas convenientes para su vida, establecer metas y actuar conforme a ellas; los seres sensibles al placer y dolor, capaces de respuesta afectiva; aquellos capaces de hacer juicios morales sobre sus acciones; los seres que se involucran en relaciones sociales, con deberes y obligaciones. ¿Qué propiedades poseen las personas viejas que los hacen merecedores de respeto? ¿Tendrán igual dignidad y estatuto moral los adultos capaces y productivos, los mayores jubilados, los ancianos con Alzheimer?

La dignidad humana exige el trato digno a cada ser humano. Esto significa que toda persona debe ser tratada como un fin en si mismo, solo por el hecho de ser miembro de la especie humana, independientemente de las caracterìsticas o atributos que posea. Implica además, que es un deber para los otros, respetar la autonomía y el derecho a elegir de cada individuo miembro de la comunidad moral. De ahí que la dignidad tambien exige restricciones a la libertad individual en cuanto se interfiera con los derechos del otro. A nivel individual, tiene que ver con la libertad, el respeto a la autodeterminación y la capacidad de cada persona para decidir el propio proyecto de vida que conduzca a la plenitud humana. A nivel del estado, tiene que ver con las garantes que conduzcan a la protección de los derechos humanos y al pleno desarrollo de los miembros de una sociedad. Estas máximas cobijan a todo ser humano, incluso a los adultos mayores; se fundamentan en que el ser humano tiene racionalidad, sentimientos y conciencia moral (Velazquez JL. 2004); que puede tomar las mejores decisiones para si, respetando la autonomìa de los otros miembros de la comunidad moral. En el caso de los ancianos con discapacidad, es reponsabilidad de los otros y del

estado asegurar su protección moral, el respeto a su autonomia y dignidad. Su condición como miembro de la clase, humana, es determinada, no porque expresa todos o los necesarios predicados para ser considerados para ser clasificados dentro de esa clase, sino por extensión de su inclusión en la clase que tiene esas capacidades (Sulmasy, 2008).

El consenso de la literatura señala la dificultad en definir el concepto dignidad y el contenido de la expresión dignidad humana. El concepto de dignidad humana es atribuido a las ideas de Emmanuel Kant, filósofo prusiano del siglo XVIII. Kant se aparta del significado tradicional de la dignidad como un atributo de las personas que ocupan una jerarquía social específica o a presupuestos teológicos y vincula la dignidad a la condición racional de los seres humanos. Conceptúa la dignidad humana como un valor absoluto, independiente de las condiciones sociales, el cual no admite grados o diferencias ni interpretaciones subjetivas. Es una condición en la cual, algo, el ser humano, de por sí, es un fin en sí mismo, un valor intrínseco y no un valor relativo. Esto quiere decir que la dignidad humana no está fundamentada en el valor otorgado por otros, ni en la excelencia de nuestras acciones, sino en el hecho de ser parte de la naturaleza humana, de la humanidad en sí. Esta dignidad tiene un valor superior sobre todos los demás valores (Sulmasy, 2008; Velázquez, 2004).

El significado de la dignidad se ha vinculado con los derechos humanos fundamentales ya que se reconoce a cada ser humano como portador de derechos. La Declaración Universal de los Derechos Humanos, desarrollada en 1948 a raíz de las atrocidades nazis, reconoce los principios de dignidad y la igualdad de todos los miembros de la especie humana como la base para la libertad, la justicia y la paz. La Constitución del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, fundamento axiológico y legal para el desarrollo del orden social en el país, reconoce el respeto a la autonomía de las personas y la dignidad como un valor inviolable para cada ser humano. El documento establece la condición de igualdad humana ante las leyes y la protección de los derechos humanos fundamentales: el derecho a la vida, a la libertad y al disfrute de la propiedad. De acuerdo a ello, los adultos

mayores, como ciudadanos de este país, son merecedores de los mismos derechos y oportunidades de desarrollo personal y social del que son acreedores los demás miembros de la sociedad.

La Carta de Derechos de la Personas de Edad Avanzada, creada por la ley 121 de 1985 del Senado de Puerto Rico, establece los derechos y condiciones necesarias para lograr una vida plena en la edad mayor. En general, la Carta exige un ambiente digno para los adultos mayores, que satisfaga sus necesidades básicas y que esté libre de presiones y manipulaciones que menoscaben su derecho a la autodeterminación. Reconoce el derecho a beneficios y al acceso a servicios que faciliten la permanencia del adulto mayor en la comunidad, el disfrute de servicios recreativos y deportivos, la protección, la seguridad física y social. Destaca el derecho del adulto mayor a la participación como miembro de una sociedad, de ser escuchado en asuntos de interés público y a la oportunidad de tener un empleo, libre de discrimen por edad y ajustado a sus capacidades.

El contenido de la Carta reconoce el estatuto moral de la persona mayor como un miembro de igual valor que los demás miembros de la sociedad. Reconoce que los adultos viejos tienen dignidad, por el hecho de ser personas, pertenecientes a la especie humana y con capacidad para tomar sus propias decisiones. Reconoce el derecho de los mayores a la consecución de su propio proyecto de vida y a participar de las oportunidades y recursos disponibles en su contexto social. Reconoce además, la necesidad de protección y seguridad para los más vulnerables en caso de no poder ejercer su autonomía o tener alguna limitación física o mental.

Daniel Sulmasy (2008), al igual que Kant, considera la dignidad como un valor intrínseco de lo humano. El argumento axiológico esbozado por el autor se fundamenta en la teoría del valor que distingue entre los valores instrumentales e intrínsecos. Los valores instrumentales, están caracterizados como una subclase de atributos de valor. Dependen de los propósitos, creencias, intereses o expectativas del individuo o del grupo que valora. Es otorgado a algo porque sirve al propósito del que

valora, o sea, puede servir como medio para alcanzar un propósito de aquel que emite un juicio de valor. Un ejemplo de ello es el dinero que sirve para obtener cosas que consideramos valiosas. Por el contrario, el valor intrínseco es un valor de por sí, un valor que algo posee por la virtud de ser el tipo de cosa que es. No son generados, son descubiertos y reconocidos por quien valora inteligentemente. Requiere el reconocimiento y la atribución en la valoración del valor intrínseco a algo que lo tiene, el ser humano. Sulmasy (2008), hace una aportación importante al ampliar el concepto de dignidad intrínseca del ser humano al añadir la dimensión de la dignidad floreciente ("fluorescent dignity"). La dignidad floreciente es un proceso que conduce a la excelencia humana. Es un estado de virtud en que el individuo actúa según la expresión del valor intrínseco de lo humano. No es un valor intrínseco en sí, sino que depende del entendimiento previo del valor de lo humano. Aquellos individuos que florecen como seres humanos, viven vidas consistentes que expresan la dignidad humana. Es atributo fundamental porque se refiere a variedad de estados en que un miembro natural que tiene dignidad intrínseca florece como la clase de cosa que es. Un ejemplo de ello son las virtudes humanas, éstas son buenas porque instan aspectos del florecer de la naturaleza humana en individuos virtuosos.

José Luis Velázquez (2004), señala que la dignidad del ser humano es un valor independiente de las condiciones sociales del ser humano, la utilidad o precio que este pueda tener y de la subjetividad. No se pueden establecer diferencias al hablar de la dignidad de las personas. Este valor exige el respeto de los seres humanos entre si, ya que todos los seres racionales deben ser tratados como fines en sí mismos. Respetar la dignidad significa que todos los seres humanos debemos reconocernos como fuente de exigencias morales y estamos sujetas a ellas. El autor hace una crítica acerca de la aceptación de la dignidad humana principio universal y absoluto del ser humano como un fin en sí mismo sin incorporar la dimensión antropológica al análisis del imperativo categórico Kantiano. Indica que el ámbito de las normas morales está ligado a lo afectivo que es una parte esencial de la dimensión existencial del ser humano e implica que todos los seres humanos son determinantes en las actuaciones y relaciones intersubjetivas

entre ellos. Es el hecho de que ser humano no quiere ser tratado como medio, lo que nos exige la normativa de tratarnos como fines los unos a los otros. En la medida de que tratemos a los otros como iguales, con respeto, le conferimos la dignidad y asumimos los deberes que ello conlleva. La tesis del autor es que todos tenemos dignidad por ser seres humanos, pero esta dignidad es conferida por los demás mediante su reconocimiento. El sentido de la vida se encuentra en el aprecio de los demás. La comunidad moral está determinada por un sistema de normas y exigencias recíprocas entre sus miembros, requiere de sensibilidad moral que es lo que complementa la conciencia moral. Cuando no puede haber reciprocidad, como en el caso de los niños, discapacitados, los ancianos e incluso las generaciones futuras, las personas con capacidad de autodeterminación deberán tener interés moral por los que no la tienen, por lo tanto, éstos no quedan excluidos.

Tomás Domingo Moratalla (2005), enfatiza en la dimensión práctica del concepto de la dignidad. Esta exige tener en cuenta una visión de mundo que parte de la ciencia, las creencias religiosas y la interacción social y estar anclada en conceptos vivos que se puedan operacionalizar. Su argumento principal es que la dignidad es fruto del reconocimiento y debe ser pensada en términos de la relación de los unos con los otros. La dignidad me es dada y me la doy cuando la reconozco y se la doy en intercambio con los otros, en reciprocidad de reconocimiento mutuo. En este sentido, la dignidad debería ser replanteada desde la perspectiva del reconocimiento, en las relaciones humanas y como un proceso deliberativo y problematizado.

Pyrrho, Cornelli y Garrafa (2009), presentan la dificultad en la definición y fundamentación del concepto de *dignidad* como principio universal y referente bioética que legitima los demás principios en las declaraciones de derechos humanos internacionales. Los autores asumen la propuesta de Hegel, para afirmar que la dignidad es una construcción social que se realiza en el ámbito de las relaciones humanas, en la relación con el otro, por el reconocimiento recíproco entre los seres humanos. Más que el respeto por la *autonomía* que tiene un carácter individual, es el reconocimiento social del otro como un ser igualmente digno, aunque no

necesariamente igualmente autónomo. La dignidad, como un concepto relacional, construido en el "interior del tejido cultural" de las relaciones humanas enfoca en la responsabilidad moral con relación a los otros y constituye un referente indispensable en la valoración del ser humano en sus diferentes contextos y estados. Coinciden con los autores anteriores al incorporar la dimensión antropológica del ser humano y plantear que la dignidad se obtiene mediante el reconocimiento del otro.

Linda George (1998), gerontóloga social, vincula la dignidad en la vejez con el concepto de calidad de vida. Este concepto a su vez, lo asocia a dos condiciones de índole objetiva y subjetiva: la capacidad del individuo para atender satisfactoriamente las demandas del ambiente y la percepción individual de un sentido de bienestar. La calidad de vida se compromete cuando el individuo no puede afrontar dichas demandas o cuando al hacerlo, afecta su bienestar, aunque hay personas que aun en condiciones desfavorables perciben bienestar y tienen unas vidas satisfactorias. Las investigaciones de la autora relacionan los recursos sociales y psicológicos que posea el individuo con la autoestima y el sentido de control y dirección en la vida, factores principales en la percepción de la calidad de vida y la dignidad en la vejez.

El gerontólogo Harry Moody (1998), expresa que aunque existe ambivalencia en la definición del término dignidad humana, todos tenemos un sentido de lo que es un acto indigno. Conceptúa la dignidad como un criterio de aprobación y una medida de evaluación de la conducta humana, la nuestra y la de los demás. Como criterio de estimación moral, la dignidad en la vejez está ligada a nuestro sentido de significado de la última etapa de la vida. Su tesis es que prevalece una conceptuación simplista y arcaica del concepto dignidad en la etapa de vejez, carente de contenido sustantivo. La sociedad no sabe como rendir respeto a los adultos mayores y confunde la dignidad con actos de piedad hacia las personas más viejas. Esto se traduce en lo que el autor llama ¨trato de enfermo¨, que puede mancillar su autonomía. Pardo (2005), coincide con este argumento cuando señala que existe una cultura de sobreprotección en el trato a los adultos mayores que fomenta la pasividad y la pérdida de autonomía. Esta cultura es

validada por la construcción de la vejez prevaleciente y se ha adoptado como forma natural de interacción social. El modelo social del adulto mayor enfermo prevalece, se traduce en el trato y limita el derecho de las personas mayores a dirigir su propia vida.

Por otro lado, Moody (1998), expresa preocupación ante la visión sustantiva de un ideal moral de la dignidad vinculada específicamente a la etapa de vejez. La idea de la dignidad en la edad mayor es asociada a la remoción de barreras y estereotipos, la concienciación hacia los adultos mayores y la inclusión de ellos en el orden social. Para el autor, esto no es suficiente. La dignidad debe estar enmarcada en una concepción amplia e inclusiva de lo que es libertad humana. Debe verse como una capacidad continua para reconstruirnos a nosotros mismos en cada etapa de la vida, incluyendo la última. Esta capacidad debe de estar presente en todos los ámbitos de la vida, educación, trabajo, jubilación, que deben reconceptuarse para lograr la verdadera igualdad y oportunidad humana.

En resumen, los autores reseñados en esta sección, presentan ideas pertinentes para el valor de la dignidad en el adulto mayor. Sulmasy (2008), aporta la dimensión de la dignidad floreciente como un proceso que conlleva el demostrar la excelencia humana y que requiere del entendimiento previo de la condición de dignidad intrínseca. Hace un señalamiento importante y aplicable a los ancianos frágiles que no están en condición de racionalidad. Estos tienen dignidad y merecen un trato digno por el hecho de ser miembros de la especie humana, por extensión de la inclusión del concepto, no por las propiedades que posean. Los demás autores reseñados incorporan la dimensión antropológica cultural como elemento indispensable del reconocimiento de la dignidad en todos los seres humanos. Velázquez (2004), enfatiza en la sensibilidad moral como parte importante del sistema de normas y exigencias recíprocas de una comunidad moral. Moratalla (2005), alude a la dimensión práctica en el reconocimiento de la dignidad, ya que esta se da en el intercambio recíproco de reconocimiento mutuo entre los seres humanos. Pyrrho, et Al. (2009), indican que la dignidad es un concepto relacional construido socialmente en la cultura y en las

relaciones humanas que debe estar fundamentado en la responsabilidad moral con los otros y constituir un referente indispensable para la valoración humana. En el caso que nos ocupa y los planteamientos anteriores, concluyo que es necesaria una reconstrucción de la visión de la vejez como una etapa con un rol y significado propio, en la que se reconozca que las personas mayores tienen valor moral y pueden hacer contribuciones al proyecto social.

Significado social de la vejez y de la persona vieja

La literatura concuerda que la vida es una continuidad y que la etapa de vejez tiene un significado en si misma. El significado social de esta etapa ha sido abordado por varios autores desde diversas perspectivas. En esta sección resumo algunos autores que ha aportado sus argumentos acerca del significado de la vejez.

Marco Tulio Cicerón (2009), quien escribió en el año 44 AC., uno de los primeros tratados sobre la vejez que se conservan en la historia de la humanidad. El tratado se escribe cuando el autor tenía 63 años, es dedicado a un amigo de 83 años a quien considera un modelo en la reflexión sobre la edad avanzada. El tratado refleja una época histórica en la cual, la edad era símbolo de prestigio y se enmarca en las ideas estoicas de la época. Cicerón (2009), considera que los principios morales están insertos en la vida cotidiana, en las situaciones y hechos reales que experimentan las personas. Así cada cual tiene la oportunidad de alcanzar la virtud. La etapa de vejez es una etapa natural de la vida con sus oportunidades y sus limitaciones al igual que las restantes. La oportunidad de alcanzar la virtud depende de las acciones realizadas durante toda la vida, "la vejez que se apoya en los cimientos de la juventud". Este filósofo griego presenta a la etapa de vejez como una continuidad de la vida con oportunidades de enriquecimiento al igual que las otras etapas. La considera como una época rica en dones y placeres aunque diferentes a los de la juventud. Refuta las miserias de la vejez, como la pérdida de fuerza y enfoca en la sabiduría y la orientación a los más jóvenes como el valor principal del adulto mayor. El valor adulto mayor no se encuentra en la fuerza ni en las tareas que

la requieran, sino en el juicio, la sabiduría y la reflexión; el prestigio, la sensatez y en consejo. En estas virtudes radica la fortaleza y el significado que tiene la vejez en la vida humana, y representan la función más importante del adulto mayor: el instruir a los más jóvenes para el ejercicio de la vida. La relación entre ambos grupos los nutre y beneficia. En este sentido, ve la vejez como una etapa activa y productiva en cuanto a las contribuciones que hace la persona mayor al desarrollo de los intereses de los más jóvenes.

Romano Guardini, teólogo italiano (2006), al igual que Cicerón, presenta la etapa de vejez como una continuidad de la vida que se enriquece con las anteriores. Cada etapa tiene un significado propio y en el adulto mayor es descubrir su sentido de la vida ante la senilidad y muerte inminente; esta constituye una de las tareas más valiosas de la vejez, la preparación para la muerte y el encuentro con Dios como la culminación del ciclo vital. Aunque presenta la vejez como una etapa decadente, reconoce que su valor propio es la creación de vínculos con las demás generaciones como elemento esencial de ayuda y enriquecimiento mutuo. Erik Erikson (en Goleman, 1988), presenta una visión más personal del significado de la vejez que constituye el desarrollo de virtud de la sabiduría a través de la vida. También reconoce la importancia de las vivencias de las etapas anteriores en el desarrollo de esta virtud. La sabiduría permite al adulto mayor vivir con integridad para la búsqueda de sentido aún ante el deterioro físico. En ese proceso, la relación con las demás generaciones es esencial.

Para Pedro Laín Entralgo, historiador español (2001), la etapa de vejez es una la oportunidad para continuar el desarrollo personal hasta la muerte, pero hay factores relacionados con la salud, economía, y la sociedad que interfieren en el éxito del proceso. Concluye el autor que, para que el envejecimiento sea una empresa vital y personal debe existir auto sensibilidad imaginativa y creadora y la concreción de ella en una determinada vocación. Plantea uno de los mayores retos que traerá la extensión de la vida humana será el que la sociedad provea los medios para que sus miembros puedan desarrollar su empresa personal en la vejez.

Para Renzo Peroraro (2001), la vejez debe verse como una etapa de planes para la culminación del proyecto de vida que se enriquece de las etapas anteriores. Puede ser una etapa productiva en la cual la persona completa su labor existencial, pero requiere de una preparación previa. Mientras más rica la experiencia en la juventud, más fructífero será en legado a las nuevas generaciones. El adulto mayor tiene una tarea dual, ontológica y ética. En el ámbito personal, continuar el desarrollo personal y mantenerse involucrado con la vida. En el ámbito ético, compartir sus dones y el conocimiento integral de la existencia con los más jóvenes. Señala el autor, que la sociedad juega un papel importante en esa gestión al fomentar una cultura de respeto y aprecio a los adultos mayores que permita el reconocimiento de su legado.

En su obra *Setting Limits*, el reconocido bioeticista Daniel Callahan (2004), plantea la necesidad de reconceptuar la vejez y de reconstruir los límites del envejecimiento humano ante la avalancha científica y demográfica que confronta la sociedad contemporánea. Por ello, se refiere a la posibilidad de vivir una vejez con sentido y que esta posibilidad no responda al esfuerzo compulsivo de la medicina en extender la vida. Expresa principalmente, su preocupación ante el envejecimiento de la población, las obligaciones entre las generaciones y la distribución justa de recursos sanitarios.

El hecho del aumento radical en la longevidad humana requiere una revisión radical para que para que la etapa de vejez siga teniendo sentido. Por un lado, es apremiante una nueva construcción de los límites de la vejez. La buena salud no es suficiente, la medicina debe poner límites enfocando en la atención a aliviar el sufrimiento, mejorar la calidad de vida en vez de prolongarla. Por el otro, se requiere de un contexto social que proporcione sostén al envejecimiento y muerte- que la sociedad cuide y respete a sus adultos mayores y que éstos reconozcan que su orientación primaria deben ser los jóvenes. La elaboración del sentido y significado de la etapa de vejez requerirá acuerdos sociales que permitan el reconocimiento social del adulto mayor como el eslabón viviente con las generaciones más jóvenes y el reconocimiento por parte del adulto mayor de su obligación particular con las futuras generaciones,

particularmente, en la preparación de los más jóvenes para la vida, sus futuros roles y el desarrollo del yo (Callahan**,** 2004).

El consenso de los autores reseñados, es que la etapa de vejez tiene un significado de por sí y una función muy propia y diferente al de las etapas anteriores. El adulto mayor tiene una obligación con los más jóvenes, la de servir de guía, maestro y orientador de la vida, facilitando el paso de aquellos que vienen caminado por un sendero ya por ellos recorrido, desde la perspectiva que da la experiencia de todo el ciclo vivido, que es única y sólo él o ella conocen.

Hacia una convivencia solidaria con los adultos mayores

Recuperar el sentido de la etapa de vejez y el significado del adulto mayor en la sociedad es una tarea que involucra a todas las generaciones y se fundamenta en el reconocimiento de la dignidad de las personas en todas sus etapas y de la relación interdependiente y recíproca que existe entre todos los seres humanos. La responsabilidad con las generaciones futuras exige la preparación de un contexto humano solidario, social y espiritual que permita la vida digna de todas las personas, sin exclusión de los mayores. Esa es la consigna del documento *La dignidad del anciano y su misión en la iglesia y en el el mundo* del Pontificio Consejo de Laicos del Vaticano (1 de octubre de 1998). En ella se insiste en la necesidad de que las diversas generaciones den su aportación para establecer un orden solidario en la sociedad y que se reconozca la dignidad y las aportaciones que los adultos mayores pueden hacer. Esta tarea es responsabilidad de todos, individuos, familas, comunidad y estado. A tales efectos, es necesario promover acciones que permitan la armonía social y la convivencia solidaria.

En su libro *La bioética y el principio de solidaridad*, el Dr. Juan María de Velasco (2003) destaca que el valor de la solidaridad establece una responsabilidad entre personas asociadas por una causa común. Define las características del concepto solidario como la asociación de una persona a la causa del otro en la que se resalta el carácter de unión a favor de un tercero, unión que conlleva responsabilidades para con el otro. La

responsabilidad es compartida por determinados sujetos que están vinculados por un proyecto común. Beauchamp y Childress (2009), señalan que las relaciones entre las partes tienen status moral. Describen varios niveles de interacción moral entre los seres humanos, los cuales implican roles y obligaciones. Por ejemplo, las relaciones entre padres e hijos, son más fuertes que aquellas entre personas extrañas con las cuales no tenemos vínculos afectivos. De estas relaciones surgen vínculos de afecto, reciprocidad, cuidado que implican una responsabilidad moral. Por tanto, la vinculación familiar con un adulto mayor, establece una responsabilidad por parte de los demás miembros de la familia y viceversa.

Alasdair MacIntyre (2001), en su libro *Animales racionales y dependientes*, presenta una ética fundamentada en la biología humana en la que se destaca la vulnerabilidad y fragilidad del ser humano y la necesidad de desarrollar vínculos solidarios. Señala que todos los seres humanos somos vulnerables y estamos sujetos a la dependencia en algún momento de nuestras vidas, especialmente en los confines de la vida (infancia, vejez) y en la enfermedad. Es dentro del conjunto de relaciones humanas que nos desarrollamos como agentes morales independientes, autónomos, capaces de razonar, con capacidad para evaluar las razones propias y las de los demás, y asumir responsabilidad de nuestras conclusiones y acciones. El reconocer que hemos sido dependientes de alguna persona que nos guió en la vida o que lo seremos en algún momento ya sea por enfermedad o incapacidad, es lo que nos permite llegar a razonar independiente. El florecimiento humano y el desarrollo de la persona como un razonador independiente, no es posible sin el apoyo de los otros ya que el ser humano está insertado en una red de relaciones de reciprocidad que son medio indispensable para alcanzar los bienes personales y comunitarios y para educar a las próximas generaciones para que puedan florecer. El cuidado de los adultos mayores más frágiles o discapacitados puede proveer oportunidades para el florecimiento humano. Reconocer nuestra deuda con los mayores en el reconocimiento de la dependencia del otro como la propia y del bien del otro como el mio propio. La virtud de la misericordia, como acto de generosidad, justicia y compasión con los más débiles es lo que dicta las acciones necesarias para el ejercicio de la virtud de la solidaridad.

El desarrollo de vínculos solidarios es una exigencia moral que constituye el principio ético organizador de la sociedad (Velasco, 2003). La ética sobre la vejez debe estar fundamentada en los valores de solidaridad, la preocupación por el otro y el diálogo como herramienta bioética para la reinterpretación de las relaciones humanas y los factores socioculturales que inciden en la valoración de la vejez en la sociedad. Fernando Lolas (2001), concuerda en que la idea de solidaridad en los adultos mayores puede darse en dos formas: el apoyo vertical de las autoridades y organizaciones del estado para que los viejos puedan ser ciudadanos dignos; y un apoyo horizontal que permita el diálogo e interacción entre las generaciones. Para ello propone identificar temas relevantes para la sana convivencia intergeneracional y desarrollar estrategias para lograrlo.

El aumento sin precedentes de la población mayor es un asunto con serias repercusiones tanto para la familia, como para el estado. Como hemos señalado la longevidad conlleva la posibilidad de sufrir condiciones crónicas y dependencia funcional. A nivel familiar, implica que se incrementaran las obligaciones de los miembros del núcleo familiar para con sus mayores. Así mismo, se incrementará las responsabilidades del estado para que la familia pueda cumplir con estas obligaciones. El estado es responsable de desarrollar servicios de apoyo a los las familias para que puedan mantener a sus familiares mayores integrados a la comunidad y atender a los ancianos más frágiles en el seno familiar.

A nivel gubernamental, implica que se incrementará la necesidad de servicios de salud y de cuidado prolongado. La atención de salud a la población de mayores levanta varios cuestionamientos a la hora de balancear la atención de salud entre esta población y las poblaciones más jóvenes. Se trata de la equidad intergeneracional y la necesidad de crear un justo balance entre las generaciones. Otro especialista, Post (1993), propone utilizar el criterio de calidad de vida al tomar decisiones en cuanto a la distribución de servicios, sin importar la edad.

La visión de la vejez prevaleciente tendría reestructurarse para que se reconozca la etapa de vejez como una etapa normal de la vida, con sus limitaciones y oportunidades de crecimiento, y especialmente, con una

función propia en la sociedad. Los pocos autores que tratan el tema del significado social de la vejez concluyen que la persona mayor tiene una función social única e ineludible. El conocimiento de la totalidad de la vida, de haber visto como el futuro se ha hecho realidad es un valor insustituible para las generaciones más jóvenes (Callahan, 2004) Los valores propios de la vejez, el juicio, la reflexión y la sabiduría (Cicerón, 2009; Guardini, 2006), parten del conocimiento de toda una vida, que solo la persona anciana ha experimentado. El compartir esos valores con los más jóvenes es la función primordial del adulto mayor y la contribución que debe hacer a la sociedad (Cicerón,2009; Guardini, 2006; Callahan, 2004; Peroraro,2001).

La reconstrucción de la visión de la vejez requerirá un cambio de actitudes en todos los sectores de la sociedad, que permita la valoración del adulto mayor. La educación en todos los niveles es pieza clave, desde la temprana edad para aprender a valorar a los mayores y a través de la vida para prepararnos para nuestra propia vejez. El desarrollo de política pública es apremiante para que se ofrezcan programas educativos, de empleo, recreación y otros que permitan el desarrollo del adulto mayor según sus posibilidades, el reconocimiento de su función social y los servicios de apoyo necesarios para que puedan vivir una vejez digna a la que tienen derecho.

Referencias

- Abizer, F. (2006). Noviembre) ¿Viejo yo?: El boom de los mayores, *La Nacion*, Buenos Aires
- Andresen E. Rothenberg B. Zimmer J. (1997). Assesing the Health Status of Older Adults, 1ra ed, New York: Springer.
- Barros Lazaeta, C. (1994). Aspectos sociales del envejecimiento. En Anzola, E; Galinsky, D.; Morales, F.; Salas, A.; Sánchez-Ayéndez, M. (1994). *La Atención de los Ancianos: Un desafío para los años noventa*, Washington, D.C.: OPS Pub. #546.
- Beauchamp TL., Childress JF. (2009) Principles of Biomedical Ethics, New York: Oxford University Press

- Bronfenbrener U. Ceci S. (1994). Nature-Nurture Reconceptualized in Developmental Perspective: A Bioecological Model, *Psychological Review*, 101(4), 568-586
- Buttler, R. (1986). *The Geriatric Imperative as a National Policy*. Informe del Taller del Gobernador sobre la Instrumentación de Política Pública de Servicios a Envejecientes. 27 al 29 de enero. Centro de educación en Geriatría, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.
- Callahan, D. (2004). *Poner Límites: Los Fines De La Medicina en una Sociedad que Envejece*, Madrid: Editorial Triacastela, pp. 35-68, 107-148.
- Carta de Derechos de las Personas de Edad Avanzada en Puerto Rico, Ley 121 de 1985, Senado de Puerto Rico.
- Censo de Población y Vivienda. (2000, 1990). Negociado del Censo de Población y Vivienda, Junta de Planificación de Puerto Rico. San Juan, P.R.
- Cicerón (2009). Sobre la Vejez, Sobre la Amistad. Madrid: Alianza Editorial.
- Constitución del Estado Asociado de Puerto Rico. http://www.lexjuris.com/lexprcont.htm
- Departamento de Salud de Puerto Rico (2004). *Estudio Continuo de Salud Muestra Básica*. Secretaría Auxiliar de Planificación, División de evaluación.
- George L. (1998). Dignity and quality of life in old age, en Disch R. Dobrof R. Moody H. eds. *Dignity and Old Age*, Haworth Press: New York, pp. 39-52.
- Gergen K. Gergen M. (2000). "The New Aging: Self Construction and Social Values", in Schaie, K. W." (Ed.) *Social Structures and Aging,* New York: Springer.
- Goldman D. (1988, June 14). Erikson, In His Own Old Age, Expands His View of Life, The New York Times
- Guardini, R. (2006). Las etapas de la vida, 5ta. Edición, Madrid: Ediciones Palabra, pp. 93-122.
- Haber (2003). *Health Promotion and Aging*. Springer: New York.
- Kochera, A. Straight, A. Gutherbock, G (2005) Beyond 50.05: A Report to the Nation on Livable Communities Creating Environments for Successful Aging. AARP Public Policy Institute.

- Lain Entralgo P (2001). *La Empresa de Envejecer*, Barcelona; Galaxia Gutemberg.
- Lolas Stepke, F. (2001) Las dimensiones bioéticas de la vejez. *Acta Bioethica* VII(1), 57-70.
- MacIntyre, A. (2001). Animales racionales y dependientes, Barcelona: Editorial Paidós, pp. 119-151.
- Moody H. (1998). Why dignity in old age matters, en Disch R. Dobrof R. Moody H. eds. *Dignity and Old Age*, Haworth Press: New York, pp. 39-52.
- Moratalla DT. (2005). Difícil dignidad: cuestiones abiertas, en Masiá Clavel J. Ed., *Ser humano, persona y dignidad* (pp. 341-357), Madrid: Universidad Pontificia Comillas, Editorial Desclée De Brouwer.
- Oliver, M., Suarez, E., De Andino R., Vega, R., Conde, J. & Rosario, R. (1999). Descripción del Estado de Salud y Capacidad Funcional de la Población de 65 años o más Residente en la Región Universitaria de Salud. *PR Health Science. J,* 18(4) 369-376.
- Oliver Vázquez, M. (2007) Diversidad y vejez: mitos y realidades, en La Diversidad Cultural: Reflexión crítica desde un acercamiento interdisciplinario. Ed. Rosalie Rosa Soberal. Publicaciones Puertorriqueñas, Inc.
- OPPEA (2005). *Perfil demográfico de la Población de Edad Avanzada en Puerto Rico*. Oficina de la Procuradora de las Personas de Edad Avanzada. Estado Libre Asociado de Puerto Rico.
- Pardo, A. (2005) La cultura de la sobreprotección, Revista Mult. Gerontológica 15(3): 165-170.
- Pegoraro R. (2001). Reflection on aging, a time to live and share. en Weisstub D. Thomasma, D. Gauthier, S. & Tomossy G. Eds. *Aging: Culture, Health and Social Change, (* pp 231-243). London: Kluwer Academic Publisher.
- Post, S. (1993) *Inquiries in Bioethics.* Washington: Georgetown Press. Old-age-based rationing, demetia and quality of life, 115-139.
- PREHCO (2003) Project University of Puerto Rico and University of Wisconsin, National Institute on Aging Grant.
- Pyrrho M. Cornelli G. Garrafa V. (2009). Dignidad humana, reconocimiento y operacionalización del concepto, *Acta Bioethica*, 15(1): 65-69.

- Stallard, J.M., Decker I.M. y Bunnell-Sellers, J. (2002) "Health care for the elderly: A social obligation". *Nursing Forum*, 37(2) pp. 5-15.
- Sulmasy D. (March, 2008). *Human Dignity and Bioethics*, Essays commissioned by the President´s Council on Bioethics, Washington DC. Pp. 469-484.
- World Population Bureau Data Sheet: 2009 Population Referece Buerau, accedido en: www.prb.org
- Vaticano (1 de octubre de 1998). *La Dignidad del Anciano y su misión en la iglesia y en el mundo.* Pontificio Consejo de Laicos, Biblioteca Electrónica Cristiana -Bec- Ve Multimedios, recuperado en 01/06/2007 http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_councils/laity/documents/rc_pc_laity_doc_...
- Velasco JM. (2003). *La bioética y el principio de solidaridad*, Serie Teología Núm. 33, Universidad de Deusto, Bilbao, Capitulo: La génesis y significado de la solidaridad, Pp. 185-230.
- Velázquez JL. (2004). La fundamentación de la dignidad, en Feito L. ed. Bioética: la cuestión de la dignidad, Universidad Pontificia Comillas: Madrid, pp 105-121.

Neuroética y Uso No Terapéutico de Metilfenidato

Brian Muñoz, PhD.

En 2010, la muerte de un estudiante en el Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico puso en cuestión la facilidad que tienen los estudiantes para acceder a productos que mejoran las capacidades cognitivas. Desde la "Administración de Servicios de Salud Mental y Contra la Adicción", Carmen Román Torres denunció los riesgos de esas bebidas energéticas para la salud (PRIMERA HORA, el 31 de octubre del 2010). Por su parte, el Secretario de Salud consideró que la responsabilidad por el uso de esos productos recae sobre la persona que los consume (PRIMERA HORA, 1 de noviembre del 2010).

En el mundo estudiantil, se ha revelado un interés creciente por mejorar las capacidades cognitivas, particularmente en los momentos de repaso antes de los exámenes. Pero, sea cual sea la responsabilidad de los diferentes actores en tal drama, se podría afirmar que las prácticas actuales

con finalidades de mejoramiento cognitivo muestran un posible riesgo que las políticas de salud pública deberían considerar. Ante todo, se tendría que prevenir los riesgos del consumo de dichos productos cuando va acompañado de otras prácticas farmacéuticas de mejorías cognitivas, porque aumentan significativamente los riesgos sobre la salud.

En cuanto a los usos particulares de metilfenidato, podemos distinguir al menos dos: un uso terapéutico en los casos de déficit de atención, y un uso no terapéutico para mejorar las capacidades de concentración a la hora de preparar unos exámenes. Para dar a entender las diferencias entre estos usos proponemos dos situaciones concretas.

Ray, un niño de siete años, vive con su familia en la costa este de los Estados Unidos. Tiene una vida cómoda, pero tiene problemas en la escuela. Los educadores consideran que Ray sufre de un déficit de atención (piensan en un diagnostico de "Attention deficit hiperactivity disorder"). Ray necesita más tiempo para aprender que sus compañeros de clase. Los padres de Ray no entienden su "hiperactividad" y lo castigan cada vez que su maestra les llama la atención. Pero, los resultados escolares de Ray no mejoran. Deciden consultar con un especialista en psicopediatría que les receta Ritalin©. Al cabo de poco tiempo, Ray mejora su atención en clase y logra tener mejores notas.

Así presentado, el uso de metilfenidato (bajo forma de Ritalin©) no parece implicar un problema ético. Sin embargo, el uso de metilfenidato en los niños es una decisión terapéutica delicada. La exigencia social en cuanto a los resultados escolares no suele tener en consideración las idiosincrasias de las personas. Pero cuando tomamos conciencia de que el metilfenidato se asemeja químicamente a la cocaína, podemos considerar que las cuestiones de los riesgos sobre la salud de los niños, y la posible adicción deberían tenerse en cuenta. A fin de cuentas, la prescripción de metilfenidato por consideraciones socioculturales plantea cuestiones éticas, sobre todo cuando son los adultos quienes lo imponen a los niños. Pero no vamos en entrar en este asunto porque queremos analizar el uso de metilfenidato por razones de mejorías no terapéuticas.

Imaginemos ahora que Ray acaba de cumplir 18 años. Como buena parte de los jóvenes de su edad, debe enfrentarse a la dificultad de un examen que podría determinar el resto de su vida académica y profesional. Una semana antes de pasar el examen, Ray usa metilfenidato para mejorar su concentración con el fin de sacar mejores notas. Propone el uso de metilfenidato a su amigo Michael pensando que ambos podrían así ingresar en una universidad de prestigio. Michael piensa que el uso de metilfenidato es seguro porque es un medicamento. Además, ha escuchado que muchos estudiantes usan tal sustancia para optimizar los últimos momentos de repaso. El uso será pasajero y no tendrá problemas de adicción. Michael justifica un caso de lo que podríamos llamar *dopaje académico* (Caroline Davies, 2010) aduciendo además el argumento de que el metilfenidato es bastante seguro, el hecho de que como muchos estudiantes lo toman, no es realmente hacer trampa. Pero vislumbramos que dicha justificación es demasiado ingenua para ser del todo correcta.

Para demostrarlo queremos (1) valorar en términos éticos el uso de metilfenidato con fines de mejoramiento, (2) exponer los argumentos a favor del uso de metilfenidato con fines de mejoramiento cognitivo, (3) exponer los argumentos en contra, y (4) sacar unas conclusiones.

Valoración ética del uso de metilfenidato con fines de neuromejoramiento.

Incluimos nuestra propia reflexión en la continuidad de los análisis de la *neuroética* contemporánea. ¿Que entendemos por neuroética? William Safire la considera como como parte de la bioética, entendiendo la bioética como la valoración de las consecuencias buenas y malas de la práctica clínica y la investigación biológica. El autor sostiene que la ética de la investigación en el cerebro nos afecta más que cualquier otra forma de investigación porque interviene con nuestra conciencia, nuestro sentido de identidad, que es un componente central de nuestro ser (Safire, 2002). Tal definición de tradición consecuencialista afirma la particularidad del cerebro como órgano de la identidad del individuo y de su conciencia. La neuroética se destacaría de la bioética por dedicarse a una serie de fenómenos medulares del ser humano, pero seguiría siendo una parte de la bioética tradicional.

Al contrario, Michael Gazzaniga le da un estatus singular a la neuroética yendo más allá de la propuesta anterior. Para Gazzaniga, la neuroética es algo más que la bioética del cerebro. Es el examen de cómo queremos lidiar con las cuestiones sociales que nos plantean la enfermedad, la normalidad, la mortalidad, los diversos estilos y filosofías de vida desde la información que nos proporciona nuestra comprensión de los mecanismos subyacentes del cerebro. No es una disciplina que busque curas médicas. Se trata de más bien de una disciplina que coloca nuestra responsabilidad personal en el contexto social y biológico más amplio posible. Por lo tanto se trata del esfuerzo por elaborar una filosofía de vida basada en nuestros conocimientos sobre el cerebro (Gazzaniga, 2005, XV). Es otra forma de entender los cambios vislumbrados por las neurociencias actuales, capaces de transformar profundamente las relaciones sociales, humanas, y el modo de percibir nuestro lugar en este universo.

Según nuestra opinión, Adina Roskies propone distinciones aclaradoras. La neuroética es, por una parte, la "ética de la neurociencia", y por otra, "la neurociencia de la ética". Por lo cual, podemos entender que Michael Gazzaniga subrayaba el carácter "revolucionario" de la segunda mientras que William Safire destacaba el alcance de la primera dimensión de la neuroética.

Notamos que Roskies establece una división en la "ética de la neurociencia", *Las cuestiones y consideraciones que se deben plantear en el curso de diseñar y ejecutar estudios neurocientíficos y (2) la evaluación del impacto ético y social que se desprende de los resultados que esos estudios pueden o deben tener en las estructuras sociales, éticas y legales que actualmente existen* (Rosquies, 2007 p.13)"[1]. Para valorar el cuestionamiento ético del uso no terapéutico de metilfenidato seguiré la distinción de Roskies, es decir que estableceré

1. *"(1) the ethical issues and considerations that should be raised in the course of designing and executing neuroscientific studies and (2) evaluation of the ethical and social impact that the results of those studies might have, or ought to have, on existing social, ethical, and legal structures*".

una evaluación ética de los efectos de dicho uso en la sociedad occidental contemporánea.

Podríamos traducir "Enhancement" al castelleno por "Mejoramiento" o por "Aumento". Mientras en lengua inglesa, "Enhancement" se entiende de manera intuitiva, en las lenguas de origen germanas o latinas se debe precisar el sentido.

En este trabajo "mejoramiento" designa las prácticas farmacológicas no terapéuticas, y el prefijo "neuro" subraya que actúan sobre el cerebro. En este sentido usaremos el sustantivo "neuromejoramiento". "Neuromejorador" y "tecnología farmacológica de la mejoría" se usaran como sinónimos para designar el producto farmacológico de mejoramiento de capacidades cognitivas en un contexto no terapéutico. Cuando trataremos de otro tipo de tecnología de la mejoría, precisaremos su naturaleza.

En cuanto al uso no terapéutico del metilfenidato se identifica dos problemas éticos ligados al principio de precaución, es decir:

1. Un uso en aumento (sobre todo en América del Norte) que implica valorar los beneficios y los riesgos sobre la población saludable.

2. La cuestión general del principio de precaución que debe ser actualizada en vista de nuestros conocimientos (y lagunas) sobre el cerebro.

Por otro lado, proponemos también dos problemas ligados al principio de autonomía y a las desigualdades sociales:

3. La cuestión de la coerción social sobre el consumidor saludable.

4. La cuestión de la autenticidad personal en la búsqueda de neuromejoramiento con metilfenidato.

Beneficios y riesgos del uso no terapéutico de metilfenidato.

Procedemos a presentar los datos sobre el consumo de metilfenidato con la finalidad de apreciar los argumentos que afirman un balance positivo de los beneficios en el uso no terapéutico del metilfenidato.

1.1. Consumo del metilfenidato.

El metilfenidato es un psicoestimulante que mejora la atención.

Los psicoestimulantes están presentes en numerosas culturas, tanto en usos médicos como en usos tradicionales y rituales. Por ejemplo, las hojas de coca en las tradiciones antiguas suramericanas alivian el hambre y el cansancio, o la efedrina en la cultura china trata la bronquitis y el asma. En nuestra cultura occidental, el café, el chocolate y el té tienen también virtudes "neuromejorativas naturales".

El metilfenidato se asemeja a las anfetaminas. Actualmente el uso de anfetaminas es diverso. Las anfetaminas sintéticas están consideradas como peligrosas para la salud, con lo cual se prohíbe su consumo (el MDMA, por ejemplo). Sin embargo, los corticoides y los antidepresivos, con las debidas autorizaciones para su consumo y venta, permiten tratar numerosos problemas de salud pública.

El metilfenidato (phenyl piperidyl-2 acetate de methyl) aparece en la tabla II del Convenio de Sustancias Sicotrópicas de 1971, lo que significa que es una sustancia adictiva. Su estructura química le asemeja a la cocaína. Sin embargo, en los Estados Unidos, entre 1990 y 1997, como consecuencia de sus usos legales y médicos, su consumo ha pasado de tres a trece toneladas. En este mismo periodo, las consultas médicas debidas a los efectos secundarios del metilfenidato se han multiplicado por diez.

1.2. Balance positivo de los beneficios del uso de metilfenidato.

Sin embargo, el metilfenidato permite mejorar las facultades ejecutivas, es decir la capacidad de atención y más concretamente, la capacidad

para estudiar (HARRIS, 2009). Actualmente, tener buenos resultados académicos es, a menudo, sinónimo de éxito laboral y social, factores considerados hoy día como determinantes para lograr la felicidad.

Para sintetizar, podemos afirmar un doble beneficio del uso del metilfenidato. Por una parte, en una perspectiva terapéutica se logra resolver los problemas de hiperactividad patológica. Por otra parte, en una perspectiva neuromejoradora, el consumidor encuentra un medio suplementario para competir en el mundo académico. Podríamos afirmar que el secundo beneficio facilita la lucha contra las desigualdades sociales y económicas de los medios de selección tradicionales (mejores escuelas, clases privadas, actividades extraescolares, etc). Eso lo discutiremos más adelante.

1.3. El principio de precaución y el uso no terapéutico de metilfenidato.

Tradicionalmente, el principio de precaución se presenta como un conjunto de medidas que reducen la posibilidad de sufrir un daño, y a pesar de que se ignora la posibilidad de que ocurra existe un deber de cautela. Entendemos que los médicos que recetan metilfenidato para un uso no terapéutico están vinculados por este principio, so pena de incumplir con el principio deontológico de no maleficencia, y perjudicar al paciente. Sin embargo, se podría también afirmar que el uso inicialmente "no terapéutico" ha transformado paulatinamente la práctica tradicional de la medicina, haciendo de este tipo de recomendación médica un gesto terapéutico bastante banal. En la práctica, el médico puede considerar que su papel debe adaptarse a su época, y a los sufrimientos actuales de los pacientes. No lograr cumplir con sus proyectos, sobre todo cuando el sujeto entiende que son esenciales para la felicidad personal, podría implicar daños severos sobre la salud psicológica del paciente. Pero, en principio, el médico no tiene la obligación de satisfacer una demanda no terapéutica. El mero hecho de no cumplir con sus planes de vida no constituye una anomalía biológica que se asemeje a una enfermedad, aunque dicha situación sea dura para el individuo que lo sufra. En este sentido, Anjan Chaterjee recuerda que el papel del médico consiste principalmente en tratar enfermedades, y no en mejorar capacidades normales.

Por lo tanto, habría que establecer claras distinciones en metas clínicas. Por ejemplo, la prescripción de hormonas de crecimiento consiste en un acto médico, pero no es lo mismo recetarlas a un paciente para tratar una enfermedad genética que recetarlas a un niño saludable que sueña ser un campeón de baloncesto.

Chaterjee ve aquí una razón para prohibir la prescripción de metilfenidato para el mejoramiento cognitivo en poblaciones saludables.

Su primer argumento considera los riesgos razonablemente previsibles del uso de metilfenidato a la vista de los beneficios esperados, en un contexto terapéutico. Pero el uso de metilfenidato por parte de una población "saludable" no permite establecer un balance favorable de los beneficios sobre los riesgos. En este último uso, considera que los beneficios son mínimos y los riesgos son máximos. En los Estados Unidos, el metilfenidato ha demostrado ser adictivo y provocar daños cardiovasculares severos. Por lo cual, Chaterjee da sus conclusiones en favor de una actitud prudente frente a las prescripciones no terapéuticas de metilfenidato, que se extiende a la prescripción de todos los neuromejoradores: "La autorización legal del uso no terapéutico del metilfedinato o de otros neuromejoradores cognitivos es prematuro en este momento. La eficacia y el riesgo de los neuromejoradores en las personas saludables tienen que investigarse adecuadamente. No es aceptable recomendar que las personas sanas usen drogas para mejorar sus resultados *[performance]* (Chahatterjee, 2009)"[2].

Para nuestro autor, la valoración de los riesgos del uso no terapéutico de metilfenidato recae sobre el principio de precaución. Con el fin de completar este análisis, se debe señalar que el cerebro es un órgano complejo del cual hoy día no tenemos conocimientos suficientes para asegurar una inocuidad razonable del metilfenidato. Aun más, con los neuromejoradores, algunos autores consideran que nos encontramos

2. "Endorsing the legal non-therapeutic use of methylphenidate or other cognitive enhancers now is premature. The efficacy and risk of enhancers in healthy people needs to be researched adequately (...) it is not acceptable to recommend that healthy people take drugs to enhance performance".

frente a lo desconocido. Farah señala que, por nuestro desconocimiento, estamos ante un riesgo mayor de problemas que no podemos anticipar. Se pregunta si los actuales usuarios de *Ritalin* tendrá que enfrentar acaso un prematuro declinar cognitivo. El problema es que se trata de preguntas empíricas que solamente se pueden contestar con el paso del tiempo (Farah, 2007 p. 52).

Los argumentos de la coerción social y de la autenticidad personal.

Según el *Diccionario de la Real Academia Española*, la coerción designa "la presión ejercida sobre alguien para forzar su voluntad". En las prácticas de mejoramiento, el argumento de la coerción social afirma que las decisiones individuales son heterónomas, es decir que están determinadas por la sociedad. Tomaremos el término "sociedad" en su acepción general para designar una reunión de personas que comparten un mínimo de normas y de reglas de conducta para convivir.

Bajo este argumento, el uso no terapéutico de metilfenidato se debería prohibir porque en ciertos contextos coercitivos, el individuo perdería la real posibilidad de rechazarlo. "Si todo el mundo lo hace, lo debo hacer también yo en un momento u otro, so pena de dejar de ser competitivo". Sería análogo a lo que ocurre hoy con el dopaje en el deportismo de élite.

En su versión "fuerte", el argumento sostiene que la práctica del mejoramiento podría llegar a constituir una verdadera obligación moral, que se impondría casi necesariamente a la deliberación autónoma del individuo. Se percibiría como un deber con el que el individuo debe cumplir por el bien general.

1.4. La obligación a "ser mejor".

Las instituciones sociales tradicionales son, por naturaleza, coercitivas. Por sí solo, el argumento de la coerción social es insuficiente a la hora de prohibir el consumo de neuromejoradores. Sería absurdo afirmar que se debe prohibir todo lo que limita nuestros deseos particulares, o que nos obliga a actuar de una manera o de otra (Dees, 2007; p. 381-382).

Además es indiscutible que en ciertos casos, al someter nuestra voluntad, cumplimos con nuestra obligación moral. No pensamos prohibir las escuelas porque nos someten a sus reglas de funcionamiento. De manera tácita o explícita, nos hemos comprometidos a respetarlas al ingresar en una escuela. Por otra parte, las cumplimos porque nuestra participación en la institución es necesaria para poder mejorar nuestras capacidades cognitivas. Incluso, en muchos países los padres están legalmente obligados a escolarizar a sus hijos. Por lo cual, nuestra sociedad ha creado una "tecnología de la mejoría" (ejercicio físico, educación, lenguaje escrito…) cuya participación individual responde cuando menos a un interés personal y quizá, al menos en la opinión de algunos, a un principio moral.

Algunos autores señalan que las tecnologías farmacológicas de la mejoría tienen la misma finalidad que las tecnologías tradicionales (hacer mejores los seres humanos), por lo cual el uso de los primeras estaría cumpliendo con la misma exigencia moral que las legitimas segundas (Harris, 2009). En este sentido, no es simplemente aconsejable mejorar las capacidades cognitivas con medios farmacológicos sino que constituye también un deber moral. "Ser lo mejor que se pueda" o tender hacia esta meta, podría constituir un deber moral individual *prima facie*.

Por otra parte, la coerción social es un mal menor que conduce a un bien mayor. Al entrar en sociedad, limitamos nuestros deseos personales para abrirnos un espacio de autonomía más amplio. Algunos autores hablan de estar *mejor que bien* indicando así que la tecnología farmacológica de la mejoría constituye también un medio adecuado de superación individual. Se invita a lo que podríamos llamar un "mejorismo" individual que se identifica también con el bien general de la sociedad.

En resumen, tenemos aquí dos versiones del argumento de la coerción social en las prácticas de mejorías: una primera "débil" que consiste en afirmar el carácter necesariamente coercitivo de toda tecnología de la mejoría (lo que invitaría a su rechazo), una segunda "fuerte" que prescribe una obligación moral para el uso de la misma.

1.5. Las desigualdades económicas en el acceso de neuromejoradores.

El metilfenidato tiene un costo económico, lo cual cuestiona la aplicación del argumento de la coerción social en su versión "fuerte". En efecto, antes de establecer consideraciones éticas sobre el uso de "neuromejorador", hay que señalar los límites del acceso individual a la tecnología por razones económicas. ¿Cómo se puede prescribir un deber moral sin asegurar la accesibilidad de los medios para cumplirlo? En lo que concierne las cuestiones éticas de los "neuromejoradores", considero que la reflexión sobre el acceso prevalece cronológicamente sobre la del uso.

Aunque sea de manera artificial, establecer una diferencia clara entre el acceso y el uso de las tecnologías permite reflexionar sobre el primero independientemente del segundo. Las desigualdades que nacen del acceso, o del uso, de la tecnología neuromejorativa, no son idénticas (Dees, 2007; p. 378). Las primeras son principalmente de orden económico y cuestionan el valor de la justicia social, las segundas se deben a unas representaciones socio-culturales del medicamento. Por esto, el uso estudiantil del metilfenidato fuera del propósito clínico se daría en mayor proporción cuando los padres laboran en actividades ligadas con la salud (Levy y Thoer, 2008).

Existe la posibilidad de crear desigualdades de condiciones entre diferentes individuos al usar el metilfenidato para repasar exámenes. Pero, en cuanto al acceso a los "neuromejoradores", la sociedad puede reducir las desigualdades promoviendo otra distribución de los medios tecnológicos. Por ejemplo, cuando tendremos disponible el conocimiento científico necesario para cumplir con las exigencias del principio de precaución deberemos proponer que se facilite a los más necesitados el acceso al metilfenidato, es decir los que tienen bajos resultados escolares y que no lo pueden pagar.

Pero volveremos sobre este asunto en nuestras conclusiones, porque según mi opinión tocamos aquí un punto clave del planteamiento ético en la cuestión de los neuromejoradores.

1.6. El argumento de la autenticidad personal.

En cuanto se aplica a la mejoría farmacológica, el argumento de la autenticidad personal afirma la prevalencia de una vida "verdadera" sobre una vida artificial, alienada por la tecnología. Como lo veremos pronto, la cuestión ética depende del valor que damos a nuestros esfuerzos para cumplir con nuestros proyectos, y el papel de nuestra capacidad racional para llevarlos a cabo. Si anteriormente nos hemos topado con cuestiones relativas a un balance entre los beneficios y los riesgos, o a una reflexión acerca de la coerción social, según algunos autores entramos aquí en el terreno de los "problemas serios" de los neuromejoradores (Dees, 2007; p.382).

Los neuromejoradores nos "simplifican" la vida. En efecto, la tarea que consiste en aguantar el cansancio y concentrarnos sobre los exámenes se vuelve más liviana usando medios farmacológicos. Pero ¿transformaremos nuestra identidad personal al usar el metilfenidato para aprobar un examen? Parece que no, porque el efecto del metilfenidato es limitado en el tiempo y no transforma notablemente nuestra personalidad. Pero como el metilfenidato es adictivo, con el paso del tiempo corremos el peligro de perder nuestra capacidad de decisión autónoma transformando el uso en abuso (Dees, 2007 p. 382). Pero aquí nos topamos de nuevo con la deliberación racional sobre los riesgos y los beneficios.

Otro aspecto del argumento de la autenticidad de la persona consiste en la valoración moral del esfuerzo para realizar nuestros proyectos. Al fin y al cabo, reconoceríamos intuitivamente la falta de mérito del que se traga una píldora para facilitar las largas horas de concentración (BAERTSCHI, 2009, 125). He aquí el argumento de la elección entre una "vida auténtica" o una "vida inauténtica" hecha de felicidad artificial (Dees, 2007 p. 386).

En conclusión, el modelo moral de "vida autentica" dirige nuestros juicios éticos, incluso antes de cuestionar el valor racional de nuestras prácticas. Lo que indica que debemos reflexionar sobre este *prejuicio*, so pena de determinar ideológicamente principios morales absolutos.

Aportaciones a los debates.

Trataremos una cuestión que nos parece central aquí: ¿Cómo proponer un uso ético de metilfenidato en una sociedad competitiva?

1.7. El principio de precaución.

Es primordial reconocer que el uso de metilfenidato con fines de mejoramiento debe ser lo suficientemente seguro como para que los beneficios superen los riesgos. Al día de hoy, el fármaco no satisface este requisito, por lo cual cualquier uso no estrictamente terapéutico del metilfenidato no parece éticamente aceptable, a la vista de los riesgos mínimos. Además, en el contexto no terapéutico, el médico se expone a graves faltas profesionales cuando prescribe metilfenidato como una tecnología de la mejoría.

Antes, debemos investigar con una población saludable y esperar las conclusiones sobre los riesgos mínimos. Para identificarlos tendremos que poner en peligro la salud de los participantes "sanos", sin que se pueda esperar un beneficio terapéutico. Es razonable pensar que el principio de precaución impide los adelantos científicos rápidos sobre estos temas, pero la larga lista de efectos no deseados del metilfenidato es bastante extensa y diversa para reflexionar seriamente sobre los riesgos.

Mientras tanto, debemos tomar en cuenta que el uso de metilfenidato con fines de mejorías seguirá fuera del contexto médico. El mayor peligro para la salud pública es una forma de toxicomanía por el abuso de los medicamentos recetados o no, fenómeno en expansión estos últimos años (Levy &Thoer, 2008).

En resumen, a pesar de los "inconvenientes" del principio de precaución ligados a las exigencias de la investigación con seres humanos, debemos privilegiar la prudencia. En efecto, nuestros conocimientos actuales sobre el cerebro van creciendo pero ignoramos todavía los detalles de su funcionamiento. No podemos afirmar tajantemente que el estudio actual de las "funciones" cerebrales ha reducido su complejidad

biológica. Tampoco podemos descartar que la mejoría de una función no tenga efectos sobre el resto de las demás funciones. Fuera del ámbito medico, sería aconsejable considerar el tiempo de uso para evitar problemas irreversibles.

1.8. La coerción social.

No podemos afirmar sin más que el uso de metilfenidato crea desigualdades sociales. Las desigualdades sociales preceden el uso de neuromejorador. Sin embargo, esto no significa que no incremente las que ya existen. Como el uso no terapéutico de metilfenidato se desarrolla particularmente en ciertos ambientes educativos, es menester contar con una normatividad contextual fuerte, para entender su diseminación en poblaciones de jóvenes.

He aquí, la lógica del argumento de la coerción social. La coerción de los pares es fuente de prácticas arriesgadas. Es un fenómeno de moda entre otros, dividiendo el lugar en los que tienen uso y acceso al medio neuromejorador y los demás. Las prácticas neuromejoradas terminan siendo el signo de pertenencia a un grupo, como lo ha sido el tabaco. Entonces, en situaciones de desigualdades frente a los resultados escolares, los que no disponen del neuromejorador tendrán que proveérselo. Tal competitividad por los resultados implica riesgos, es decir que el individuo se verá determinado a ciertas prácticas sin que se haya llevado a cabo una deliberación racional sobre los riesgos y los beneficios.

Pero, en realidad no existe un tal uso generalizado de metilfenidato. Solamente (si se puede decir), entre 7 y 25 por ciento de la población estudiantil norte-americana declara usar metilfenidato para fines de mejoría. Es decir que la gran mayoría no lo usa (o declara no usarlo). ¿Significa entonces que la "lógica de diseminación" proveniente del argumento de la coerción social está equivocada? Para ser precisos, deberíamos contestar que si la mayoría afirma no usar metilfenidato, tal dato, aun si fuese exacto, no excluye la posibilidad del uso de otro tipo de neuromejorador, la cocaína incluida. Además, repetimos que el consumo de metilfenidato está en buena parte determinado por las condiciones que

hacen posible que se acceda a él. Este último elemento tiene consecuencias sobre dicha "lógica de diseminación".

Postulamos que la "lógica de diseminación" es compleja. Se cuenta con un principio de economía en cuanto al acceso al neuromejorador: a más dificultad de acceso de X, menos uso de X. Pero, se le debe añadir un principio de compensación: a más dificultad de acceso X, más uso de Y. Lo que puede aumentar la peligrosidad de toxicomanía de Y, al querer prohibir X. El esfuerzo por controlar su uso probablemente desviará a los consumidores hacia otra sustancia neuromejoradora, lo que puede empeorar el efecto de toxicomanía. ¿Consistiría la solución en no hacer nada que pueda transformar los usos? No necesariamente, pero no se debe olvidar que la prohibición no tendrá los efectos esperados mientras la competitividad se mantenga como un fin y no solamente como un medio en nuestra cultura del éxito. Aquí la coerción social es perversa, cuando impone una norma de resultados en todos los aspectos de la vida humana.

Para resumir, el individuo se ve determinado en el uso de metilfenidato cuando se le hace posible el acceso. Es decir, la cuestión no consiste solamente en saber si los demás lo usan, sino que también cuenta si es fácil proveérselo. Pero, en caso de dificultades para el acceso, probablemente se recurrirá al uso de otra sustancia neuromejoradora, quizás más peligrosas para la salud. Por lo cual, opinamos que se debería contar con modos de consumos y accesos variados, y no descartamos que las nuevas tecnologías de comunicación transforman las prácticas actuales. De hecho, entre otras, una de las maneras de proveerse metilfenidato, consiste en comprarlo en Internet (LEVY Y THOËR, 2008).

En términos de nuevas prácticas sociales de mejorías (LAURE, 2000), el discurso ético debe enfrentar la cuestión del acceso, de sus transformaciones y del papel de la prevención en este terreno.

1.9. La autenticidad personal.

El argumento de la autenticidad de la persona se debe presentar en un tipo de sociedad que revela su sentido práctico. Entre otras cosas, la

democracia es un estilo de vida (Zambrano, 1984) que propone valores: la igualdad, la libertad o la justicia social. Por lo cual, el valor de la libertad no agota el sentido de la democracia, y no tiene primacía a la hora de definir la autenticidad de la persona.

Ciertos autores afirman que los valores democráticos occidentales se reducen a una lectura liberal (y neoliberal). Por lo cual, entendidos como vectores de libertades individuales, los valores económicos y las normas del mercado han invadido el valor de la autenticidad de las personas humanas. Hoy día, una persona es ante todo un consumidor (Brown, 2007; 46. Revault D' Allones, 2010; 124). Si la sociedad occidental es el lugar de consumos de bienes, se entiende que los individuos se transforman en competidores frente a unos bienes monopolísticos.

Los mejores puestos de trabajos o la posibilidad de estudiar en las mejores escuelas y universidades forman parte de estos bienes. El individuo que logra uno de estos bienes goza de los privilegios que los hacen tan escasos. Finalmente, lo que importa es la apropiación de estos bienes, sin importar qué medios se usan para obtenerlos.

Si la finalidad de una vida personal autentica es ganar y ser el mejor en un mundo de competición, el engaño aparece como un medio efectivo para tal fin. Nuestra cultura occidental tiene "modelos" del engaño, por ejemplo se ha celebrado repetidas veces la astucia de Ulises frente al Cíclope. Pero si entendemos que la astucia es un medio justificado frente a una criatura mitológica, podría sobrar en una democracia moderna.

¿Es lo mismo usar un neuromejorador para pasar un examen y usar EPO para ganar la vuelta ciclista de Francia? Según algunos autores no existe similitud entre los dos consumos (Gazzaniga 2005 p.73). "La cafeína funciona, el Ritalin funciona. Los individuos usarán las drogas o no, dependiendo de su filosofía personal acerca del mejoramiento (Gazzaniga 2005 p. 77)"[3]. Esta supuesta asimetría responde a cuestiones ideológicas

3 "Caffeine works, Ritalin works. Individuals will use such drugs or not use them, depending on their personal philosophy about enhancement"

liberales. Aquí, la "filosofía personal" se reduce a una deliberación sobre el uso, dejando en el olvido las problemáticas éticas ligadas al acceso[4].

Según Sandel, el uso de metilfenidato respondería a unas exigencias sociales de perfección en la educación, que recoge bajo la expresión de *hiperpadres* (*hyperparenting*). Para este autor, dicho fenómeno explicaría el aumento significativo de la prescripción del Ritalin durante las dos últimas décadas (Sandel, 2007 p.61). En nuestra sociedad competitiva los padres llegan a considerar que la perfección educativa es un deber moral. Deben facilitar todos los medios educativos a sus hijos, para su realización personal. Sandel, habla de una forma moderna de eugenesia que consiste en tal ansiedad por el éxito y el dominio que pierde de vista que la vida es un don (Sandel, 2007 p. 62). Si es cuestionable afirmar que la vida es un "regalo" que no se puede modificar, el argumento de la búsqueda de perfección resultaría ser más convincente que el de la autenticidad. En una sociedad donde las reglas del mercado sirven de modelo, la necesidad de resultados máximos invade el valor de la autenticidad personal. Haciendo quizá una caricatura, digamos que se es lo que se ve en los resultados escolares: un auténtico perdedor o un vencedor nato. He aquí la razón principal que explica el interés por el creciente uso no terapéutico de metilfenidato.

Conclusiones

Tres campos de reflexión se revelan para una ética de los usos no terapéuticos de metilfenidato (y más generalmente de neuromejoradores), es decir:

1. la cuestión de los beneficios y de los riesgos en población saludables,

2. la cuestión de la coerción social y la de los deberes individuales a la mejoría,

3. la cuestión de la autenticidad personal frente a los ideales agonísticos liberales.

4. Frente al relativismo de los valores personales, postulamos que la autenticidad de las personas tiene un valor implícito esencial, es decir la verdad. Lo que encomienda en teoría una desvalorización del engaño.

En cuanto a los beneficios y los riesgos, postulamos que existe una asimetría entre las situaciones terapéuticas y las prácticas de mejorías. Al día de hoy, es prematuro pretender que la relativa inocuidad del metilfenidato es similar en ambos contextos de usos. En cuanto al uso no terapéutico de metilfenidato, concluimos que el principio de precaución es nuestra mejor apuesta actualmente. En cuanto al argumento de la coerción social, propusimos una alternativa. En su versión "débil", el argumento afirma la necesaria determinación de nuestra voluntad por la sociedad en la cual vivimos. En su versión "fuerte" invita a pensar esta determinación de la voluntad sobre el modelo del deber moral. Hemos señalado que si este argumento se presenta en el uso de metilfenidato, se debe contar con el tema ético del acceso. Por lo cual, se propuso un inicio de reflexión sobre la justa distribución de los bienes, para completar las que existen acerca del uso de tecnologías farmacológicas de la mejoría.

En cuanto al argumento de la autenticidad personal, propusimos valorarlo en el contexto de nuestras sociedades liberales. En una sociedad de competidores, el valor tradicional del esfuerzo ha cedido el paso a la prevalencia de los resultados. No rechazamos que se trate de un epifenómeno de un cambio cultural más amplio: el valor liberal del trabajo habría dejado paso al valor neoliberal del mero resultado (y de su lógica "contable").

Referencias

- Baertschi B. (2009). *La neuroéthique. Ce que les neurosciences font à nos conceptions morales*, La Découverte: Paris.
- Brown W. (2007). *Les Habits neufs de la politique mondiale,* Les prairies ordinaires
- Chatterjee A. (June, 2009). Is it acceptable for people to take methylphenidate to enhance performance? En *BMJ*, 18.
- Davies C. (2010). Universities told to consider dope tests as student use of 'smart drugs' soars, Recuperado de http://observer.guardian,gov, 21.
- Dees, H. (2007). Better brains, better selves? The Ethics of Neuroenhancements, in *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 17, 4

- Ehrenberg A. (1995). *L'individu incertain*, Pluriel, Hachette
- Ehrenberg A. (1998). *La fatigue d'être soi*, Odile Jacob.
- Farah M. (2007). "Monitoring and Manipulating Brain Function", in *Defining Right and Wrong in Brain Science*, The Dana Fundation; New York, Washington
- Galton F. (1909). *Essays in ethics*
- Gazzaniga M. (2005). *The ethical brain*. Dana Press; Washington D. C.
- Glannon W. (2007). *Defining Right and Wrong in Brain Science*. The Dana Fundation; New York, Washington
- Goffette J. (2006). *Naissance de l' anthropotechnie. De la médecine au modelage de l' humain*, Vrin, Paris: "*Ni accroissement de nos connaissances sur la vie (biologie), ni lutte contre la maladie (médecine), la finalité de ce nouveau domaine a une positivité tout à fait spécifique: nous donner la liberté de nous transformer, d'améliorer certaines facettes de notre être, ou de choisir notre voie*".
- Goffette, J. (2008). Psychostimulants: au-delà de l'usage medical, l'usage anthropotechnique. En: *Drogues, santé et société*, vol.7, n.1, 06/. (http://www.drogues-sante-societe.org/vol7no1/DSS_v7n1_art3.pdf).
- Harris, J. (2009). Is it acceptable for people to take methylphenidate to enhance performance? *BMJ*, 18
- Hyman S. (2004). The brain special's status. *Cerebrum*, 6, 4.
- Laure, P. (2000). *Dopage et société*, Ellipses; Paris
- Levy, N. (2007). *Neuroethics. Challenges for the 21st Century*, Cambridge University Press, Cambridge,
- Levy, J. & Thoër C. (2008). Usages des médicaments à des fins non médicales chez les adolescents et les jeunes adultes: perspectives empiriques . En *Dr*ogue, santé et société
- Nozick, R. (1974). *Anarchy, State and Utopia*. New York.
- Racine E. & Forlini C. (2008). Cognitive enhancement, lifestyle choice or misuse of prescription Drug. *Neuroethics*. Volume: 3, Issue: 1, Publisher: Springer, Pages:1- 4
- Revault D'allones (2010). *Pourquoi nous n'aimons pas la démocratie,* Seuil, Paris

- Roskies, A. (2007). Neuroethics for the new Millenium. En *Defining Right and Wrong in Brain Science*, The Dana Fundation, New York, Washington
- Ross, W. D (1930). *The Right and the Good*
- Safire, W. (2002). Visions for a new field of Neuroethics. En *Neuroethics: mapping the field*, The Dana Fundation. pp. 6-7.
- Sandel, M. J. (2007). *The case against perfection*, Harvard University Press
- Stern, M., (2005). *Eugenic Nation. Faults and frontiers of better breeding in Modern America*, University of California Press, Berkeley, Los Angeles, London
- Zambrano M. (1984). *Persona y democracia*. Siruela; Madrid

Acerca de los Autores

Aleida C. Gelpí Acosta tiene un Doctorado en Filosofía de la Universidad Complutense de Madrid, ha enseñado Humanidades y Ética en la Universidad de Puerto Rico en Bayamón desde el 2004, ha publicado algunos artículos en periódico y revistas y recientemente ha incursionado en el campo de la Bioética al completar el Certificado Profesional que ofrece la Escuela Graduada de Salud Pública, Universidad de Puerto Rico.

Beatriz V. Rivera Cruz es Catedrática Asociada del Departamento de Gerencia y directora de la Oficina de Acreditación de la Facultad de Administración de Empresas de la Universidad de Puerto Rico en Rio Piedras. Su preparación académica incluye las disciplinas de Economía (MA), Finanzas (MBA) y Conducta Organizacional (PhD). Obtuvo su doctorado de la Case Western Reserve University en el 2004. Es profesora y consultora de cambio en la organización, ha investigado en el área de ética, bioética y responsabilidad social como aspectos relacionales y de conducta humana. Ha presentado las investigaciones realizadas en conferencias internacionales y ha obtenido distinciones por la labor realizada en diferentes contextos. Actualmente, dirige el proceso de acreditación profesional de la Facultad de Administración de Empresas de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Rio Piedras.

Cree en la investigación conjunta y le interesan los temas de la conducta, ética, acreditación, competencias y cambio organizacional.

Brian Muñoz es Catedrático Auxiliar del Departamento de Humanidades del Recinto de Mayagüez, Universidad de Puerto Rico. Actualmente imparte clases de bioética y de ética médica en dicho recinto. Con anterioridad, fue asistente de enseñanza y de investigación en la Universidad de Lyon I-Claude Bernard. Posee un Doctorado en Filosofía de la Universidad de Málaga y otro Doctorado en Filosofía de la Universidad de Paris-X-Nanterre. Se ha dedicado a la investigación en temas de filosofía y ha publicado numerosos artículos en revistas arbitradas nacionales e internacionales. Desde 2011, es miembro del equipo de investigación EMA S2HEP "axe transformations contemporaines du corps et de la santé" de la Universidad de Lyon I-Claude Bernard.

Carmen Pura Rodríguez es Catedrática del Departamento de Biología, Facultad de Ciencias Naturales de la Universidad Sagrado Corazón. Posee una Maestría en Educación de la Universidad de Puerto Rico y un Certificado de Estudios Profesioinales en Bioética del RCM. Participó en el desarrollo del innovador Bachillerato en Ciencias con concentración en Biotecnología del cual es Profesora del curso de Bioética. Ha participado en varios proyectos académicos en el campo de las Ciencias Ambientales y Ecología y es coautora del libro *La Isla Desechable: el problema de la basura en Puerto Rico*.

Edgardo Ruiz Cora es Catedrático Auxiliar del Programa de Gerontología de la Escuela Graduada de Salud Pública en la Universidad de Puerto Rico. Su trayectoria académica de centra mayormente el tema de la gerontología social. También forma parte de la facultad que diseñó el reciente Doctorado en Salud Pública con especialidad en Determinantes Sociales de la Salud en la Universidad de Puerto Rico. Es egresado de la Universidad de Pittsburgh con una Maestría en Salud Pública en Ciencias del Comportamiento y Comunidad y un Ph.D. en Antropología Médica. Recibió un Fulbright Fellowship para investigar asuntos de salud y equidad en comunidades indígenas de Nicaragua. Tiene un Certificado de Estudios Profesionales en Bioética del RCM.

Irma L. Febo Rodríguez es Catedrática Asociada del Departamento de Pediatría de la Escuela de Medicina, Universidad de Puerto Rico. Es graduada de la UPR con un Doctorado en Medicina con especialidad en Pediatría. Realizó estudios post doctorales en Investigación Clínica en la Universidad de Miami. Tiene un Certificado de Estudios Profesionales en Bioética del RCM. Ha recbido varios auspicios de los Institutos Nacionales de Salud para la investigación del área de VIH/SIDA en niños y adolescentes. Ha dedicado sus últimos años a la educuación, servicio e investigación del VIH/SIDA en niños y adolescentes, incluyendo proyectos de prevención en jóvenes.

Jennifer Torres del Valle tiene una Maestría en Salud Pública con especialidad en Gerontología y un Certificado de Estudios Porfesionales en Bioética de la Escuela Graduada de Salud Pública, RCM, UPR. Terminó un Diploma de Estudios Avanzados en Bioética y Biojurídica de la Universidad Rey Juan Carlos en Madrid. Actualmente, estudia un Doctorado en Ciencias Biomédicas en la Universidad Complutense de Madrid.

Jorge José Ferrer es Doctor en Teología Moral por la Universidad Pontificia Comillas de Madrid. Es Director de Instituto de Bioética del Recinto de Ciencias Médicas de la UPR y profesor del Certificado de Estudios Profesionales en Bioética . Ha sido profesor de Teología Moral y Bioética en la Pontificia Universidad Gregoriana de Roma y en la Pontificia Comillas de Madrid. Es autor de numerosos artículos y libros de Bioética entre ellos, *Sida y Bioética* (1997), *Para Fundamentar la Bioética* (2003), junto a Juan Carlos Álvarez y *Deber y Deliberación* (2007). Fue miembro de la Junta Asesora de Bioética del Gobierno del ELA de Puerto Rico y es miembro del IRB del Recinto de Mayagüez de la UPR. Durante el año 2010-2011, fue invitado como "Jesuit Chair Professor" en Georgetown University, Washington DC.

José A. Capriles Quirós es pediatra neonatólogo y administrador de servicios de salud. Posee un Certificado de Estudios Profesionales en Bioética del Recinto de Ciencias Médicas, UPR. Es el Decano Asociado de Asuntos Académicos y profesor en la Escuela Graduada de Salud Pública, donde además es el Director del programa de maestría en Administración de Salud Servicios. Actualmente, el Dr. Capriles es también el Director Ejecutivo del Centro de Adiestramiento en Salud Pública de Puerto Rico y Florida Public Health.

Fue fundador y director del Instituto de Liderazgo en Salud Pública de Puerto Rico de la Escuela Graduada de Salud Pública, co-patrocinado por el Departamento de Salud. Ha llevado a cabo investigación en las áreas de SIDA Pediátrico, la mortalidad neonatal, la mortalidad infantil, los factores de riesgo asociados al bajo peso al nacer y gestaciones cortas y utilización de servicios de salud de pacientes pediátricos con asma. Ha participado activamente en los procesos de acreditación para CEPH, CAHME, ACNW, ACGME y MSCHE y de programas de residencia en Pediatría en el Hospital de San Juan, la Escuela Graduada de Salud Pública y el Hospital de San Pablo. Al presente, es miembro activo del Standard Council de la Junta Acreditadora de la Educación sobre Administración de Servicios de Salud (CAHME, Board of Commission on Accreditation for Healthcare Management Education).

José Rafael García Fragoso es abogado en la práctica privada civil, administrativa y notarial. Posee un bachillerato en Administración de Empresas y es graduado de la facultad de derecho de la Universidad Interamericana de Puerto Rico. En el año 2009 completó Certificado de Estudios Profesionales en Bioética en la Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas Universidad de Puerto Rico.

Julio V. Montalvo Del Valle es Catedrático en la Universidad de Puerto Rico en Aguadilla y dirige el Departamento de Ciencias Sociales desde enero de 2008. Posee un Bachillerato en Artes con concentración en Ciencias Políticas, una Maestría en artes en Psicología Social Comunitaria en la Universidad de Puerto Rico en Río Piedras y un Doctorado en Psicología Ambiental en The Graduate School and University Center of the City University of New York. Tiene preparación como Mediador Profesional y también posee un Certificado Profesional Bioética de la Escuela Graduada de Salud Pública de la Universidad de Puerto Rico. En su experiencia de más de dos décadas de trabajo universitario, ha publicado artículos sobre temas tan diversos como música, psicología, ciencias sociales, educación, humanidades y otros. Fue cofundador y editor de la revista académica *Holograma*. Cuenta con amplia experiencia como deponente en foros, congresos, simposios y otros a nivel nacional e internacional. Cuenta con experiencia intelectual, académica, docente y administrativa en varias universidades fuera y dentro de Puerto Rico. Está involucrado en proyectos culturales,

comunitarios, ambientales, de acción política y bioéticos. Además, ha sido músico profesional en varias orquestas de música popular y bailable en Puerto Rico, Nueva York y New Jersey.

Junta Asesora de Bioética fue creada mediante Orden Ejecutiva OE-2006-29 del Gobierno del Estado Libre Asociado de Puerto Rico, el 5 de septiembre 2006, y cesó sus funciones en enero del 2009. Su misión principal fue asesorar al Gobernador y Rama Ejecutiva en asuntos bioéticos de urgencia para la salud pública o el orden público que puedan surgir como consecuencia de avances en las profesiones de cuidado de salud, la biología, la biomédica y la biotecnología. La Junta estuvo integrada por nueve profesionales ad-honorem, de reconocida experiencia y preparación en diversos campos del saber: el Dr. Ernesto Frontera, médico psiquiatra y presidente de la Junta Asesora; el Dr. Luis Izquierdo Mora, Médico de Familia y Ex Secretario del Departamento de Salud de P. R.; la Dra. Marlén Oliver Vázquez, Catedrática de gerontología y educadora en salud pública; el Dr. José Vargas Vidot, médico y Director de Iniciativa Comunitaria; el Dr. Jorge Ferrer, Jesuita, teólogo y catedrático de bioética; Dra. Sandra Fábregas Troche, Catedrática de Farmacia; el Ldco. Rafael García Rodón, abogado; el Dr. Ángel Villarini Jusino, Catedrático de humanidades, filósofo y director de la Organización para el Fomento del Desarrollo del Pensamiento; el Dr. Leonides Santos y Vargas, Catedrático de bioética, filósofo y Director del Instituto de Bioética Eugenio María de Hostos, RCM; y la Dra. Rosa Pérez Perdomo, Secretaria del Departamento de Salud de P. R.

Leonardo López López es Catedrático del Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad de PR, Aguadilla. Posee un Bachillerato en Artes con concentración en Sociología, una Maestría en Trabajo Social otorgado por el Recinto de Río Piedras de la UPR. y una Maestría en Estudios de Puerto Rico y el Caribe en el Centro de Estudios Avanzados de Puerto Rico y el Caribe. Actualmente, está en proceso para completar los requisitos para el grado de Doctor en Estudios Latinoamericanos en la Universidad de Valladolid. Posee un Certificado de Estudios Profesionales en Bioética otorgado por el Recinto de Ciencias Médicas de la UPR. Ha publicado varios artículos sobre el tema de la violencia en la escuela, violencia en la familia y sobre el origen

evolución de la sociedad y cultura puertorriqueña. Fue cofundador y editor de la revista académica Holograma. Ha participado como deponente en el Congreso de Investigadores Científicos en Acapulco, México.

Leonides Santos y Vargas, Doctor en Filosofía por la Universidad de Illinois, Urbana, Catedrático de la Escuela de Profesiones de la Salud, Fundador y Director del Instituto de Bioética Eugenio María de Hostos del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico, se distinguió por más de 30 años de servicios a la UPR. en los cuales se caracterizó por su incansable promoción de los valores y ética en diferentes ámbitos de la sociedad puertorriqueña. Fue Profesor de bioética en las escuelas que componen el RCM y ha fungido como claustral en los Departamentos de Humanidades y Educación del Recinto de Rio Piedras y en los Programas Doctorales de Educación de la Universidad de Puerto Rico y de la Universidad Interamericana. Ocupó cargos administrativos como Rector de la Universidad Metropolitana y Decano de la Escuela de Profesiones de la Salud. Fue Director Ejecutivo de la Junta Asesora de Bioética y participó en la Junta de Enfermedades Catastróficas del Departamento de Salud de P. R. En junio de 2011, la Junta de Síndicos le confirió la distinción de *Profesor Distinguido*, título de máxima honra que se otorga a profesores cuya tarea haya resultado en obra creadora de mérito y cuya vida sea lustre para la Universidad. Ha sido autor de múltiples libros y artículos en las materias de educación y bioética, y fue Director del Certificado de Estudios Profesionales en Bioética del RCM. hasta su fallecimiento en diciembre de 2011.

Lillian Gayá González es Catedrática del Departamento de Ciencias Naturales de la Facultad de Ciencias y Tecnología en el Recinto Metropolitano de la Universidad Interamericana de Puerto Rico (UIPR). Posee un Bachillerato en Ciencias de la Universidad de Puerto Rico en Mayagüez y una Maestría en Ciencias en Biología de la Universidad de Puerto Rico en Río Piedras. Completó sus estudios doctorales (Ph. D.) en Zoología en la Universidad de Wisconsin-Madison y un Certificado de Estudios Profesionales en Bioética otorgado por la Universidad de Puerto Rico en Ciencias Médicas. Tiene experiencia administrativa, entre otras, como Directora de Departamento y como Decana Académica de la Facultad de Ciencias

y Tecnología del Recinto Metropolitano de la UIPR. Actualmente funge como Oficial de Enlace entre el Consejo de Educación Superior y el Recinto Metropolitano, gestión que realiza desde el Decanato de Estudios de dicho Recinto. Ofrece cursos de introducción y avanzados en Biología, cursos en Bioética y Ética biomédica, área del conocimiento a la que ha dedicado la mayor parte de sus esfuerzos académicos durante los últimos 13 años. Ha participado en actividades de bioética en diversos niveles y ha publicado sobre diversos temas de interés en el área.

Luis A. Bonilla Soto, actualmente se desempeña como Catedrático en salud ambiental en el Departamento de Salud Ambiental de la Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico. El Dr. Bonilla posee un Bachillerato en Zoología, una Maestría en Ciencias Marinas, una Maestría en Post Doctoral en Investigación Clínica, un Certificado de Estudios Profesionales en Bioética, un Doctorado en Oceanografía y una Maestría en Salud Pública con especialidad en Bioestadística. Su interés en la bioética incluye tanto la bioética ambiental como la bioética clínica. Los temas de la bioética que más le apasionan incluyen: personeidad, comienzo y final de la vida, células madre, el genoma humano, organismos transgénicos, valor intrínseco de la flora y la fauna, desarrollo sostenible y modelos bioéticos para la toma de decisiones.

Marlén Oliver Vázquez es Catedrática del Programa de Gerontología de la Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico. Es graduada de la UPR con una Maestría en Educación en Salud Pública, un Certificado Graduado en Gerontología y un Certificado de Esudios Profesionales en Bioética. Posee un Doctorado en Educación con especialidad en Currículo e Instrucción de la Universidad Interamericana. Ha tomado cursos graduados en Bioética en la Universidad Complutense de Madrid y posee un Diploma de Estudios Avanzados en Bioética y Biojurídica en la Universidad Rey Juan Carlos de Madrid. Tiene una trayectoria de más de 20 años en la que se ha destacado en la docencia, investigación y servicio en gerontología, bioética y educación. Ha sido miembro del IRB del Recinto de Ciencias Médicas, Directora del Departamento de Desarrollo Humano, Coordinadora Académica del Programa de Gerontología y del Certificado de Estudios Profesionales en

Bioética de la Escuela Graduada de Salud Pública y miembro de la Junta Asesora de Bioética del Gobierno de PR. Es autora de varias publicaciones en los campos de gerontología, salud pública y educación.

Mary Cele Rivera-Martínez es Abogada en la práctica privada estatal y federal desde el 1990 en San Juan, Puerto Rico. Es Mediadora, Árbitro e Instructora de Negociación y otros Métodos Alternos para la Solución de Conflictos a profesionales de diversas disciplinas, mediadores de la Rama Judicial y Jueces del Tribunal de Primera Instancia de Puerto Rico. Obtuvo un Certificado de Estudios Profesionales en Bioética del Recinto de Ciencias Médicas, UPR en el 2009. Combina la bioética con sus trabajos el campo de los métodos alternos, en específico la Mediación. Ha participado como expositora en congresos internacionales, tales como, el IV Conferencia Puertorriqueña de Salud Pública y el IX Congreso Latinoamericano de Bioética, en este último su trabajo fue seleccionado para publicarse.

Michelle Schelske Santos es Catedrática Asociada del Programa de Nutrición y Dietética de la Facultad de Ciencias Naturales, Recinto de Rio Piedras de la Universidad de Puerto Rico, donde cumple 14 años en la docencia en Nutrición y Bioquímica. Posee un grado doctoral en Ciencias Nutricionales Humanas de la Universidad de Tufts, Friedman School of Nutrition Science and Policy, Boston, MA, EE.UU. y un Certificado de Estudios Profesionales en Bioética del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico. Actualmente es investigadora de los efectos de dieta y nutrición en la epidemiología del cáncer de mama de mujeres en Puerto Rico y tiene una variedad de publicaciones en el campo de dieta, nutrición y salud.

Rafael Pérez Medina es egresado de la Escuela Graduada de Salud Pública del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico donde obtuvo un grado de Maestría en Salud Pública General. Para el año 2007 fue becando para formar parte del primer Certificado Graduado de Bioética del Instituto Hostosiano de Bioética adscrito al Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico. Su experiencia profesional se ha centrado en el desarrollo de acciones en la promoción

de la salud y la planificación y dirección de servicios de salud. A estos efectos, ha escrito varios trabajos y presentaciones profesionales sobre el desarrollo y acciones de liderazgo en la promoción de la salud y actualmente se desempeña como Director Regional Interino del Programa Medicaid del Departamento de Salud.

Silvia López Paláu es Catedrática Asociada de la Facultad de Empresas de la Universidad de PR en Rio Piedras. Posee un Doctorado en Negocios Internacionales y Contabilidad de la Universidad de Texas Pan American, un Certificado de Estudios Profesionales en Bioética del Recinto de Ciencias Médicas de la Universidad de Puerto Rico y otro en Responsabilidad Social Empresarial de la Universidad de Buenos Aires. Imparte varios cursos a nivel subgraduado y graduado en la Universidad de Puerto Rico, incluyendo el de Ética Empresarial. Sus trabajos de investigación se han enfocado en el tema de la ética. Representa a la Facultad de Administración de Empresas y participa activamente en diversos proyectos auspiciados por la ALAFEC. Sus trabajos han sido publicados en las revistas Journal of Applied Business and Economics, Forum Empresarial, International Advances in Economic Research, Sotavento, en libros y en las memorias de múltiples conferencias internacionales.

Sonia I. Ramirez Morales es Tecnóloga Médica en el Hospital Pediátrico Universitario, Recinto de Ciencias Médicas. Obtuvo un bachillerato en Biología en la Universidad de Puerto Rico en Mayagüez y un Certificado Graduado en Tecnología Médica en Tarleton State University, Texas. Actualmente realiza estudios graduados en Demografía en la Escuela Graduada de Salud Pública, Recinto de Ciencias Médicas. Posee 26 años de experiencia en Tecnología Médica de los cuales ha dedicado 15 años a la investigación en el campo de la genética y en el mismo ha sido co-autora de varias publicaciones de condiciones hereditarias. En el campo de la Demografía se especializa en el Bienestar Infantil en Puerto Rico.

Suad El Burai Félix es graduada de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Ciencias Médicas con una Maestría en Salud Pública en Bioestadísticas y un Certificado de Estudios Profesionales en Bioética de dicha universidad. Posee un bachillerato en Administración de Empresas con

concentración en Finanzas y Estadísticas, de la Universidad de Puerto Rico, Recinto de Rio Piedras. Es la autora principal del escrito Perfil de Escuelas Privadas en Puerto Rico: 2008-2009, publicado en la página electrónica de la agencia de gobierno: Instituto de Estadísticas de Puerto Rico (IEPR). Ha ofrecido servicios profesionales en el área estadística como asistente y coordinadora de proyectos estadísticos en el área de educación y familia, y en el Departamento de Comercio de los Estados Unidos en el Departamento de Finanzas como asistente de contratos especializados. Ha completado diversos seminarios y talleres, tales como: Aspectos económicos y sus efectos en la industria de los seguros, Coaching en el área actuarial, y Principios de propiedad y contingencia en los seguros. Comprometida con una filosofía de vida ética, recientemente participó como voluntaria para ayudar a la población haitiana.

Sausan El Burai Félix es graduada de la Universidad de Puerto Rico, con un Bachillerato en Educación y una Maestría en Salud Pública en Bioestadísticas. Posee un Certificado de Estudios Profesionales en Bioética de la mencionada institución. Es autora del libro Problemas Específicos en el Aprendizaje: Fundamentos, "Assessment" y Practicas educativas. El mismo se encuentra en proceso de publicación. Ha complementado su educación formal con la toma de diversas certificaciones. Entre ellas, Certificación de Maestro de Puerto Rico, Certificación en Organización Neurológica Funcional y Certificación en Desarrollo Humano basado en Organización Neurológica Funcional. Actualmente, se encuentra trabajando para la agencia federal *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* en los Estados Unidos.

Vivian Auffant obtuvo el grado de Doctora en Filosofía y Letras de Temple University en Filadelfia, Pensilvania. Es catedrática en la Universidad de Puerto Rico Recinto de Río Piedras, en el Departamento de Español de la Facultad de Estudios Generales. Ha dictado conferencias en Puerto Rico, República Dominicana, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Guadalupe, España, Estados Unidos, Francia, México, Nicaragua y Uruguay sobre la relación de la literatura puertorriqueña y las literaturas hispanoamericanas. Se dedica a la investigación de fuentes primarias de autores puertorriqueños del SXIX –XX. Tiene varias publicaciones entre artículos y textos.

Wanda I. Tábora Tirado es Instructora del Programa de Bachillerato en Educación en Salud del Recinto de Ciencias Médicas, UPR. Imparte, coordina y supervisa los cursos de las Experiencias Prácticas en dicho Programa. Ha presentado en foros de investigación nacionales e internacionales temas sobre Educación y Promoción de la Salud, Bioética, Gestión Universitaria y Sexualidad. Participa en una iniciativa ecuménica continental del Fondo de Poblaciones de Naciones Unidas sobre Derechos Sexuales y Salud Reproductiva. Es candidata doctoral en el área de Administración y Supervisión Educativa de la UPR Recinto de Rio Piedras. Posee un bachillerato y maestría en el área de Educación en Salud; un Certificado en Liderazgo en la Prevención del VIH del CDC de Atlanta y la Universidad de Carolina del Sur y un Certificado de Estudios Profesionales en Bioética. Anteriormente, fue Directora en el Programa y en proyectos de investigación de Merck/HIV Vaccine Trial Network/ NIAIAD comunitarios.

Agradecimientos

Agradecemos a las siguientes personas su desinteresada colaboración en la publicación de este trabajo:

A los estudiantes graduados de la Universidad de Puerto Rico, Jessenia Fontanez Vázquez e Ismael Antonio Molina Villarino y al Sr. Jose A. Ubieta, colaborador voluntario del Instituto de Bioética quienes participaron en la revisión y corrección del texto. Al Dr. Jorge José Ferrer por sus sabias recomendaciones, su apoyo y revisión crítica del texto. Un especial agradecimiento a la Sra. Zoraida Brana Correa, Administradora del Instituto de Bioética Eugenio María de Hostos del Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico, por su excelente colaboración y esfuerzo en la revisión y trámites para la publicación del libro. Sin su ayuda, éste no hubiese sido posible.

ENSAYOS EN BIOÉTICA: UNA PERSPECTIVA PUERTORRIQUEÑA

Los trabajos que se incluyen en esta publicación, *Ensayos de Bioética, una perspectiva puertorriqueña*, son el producto de un grupo selecto de profesionales universitarios que integraron las primeras dos jornadas (2007-2009) del *Certificado de Estudios Profesionales en Bioética* que se ofreció en el Recinto de Ciencias Médicas (RCM) de la Universidad de Puerto Rico. Dicha iniciativa académica se llevó a cabo bajo la dirección del Instituto de Bioética del RCM con la colaboración de la Escuela Graduada de Salud Pública y el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), oficina de Puerto Rico. El Certificado de Estudios Profesionales en Bioética, único programa académico en Puerto Rico, esta dirigido a capacitar a profesionales de la salud y profesores universitarios con los conocimientos y destrezas necesarias para integrar la bioética en los currículos de preparación profesional y para ejercer su profesión con un sentido de prudencia y responsabilidad ética.

El texto incluye los trabajos de curso de dichos profesionales y contribuciones de los profesores que colaboraron en el proyecto académico del Certificado. Los trabajos tratan de variados temas de actualidad de la bioética: bioética fundamental, bioética clínica, bioética en la investigación, temas especiales de bioética, en los cuales cada autor aplica la bioética a algún aspecto de su campo de especialidad disciplinar.

Incarnate Words Foundation

UNIVERSIDAD DE PUERTO RICO 1903

ISBN 978-1-61887-299-9