

Medicina y Ética

Revista Internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica

VOLUMEN XXIII

NÚMERO I

2012 / 1

ENERO- MARZO

ISSN 0188-5022

Bioinformática, Bioética y Bioderecho

Alessandro Fruci

La Bioética en la perspectiva del Bioderecho y de la Biopolítica

Marina Casini, Emma Traisci, Fabio Persano

Claves de lectura para la Bioética del Ambiente

Vincenza Mele

Ética y colocación de los recursos en la salud

*D. Sacchini, P. Refolo, R. Refolo, N. Comoretto,
M.L. Di Pietro, A.G. Spagnolo*

La invalidez de la objeción de conciencia en materia de Salud Pública

María Elizabeth de los Ríos Uriarte

La historia de la medicina y su dimensión ético-antropológica

Simona Giardina, Andrea Viridis, Antonio G. Spagnolo

Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud
Facultad de Bioética
Universidad Anáhuac, México Norte

Centro Di Ateneo Di Bioetica
Facoltà di Medicina Chirurgia "Agostino Gemelli"
Università del Sacro Cuore Roma

MEDICINA Y ÉTICA

UNIVERSIDAD ANÁHUAC

Rector

P. Jesús Quirce Andrés, L.C.

Vicerrector Académico

Mtro. Carlos Lepe Pineda

Director de la Facultad de Bioética

Mtro. Oscar J. Martínez González

Directora de Comunicación Institucional

Dra. Mariela Espeleta Maicas

Coordinadora de Publicaciones Académicas

Lic. Alma E. Cázares Ruiz

1

VOLUMEN XXIII NÚMERO 1 ENERO-MARZO DEL 2012

MEDICINA Y ÉTICA

Revista internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica

Italia

Director Responsable: Angelo Fiori

Director: Elio Sgreccia

Comité científico: Lorenzo Ornaghi, Luigi Alici, Leonardo Antico, Sergio Belardinelli, Adriano Bompiani, Carlo Cafarra, Ignacio Carrasco de Paula, Carlo Casini, Numa Cellini, Roberto Colombo, Francesco D'Agostino, Giuseppe Dalla Torre, Maria Luisa Di Pietro, Luciano Eusebi, Maurizio P. Faggioni, Luke A.J. Gormally, John Haas, Gonzalo Herranz, Michele Lenoci, Gonzalo Miranda, Hugo O.M. Obligio, Laura Palazzani, Edmund D. Pellegrino, Adriano Pessina, Angelo Serra, Antonio G. Spagnolo, Dionigi Tettamanzi, Patricio Ventura-Juncá, Juan de Dios Vial Correa, Enrique Villanueva, Dietrich Von Engelhardt, Helen Watt.

México

Director :

Dr. Óscar Martínez González

Coordinador Editorial:

Dra. Martha Tarasco Michel MD, PhD

Traducción y Corrección

de Estilo:

Lic. Jesús Quiariarte

Composición tipográfica:

Paideia Empresarial

Comité Editorial:

Dr. Evandro Agazzi PhD; Dr. Ramiro Alonso Pando;

Dra. Myriam Altamirano Bustamante MD, PhD; Dr Antonio Cabrera PhD;

Dr. Francisco Javier Marcó Bach PhD; Dra. Lourdes Velázquez González PhD;

Dr. Samuel Weingerz Mehl.

D.R. Investigaciones y Estudios Superiores, S.C.
Editor responsable: Dr. Óscar J. Martínez González
Impreso en Litho Press de México
Av. Sur 20, núm. 233
Col. Agrícola Oriental, 08500 México, D.F.

Dirección y Administración:
Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac
Av. Universidad Anáhuac 46, Col. Lomas Anáhuac
Huixquilucan, Edo. de México. C.P. 52786
Tels. 5328-8074, 5627-0210 (Ext. 7146)
Email: bioetica@anahuac.mx

Dirección y Redacción en Roma, Italia:
Centro di Ateneo di Bioetica Facoltà di Medicina Chirurgia "Agostino Gemelli"
Università del Sacro Cuore, Roma
Tel 06/33054960. Fax: 06/3051149

Distribución:
Investigaciones y Estudios Superiores, S.C.
Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac

México: 200 pesos; América Latina: \$80 U.S. Dls;
Otros países: \$80 U.S. Dls.

Medicina y Ética.
Número de Registro de Marca 427526
Certificado de Licitud de Título 6655
Certificado de Licitud de Contenido 6923
Certificado de Reserva de Derechos al uso exclusivo 1009-93; control 22235
Impreso en México. *Printed in Mexico.*
ISSN 0188-5022

[039 0793] Porte pagado.
Publicación periódica.
Registro 0390793.
Características 210451118.
Autorizado por SEPOMEX.

La Revista *Medicina y Ética* aparece citada regularmente en los siguientes índices:
The Philosopher's index, *Latindex* y *Red Al y C.*
The Journal of *Medicina y Ética* is indexed in: *The Philosopher's index*, *Latindex* and
Red Al y C.

ÍNDICE

Editorial	7
Bioinformática, Bioética y Bioderecho <i>Alessandro Fruci</i>	13
La Bioética en la perspectiva del Bioderecho y de la Biopolítica <i>Marina Casini, Emma Traisci, Fabio Persano</i>	45
Claves de lectura para la Bioética del Ambiente <i>Vincenza Mele</i>	65
Ética y colocación de los recursos en la salud <i>D. Sacchini, P. Refolo, R. Refolo, N. Comoretto, M.L. Di Pietro, A.G. Spagnolo</i>	83
La invalidez de la objeción de conciencia en materia de Salud Pública <i>María Elizabeth de los Ríos Uriarte</i>	99
La historia de la medicina y su dimensión ético-antropológica <i>Simona Giardina, Andrea Viridis, Antonio G. Spagnolo</i>	127

EDITORIAL

Este primer número del año 2012, nos motiva a la reflexión sobre la finalidad última de la persona humana, que siempre es trascender. Para nuestros lectores de fuera de México explico: según algunas interpretaciones de corte más bien sensacionalista, según el pueblo maya el 2012 sería el fin del mundo. Otros autores del campo de la historia reconocen que es imposible decir, con ningún tipo de aproximación, que esto es lo que el pueblo maya calculó. Pero aunque así hubiera sido, tampoco ese, o ningún otro pueblo tiene el poder de conocer el futuro.

Lo que sí puede conocerse a través de la razón humana, es el tipo de naturaleza del hombre. Esa naturaleza cuya existencia es temporal y limitada. Pero en cuyo actuar, se intuye una finalidad que supera su finitud y sus limitaciones. No, desde luego, en lo referente a su funcionalidad material, sino en lo que su propia esencia ontológica muestra. Es decir, en su dimensión espiritual.

Justamente esta consideración se toma en cuenta en el análisis que la bioética realiza ante un dilema o una paradoja éticas. Y al revisar material de esta área del conocimiento es necesario siempre tomar en cuenta estos conceptos. El artículo sobre la dimensión ética y antropológica de la historia de la medicina, escrito por Simona Giardina y colaboradores, quiere recordarnos que la medicina tiene por objeto a la persona humana, entendida con esta fundamentación ontológica.

Este número presenta otros cinco artículos de una temática general dentro de lo que sería la reflexión ética en las políticas públicas. En este sentido apuntalan esta intención general dos artículos: el de las claves de lectura para la bioética y el ambiente; y el de la invalidez de la objeción de conciencia en materia de salud pública. Vincenza Mele, autora del primero, tiene ya una amplísima experiencia de investigaciones en el tema del medio ambiente, por lo

que el hecho de escribir una metodología de interpretación en el tema es de mucha utilidad. María Elizabeth de los Ríos, aporta desde la filosofía su propia experiencia en el ámbito de la salud, en dilemas de urgencia y de repercusiones sociales. Los interesados en Bioética estarán próximamente leyendo mucho de ella.

Sin embargo, el tema de la adjudicación o distribución de los recursos para la salud es paradigmático de las políticas públicas. Es siempre un reto para el personalismo, y de ahí el valor que grandes expertos, como son los autores de este artículo, encabezados por Dario Sacchini, aborden un tema que siempre es difícil. Es ya imposible el análisis bioético que no haga referencia al Derecho y a la política. Hay que recordar que se trata de una inter, y transdisciplina. Por ello hemos querido incluir en este número el brillante artículo de Marina Casini y colaboradores, que en la experiencia personal que tiene después de varios años de investigación en estos temas, aunados a la de su padre, el Honorable Carlo Casini, quien ostentó el cargo de Presidente de Asuntos Constitucionales del Parlamento Europeo, resulta de profundo interés para comprender muchos de los temas éticos en los que la política y el derecho intervienen.

Complemento de este último, resulta el artículo de Alessandro Fruci, sobre bioinformática y bioderecho. Incluso puede pensarse, sólo desde el título, que esta pluridisciplinariedad de la bioética está tomando dimensiones cada vez mayores. Pero no puede negarse que en cualquier ámbito de la vida actual, la informática es una herramienta “impersonal” pero útil y cada día más imprescindible. Este primer artículo sobre el tema, en la colección de Medicina y Ética, muestra la necesidad de ir abriendo camino y de actualizar el enfoque de los problemas.

El equipo de la Revista Medicina y Ética deseamos a todos nuestros lectores que este año sea pleno de frutos y siempre en la búsqueda del bien.

*Dra Martha Tarasco MD PhD.
Coordinadora Editorial-----*

Criterios para los colaboradores de “Medicina y Ética”

1. La revista de *Medicina y Ética* es una revista especializada en el campo de la bioética que está enfocada a la difusión académica entre los profesionales afines a las temáticas y discusiones actuales en este campo. En consecuencia, *Medicina y Ética* no acepta artículos de difusión, ni material que puede ser considerado propagandístico de alguna corriente. La Revista no está circunscrita a una visión única de la Bioética, siempre que los artículos cumplan con rigor la metodología propia en la exposición de las ideas.
2. De acuerdo con lo anterior, las opiniones y posiciones son de responsabilidad exclusiva del autor, y no reflejan necesariamente la posición de la Facultad de Bioética. El Consejo editorial no presupone, en ningún caso, que la institución de origen o de quien da actualmente empleo al autor, suscribe las posiciones de éste, vertidas en el artículo correspondiente.
3. El material deberá ser inédito, no obstante, se aceptan ponencias o comunicaciones, siempre y cuando se señale claramente el lugar y fecha donde se expuso por primera vez la investigación.
4. Se consideran tres tipos de publicaciones: artículos, notas y reseñas. Los artículos deben tener una extensión mínima de 15 cuartillas y máxima de 30. Estos deben ser sobre temas monográficos. Las notas deben ser mayores de 7 páginas y menores de 15. Las notas tienen un carácter de discusión propia del campo científico; la discusión puede ser sobre otros artículos anteriores de la Revista, siempre y cuando cumplan con la calidad académica señalada y no como una mera expresión de una réplica por el afán polémico, sino a la altura del artículo que es motivo del comentario. Las reseñas deben tener una extensión mínima de una cuartilla y máxima de cinco. Las reseñas pueden ser tanto críticas como meramente expositivas.

5. Los artículos serán dictaminados por al menos dos académicos de competencia relevante en un plazo máximo de tres meses. Los nombres, tanto de dictaminadores como del autor, permanecerán en el anonimato. En el caso de respuesta negativa, el autor recibirá un dictamen con las opiniones de los dictaminadores. El autor podrá realizar las correcciones que considere pertinentes y volverla a presentar, sin que *Medicina y Ética* se obligue a publicar el material. En cualquier caso, no se regresan originales. Los autores que hayan sido elegidos recibirán tres ejemplares de cortesía del número en que fueron publicados.
6. Los artículos publicables deberán escribirse de preferencia en español, aunque se aceptan en idioma inglés, de manera clara y concisa. El texto debe ir en letra Arial (12 pts) a espacio y medio, en papel tamaño carta. El material puede ser entregado en formato electrónico para PC, vía correo electrónico o disquete (Word para windows, o formato RTF).
7. Los artículos y notas deberán contener el título del trabajo, el (los) nombres(s) del (de los) autor (es), el nombre de la Institución a la que pertenezcan. El artículo debe estar acompañado de un resumen (abstract) no mayor de 15 líneas (aproximadamente 150 palabras) en español y en inglés. También deben contener 3 palabras claves no contenidas en el título.
8. Las referencias de libros deberán realizarse de la siguiente forma: APELLIDO DEL AUTOR, nombre del autor. *Título del libro*. Traductor, Editorial, Lugar de edición, año de publicación, página (edición original). Por ejemplo:

SINGER, Peter. Una vida ética. Escritos. Trad.: Pablo de Lora Del Toro, Ed. Taurus, Madrid, 2002, p. 57 (inglés: Writings of an ethical life, 2000).
9. En el caso de las revistas el modo será el siguiente: APELLIDO DEL AUTOR, Nombre del autor. “título del artículo”, *Título de la revista*, volumen, número, (mes, año), página. Por ejemplo:

ROMANO, Lucio. “Educación de la sexualidad y los adolescentes. Encuesta cognoscitiva y antropologías de referencia”, *Medicina y ética*, XIII, 1, (enero-marzo, 2002), p. 85.

10. Los artículos deberán ser enviados exclusivamente a la siguiente dirección:

**Facultad de Bioética
Universidad Anáhuac
Dra. Martha Tarasco Michel, Coordinadora Editorial
Apartado Postal 10 844
C.P. 11000, México, D.F.
Email: mtarasco@anahuac.mx**

11. No nos hacemos responsables del material entregado o enviado a otra dirección distinta de la anterior. Para considerarlo recibido, quien envía deberá contar con un recibo físico con sello, o bien con la respuesta electrónica de la dirección de correo electrónico señalada en el punto anterior.

Bioinformática, Bioética y Bioderecho*

*Alessandro Fruci***

Resumen

El presente ensayo quiere ilustrar, en primer lugar, el significado y el ámbito de aplicación de la bioinformática, entendida como «el campo de la ciencia en el que la biología y la informática se funden en una disciplina única para favorecer nuevos descubrimientos biológicos». En segundo lugar, se detiene sobre las consecuencias biológicas de las biotecnologías, en forma particular sobre el cambio radical de la relación del hombre consigo mismo y con la naturaleza, y sobre la función del bioderecho, que tiene que reglamentar una ciencia, muy a menudo “incierta”, y establecer los criterios para la atribución de la subjetividad jurídica a los individuos “genéticamente manipulados”.

Summary

This essay wants to illustrate, in first place, the biocomputing meaning and its field of application, taken it as «the field of science in

* Artículo original.

** Licenciado en Ciencias Políticas por la Universidad de Roma “La Sapienza”, Doctor en Historia de las Doctrinas Políticas y Filosofía de la Política por la Facultad de Ciencias Políticas de la Universidad de Roma “La Sapienza”. Docente de Filosofía del Derecho en la Facultad de Ciencias Políticas de la Universidad de Roma “La Sapienza” y de Informática Jurídica en la sede de Pomezia de la misma Universidad. Email: alessandro.fruci@libero.it

which biology and computer science melt together in a unique discipline to help new biologic discoveries». In second place, draw up over the biological consequences of biotechnologies, in particular, on the radical changing of the relationship of man with himself and with nature, and about the function of biolaw, which has to regulate these science, “uncertain” very often and to establish the criteria to conferring juridical subjectivity to “genetically manipulated” persons.

Palabras clave: bioinformática, bioderecho, biojurídica, ética, filosofía, bioética.

Key words: bioinformatics, biolaw, biojuridics, ethics, philosophy, bioethics.

1. La bioinformática

En 1953 empezó un fascinante y fatigoso camino que duró exactamente medio siglo y que condujo a la comunidad científica a realizar el mapeo del genoma humano.¹ En esa fecha, de hecho, fue publicada la estructura del ADN gracias a los esfuerzos cumplidos por los científicos James Dewey Watson y Francis Crick² quienes pusieron las premisas para los sucesivos estudios que llevaron en 1990 al lanzamiento de un proyecto destinado a revelar los secretos del patrimonio genético humano.

Referimos de manera sintética las diferentes etapas de este recorrido:

1953 – Fue publicado un artículo de los biólogos Watson y Crick, en la revista *Nature*, que revela la forma de doble hélice de la molécula del ADN, sede del patrimonio genético.

1966 – Fue interpretado el lenguaje del código genético.

1977 – Fue secuenciado el ADN del bacteriófago: se trata del primer genoma completo del cual se obtiene un mapeo.

1980 – La Corte Suprema americana se expresó a favor del registro de marca de las bacterias genéticamente modificadas. Se tra-

ta de una decisión de importancia fundamental por representar la fuente jurídica para la patente genética.

1981 – Se realizó la secuenciación del ADN mitocondrial con la individuación de 16,569 parejas de bases.

1984 – Se realizó la secuenciación del genoma del virus Epstein-Barr con la individuación de 172,281 parejas de bases.

1990 – Se encaminó el proyecto Genoma Humano que preveía una duración de 15 años.

1991 – J.C. Venter, jefe del Equipo de Investigación del National Health Institute, que se ocupa del mapeo del genoma humano, y después director de Celera Genomics, una sociedad privada que se interesa en el registro en el campo de la genética, identificó los genes activos a través de la *Expressed Sequence Tags*, secuencias de porciones iniciales de ADN complementarias a RNA mensajeras.

1992 – Fue completado el mapeo de concatenación a baja resolución del genoma humano y empezó la secuenciación del ADN *Caenorhabditis elegans*. Al mismo tiempo J.C. Venter fundó el *Institute for Genoma Research* que tiene como finalidad la explotación comercial de la secuenciación a través de la identificación de genes y el descubrimiento de fármacos.

1995 – El *Institute for Genoma Research* realizó la primera secuencia completa del genoma de la bacteria *Haemophilus influenzae*.

1996 – Se completó el genoma de la levadura, la primera secuencia de un eucariota.

1998 – Se publicó la secuencia del genoma *Caenorhabditis elegans*.

1999 - Celera anunció que había secuenciado el *Drosophila melanogaster*. En diciembre del mismo año se publicó la secuencia completa del primer cromosoma humano.

2000 – El veintiséis de junio se anunció la secuenciación del genoma humano.

2003 – Con motivo del quincuagésimo aniversario del descubrimiento de la estructura del ADN, se publicó el mapeo completo del genoma humano.

En esta entusiastamente incursión, un papel no secundario lo han tenido la ciencia computacional y los sistemas informáticos: estos, de hecho, se revelaron muy útiles para la elaboración de los modelos y de los instrumentos matemáticos que tienen la finalidad de analizar las secuencias ADN y RNA. Sin embargo, el connubio entre biología e informática no se circunscribe solamente a estos aspectos, sino que interesa un ámbito de aplicación tan vasto que justifica el origen de una nueva disciplina, la bioinformática. Ésta se configura como la ciencia que utiliza la informática para analizar los datos biológicos y formular hipótesis sobre los procesos de la vida. Es oportuno poner en claro que la informática no se ha limitado a dar a las ciencias biológicas instrumentos para procesar y almacenar datos, sino que ofreció también modelos muy sofisticados desde el punto de vista matemático que permitieron obtener resultados significativos en el ámbito de la investigación; se debe entender la bioinformática como una ciencia aplicada que permite, a través de la utilización de particulares instrumentos, efectuar deducciones de los datos de la moderna biología molecular contenidos en los archivos. En sustancia, los instrumentos informáticos permitieron a la biología superar el complejo de inferioridad con respecto a la química y a la física, originado por la dificultad de describir con un lenguaje numérico y estadístico los fenómenos, objeto del propio estudio. Una falta que históricamente y epistemológicamente las ciencias biológicas han siempre tenido, pero que hoy día lograron superar gracias a la informática que permite dotar los resultados típicos de la bioquímica y de la biología molecular de un conjunto de instrumentos analíticos y numéricos. El primero en utilizar el término “bioinformática” fue, hacia el final de los 80’s, Hwa Lim, quien definió la nueva ciencia como “el estudio del contenido informático y del flujo de informaciones en los sistemas y en los procesos relacionados con la biología”.³ Tal definición, sin embargo, parece colocar la informática en una posición de subalternidad respecto a la biología, encuadrando la primera en una perspectiva meramente instrumental respecto a la segunda. En

realidad, las dos disciplinas tienen que ponerse en un nivel paritario, sobre la hipótesis que la bioinformática permite un paralelo y simbiótico progreso de las dos. Estas, de hecho, fundiéndose e integrándose entre sí, producen un proficuo y recíproco desarrollo del conocimiento y un mejoramiento de las técnicas y de los resultados. En esta óptica, parece más apropiada la definición de bioinformática del *National Center for Biotechnology Information* (NCBI), que la configura como “el campo de la ciencia en la que la biología y la informática se funden en una única disciplina para facilitar nuevos descubrimientos biológicos”.⁴ Ello es verdad, sobre todo en los últimos años, porque la biología, terminada la aventura de mapear el genoma humano, transfirió sus estudios a las previsiones y a las modificaciones de los sistemas biológicos. Pero antes de reflexionar sobre los últimos desarrollos del connubio entre ciencias biológicas y ciencias computacionales, es oportuno ilustrar brevemente los campos de aplicación clásicos de la bioinformática. Esta, gracias al enorme desarrollo de la capacidad computacional de los calculadores en los últimos tiempos, se ha considerado fundamental, como ya tuvimos oportunidad de decir anteriormente en el campo de la investigación genética, contribuyendo de manera determinante a alcanzar un importante objetivo, o sea la secuenciación del genoma humano. El biólogo molecular se sirve de los instrumentos de la bioinformática para diferentes necesidades: en primer lugar, para formular hipótesis sobre la función de los genes y para prever y visualizar las estructuras tridimensionales de las proteínas; para identificar nuevos genes asociados a enfermedades y para individualizar nuevos fármacos capaces de curarlas; pero, ¿cómo es posible hacer todo esto? Vamos a tratar de explicarlo de la manera más simple posible y conforme con la posición en la cual nos encontramos que no presupone un alto nivel de conocimiento de los fundamentos de biología genética. La cadena del ADN puede ser representada a través de un expediente muy elemental, o sea por medio de una serie de letras del alfabeto que indican las diferentes bases organizadas que la caracterizan. Considerando que estas son sola-

mente cuatro será suficiente utilizar apenas cuatro letras (generalmente son: A C G T). La bioinformática explota esta representación traduciendo la información genética en un código binario, o sea en un lenguaje utilizado por la computadora, y almacenándola bajo forma de datos alfanuméricos. Ello permite diferentes operaciones:

- Organizar los datos biológicos en *databases on-line* libremente accesibles por todos y abastecer los instrumentos para interrogarlos.
- Identificar las secuencias correspondientes a genes específicos.
- Confrontar las secuencias nucleotídicas y aminoacídicas tanto en el interior de una misma especie como entre especies diferentes, aunque sean evolutivamente muy lejanas.
- Analizar los datos obtenidos por medio de análisis genómicos para estudiar el perfil de expresión de todos los genes humanos, en condiciones fisiológicas o patológicas.
- Fotografiar el estado y la actividad de las proteínas presentes en una célula o en un tejido.

Un rol fundamental, como ya vimos en el primer punto, lo tienen los bancos de datos, que permiten a los estudiosos acceder libremente, a través de la Web, a los datos de laboratorio concernientes a los análisis del ADN, del RNA y de las proteínas. Estas pueden ser de diferente tipo y distinguirse entre primarias y especializadas; para dar algún ejemplo, podemos citar los bancos de datos de secuencias nucleotídicas, las de secuencias proteicas, los bancos de datos de motivos y dominio proteico, las de estructura proteica o los bancos de datos para el sistema inmunitario.

No es este el momento para ilustrar las características y las finalidades de cada una de estas, pero es necesario entender la importancia absoluta que han adquirido en el campo de la investigación genética.⁵ Sintéticamente, podemos decir que los bancos de datos están contruidos alrededor de un elemento central: los bancos de datos genéticos alrededor de la secuencia nucleotídica del ADN y del RNA y los bancos de datos proteínicos alrededor de la secuencia aminoacídica.

Además, estas tienen una serie de anotaciones con las que es posible clasificar cada secuencia, como por ejemplo el nombre o la especie de pertenencia del organismo biológico que se está examinando. Tales anotaciones pueden concernir también a la función del organismo o simplemente a algunas referencias bibliográficas. El primer banco de datos biológico fue realizado por Margareth Dayoff, una investigadora estudiosa de la evolución molecular que en 1965 desarrolló unos estudios fundados sobre los análisis de secuencias proteicas individuadas hasta ese momento, reuniéndolas en un atlante según un criterio que tenía como referencia grupos de proteínas homólogas. Este apreciable trabajo, a fines de los años 70's, fue transformado en versión electrónica y memorizado en el banco de datos de la *National Biomedical Research Foundation*. Desde los años 80's las iniciativas orientadas a la realización de bases de datos bioinformáticas primarias, o sea que tienen registradas informaciones y anotaciones muy genéricas sobre las secuencias de ácidos nucleicos, se multiplicaron: en Europa el laboratorio europeo de Biología Molecular (EMBL) de Heidelberg realizó la EMBL-data-library, una base de datos de secuencias ADN y RNA.⁶

Contemporáneamente, en los Estados Unidos Walter Goad creó un archivo análogo en un laboratorio de Los Alamos en New México, poniendo los fundamentos para la GenBank, una de las bases de datos más importantes y utilizadas por la comunidad científica internacional, públicamente consultable desde el 1982. Algunos años más tarde, en 1986, también los japoneses crearon una base de datos, la DDBJ, hoy día conectada con el *National Institute of Genetic* de Mishima. Sucesivamente, la EMBL-data-library, la Gen-Bank y la DDBJ refrendaron un acuerdo de colaboración que permitió el intercambio de datos entre los tres centros. Es por esta razón que sus bancos de datos tienen un contenido prácticamente idéntico; se diferencian sólo por lo que concierne la organización de las informaciones. En la segunda mitad de los años 80 se empezaron a preparar las primeras bases de datos especializadas capaces de ofrecer informaciones agrupadas según un criterio asonómico o

funcional. Merecen ser citadas la PROSITE y EPD, que han dado vida a la creación de *databases* siempre más especializadas y que hoy día son en gran parte utilizables a través de la red. De hecho, existe un catalogo de diferentes bancos de datos disponible en Internet y actualizado anualmente, contextualmente a la publicación del volumen especial de la revista *Nucleic Acids Research* dedicada a las bases de datos biológicas. Para poder consultar los *databases* se necesita de sofisticados sistemas de interrogación que seleccionen y separen las informaciones específicas que se necesiten. Los principales son el sistema SRS,⁷ considerado el sistema de interrogación por excelencia, y Entrez.⁸ Menos difundidos, pero igualmente validos, son ACNUC⁹ y ACEDB.¹⁰

Como se puede imaginar, las bases de datos no constituyen la única contribución dada por las ciencias computacionales a las ciencias biológicas. Hay otros importantes instrumentos informáticos que son fundamentales para la investigación genética. Es el caso, por ejemplo, de los «software de alineamiento de secuencias», programas que miden el nivel de semejanza entre dos o más secuencias nucleotídicas o aminoacídicas, alineándolas de manera homóloga y permitiendo, de esta manera, la comparación de secuencias de especies diferentes y la reconstrucción de eventuales árboles filogenéticos según el principio que “cuanto menores son las diferencias en las secuencias genéticas, tanto más estrecho será el grado de parentesco”. Además, «los fundamentos de las metodologías bio-computacionales se tienen que asociar a los procedimientos de comparación de biosecuencias para la investigación de similitudes».¹¹ Estos procedimientos comenzaron su desarrollo en 1970 cuando los estudiosos Needleman y Wunsch descubrieron un algoritmo capaz de encontrar similitudes globales entre dos secuencias.¹² Un año más tarde fueron A.J. Gibbs y G.A. McIntyre los que publicaron un método para visualizar regiones de similitudes que fue utilizado sucesivamente en numerosos algoritmos de análisis comparativo. En 1981, T.F. Smith y M.S. Watermann divulgaron el algoritmo para la búsqueda del mejor alineamiento local entre dos

secuencias¹³ y, dos años más tarde, W.J. Wilbur y D.J Lipmann publicaron un algoritmo para la búsqueda de similitudes en las bases de datos. A fines de los años 80 nacieron los programas FASTA, BLAST.FASTA y BLAST, que todavía hoy son los más usados por los biólogos para el análisis de similitudes entre secuencias. Es necesario notar que el exponencial aumento de los datos de secuencias ha llevado a la necesidad de disponer de programas que implementen los algoritmos, para el análisis de los ya mencionados datos ordenados, según un criterio de homogeneidad, y para crear una interfaz con las bases de datos biológicas. Por eso se han desarrollado los primeros paquetes para el análisis de datos: el primero fue realizado por Roger Staden en 1979, muy utilizado actualmente en los proyectos de secuenciación masiva. Sin embargo, el paquete que resulta ser el más completo y utilizado es el GCG, *Genetics Computer Group of Oxford*.¹⁴ Merecen ser citados también los paquetes EMBOSS y Philip: el primero fue desarrollado para crear una alternativa al GCG y puede ser descargado gratuitamente de la red; el segundo, en cambio, sirve para efectuar análisis sobre la evolución molecular. Otro instrumento fundamental para la bioinformática es el «software de visualización 3D» utilizado para los programas que permiten visualizar la estructura molecular de las proteínas y poner en evidencia solamente determinadas regiones de moléculas, seleccionar el tipo de modelización, efectuar coloraciones y rotar la reconstrucción en 3D. Algunos de estos programas son muy simples y descargables de Internet: el más difundido es RasMol, capaz de leer coordenadas atómicas en varios formatos, de producir numerosas representaciones y de desarrollar imágenes de calidad. Se trata de un instrumento que está a la base de diferentes programas de grafica 3D, disponibles a través de los browsers, como por ejemplo Chime TM (un plug-in conectado con el Netscape de producción de la MDLI Inc.) o applet Java WebMol. Hay también programas más complejos como SwissPDPViewer, que permite construir modelos de proteínas por homología, y WebLab, disponible también en la red, en versión simplificada, y capaz de calcular y vi-

sualizar superficies moleculares de particular utilidad e interés gráfico. Sin embargo, el programa profesional más conocido y usado es InsightII, comercializado para las plataformas Windows y Silicon Graphics.

De manera esquemática podemos decir que la bioinformática se ocupa de:

- Análisis de secuencias
- Identificación de genes
- Mapeo del genoma
- Predicción de las estructuras proteicas
- Interacción de ligaduras proteicas
- Análisis de la expresión genética
- Creación de modelos de redes metabólicas
- Creación de modelos evolutivos
- Biología de sistemas.

Si hasta algunos años atrás se podía encuadrar la bioinformática como una disciplina que se proponía, esencialmente: 1) ofrecer modelos estadísticos válidos para la interpretación de los resultados de experimentos de biología molecular y bioquímica a fin de identificar tendencias y leyes numéricas; 2) generar nuevos modelos e instrumentos matemáticos para el análisis de secuencias ADN, RNA y proteínas a fin de crear un *corpus* de conocimientos sobre la frecuencia de secuencias relevantes y sobre la evolución y eventuales funciones de estas; 3) organizar los conocimientos adquiridos, a nivel global, sobre el genoma y el proteoma, en bases de datos accesibles a todos y optimizar los algoritmos de búsqueda de los datos para mejorar la accesibilidad. Hoy en día la bioinformática ha extendido su ámbito de aplicación y llegó a interesar también al ámbito médico, patológico y bioético. Más allá de la posibilidad de reconstruir las etapas evolutivas de las diferentes especies, incluso la humana, esta ofrece la posibilidad de extraer características de varias biomoléculas útiles para proyectar nuevas moléculas y fármacos. Por esta razón la bioinformática se configura como un sector, con connotaciones altamente interdisciplinarias, que incluye la

informática, la biología y también la matemática, la estadística, la química, las ciencias médicas y, como veremos más adelante, también las ciencias filosóficas y el derecho.

La comunidad científica internacional reconoce el rol fundamental adquirido por la bioinformática y ha promovido la creación de infraestructuras bioinformáticas que a nivel transnacional puedan desenvolver una función de coordinación y sustentamiento en la investigación y en la formación de este sector. Existen tres diferentes topologías de infraestructuras bioinformáticas: institutos internacionales, institutos nacionales y Networks internacionales. En el primer grupo, los dos más importantes son: el EBI, el laboratorio europeo de bioinformática, constituido en Cambridge, Inglaterra, y el *National Center for Biotechnology Information*, instituido en 1988, con sede a Bethesda en Maryland, Estados Unidos. Estos dos centros dirigen las dos principales bases de datos biológicas, la EMBL-data-library y la GenBank. En los dos laboratorios es posible realizar análisis de biosecuencias a través de los principales sistemas de análisis bioinformáticos y tener acceso a los datos derivados de los proyectos genómicos, tanto brutos como resultantes de metodologías sofisticadas desarrolladas en los mismos laboratorios.

Los institutos nacionales son estructuras sustentadas por los financiamientos estatales y de entes privados, y frecuentemente son el resultado de una colaboración, en diferentes sectores, de varios grupos de investigación. Entre los centros nacionales de bioinformática merece ser citado el *Swiss Institute of Bioinformatics* (SIB), constituido por un consorcio de universidades e institutos de investigación, públicos y privados, que representa un brillante ejemplo de funcionalidad y profesionalidad. Hemos ya citado los *Networks* internacionales: un rol importante lo tiene la red EMBnet (European Molecular Biology network) creada en 1988 por el laboratorio Europeo EMBL de Heidelberg en colaboración con doce países europeos, incluida Italia, que participó con el centro de bioinformática de Bari. Esta, que se configura como una fundación internacional constituida por 41 nudos, se utiliza como una red eu-

ropea en el campo de la investigación biomolecular para dar acceso a los principales archivos de datos biológicos y a los sistemas para el análisis de estos.

Hoy día empezaron a formar parte del EMBnet también diferentes centros de bioinformática de países extraeuropeos y, entre otras cosas, se ha refrendado últimamente un acuerdo con la red APBioNet (Asian Pacific Biologic Network) que dio vida a un hermanamiento entre las dos Networks. EMBNet se ha distinguido en el ámbito de la formación bioinformática realizando numerosos cursos en países europeos y extraeuropeos en los que tuvo la función de apoyar la creación de nuevos nudos.¹⁵

2. Aspectos bioéticos

La bioinformática, gracias a su creciente nivel de especialización y a los resultados extraordinarios que ha logrado y que promete realizar en la investigación genética, constituye un válido instrumento para el desarrollo de las biotecnologías. Estas representan una de las fronteras más prometedoras de la ciencia contemporánea por la capacidad que tienen de ofrecer a la humanidad nuevas oportunidades para curar las enfermedades, para crear nuevos medicamentos, para combatir el hambre en el mundo y para proteger el ambiente. Las biotecnologías pueden ser definidas como un conjunto de procedimientos técnicos aptos para modificar la estructura y la función de organismos vivos para la producción de materiales biológicos útiles en medicina, en la industria y en la agricultura. En términos estrictos, las biotecnologías están constituidas por esas técnicas del ADN recombinante utilizadas para modificar genéticamente organismos vivos para fines terapéuticos o productivos.¹⁶ Sin embargo, el uso de estas pone una serie de interrogantes de carácter bioético sobre los que vamos a reflexionar. Es necesario, por ejemplo, preguntarse: ¿cómo van a ser usadas para reducir el impacto negativo generado por la actividad humana en el

ambiente físico y en los seres vivientes?; ¿cómo defender y valorar la biodiversidad?; ¿cómo evitar inútiles daños y sufrimiento a los animales; ¿qué protección asegurar al ambiente natural y a la salud del hombre contra eventuales riesgos causados por el uso no apropiado?; ¿cómo tutelar la libertad y la autonomía del individuo?; ¿cómo establecer un punto de encuentro entre la necesidad de desarrollar las actividades productivas, de investigación y de formación en el sector de las biotecnologías para el desarrollo sostenible de la sociedad y el consenso a nivel individual y social?; ¿cómo conciliar el principio de precaución con las necesidades y los tiempos de experimentación científica?; ¿cómo aplicar el principio ético fundamental de equidad –en la distribución de los recursos para el desarrollo de las biotecnologías, en la participación a las diferentes iniciativas en el sector, y a los beneficios que resultan de estos– de todos los países, sobretudo esos tecnológicamente menos avanzados y con dificultades en sus economías?; ¿cómo asegurar a los países en vías de desarrollo y a los países pobres el acceso a las biotecnologías salvaguardando las economías locales?; ¿cuál puede ser el interés de las futuras generaciones por las biotecnologías y cuáles son los posibles efectos de las biotecnologías sobre estas?; ¿cómo asegurar la tutela de la persona y de la dignidad humana, por lo que concierne el ámbito de la experimentación biomédica, sobretudo la terapia genética, la clonación y los xenotrasplantes?; ¿cómo sanar el vacío de conocimiento científico de la opinión pública acerca de los problemas concernientes las biotecnologías?; y, ¿cómo difundir una información correcta que elimine los prejuicios?¹⁷

Tales interrogantes se pueden resumir en una simple pero compleja pregunta: ¿las biotecnologías producen un cambio radical en nuestra relación con la naturaleza y con nosotros mismos?

La primera cosa que se podría observar es que el hombre, desde siempre, interfiere con el natural desarrollo de los seres vivientes para favorecer su propia supervivencia y para mejorar sus propias condiciones de vida. En realidad, si salimos del ámbito científico-biológico y nos posicionamos en un plan meramente tecnológico-

social, tal observación podría resultar no del todo verdadera. Las biotecnologías, de hecho, se han podido desarrollar gracias al nivel técnico, económico y científico alcanzado sólo últimamente y han permitido la intervención sobre aspectos fundamentales de la vida humana, tanto que algunos llegaron a decir que estas podrán abrir un nuevo camino en la organización social y en la misma historia del hombre.¹⁸ Las biotecnologías permiten, y en el futuro permitirán mayormente, intervenir no sobre cada ser viviente, sino directamente sobre la línea genética de la especie a la que este pertenece. Además, la vida, incluso la humana, puede ser sujeta a registros¹⁹ y por lo tanto a mercantilización, con todas las consecuencias que esto implica sobre todos los aspectos de la vida. El desarrollo de las biotecnologías ha permitido la interpretación de la vida biológica a través de códigos, a través de un lenguaje matemático, lo que nos lleva a intentar, crear un paralelismo entre la estructura a doble hélice del ADN y un programa informático. La estructura a doble hélice, de hecho, no es nada más que un programa biológico que posee los datos y las funciones para la conservación de las especies vivientes. Además, el ADN, como cualquier programa informático, una vez conocido, puede ser reproducido, modificado y utilizado indefinidamente para varias finalidades. Ello, observó Mariachiara Tallacchini, lleva a una concepción del ser viviente en términos siempre más abstractos. El cuerpo, sobre todo el cuerpo humano, se está desmaterializando. Ahora no sólo las ideas, las voluntades, los acontecimientos existenciales resultan sujetos al dominio de la información, sino que también los datos sobre la condición del cuerpo y las componentes biológicas de este son tratables y transferibles.²⁰ Jeremy Rifkin considera que las biotecnologías están destinadas a producir una verdadera mutación histórica que alcanzará el ápice con la superación de la biología por parte de esa ciencia que él define *algenia*,²¹ considerada el conjunto de las técnicas y de los conocimientos genéticos y, sobre todo, un saber capaz de originar una nueva relación metafísica entre el hombre y la naturaleza. Rifkin escribe que la *algenia* muy probablemente

te constituirá una nueva perspectiva filosófica, y la metáfora dominante del siglo de la biotecnología. El término fue acuñado la primera vez por Joshua Lederberg, un biólogo ganador del premio Nobel, ya presidente de la Rockefeller University. Y yo, en los años 80, he personalmente redefinido el significado. Algenia significa cambiar la esencia de una cosa viviente. Las artes algénicas se dedicaron al mejoramiento de los organismos vivientes ya existentes y a la proyección de organismos enteramente nuevos con la intención de perfeccionar sus prestaciones. Pero, la algenia es mucho más. Es el tentativo de la humanidad de dar un significado metafísico a sus emergentes relaciones tecnológicas con la naturaleza. La algenia es una manera de pensar la naturaleza, y es esta nueva manera de pensar que establece el recorrido para la próxima grande época de la historia.²²

La frontera entre lo natural y lo artificial, se transforma en algo muy fugaz y el cuerpo mismo pasa a ser un resultado de la invención humana. El cuerpo humano biotecnológico podrá, por eso, tener componentes mecánicos que integran o substituyen los orgánicos; podrá tener órganos animales en lugar de los propios; podrá regenerarse a través de injertos celulares. El cuerpo, en substancia, no es un elemento natural más sobre el que se puede intervenir a través de un acción científicamente orientada para mejorar la condición humana, sino que se vuelve un producto de la ciencia, sujeto a modificaciones estructurales y permanentes. El escenario que se va configurando deja entrever un mundo en el cual será técnicamente posible, pero sobretodo culturalmente aceptable, la realización de un hombre biónico con una fuerte capacidad de adaptación, artificialmente adquirida, que amenazará la supervivencia de nuestra especie humana. Se impone entonces una reflexión: la tecnología no se configura como un neutro instrumento del progreso, sino que se vuelve el principal motor de este tanto desde el punto de vista práctico por constituir la condición misma de factibilidad, como desde el punto de vista teórico, para fundar y legitimar la ideología de un progreso continuo de los conocimientos y de un

mejoramiento definitivo de la vida humana. Aún menos neutrales son las biotecnologías, en primer lugar porque tienen como objeto los seres humanos; en segundo lugar por el impacto global y difusivo que producen; en fin, porque se configuran como la más elevada expresión de la técnica capaz de sintetizar al máximo el saber científico, el poder de control, la eficiencia y la productividad.²³ La idea que la vida es interpretable y manipulable para reducirse a un simple código en el que todo ya está escrito, produce una sobrevaloración y una superinversión del ADN que, como ya precisamos, se puede entender como un programa cibernético que sigue una lógica lineal y mecanicista. Tal concepción lleva a apoyar una visión bastante reduccionista de las características y del comportamiento de los seres vivos. Como ya se ha observado, una semejante interpretación del ADN, o como fue llamada *la mística del ADN*, como si se tratase realmente del “lenguaje de Dios” o que “Dios ha impreso la vida”, muestra la tendencia a proyectar en este la imagen del sagrado código de la época de la secularización: un código que la ciencia, por ser la máxima expresión del conocimiento y de la posibilidad de salvación del hombre, es depositaria y reveladora.²⁴

Es evidente que el afirmarse de una visión reduccionista que abrace formas de determinismo genético, sin excluir los rasgos de carácter y conductuales de un individuo, corre el peligro de amenazar con fuerza la construcción autónoma de la individualidad personal y, en consecuencia, la misma libertad humana. Si ya hoy día los datos biológicos asumen un rol no insignificante en la planificación de nuestra existencia y en las decisiones procreativas (por ejemplo, los test genéticos), no es difícil imaginar cuánto van a poder influir en el futuro, invadiendo estructuralmente el campo de las decisiones individuales en relación a la propia vida privada y afectiva, poniéndonos brutalmente de frente a un conocimiento biológico de nosotros mismos. Se llegará así a la atribución de una importancia primaria a los aspectos típicamente biológicos de la persona humana considerados más profundos, más estables, y luego, más seguros respecto a los factores relacionales, característicos

y emotivos que hasta hoy han sido considerados prevalentes en su caracterización y descripción, pero que no tienen una legitimización biológica. Stefano Rodotà, a tal propósito, nos pone en guardia afirmando que justo esta deslumbrante luz biológica trae consigo una insidia: la irrupción, en las relaciones sociales, de la “mística del ADN”, del reduccionismo biológico que cancela la legitimidad de cada relación no fundada sobre lo que se llamaba “lazo de sangre”. La biología quiere cancelar la biografía con una peligrosa regresión cultural y social.²⁵

¿Qué actitud se tiene que asumir con respecto al progreso? La filosofía hoy se pone este interrogante y ofrece diferentes respuestas muy a menudo contrastantes: por un lado, se propone una “filosofía del dominio” que, como ya vimos, “conduce a formas de intervencionismo febril, a modificaciones no planificadas, a edificaciones que son en realidad destructivas [...]”. Subestima, en nombre de su activismo, las consecuencias, lo imprevisible, la complejidad de las situaciones. Por otro lado, se proyecta una “filosofía del sometimiento” que, temerosa de las consecuencias del progreso, sobretudo el biotecnológico, insiste sobre el peligro y la impiedad de cada intervención. Se sirve de la noción de complejidad para mostrar la inoportunidad de cada cambio y construcción. Al descompuesto activismo de los dominadores, se contraponen una especie de extremismo de la cautela.²⁶

Muchos sostienen que se tendrían que rechazar las dos propuestas para beneficiar una “filosofía de la responsabilidad” que tome una posición intermedia entre el afirmarse de una indiscutible e incontenible legitimidad de la explotación de la naturaleza y la exacerbación de la existencia, casi religiosa, de su tutela. Es necesario destruir dos mitos: por un lado, el de la intrínseca bondad de la naturaleza; por otro, el del progreso lineal y continuo de la historia humana. Se trata de mitos que, si bien están en contraposición, llaman a un orden de cosas que va más allá de la voluntad humana, negando su responsabilidad. Es necesario reconocer los beneficios de las tecnologías, pero al mismo tiempo, poner límites a su utiliza-

ción cuando sea necesario. Todo esto se tiene que hacer manteniendo un perfecto equilibrio entre las opuestas necesidades del progreso de la humanidad y la protección de la naturaleza. No es una tarea fácil y necesita de un paciente, metódico y continuo esfuerzo que tiene que conducir a una evaluación lúcida, circunstanciada y objetiva de las consecuencias que determinadas intervenciones tecnológicas pueden producir. En definitiva, y este es el punto fundamental, es necesario sustituir la ética, considerada un sistema coherente y cerrado de reglas, con una ética flexible que sepa evaluar los costos, establecer las prioridades, definir los valores, atribuir las responsabilidades, garantizar la equitativa coparticipación de riesgos y ventajas, y que sepa hacer esto quedando abierta al continuo cambio de las circunstancias y de las condiciones de vida, y a la evolución de los mismos valores, orientándose y reorientándose cada vez que sea necesario. Una ética así podría ser definida [...] como un sistema abierto entre otros sistemas abiertos.²⁷

Hay que tomar conciencia de que la ética tradicional, por el hecho de tener que relacionarse con una nueva realidad respecto al pasado, ya no resulta del todo adecuada a las actuales necesidades. Además no se tiene que descuidar un aspecto fundamental: el hombre, hoy en día, proporciona referencias poco precisas a la ética por ser al mismo tiempo sujeto y objeto de acciones en juicio por lo que concierne la moralidad. En otras palabras, este no limita más su acción al mundo de las cosas, como hacía en el pasado, sino que la dirige cada vez más hacia él mismo, hacia su biología. Si hasta poco tiempo atrás se esforzaba y se las ingeniaba para modificar el ambiente circunstante para volverlo menos hostil a sus necesidades, hoy, gracias a los nuevos instrumentos científicos, tecnológicos y conceptuales que posee, puede elegir modificarse él mismo para adaptarse mejor a las hostilidades ambientales. Resulta evidente que es el mismo concepto de naturaleza humana, el que se pone en discusión. La identidad, tanto biológica como emocional de la persona, está seriamente amenazada. Evidentemente, esto suscita profundas perplejidades: el escenario que se va configurando deja presuponer que en un futuro no muy lejano, los nuevos nacimien-

tos van a ser elegidos y seleccionados por las características resultantes de la manipulación genética y no por la propia, también si “imperfecta”, individualidad. Se va prefigurando un mundo en el que las más elementares libertades, como la de obrar, de construir la propia individualidad, de conquistar la propia autonomía, no serán contempladas.²⁸ Es necesario, por eso, tutelar los neonatos de la posibilidad de ser preordenados a nuestros deseos, pero al mismo tiempo, es necesario garantizar una gestión pública y no centralizada de las oportunidades ofrecidas por la genética. Algunos estiman que no es aceptable que se deje decidir a algunos sujetos, sean padres del nuevo ser, o médicos y científicos que siguen el desarrollo, sobre la posibilidad de intervenir, a través de la manipulación genética, para modificar algunos caracteres del ser biológico, y consideran que tiene que ser la comunidad democrática la que tome tales decisiones, estableciendo una reglamentación de la materia. Habermas sostiene que la difusión de las tecnologías genéticas podría desplazar el umbral de tolerancia de lo que se considera “normal”. Pero el legislador democrático tendrá que evaluar muy atentamente qué intervenciones admitir y especificarlas con la máxima precisión. También porque cualquier añadidura o ampliación podría comportar una responsabilidad inaudita para esos padres que decidieran, por razones de principio, no recurrir a las prácticas autorizadas. Se los podría acusar de omisión, y estar sujetos al resentimiento de los propios hijos. Por suerte, frente a estos riesgos, la opinión pública democrática va a exigir justificaciones cada vez más circunstanciadas para cada ulterior liberalización en esta materia.²⁹

Es del todo evidente, de hecho, que sobre el tema de la manipulación de nuestro genoma no se puede dejar decidir a cada individuo; apelando a cuestiones éticas sustanciales, tiene necesariamente que ser discutido y afrontado en una perspectiva pública.

Por otra parte, se ha observado que las decisiones individuales en el campo de los desórdenes genéticos pueden fácilmente producir consecuencias públicas, por llevar a la reglamentación del comportamiento reproductivo. Se pueden, de hecho, poner fundados

interrogantes sobre la voluntad de la sociedad de soportar el costo económico y social de las libertades individuales en el campo de la reproducción, provocando de esta manera una tensión entre la libertad reproductiva y las necesidades de la salud pública y del bienestar colectivo.³⁰

En definitiva, es necesario preservar las condiciones que permitan a las generaciones futuras el libre desarrollo de la creatividad e identidad, tanto cultural como moral. El hombre contemporáneo tiene que entender que ahora ha cambiado la perspectiva ética, y que esta ya no puede limitarse a una reflexión sobre las singulares responsabilidades individuales, sino que tiene que relacionarse con la complejidad de la intervención del ser humano a escala global y con los efectos que esto tiene, en un óptica impersonal, capaz de evaluar los eventos, las acciones y las decisiones, con las consecuencias que se producen sobre las generaciones futuras y mayormente respecto a lo que se podría imaginar. En sustancia, se necesita una ética orientada a lo ordinario más que a lo extraordinario, capaz de relacionarse con un sistema caracterizado por una complejidad, una variabilidad y una interacción, que sepa sopesar las consecuencias de las acciones humanas y sea capaz de interactuar con la política, superando el límite del contexto relacional para dirigirse al social y económico.

Como sostuvo Amartya Sen, una correcta teoría ética no puede limitarse a considerar solamente los valores, sino que tiene que tener en cuenta también las consecuencias de las acciones humanas. Amartya Sen considera que el valor intrínseco de una actividad cualquiera no es una razón adecuada para ignorar el rol instrumental de esta y considera también que la necesidad de una relevancia instrumental no constituye una negación del valor intrínseco. Para obtener una completa evaluación de la posición ética de una actividad es necesario no sólo examinar su valor intrínseco (si existe), sino que también su rol instrumental y sus consecuencias, entre otras cosas, o sea las diferentes consecuencias intrínsecamente dotadas de valor o desvalor que esta actividad puede tener.³¹

Es necesario observar que una correcta orientación ética tiene que incluir, además del análisis de las consecuencias, también una reflexión sobre la tutela de los derechos que tienen que ser considerados igualmente un bien humano; a tal propósito puede surgir un problema sobre la prioridad que tienen que tener respecto a otros bienes. La solución se la puede encontrar juzgando los bienes a la luz de los derechos, utilizando estos como criterio de evaluación, también si esto significa reconocerles un peso mayor. Además, como afirma el mismo Sen, un cierto nivel de conflicto es difícilmente superable, pero sería ya un gran resultado tomar conciencia de los problemas relacionados con la interacción entre los diferentes niveles de análisis.³²

La construcción de una nueva ética es una necesidad irrenunciable. La humanidad está atravesando una fase crucial, probablemente la más delicada en absoluto, porque por primera vez en su historia tiene la capacidad para determinar con sus decisiones y con sus acciones la extinción de la especie humana. Por eso tiene que saber elegir el camino correcto que la conduzca a través de una reformulación del razonamiento a aprovechar la oportunidad que las biotecnologías le ofrecen sin dejarse llevar por estas hacia un delirio de omnipotencia que determinaría su condena definitiva pero, al mismo tiempo, sin abandonarse a una apática actitud reluctante y renunciataria que sería, de igual manera, nefasta.

3. La función del bioderecho

Lo antes ilustrado nos lleva a considerar que la bioética tiene el deber de participar en la prevención de posibles violaciones de la dignidad de la persona y de los seres vivos en general. En concreto, esta funda la legitimidad moral de la reivindicación de nuevos derechos en los ámbitos biomédico, ecológico, etológico y de la experimentación genética. En otras palabras, la bioética pone las premisas morales de ese sector específico de las ciencias jurídicas de-

nominado bioderecho. Tratemos ahora de explicar precisamente qué significa esta expresión a través de algunas definiciones de bioderecho que fueron propuestas: Singer lo define “el estudio sistemático de los principios que orientan la conducta humana (individual o colectiva) en el ámbito de las ciencias de la vida”; Leone lo explica como ese “sector del derecho que estudia los problemas inherentes a la tutela de la vida física y, de forma particular, a las implicaciones jurídicas de las ciencias biomédicas”; Viafora habla de un “derecho aplicado a nuevos problemas que se desarrollan en las fronteras de la vida”; Scarpelli lo encuadra como el “derecho concerniente los fenómenos de la vida orgánica del cuerpo, de la generación, del desarrollo, madurez y envejecimiento, de la salud, de la enfermedad, de la muerte”.³³ Sin embargo, más allá de las definiciones, es necesario analizar la cuestión de fondo que las sustenta, o sea la compleja y articulada relación entre ciencia y derecho. Empecemos con una afirmación del conocido científico Richard Feynman, que sostuvo que hoy en día el conocimiento científico no tiene una certeza; los científicos están acostumbrados a convivir con la duda y la incertidumbre [...]. Cuando se enfrenta una nueva situación es necesario dejar abierta la puerta de lo ignoto, y admitir que no se sabe cómo están realmente las cosas; en caso contrario, podríamos no encontrar soluciones.³⁴

Últimamente, sobre todo por lo que concierne el sector biológico, se asiste a la dificultad que tiene la ciencia para garantizar la que tendría que ser su característica más específica: la previsión de los fenómenos para poder elaborar leyes científicas. Esto, de hecho, obliga al derecho a hacerse cargo de este déficit científico, induciéndolo a resolver, a través de normativas, las dudas y las irresoluciones que la ciencia presenta. Se crea así una relación, casi simbiótica, entre los dos sectores: por un lado, en efecto, el derecho, para desarrollar correctamente su función, tiene que absorber los contenidos de la ciencia; por otro lado, esta última se dirige hacia el derecho para ser reglamentada. La relación entre los dos sectores se desarrolla principalmente bajo tres aspectos: en primer lu-

gar, el derecho se ocupa de hacer una traducción jurídica de proposiciones y conceptos científicos; en segundo lugar, provee a la creación de nuevas entidades científicas que actúan a la luz de presupuestos jurídicos; finalmente, el derecho, como dijimos hace poco, asume la carga de elegir entre opciones científicas inciertas.³⁵ Por lo que concierne el primer punto nos referimos a cada reglamentación jurídica de la ciencia: hay que pensar a todos esos actos normativos en los que se fijan las líneas guía concernientes a las conductas y las precauciones que se tienen que observar en los laboratorios de investigación o en los que se establecen las normas técnicas que se tienen que respetar para perseguir determinadas finalidades científicas. La disciplina técnica, en todos estos casos, depende de la ordenanza normativa de una proposición científica, o sea de la manera en que el derecho traduce el lenguaje de la ciencia en términos jurídicos.³⁶ Pero tal traducción resulta particularmente compleja a causa del carácter específico de los conceptos jurídicos originados por una percepción de la realidad diferente de la típica de las ciencias. Estas, de hecho, ofrecen una representación del mundo natural diferente de la que se percibe generalmente, porque es el resultado de una investigación llevada a cabo con instrumentos diferentes de los ordinarios. Esto obliga al derecho a una continua actualización de sus propios instrumentos conceptuales para desempeñar de la mejor manera su función de traducción.

El derecho, aún persiguiendo sus propias finalidades, se inspira en una representación del mundo, y es necesario que tal representación sea una verdadera imagen de las entidades que deben ser traducidas jurídicamente, en el sentido que tiene que corresponder a los más atendibles conocimientos que hay sobre esa realidad. Pero, puesto que muy a menudo es el derecho lo que todavía determina las condiciones de acreditación de la ciencia, tales criterios tienen que ser aclarados y fundados por algo más que la no bien definida “apelación a la verdad” de los expertos.³⁷

Por lo que concierne el segundo punto, o sea la creación por parte del derecho de nuevas entidades científicas, nos estamos refi-

riendo a la patentabilidad de lo biológico³⁸ y por el hecho mismo a la prerrogativa reconocida al derecho de adscribir una entidad al mundo natural o al artificial. Hoy la cuestión ha adquirido rasgos particularmente delicados porque después de la aceptación de la patentabilidad de los microorganismos vegetales y animales, el problema ha sido transferido al hombre y a la patentabilidad de su biología, dejando al derecho el deber de precisar lo que tiene que ser incluido en el “trabajo de la naturaleza” y en la “obra humana”; qué partes del cuerpo pueden ser manipuladas artificialmente y de qué manera, etc. Por lo que concierne el tercer punto volvamos a considerar la relación entre el derecho y la ciencia deteniéndonos sobre el carácter y sobre la supuesta capacidad del derecho de darle una cierta certeza. Dijimos que muy a menudo la comunidad científica, sobretudo en el campo de las biotecnologías, no es capaz de expresar una posición segura y unívoca sobre los efectos y daños que puede comportar para el hombre y la naturaleza. En tales casos, el derecho tiene que adquirir todas las informaciones que la ciencia puede ofrecer y optar con total discreción por una opción normativa. Sin embargo, el grado de incertidumbre de las propuestas científicas, inevitablemente induce al legislador a una actitud de prudencia que se manifiesta en el criterio de la *evaluación del riesgo* y en el *principio de precaución*. La *evaluación del riesgo* puede ser definida como la prevención de daños probables para la salud humana, de los animales o para el ambiente, y se efectúa en cuatro fases: 1) la identificación del peligro: consiste en una determinación de los elementos biológicos, químicos y físicos que pueden tener efectos negativos; 2) la caracterización del peligro: se investiga, en términos cuantitativos y cualitativos, la gravedad y los efectos nocivos que los elementos antedichos pueden producir; 3) la evaluación de la exposición: se efectúa un análisis cuantitativo o cualitativo de la probabilidad de exposición a uno o más de los citados elementos; 4) la caracterización del riesgo: otorga una estimación cualitativa y/o cuantitativa total.

Al derecho le toca la función de fijar el umbral mínimo y máximo del riesgo que una determinada actividad científica puede determinar.

Por debajo del umbral mínimo el riesgo tiene que ser considerado irrelevante. Hay unos casos en que la ciencia es talmente incierta, en que no es posible fijar un umbral de riesgo y entonces se debe hablar de *riesgo no conocido*: en estos casos el derecho opta por el respeto del principio de precaución³⁹ que impone que no se adopte una actitud si no se tiene la evidencia científica que no dañe al hombre o a la naturaleza. Si al inicio tal principio ha sido conocido para las cuestiones ecológicas y de la tutela ambiental, después este ha incluido un ámbito más vasto, llegando a interesar toda cuestión científica caracterizada por incertidumbre.⁴⁰ La Comisión europea, por ejemplo, considera que el principio de precaución tiene que ser configurado como un principio general de las políticas comunitarias concerniente a la tutela de la salud humana, animal, vegetal y ambiental y que debe ser invocado cuando la información científica resulte insuficiente, inconclusa o incierta.⁴¹ Sin embargo, como observó Mariachiara Tallacchini,⁴² el principio de precaución presenta algunos aspectos problemáticos. En primer lugar, genera un fuerte debate interpretativo sobre su naturaleza jurídica, sobre todo por lo que tiene que ver con su evidente generalidad que podría ser dominada por posiciones excesivamente irracionales y anti-científicas. En segundo lugar, posee un carácter esencialmente de emergencia que en algunos casos puede resultar desviador, ya que no permite alcanzar plenamente su verdadera finalidad, o sea la realización de una adecuada reglamentación jurídico-política de la ciencia, reduciéndola a instrumento de evaluación anticipada y de prevención de las aplicaciones científicas potencialmente perjudiciales. Tales problemáticas resultan del todo evidentes si se considera el diferente punto de vista que Estados Unidos y la Unión Europea tienen sobre el principio de precaución: mientras allende el océano éste se considera un principio de cautela preventiva y se aplica mediante la adopción de medidas de seguridad, a veces extremas, como reac-

ción a una concepción de neutralidad y tecnicidad del saber científico que impulsa hacia una orientación política fundada exclusivamente sobre hechos y conocimientos objetivos, en el viejo continente se ha procedido, y se está todavía procediendo a la elaboración de un cuadro normativo sobre la incertidumbre científica que sea capaz de integrar hechos y valores, en una óptica en la que se estima que la ciencia está destinada a finalidades públicas.

Ciencia y derecho, entonces, han cambiado la manera de relacionarse: de una visión de la ciencia considerada un “saber cierto y neutral”, que el derecho se limita a acatar, se ha pasado a una visión de la ciencia “saber incierto y valorativo” que el derecho asume operando elecciones críticas. El principio de precaución se vuelve, entonces, el signo del viraje epistemológico en la relación entre derecho y ciencia, porque, también si se limita solamente a los casos de incertidumbre potencialmente arriesgada, conduce el derecho a alinearse con la reflexión científica, dialogando e interactuando con la ciencia y abriendo las puertas al desarrollo de una epistemología del derecho de la ciencia.

Concluyendo este ensayo sería oportuno fijarse sobre un último aspecto que interesa al bioderecho: la subjetividad jurídica del hombre “genéticamente modificado”. En realidad tendríamos que preguntarnos, en primer lugar, si un individuo manipulado genéticamente pueda todavía, efectivamente, definirse un hombre o tiene que ser considerado otra cosa. Eventualmente es necesario, además, preguntarse si esta “otra cosa” puede o no ser considerada un sujeto de derecho. Hay algunas teorías, en el ámbito del debate biojurídico, fundadas sobre el presupuesto que sea necesario separar el ser humano de la subjetividad jurídica e igualmente la subjetividad jurídica del ser humano. Esto a la luz de dos consideraciones: por un lado, no todos los seres humanos poseen derechos; por otro lado, los derechos pueden ser atribuidos a seres no humanos. En otras palabras, tales teorías proclaman una separación entre los derechos y el hombre. Ahora bien, llegando a este punto es necesario hacer dos preguntas: ¿qué es el ser humano? ¿Quién es el sujeto persona? Los que adhieren a una visión reduccionista consideran que el ser humano es solamente lo que de él se puede

observar mediante la metodología experimental; consideran, por eso, que el ser humano no es nada más que un agregado de células en contacto que se diferencian en tejidos y órganos y que se intercambian informaciones bioquímicas y genéticas; que su existencia empieza, como cuerpo biológico y después como sujeto-persona en un momento sucesivo, también antes que termine el cuerpo biológico. Pero ¿cuándo se convierte uno en sujeto-persona según estas teorías reduccionistas? En general se considera que el individuo adquiere tal estatus cuando es capaz de ejercer determinadas funciones que connotan su capacidad de relacionarse y de comunicar su sensibilidad, su racionalidad y su autodeterminación. Igualmente, cuando pierde tales funciones, si bien su cuerpo queda en vida, el individuo no puede ser considerado sujeto-persona. Estas teorías reduccionistas, que separan los derechos del hombre, llevan a la consideración de que hay que reconocer la subjetividad jurídica a un individuo una vez que tiene la capacidad de ejercer las mencionadas funciones prescindiendo del cuerpo que posee, o sea, también si es algo diferente del cuerpo humano, incluso si es el resultado de una manipulación genética. La subjetividad, entonces, puede anidarse en cuerpos no humanos o, mejor dicho, posthumanos. Se asistiría así a una extensión del concepto de subjetividad jurídica respecto a entidades no humanas. Paradójicamente, según esta postura, no se tendría que reconocer la subjetividad jurídica a individuos humanos que, a causa de su nivel de desarrollo (embriones) o de un enfermedad (minusválidos, dementes, retrasados mentales) no son capaces de ejercer dichas funciones. Tales consideraciones evidentemente suscitan numerosos interrogantes y perplejidades. No hay duda, de hecho, que ejercer las funciones relacionales, comunicativas, sensitivas, racionales y de autodeterminación presupone la existencia de un sujeto; es esta condición la que da la posibilidad de ejercer aquellas funciones y no el contrario, o sea, el hecho de ejercer esas funciones determina la existencia de un sujeto. En otras palabras, las funciones no podrían subsistir si no hubiese, antes, un sujeto que las manifiesta. Es necesario, entonces, huir de las aberraciones dictadas por el delirio de omnipotencia del hombre sobre el hom-

bre, que un día podrían llevar a la producción de individuos genéticamente modificados, mucho más capaces de adaptarse al ambiente circunstante, respecto a nuestra especie, y que podrían reivindicar una tutela jurídica diferente y, por qué no, mayor, respecto a la nuestra, justificándola, según la óptica funcionalista que explicamos antes, con el alto nivel de expresión relacional, comunicativo, sensitivo, racional y de autodeterminación, artificialmente adquirido. El riesgo es que se creen las premisas de un futuro en el que se encuentren individuos “artificiales” de serie A, biológicamente más funcionales y jurídicamente más tutelados e individuos “naturales” de serie B, biológicamente más débiles y jurídicamente menos tutelados, o en una hipótesis más extrema, sin subjetividad jurídica, por no ser capaces de expresar, totalmente o en parte, esas funciones que se consideran esenciales para atribuir el carácter de la subjetividad. Toca, entonces, al bioderecho, tematizar nuevamente la subjetividad jurídica en una óptica relacional, remarcando la necesidad de que todos los individuos “biológicamente humanos” gocen de la misma tutela jurídica como reacción a los principios de igualdad, reciprocidad, y simetría. Se corrobora la necesidad biojurídica de proteger el cuerpo biológico del ser humano de las nuevas manipulaciones y de las intervenciones no terapéuticas. “El cuerpo biológico, humano, tiene que ser protegido, por ser el lugar de nosotros mismos, la relacionalidad fundamental, el lugar de la subjetividad”.⁴³

Referencias bibliográficas

¹ Una reconstrucción de las etapas que llevaron a la secuenciación del genoma humano está presente en H. GEE, *La scala di Giacobbe: storia del genoma umano*, Torino, 2008.

² JAMES DEWEY Watson (Chicago 1928), Francis Crick (Northampton 1916 – San Diego 2004) y Maurice Wilkins (Pongaroa 1916- Londres 2004), el primero un estadounidense, el segundo un británico, el tercero un neocelandés, tuvieron el mérito de descubrir la estructura de la molécula del ADN y consiguieron por esto el premio Nobel de medicina en 1962. Merecen ser citadas las referencias de los

artículos en los que los tres científicos describen la determinación de la estructura del ADN: J.D. WATSON, F.H. CRICK, *Molecular structure of nucleic acids: a structure for deoxyribose nucleic acid*, Nature, 4356, pp. 737-738, 1953; M.H.T. WIKINS, A.R. STOKES E H.R. WILSON, *Molecular structure of deoxypentose nucleic acids*, Nature, 4356, pp. 738-740, 1953.

³ The first international conference on electrophoresis, supercomputing and the human genome: proceedings of the April 10-13, 1990 conference at Florida State University, Tallahassee, Florida / editors: Charles R. Cantor, Hwa A. Lim.

⁴ La definición fue tomada del sitio Internet del NCBI, www.ncbi.nlm.gov/Education.

⁵ Para mayores ahondamientos sobre los bancos de datos relativos a la bioinformática se sugieren los siguientes textos: D.E. KRANE E M.L. RAYMER, *Fondamenti di bioinformatica*, Torino, 2007; A.M. LESK, *Introduzione alla bioinformatica*, Milano, 2004; A. TRAMONTANO, *Bioinformatica*, Bologna, 2002; G. VALLE, M.H. CITTERICH, M. ATTIMONELLI, G. PESOLE, *Introduzione alla bioinformatica*, Bologna, 2003.

⁶ KURT STUEBER, un joven laureado en biología, fue el primero en realizar una *comunicación* que contenía 519 *citas* relativas a otras tantas secuencias nucleotídicas hasta ese momento publicadas.

⁷ El *Sequence Retrieval System* es un sistema para la búsqueda y extracción de datos biológicos por Web y consiente interrogar muchos *databases* diferentes con tal que tengan, por lo menos, una información en común. Además, permite navegar a través de diferentes bases de datos explotando el *cross-referencing* y puede ser instalado en diferentes *server* logrando así la interacción con otros *server* SRS u otras bases de datos.

⁸ Entrez es un sistema disponible mediante el Web para la búsqueda y extracción de datos desde bases de datos de secuencias nucleotídicas o proteicas, de la bibliográfica Medline, de las de enfermedades mendelianas ONIM o de las de recursos genómicos.

A través de este sistema es también posible explorar en las bases de datos especializadas registradas en el NCBI (National Center for Biotechnology Information), la clasificación de los organismos. Sin embargo, a diferencia del SRS, Entrez es una shell cerrada en la cual no es posible descargar mediante Internet u obtener un software para la gestión de todo el sistema. Además, no es posible duplicar el sitio en otras computadoras o instalar bases de datos personales. Los que utilizan Entrez son sobretudo investigadores, porque permite, como ya dijimos, el acceso a la base de datos de la Medline, el *database* bibliográfico biomédico más completo. El NCBI ha incorporado Medline en Entrez creando un nuevo sistema denominado PubMed.

⁹ ACNUC es un sistema disponible en *mainframe* con sistemas operativos Linux o VMS. Permite la extracción de datos de las bases de datos de secuencias de ácidos nucleicos (EMBL-data-library o GenBank) o proteicos (SWISSPROT) y permite la búsqueda de datos de una sola categoría a la vez.

¹⁰ AceDB ha sido inicialmente desarrollado para la gestión de datos de mapeo y secuenciación del genoma *Caenorhabditis elegans*. Hoy día se utiliza para otros proyectos genómicos y comprende programas para estructurar, en formato AceDB, bases de datos nuevas para la interrogación y análisis de datos en AceDB.

¹¹ G. VALLE, M.H. CITTERICH, M. ATTIMONELLI, G. PESOLE, *Introduzione alla bioinformatica*, cit., p. 3.

¹² S.B. NEEDELMAN E C.D. WUNSCH, *A general method applicable to the search for similarities in the amino acid sequence of two proteins*, J. Mol. Biol., 48, pp. 443-453, 1970.

¹³ T.F. SMITH Y M.S. WATERMANN, *Identification of Common Molecular Subsequences*, J. Mol. Biol., 147, pp. 195-197, 1981.

¹⁴ Para mayores detalles sobre el paquete GCG se vea: <http://bighost.area.ba.cnr.it/BIG//GCGManual>.

¹⁵ Las paginas WEB de las principales infraestructuras bioinformáticas son, por orden alfabético: APBionet (Asian Pacific Bioinformatics Network): <http://www.apbionet.org>; Bio-stones (Bioinformatics milestones): <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/Education/BLASTinfo/milestones.html>; CIT (Center for Information Technology - Giappone): <http://www.ddbj.nig.ac.jp>; EBI (European Bioinformatics Institute. Genome Campus, Cambridge, UK): <http://www.ebi.ac.uk>; EMBnet (European Molecular Biology Network): <http://www.embnet.org>; Expasy (Expasy - Ginevra CH): <http://www.expasy.org>; NIG (National Institute of Genetic): <http://www.nig.ac.jp/hpme.html>; NCBI (National Center of Biotechnology Information): <http://www.ncbi.nlm.nih.gov:8000>; Sanger (Sanger Center - Genome Campus, Cambridge, UK): <http://www.sanger.org>; SIB (Swiss Insitute of Bioinformatics, CH) <http://www.isb.sib.ch>; TIGR (The Institute for Genomic Research): <http://www.tigr.org>.

¹⁶ Según la *European Federation of Biotechnology* el término "biotecnología" se refiere a la integración de las ciencias naturales, de organismos y células, partes de estos, o análogas moleculares, en los procesos industriales, para la producción de bienes y servicios. Además es necesario distinguir entre la biotecnología moderna y la biotecnología tradicional: la primera utiliza, a veces manipulándolos, los genes de los organismos, introduciéndolos en otros organismos para obtener un particular resultado deseado; la segunda se limita a utilizar los procesos de los organismos, como por ejemplo la fermentación.

¹⁷ Sobre las problemáticas éticas concernientes las biotecnologías se sugieren las siguientes referencias bibliográficas: P. AMODIO, *Etica, bioetica e diritto nell'età delle biotecnologie: atti di una giornata di studio con Stefano Rodotà*, Roma, 2005; L. DE CARLI, *Aspetti biologici di rilevanza etica*, in XXVI Seminario sulla "Evoluzione biologica e i grandi problemi della biologia. Le biotecnologie", Accademia Nazionale dei Lincei, Roma, 2000; E. MANCINI, G. BERLINGUER, *Eticità delle biotecnologie*, in "Tendenze Nuove", nov-dic. 2000, p. 26 ss.; E. MANCINI, *Biotecnologie: una riflessione filosofica*, in "Notizie di Politeia" anno XVII, n. 62, 2001, p. 86 ss.; V. MENESINI, *Le invenzioni biotecnologiche fra scoperte scientifiche, applicazioni industriali e preoccupazioni biotiche*, in "Rivista di diritto industriale", 1996, p. 191 e ss.; M. VOLPI, *Le biotecnologie: certezze e interrogativi*, Bologna, 2001.

¹⁸ Véase J. RIFKIN, *Il secolo biotech. Il commercio genetico e l'inizio di una nuova era*, Milano, 1998.

¹⁹ A tal propósito en Italia se han disciplinado las patentes del ámbito biotecnoló-

gico con la Ley n. 78 del 22 de febrero de 2006 que, con algunas marginales modificaciones, retoma el Decreto-ley 10 de enero del 2006, n. 3 que concernía la actuación de la Directiva 98/44/CE en materia de protección jurídica de las invenciones biotecnológicas. La ley entró en vigencia el 11 de Marzo de 2006 (publicación proveimiento G.U. n. 58 del 10 de marzo de 2006). Esta establece los casos de exclusión de la legalización por razones éticas de tutela del ser humano y de los animales, de preservación de los vegetales y de la biodiversidad y de prevención de los daños ambientales. No pueden ser patentados (Art. 4): el cuerpo humano desde su concepción y en los varios estados de desarrollo; todos los procedimientos de clonación humana en cualquier etapa que esté el desarrollo del organismo clonado y la finalidad de la clonación; cualquier uso de embriones humanos, incluso las líneas celulares estaminales embrionales humanas, procedimientos de modificación de los animales para provocar sobre estos sufrimiento sin una substancial utilidad medica ni para el hombre ni para el animal; los protocolos de *screening* genético con finalidades eugenésicas y no diagnósticas. Además se ha establecido que para patentar una secuencia de ANA o una proteína, entera o parcial, es necesario describir concretamente y reclamar la función y la aplicación industrial (Art. 3). Por lo tanto, el simple descubrimiento de tal secuencia de ADN o proteína está excluida de la legalización.

²⁰ M. TALLACCHINI, *Bodyright. Corpo biotecnologico e diritto*, en *Biblioteca della Libertà*, XXXIII (1998), nov-dic. N. 147, pp. 22-23.

²¹ Cfr. J. RIFKIN, *Dall'alchimia all'algenia: le premesse della manipolazione genetica sull'uomo*, San Martino di Sarsina, 1994.

²² J. RIFKIN, *Il secolo biotech. Il commercio genetico e l'inizio di una nuova era*, cit., pp. 67-68.

²³ Cfr. S. TAGLIAGAMBE, *La dimensione culturale e i valori della tecnica*, in *Annuario di Filosofia*, 1998, p. 136.

²⁴ E. MANCINI, *Bioteconologie: una riflessione filosofica*, cit., p. 90.

²⁵ S. RODOTÀ, *Testo dattiloscritto della relazione svolta per OECD Workshop on Genetic Testing*, in *Policy per New Millennium*, Vienna, 23-25 febbraio 2000.

²⁶ P. ROSSI, *Dedalo e il labirinto*, in *Annuario di Filosofia*, 1998, p. 65.

²⁷ E. MANCINI, *Bioteconologie: una riflessione filosofica*, cit., p. 92. Cfr también E. MANCINI e G. BERLINGUER, *Eticità delle bioteconologie*, cit.

²⁸ Se vea: cfr. P. BELLINI (curador), *La rete e il labirinto: tecnologia, identità e globalizzazione. Percorsi di filosofia e simbolica politica*, Milano, 2008; M. NEGROTTI (curador), *Homo utens: identità, tecnologia, cultura*, Milano, 2004; S. RODOTÀ, *Repertorio di fine secolo*, Roma-Bari, 1992.

²⁹ El extracto fue tomado de una entrevista concedida por J. Habermas a "L'Espresso" del 19/09/2002. Cfr. anche J. HABERMAS, *Il futuro della natura umana. I rischi di una genetica liberale*, (curador L. Ceppa), Torino, 2002.

³⁰ B. FANTINI, *Il fantasma dell'eugenetica*, in S. RODOTÀ (curador), *Questioni di bioetica*, Roma-Bari, 1993, p. 312.

³¹ A. SEN, *Etica ed economia*, Roma-Bari, 2000, p. 92.

³² *Ibidem*.

³³ Cfr. P. SINGER, *One World: l'etica della globalizzazione*, Torino, 2003; S. LEONE, *Etica della vita affettiva*, Bologna, 2006; C. VIAFORA, *Introduzione alla bioetica*, Milano, 2006; U. SCARPELLI, *Bioetica, alla ricerca dei principi*, in *Quaderni de "Le Scienze"* n. 88 febbraio 1996.

³⁴ R.P. FEYNMAN, *Il senso delle cose*, Milano 1999, p. 29.

³⁵ Cfr. M. TALLACCHINI, *Ambiente e diritto della scienza incerta*, in S. GRASSI, M. CECCHETTI, A. ANDRONIO, *Ambiente e diritto*, Città di Castello, 1999, p. 64.

³⁶ Cfr. G. PINO, *Diritto e scienza*, Palermo, 2006.

³⁷ M. TALLACCHINI, *Ambiente e diritto della scienza incerta*, cit., pp. 68-69.

³⁸ Para una panorámica sobre la normativa relativa a las patentes biotech véase: G. GHIDINI y G. CAVANI, *Brevetti e biotecnologie*, Roma, 2008.

³⁹ Tal principio fue introducido a nivel internacional con el Principio 15 de la Declaración de Río de Janeiro sobre el Ambiente y el Desarrollo del 1992 y en el derecho comunitario en el art. 130 R, par. 2 del Tratado de Maastricht. Para más detalles se vea AA.VV., *I costi della non scienza. Il principio di precauzione*, Milano, 2004; F. DE LEONARDIS, *Il principio di precauzione nell'amministrazione del rischio*, Milano, 2005; L. MARINI y L. PALAZZANI (curador), *Principio di precauzione tra filosofia, biodiritto e biopolitica*, Roma, 2008.

⁴⁰ Por ejemplo, el principio de precaución aparece en el Protocolo de Cartagena sobre la Bioseguridad 2000, mientras que en el ámbito comunitario una referencia sobre este se encuentra en el Libro Blanco sobre la Seguridad Alimentaria producido por la Comisión Europea en el mismo año, y en la Directriz n. 18 2001 sobre el otorgamiento deliberado de organismos genéticamente modificados. Además desde 1999, con la Recomendación 1399/99, el Consejo de Europa invoca el principio de precaución con respecto a la moratoria sobre los xenotrasplantes.

⁴¹ Comunicación de la Comisión Europea sobre el principio de precaución del 2 febrero de 2000.

⁴² M. TALLACCHINI, F. TERRAGNI, *Le biotecnologie. Aspetti etici, sociali ed ambientali*, Milano, 2004.

⁴³ L. PALAZZANI (curador) *Nuove biotecnologie, biodiritto e trasformazione della soggettività*, Roma, 2007. Para mayores profundizaciones sobre la relación entre biotecnologías, bioética y bioderecho se vea también: F. D'AGOSTINO, *Dalla bioetica alla biogiuridica*, en S. BIOLO (curador), *Nascita e morte dell'uomo. Problemi filosofici e scientifici della bioetica*, Genova, 1993; S. CASTIGLIONE, *Nuovi diritti e nuovi soggetti: appunti di bioetica e biodiritto*, Genova, 1996; G. DI ROSA, *Biodiritto: itinerari di ricerca*, Torino, 2009; C. PALMISANO, *Fondamenti di bioetica: dalla bioetica al biodiritto*, Potenza 2001; K. SEELMANN, *Dalla bioetica al biodiritto*, Napoli, 2007.

La Bioética en la perspectiva del Bioderecho y de la Biopolítica*

*Marina Casini***, *Emma Traisci****, *Fabio Persano*****

Resumen

La contribución llama la atención reservada por *Medicina e Morale* a los ámbitos de reflexión, de estudio, y de acción que se encuentran bajo el nombre de “bioderecho” (o “biojurídica”) y de “Biopolítica”. De ello emerge un examen sintético, pero cuidadoso, de los numerosos artículos publicados en el curso de los años. Del complejo de los trabajos publicados resulta una riqueza y una notable complejidad de las dos vastas temáticas, además de la perspectiva de una reflexión que implicará todavía mucho tanto bajo el perfil de los contenidos, como bajo el de una orgánica estructuración.

Summary

Biolaw and biopolitical

The paper draws the attention that *Medicina e Morale* gave to Biolaw and Biopolitical. A concise, but careful, analysis emerges from numerous publications. From all articles emerge the richness and

** Investigadora en Bioética;

*** Doctora en investigación en Bioética.

**** Doctorando en investigación, Instituto de Bioética, Facultad de Medicina y Cirugía “A. Gemelli”, Universidad Católica del Sacro Cuore, Roma
(E-mail: marina.casini@unicatt.it).

Publicado en *Medicina e Morale*: 2010/6. Págs: 1019-1037

a complexity of both themes and emerge also the perspective of the reflection that will keep busy the experts of bioethics from the content and structuring points of view.

Palabras clave: bioderecho, biopolítica, derechos humanos.

Key words: biolaw, biopolitical, human rights.

Las cuestiones suscitadas por las nuevas adquisiciones científico-tecnológicas en el ámbito de la Biología y de la Medicina han suscitado la atención y el interés de la dimensión pública sobre las intervenciones relativas a la vida y a la corporeidad humana. De aquí surgen los ámbitos de reflexión, de estudio y de acción que llevan el nombre de “Bioderecho” (o “Biojurídica”) y de Biopolítica.

El “acuñamiento” de estos dos nuevos neologismos ss debe al ímpetu de múltiples factores. Entre estos está seguramente la constatación de la “fuerza expansiva” de la cuestión antropológica que, si en primera instancia ha emergido en el contexto de las posibilidades tecnológicas y por tanto en ámbito médico-científico, muy pronto ha sobrepasado los laboratorios y las sedes académicas para irrumpir en el mundo del derecho y en las sedes políticas y parlamentarias.

Medicina e Morale ofrece una panorámica interesante de cuánto y de cómo la actividad jurídica y judicial, por un lado, y aquella político-parlamentaria por otro, están ampliamente implicadas en el debate bioético. Junto a los Parlamentos y a los Gobiernos, toman posición Cortes Constitucionales, órganos de justicia ordinaria (de mérito o de rito) y en algún caso de justicia administrativa. Las máximas instituciones europeas flanquean sus decisiones a aquellas de la ONU, en cuyas conferencias internacionales los temas de la Bioética en relación al Derecho, y en particular a los derechos humanos, han encontrado una sede privilegiada.¹

Un momento seguramente significativo sobre el cual *Medicina e Morale* se ha detenido, ha sido la elaboración de la Convención so-

bre los derechos del hombre y la Biomedicina² a la cual han seguido los protocolos sobre la prohibición de clonación de seres humanos (1998),³ sobre los trasplantes de órganos y tejidos de origen humano (2001),⁴ sobre la investigación biomédica (2004).

Frecuentemente son instituidos, con carácter ocasional o permanente, Comisiones y Comités para estudiar las problemáticas emergentes de los diversos ámbitos de la Bioética y para proveer pareceres a los Parlamentos.⁵ Un dato que no ha de menospreciarse es la acrecentada inclusión de la Corte europea de los derechos del hombre en casos referentes a controversias bioéticas,⁶ con la consiguiente cuestión –de enorme importancia teórica y práctica impuesta en seguida del Tratado de Lisboa⁷– referente a la influencia de la jurisprudencia internacional europea en los ordenamientos naturales.⁸

En términos generales podemos, por tanto, decir que el Bioderecho se está imponiendo preponderantemente no sólo como un sector de los ordenamientos internos, definible en base a criterios prácticos, didácticos o sistemáticos, sino también como reflexión universal sobre los derechos humanos, cuyo núcleo más profundo está constituido por la meditación sobre la dignidad humana.

Si los nuevos “neologismos” apenas recordados son bastante recientes, no se puede decir lo mismo en lo que se refiere a la unión entre la actividad médica, por un lado, y las normas deontológicas o jurídicas por el otro. *Medicina e Morale* –desde los primeros años de su fundación– ha mostrado siempre interés por los aspectos normativos ligados a la actividad médica. Desde las primeras contribuciones sobre el argumento, de los años cincuenta,⁹ para llegar hasta los fascículos actuales, el acopio de la revista ofrece confirmación de esta puntual y vigilante atención. En efecto, el interés por el mundo de la medicina no puede eximirse del conocimiento de las “reglas” que la gobiernan, no sólo del punto de vista ético, sino también del jurídico y deontológico. Recordar el sector disciplinar MED 43, o bien aquel de la Medicina Legal, al cual –por otro lado– la Bioética se atiene en la Facultad de Medicina y Ciru-

gía de la Universidad Católica del Sacro Cuore; es demasiado fácil, al grado que de ello es prueba evidente.¹⁰ Además, baste reflexionar sobre la elaboración de los numerosos Códigos de Deontología –de carácter nacional e internacional– periódicamente actualizados y de los cuales *Medicina e Morale* ha dado cuenta tanto en las contribuciones científicas, como en la rúbrica *Documentación*, iniciada desde 1974.¹¹

En fin, existe la misma génesis de la moderna doctrina de los derechos humanos que muestra la profunda unión que subsiste entre la medicina y la necesidad de “salvar” al hombre de las ambigüedades y de las dominaciones de las cuales aquella es capaz. También en esta vertiente, *Medicina e Morale* ofrece reflexiones amplias y articuladas.¹² “Por lo demás –escribe Sgreccia en un Editorial titulado precisamente *Los derechos del hombre y la medicina*¹³– era lógico y obligado comparar el ejercicio de la Medicina con la afirmación y la definición jurídica de los derechos del hombre: los principales textos internacionales que se refieren a los derechos del hombre tocan casi todos los capítulos de la Medicina y los momentos principales de la asistencia médica, precisamente porque se refieren a la vida de todo hombre y a los momentos más frágiles de ella. Los primeros y principales textos han enunciado los derechos fundamentales y han puesto las indicaciones más generales al actuar médico: el derecho a la vida, el derecho a la protección de la integridad física, la prohibición de la tortura y de los tratamientos degradantes, la afirmación del derecho a la asistencia médica (el así llamado derecho a la salud), la afirmación del derecho a formar una familia para el hombre y la mujer adultos”.

No obstante, como la Bioética no coincide con la actividad médica, sino tiene características suyas propias en cuanto al método y al mérito, así el Bioderecho no coincide simplemente con un específico sector del Derecho o de la actividad judicial que deba afrontar cuestiones o controversias ligadas a la así llamada “ética de la vida”.

¿Qué cosa, entonces, debemos entender por Bioderecho? *Medicina e Morale* ofrece algunas respuestas integrables entre ellas: 1. el bioderecho es “el colofón inevitable de la Bioética”,¹⁴ una etapa evolutiva de la Bioética en su dimensión pública y práctico-operativa. Escribe Sgreccia: “Asistimos al nacimiento, en estos últimos años, del Bioderecho o de la Biojurídica como desarrollo consiguiente de la reflexión bioética y de los problemas planteados en el ámbito de la ley”;¹⁵ 2. el Bioderecho es dado por aquel conjunto de fuentes del Derecho de varia naturaleza y proveniencia (leyes, actos gubernativos, actos judiciales, recomendaciones, directrices, resoluciones y deliberaciones de diverso género) que ofrecen una disciplina o una respuesta jurídica si no a todas, al menos a particulares y graves problemáticas bioéticas;¹⁶ 3. el Bioderecho, en fin, expresa la existencia, cada vez más advertida por los estudiosos, de una reflexión especulativo-teorética, articulada en modo sistemático, acerca de los criterios en torno a los cuales construir una disciplina orgánica del pensamiento jurídico sobre los temas de la Bioética, disciplina “coherente con aquellos principios generales del Derecho que expresan el valor de la justicia y que dan cualidad jurídica a las normas mismas”¹⁷ y entendida “como forma de consciencia, autónoma, recordada pero no subordinada a otras dimensiones de la consciencia y en particular al conocimiento moral”.¹⁸ El último de estos tres aspectos, integrador de todos los otros, exige la elaboración y la puesta a punto de dos columnas distintivas; la de la fundamentación y la de la caracterización. En cuanto a la fundamentación específica del Bioderecho, evocamos la idea del “puente” sugerida por Sgreccia a propósito de la unión entre Ética y Derecho: “la ley civil no puede ser deducida materialmente por la ley moral, ni es posible lo contrario. Es necesario descubrir la fundamentación y la armonía de los dos campos. Una armonía que no puede ignorar los derechos fundamentales, entre los cuales el primero de todos es el del respeto incondicionado de la vida de todos y de cada uno de los seres humanos. El derecho a la vida se ha vuelto así, el banco de prueba para la Bioética y le Bioderecho, y es, a su

vez, el arco que unifica y fundamenta las dos disciplinas”.¹⁹ En cuanto a la caracterización, es necesario que el Bioderecho llegue a configurarse como disciplina identificada por sus propias categorías estructurales, lingüísticas, hermenéuticas, metodológicas y de contenido. En términos más esenciales, la Bioética ha introducido en el mundo del Derecho la existencia de un estatuto epistemológico del Bioderecho que:

1. sea unitariamente fundado sobre la visión antropológica personalista, capaz de conducir –en una sociedad pluralista, motivada por las novedades biotecnológicas y sujeta a experimentar profundos cambios en aquellos que hasta la pasada generación eran “valores indiscutidos”– una reflexión más profunda, cuidadosa, aguda y rigurosa referente al significado último de lo jurídico y de la justicia, la relación entre ley moral y ley civil, entre derecho natural y derecho positivo, el rol y la función de los ordenamientos jurídicos, el fundamento de los derechos del hombre y, sobre todo, la cuestión de su titularidad y el concepto de persona para el Derecho²⁰ (Bioderecho fundamental o general);²¹

2, sepa –a la luz de esta fundamentación– ofrecer respuestas y análisis jurídicamente argumentados acerca de las ya muchas temáticas bioéticas que implican el Derecho (aborto en las diversas formas: quirúrgico, médico, farmacológico; procreación artificial; ingeniería genética; clonación; células estaminales; estatuto jurídico del embrión humano; consentimiento informado, eutanasia; testamento biológico; objeción de conciencia; trasplantes; verificación de la muerte; experimentación; modelos de organización sanitaria y políticas sanitarias, etc.), ya sea que ellas hayan encontrado disciplina en una ley o en otra fuente normativa, o que sean objeto de decisiones jurídicas, o bien que haya en curso un debate público y/o parlamentario (Bioderecho especial);²²

3. tenga en cuenta las diversas competencias jurídicas implicadas en el ámbito de las “ciencias de la vida y de la salud” y en aquel de las consiguientes transformaciones sociales. Del punto de vista de los sectores del Derecho implicados, el Bioderecho puede subdivi-

dirse en varios capítulos: “Filosofía del Bioderecho”; “Historia del Bioderecho”; “Bioderecho constitucional”; “Bioderecho civil”; “Bioderecho penal”; “Bioderecho administrativo”; “Bioderecho internacional”; “Bioderecho comparado” y así sucesivamente, dependiendo de la disciplina jurídica interesada.²³

Si el indiscutido carácter interdisciplinar de la Bioética ha impulsado a la ciencia jurídica a ofrecer su contribución, el carácter transversal de la misma ha incluido, como muestran las contribuciones publicadas en *Medicina e Morale*, más o menos todas las competencias jurídicas. Si ya en general, toda sección del Derecho, si bien constituyendo un sistema organizado en sí mismo, contiene siempre ventanas de diálogo con los otros sectores, la transversalidad de la Bioética ha acentuado la dimensión interactiva respetando obviamente, las específicas identidades de las diversas ramas del Derecho.²⁴

No es posible en este escrito detenerse en todos los aspectos indicados, ni desarrollar uno en modo completo, ni recorrer las normas jurídicas de referencia sobre las expectativas objetivas de cada hombre, expectativas radicadas en su naturaleza. Tal apelación resulta de particular significado para la bioética: apelar al principio de igualdad significa considerar que todo hombre, por el sólo hecho de ser hombre, no puede volverse objeto de discriminación, sino debe ser tratado como sujeto poseedor de una fuerte dignidad (intrínseca) prescindiendo de otras consideraciones extrínsecas, relativas a la pertenencia política, religiosa, cultural, pero también relativas a la fase de desarrollo psico-físico que alcanza”. El criterio de justicia aplicado al Bioderecho exige que sean coherentemente considerados los conceptos de simetría, reciprocidad, igualdad entre seres humanos, responsabilidad o corresponsabilidad a la luz de la categoría de la subjetividad. Por tanto, afirma la autora, “el bioderecho fundado sobre el criterio de justicia entra en diálogo fecundo con la Filosofía de la persona (...) la dignidad de la persona humana constituye por tanto el punto central para un auténtico diálogo entre personalismo filosófico y bioderecho”.²⁵

La perspectiva biojurídica de la Bioética así delineada, se funde con la perspectiva biopolítica en el momento en el cual el Bioderecho abarca la actividad legislativa y, más en general, normativa en las sedes institucionales donde ella se desarrolla, es decir, en los Parlamentos y en los Gobiernos. En diversas ocasiones en las contribuciones relativas a la biopolítica publicadas en Medicina e Morale, se hace referencia en varios modos a la importancia política y a las expectativas legislativas en materia de bioética.²⁶ Por lo demás, la inclusión siempre más compleja y amplia de la organización y de la acción política en el ámbito de la Bioética, es un dato del todo evidente no sólo a nivel de los países en particular, sino también a nivel internacional. Por ejemplo la *Convención de Bioética*²⁷ y los respectivos protocolos son ciertamente el resultado de una intensa actividad política así como lo son, por poner algún otro ejemplo, tanto la Declaración universal sobre el genoma humano y sobre los derechos del hombre de la UNESCO (1997),²⁸ como las Resoluciones del Parlamento europeo sobre los problemas éticos de la fecundación artificial en vivo e *in vitro* y sobre los problemas éticos y jurídicos de la ingeniería genética, ambas de 1989.²⁹ Ténganse presente además un aspecto de importancia para nada secundaria: la política interviene sobre la Bioética también con los financiamientos. Pensemos en el debate político mundial referente a la investigación sobre células estaminales: la decisión de colocar fondos económicos sólo para la investigación sobre las células estaminales adultas, o bien de extenderlos también para aquella sobre las células provenientes de embriones humanos y la consecuencia de una valoración biopolítica.³⁰

Una vez abierta la perspectiva del Bioderecho, el ulterior horizonte de la Biopolítica se ha vuelto inevitable. Sin embargo, sería equivocado restringir la unión entre Bioética, Bioderecho y Biopolítica a la actualidad, como si el uno fuese “gemación” sucesiva del otro.

La mirada al pasado muestra que tal unión estaba ya presente en la exigencia de fundamentar sobre la así llamada “ética de la vida”

(“Bioética”) la construcción de un nuevo orden mundial; aquello por tanto, antes que fuese incluso acuñado el término Bioética según la acepción de Potter y que ella fuese difundida como disciplina a partir del impulso estadounidense.

A este propósito, observa Sgreccia en el Editorial titulado *Bioética y biopolítica* de 1991, “desde los orígenes la Bioética ha tenido una valencia social y un alcance en campo político”.³¹ De hecho, según algunos, el nacimiento de la Bioética *ante-litteram* puede hacerse proceder de los procesos de Núremberg y a de la Declaración Universal de los derechos del hombre, o bien a un momento histórico en el cual, mientras por un lado se expresa un juicio negativo sobre los abusos del poder estatal –es decir del derecho y de la política–, por otro se afirma la exigencia que la justicia se identifique con la defensa de la dignidad “de todo ser perteneciente a la familia humana. Esta barrera ideal –son palabras de otra Editorial precedente de 1987 titulada *Bioética y Política*³² – pretendía señalar el fin del racismo, de la instrumentalización más brutal de la vida humana que haya sido jamás practicada en los campos de concentración, y se ponía al culto del eugenismo y del naturalismo biológico asumido como religión del racismo hitleriano y contra la selección biológica de los seres humanos”.

“Si se reflexiona sobre estos pasajes desde el punto de vista histórico –escribe Sgreccia en un Editorial de 2009 en el número monográfico dedicado al tema de la Biopolítica³³– se entiende que la sucesión Bioética-Bioderecho-Biopolítica no se descarta (...) porque la Biopolítica tiene un origen más lejano y ha sido directamente inherente a los regímenes absolutistas, en los cuales el poder político considera ser omnicompreensivo en la gestión de la vida de los ciudadanos, o mejor dicho, de los súbditos”.

Simplificando el discurso, se podría considerar que en la modernidad, al día siguiente del segundo conflicto mundial, la organización y la acción de los Estados se ha declaradamente fundado sobre el reconocimiento de la “ética de la vida” traducida en el principio de la igual dignidad de todo ser humano y de los consiguientes

tes derechos fundamentales. Estamos, por tanto, ya en la perspectiva de la Biopolítica, uniendo la expresión “bio” al dinamismo del “servicio” en relación con la vida, reconociendo la igual dignidad de todo ser humano sin algún tipo de discriminación.³⁴ A este respecto es interesante la contribución de Pessina, *Biopolítica y persona*,³⁵ en la cual se afirma que: “Más allá de las controversias históricas y contingentes que han permitido la formulación de la Declaración universal de los derechos del hombre de 1948, no se puede negar que la grandeza de aquel pronunciamiento consiste en el haber puesto en términos *políticos* y no solamente filosóficos o religiosos, al centro mismo de la lógica de la ciudadanía, la afirmación de la dignidad humana y de la libertad como cualidades innatas y no adquiridas”.

Sin embargo, la misma historia y muchas de las actuales tendencias políticas sobre los temas de la Bioética muestran que la Biopolítica puede ser interpretada según la categoría del “poder” sobre la vida, es decir, de la prevaricación y del abuso en relación de algunos seres humanos. Todo gira en torno a la relación entre la “vida” y la “política”: ¿política como servicio fundado sobre la verdad del ser humano o política como servicio de poder fundado sobre volubles y variables contingencias? En fin, sintetiza L. Pallazzani, “se delinearán dos posibles y contrapuestos significados de Biopolítica: biopolítica como poder arbitrario sobre la vida Biológica (o política *sobre la vida*) y Biopolítica como buen gobierno al servicio de la persona humana (o política por la vida)”.³⁶

Es exactamente sobre este vértice que, todavía hoy, quizá más que nunca, se coloca la concepción de la Biopolítica y el debate sobre ella. “He aquí por qué la biopolítica se encuentra hoy —escribe D’Agostino en su contribución *Biopolítica: fundamentos filosófico-jurídicos*, publicado en el número monográfico de 2009³⁷— frente a una disyuntiva. Puede neutralizarse a sí misma y sus propias tensiones, poniéndose al servicio de formas abstractas de autodeterminación subjetiva, también cuando estas asumen orientaciones objetivamente necrófilas (...). Pero es también posible que la Biopolítica se

abra finalmente a la percepción de la fragilidad y asuma la *carne del hombre*, no como el horizonte de lo manipulable, sino como el presupuesto, por así decir “concentrado”, de aquella dimensión de bien que es posible experimentar en el orden de nuestra vida”.

Medicina e Morale ha dado espacio a la Biopolítica teniendo en cuenta también la complejidad operativa y las dificultades presentes en la actividad política, cuando la voluntad de introducir prácticamente en las leyes los así llamados “valores no negociables” debe realizarse en ordenamientos jurídicos ya comprometidos con normas injustas y, por tanto, lejanos de aquellos valores fundamentales. Se trata de una cuestión exquisitamente Biopolítica a la cual por otra parte está dedicado el párrafo 73 de la Encíclica *Evangelium Vitae*³⁸ que tiene en cuenta la complejidad y la dificultad de la política. El argumento ha sido afrontado en el momento en el cual en Italia se ha vuelto más intenso el debate biopolítico sobre la fecundación artificial, a partir de una contribución de T. Bertone de 2001³⁹ y de la publicación en 2002⁴⁰ de un artículo de Rodríguez Luno ya presentado en *L'Osservatore Romano* del 6 de septiembre de 2002.⁴¹

Sobre el tema en objeto, *Medicina e Morale* ha ofrecido una amplia y articulada contribución del 2003, con la firma de Carlo Casini.⁴² En síntesis, a la luz de un cuidadoso y profundo análisis tanto del párrafo 73 de la *Evangelium Vitae*, como de la situación del ordenamiento jurídico italiano, Casini –luego de haber afirmado “la convencida adhesión (...) a la Instrucción *Donum Vitae*, a la Encíclica *Evangelium Vitae* y, más en general, al Magisterio de Juan Pablo II sobre el argumento examinado”– ofrece con claridad y lucidez un análisis de la situación italiana y de las perspectivas en tres frentes: jurídico, político, educativo-cultural. En particular sobre el plano político, o, por mejor decir, “biopolítico”, escribe Casini, “para evaluar correctamente el comportamiento del político católico que pretende modificar con una ley una situación injusta ya existente, es necesario conocer tanto los procedimientos a través de los cuales se desarrolla el camino legislativo, como las condicio-

nes políticas que pueden hacerlo progresar y llegar a cumplimiento”. De ello emerge una límpida ilustración de la categoría del “máximo bien posible” o de la “reducción del daño”. En otros términos: cuando subsisten determinadas condiciones, el parlamentario, con su voto favorable a una “ley imperfecta”, no actúa una colaboración ilícita, sino “cumple un legítimo y obligado intento de limitar los aspectos inicuos”. En tal modo que –continúa Casini– “la calidad de “imperfecta” atribuida a la ley no debe extenderse a la acción conducida por los parlamentarios católicos que buscan obtener el cambio en el ordenamiento vigente. Más bien, como escribe el mismo Juan Pablo II en el n. 73 de la *Evangelium Vitae*, su trabajo de iniciativa y de sostén de la ley “imperfecta”, debe ser reconocido meritorio de alabanza y de un juicio moral positivo. Al contrario, sobre el plano objetivo parece también moralmente censurable, prescindiendo del efectivo estado de consciencia de los individuos, el voto negativo de quien se abstuviese de aportar su propio consentimiento al texto “imperfecto” (bien entendido: en el sentido repetidamente arriba descrito) con la motivación de que no expresa lo ideal, uniendo así el propio voto a cuantos defiende la injusticia corriendo el riesgo de no hacer aprobar la ley”. De ello emerge la línea de una trasparente posible gradualidad en el perseguir las finalidades indicadas por la Biopolítica, interpretada como servicio a la verdad ontológica del hombre y, por tanto, de la sociedad.⁴³

En las valoraciones biopolíticas –siempre entendiendo el prefijo “bio” como expresión de servicio “a la”/“por la” vida, y no de poder “sobre” la vida– *Medicina e Morale* no ha olvidado considerar ni las responsabilidades de los ciudadanos llamados a participar en la vida pública a través del instrumento del referéndum y el electoral; ni la necesaria transparencia de los políticos sobre los temas de la Bioética. Son significativas al respecto la contribución publicada en la rúbrica *El debate en bioética*, titulada *Las razones del nuevo voto*, con específica referencia a la controversia del referéndum de 2005 teniendo por objeto la Ley 40/2004⁴⁴ y el Editorial *Bioética y progra-*

mas electorales de 1991⁴⁵ en la cual, entre otras cosas, es puesta en evidencia la relación entre política e información demasiado frecuentemente “carente”, “falsificada”, “intencionalmente deformada”, “instrumentalizada con fines ideológicos”.

En conclusión, es verdaderamente urgente –por muchas razones que no es el caso de pasar revista– la necesidad de elaborar en modo cada vez más atento y sólido un “Bioderecho” y una “Biopolítica” fundados sobre el reconocimiento insustituible de la igual dignidad de todo ser humano. La seria consideración de la propuesta de reforma del art. 1 del Código Civil, publicada en *Medicina e Morale*,⁴⁶ podría ser un objetivo y un impulso de extraordinaria importancia para introducir en el Derecho y en la Política “un nuevo humanismo más universal, más elevado”.⁴⁷

Referencias bibliográficas

¹ Diversas Editoriales de *Medicina e Morale* han ofrecido al lector algunos puntos de reflexión sobre los documentos europeos e internacionales. Por ejem.: FIORI A, SGRECCIA E. *Sterilizzazione e diritti dei minorati mentali* (a propósito de la Resolución del Parlamento Europeo sobre los derechos de los discapacitados mentales del 16 de septiembre de 1992). *Medicina e Morale* 1992; 6: 1059-1062; SGRECCIA E. *Cumbre de la tierra + 5*. *Medicina e Morale* 1997; 4: 659-663; ID. *L'Unesco sul menoma umano. Un segnale di forte significato bioetico*. *Medicina e Morale* 1998; 1: 9-14; ID. *Votazione preoccupante all'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa*. *Medicina e Morale* 2004; 6: 1109-1114.

² CONSIGLIO D'EUROPA. *Convenzione sui diritti dell'uomo riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina*. *Medicina e Morale* 1997; 1: 128-149; SGRECCIA E. *La Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina*. *Medicina e Morale* 1997; 1: 9-13; BOMPIANI A. *Una valutazione della Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina del Consiglio d'Europa*. *Medicina e Morale* 1997; 1: 37-55; ID. *Le Dichiarazioni anticipate di trattamento del Comitato nazionale per la Bioetica e la Convenzione di Oviedo*. *Medicina e Morale* 2004; 6: 1115-1131.

³ CONSEIL DE L'EUROPE. *Protocole additionnel a la Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine, portant interdiction du clonage d'êtres humains*. *Medicina e Morale*

⁴ CONSIGLIO D'EUROPA. COMITATO DIRETTIVO PER LA BIOETICA (CDBI). *Protocolo aggiuntivo alla Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina relativo al trapianto di organi e di tessuti di origine umana*. *Medicina e Morale* 2003; 1: 162-169.

⁵ En varias ocasiones, Medicina e Morale ha dado espacio en la rúbrica *Documentazione ai pareri* y a las mociones del Comité Nacional para la Bioética.

⁶ Entre los casos más recientes: CORTE EUROPEA DEI DIRITTI DELL'UOMO. *Sentenza del 29 aprile 2002 (n. ruolo 2346/02): Diane Pretty vs United Kingdom; Sentenza del 8 luglio 2004 (n. ruolo 53924/00): Vo vs France Sentenza del 20 marzo 2007 (n. ruolo 5410/03) Tysiak vs Polonia, Sentenza del 10 aprile 2007 (n. ruolo 6339/05): A.B.C. vs Irlanda* (localizable en el sitio <http://www.coe.int> (acceso del 01.12.2010)).

⁷ *Tratado de Lisboa* que modifica el Tratado sobre la UE que instituye la Comunidad europea. Firmado en Lisboa el 13 de diciembre de 2007, en la Gazzetta Ufficiale delle Comunità europee, 17 de diciembre de 2007; C306/1-C306/271; v. también el sitio: http://europa.eu/lisbon_treaty/indez_it.htm (acceso del 01.12.2010).

⁸ Para confirmar la importancia de la reflexión en ámbito jurídico está la *Carta de los derechos fundamentales de la Unión Europea*, proclamada solemnemente por primera vez el 7 de diciembre 2000. Sobre este punto se vea: BOMPIANI A. *La Carta dei Diritti fondamentali dell'Unione Europea: aspetti etici*. Medicina e Morale 2002; 1: 13-27. Si originalmente la carta constituía un mero empeño político, con la firma de Estrasburgo del 12 de diciembre de 2007 por parte de los Presidentes de Comisiones, Parlamento y Consejo europeos, y la enseñanza de la Carta en el Tratado UE firmado el 13 de diciembre de 2007 en Lisboa, son, en cambio, a ella conferidos un mayor espesor y fuerza jurídicamente vinculante por cuanto se refiere a los derechos ahí contenidos por las instituciones, los órganos y los organismos de la Unión, así como por los Estados miembros cuando actúan el derecho comunitario.

⁹ *Segnalazione. Sul segreto professionale*. Medicina e Morale 1951; 1-2: 49-50; MERLO P. *Sviluppo del diritto internazionale medico (d.i.m.)*. Medicina e Morale 1957; 1: 26-42.

¹⁰ *Editoriale. Documento di Erice sui rapporti della Bioetica e della Deontologia Medica con la Medicina Legale*. Medicina e Morale 1991; 4: 561-567.

¹¹ La rúbrica *Documentazioni* (hoy denominada *Documentazione*) aparece por primera vez en el II fascículo de 1974, aportando estos dos documentos: *Dichiarazione sull'aborto procurato. Documento emanato dalla Sacra Congregazione per la Dottrina della Fede*. Medicina e Morale 1974; 2: 309-321; *Aborto e legge di aborto. Documento del Consiglio permanente della CEI*. Medicina e Morale 1974; 2: 321-327.

¹² SGRECCIA E. *Fondazione etica dei diritti del malato*. Medicina e Morale 1978; 4: 567-575; WIJK WJ. *The Universal Declaration of Human Rights in medical-ethical perspective*. Medicina e Morale 1999; 1: 49-59.

¹³ SGRECCIA E. *I diritti dell'uomo e la medicina*. Medicina e Morale 1989; 1: 5-9.

¹⁴ PALAZZANI L. *Personalismo e Biodiritto*. Medicina e Morale 2005; 1: 132.

¹⁵ SGRECCIA E. *Questioni emergenti in bioetica*. Medicina e Morale 1995; 5: 933.

¹⁶ Se piense, solamente por poner algún ejemplo, en las diversas normativas y legislaciones (y en los procesos legislativos en curso) sobre el aborto, sobre la

procreación artificial, sobre la genética, sobre la clonación, sobre la eutanasia, sobre las declaraciones anticipadas de tratamiento, sobre los trasplantes, sobre la experimentación. De este vasto material, Medicina e Morale ofrece una cuidada reseña. Para confirmarlo se ofrecen algunos textos internacionales publicados en la rúbrica "Documentación": PARLAMENTO EUROPEO. *Risoluzione (Doc. A2-372/88) sui problemi etici e giuridici della procreazione artificiale umana*. Medicina e Morale 1989; 3:587-590; ID. *Risoluzione (doc. 2-372/88) sui problemi etici e giuridici della manipolazione genetica*. Medicina e Morale 1989; 3: 579-587; ID. *Risoluzione sulla clonazione*. 12 marzo 1997. Medicina e Morale 1997; 2: 325-327; ID. *Risoluzione sulla clonazione*. 15 enero 1998. Medicina e Morale 1998: 1: 167-168; ID. *Risoluzione sulla clonazione umana*. 7 septiembre 2000. Medicina e Morale 2000; 4: 797-800; CONSIGLIO D'EUROPA. *Raccomandazione sull'ingegneria genetica (934/1982)*. Medicina e Morale 1984; 1: 93-96; ID. *Raccomandazione sulla utilizzazione di embrioni e feti umani a fini diagnostici, terapeutici, scientifici, industriali e commerciali (1046/1986)*. Medicina e Morale 1986; 4: 902-906; ID. *Raccomandazione sulla utilizzazione degli embrioni e feti umani nella ricerca scientifica (1100/1989)*. Medicina e Morale 1989; 2: 397-404 (versión inglesa), 404-411 (versión francesa); ID. *Raccomandazione relativa alla protezione dei diritti dell'uomo e della dignità dei malati incurabili e dei morenti (1418/1999)*. Medicina e Morale 2001; 3: 599-601; CONSIGLIO DELL'UNIONE EUROPEA – PARLAMENTO EUROPEO. *Direttiva 98/44/CE sulla brevettabilità delle invenzioni biotecnologiche*. Medicina e Morale 1998; 4: 746-757; UNESCO. *Déclaration Universelle sur le génome Humain et les droits de l'homme*. Medicina e Morale 1998; 1: 158-166; *Legge 22 febbraio 2006 n. 78: "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 10 gennaio 2006, n. 3, recante attuazione della Direttiva 98/44/CE in materia di protezione giuridica delle invenzioni biotecnologiche*. Medicina e Morale 2006; 5: 1014-1023; PARLAMENTO EUROPEO. *Risoluzione sulla salute ed i diritti sessuali e riproduttivi*. Medicina e Morale 2004; 2, pp. 390; Asamblea General del Onu. *Déclaration des Nations Unies sur le clonage des etres humains*. Medicina e Morale 2005; 2: 441-442; PARLAMENTO EUROPEO. *Risoluzione sul comercio di ovociti umani*. 10 marzo 2005. Medicina e Morale 2005; 4: 831-833; TRIBUNALE CIVILE DI CAGLIARI. *Ordinanza 16 luglio 2005 sulla legge 40/2004*. Medicina e Morale 2005; 5: 1076-1083; Ministero della Salute. *Ordinanza del 21 settembre 2005. Ordinanza contingibile ed urgente all'interruzione volontaria di gravidanza con mifepristone (RU486)*. Medicina e Morale 2005; 5: 1072-1074; CORTE COSTITUZIONALE. *Ordinanza n. 369 del 9 novembre 2006 in tema di dignosi genetica pre impianto ex lege 40/2004*. Medicina e Morale 2006; 6: 1232-1236; Council of Europe-Parliamentary Assembly. *Resolution 1399 (2004), European strategy for the promotion of sexual and reproductive health and rights*. Medicina e Morale 2004; 4: 1227-1230.

¹⁷ G. DALLA TORRE, Presentación al volumen de: BOMPIANI A, LORETI BEGHE'A, MARINI L. *Bioetica e diritti dell'uomo nella prospettiva del diritto internazionale e comunitario*. Turín: Giappichelli; 200: X.

¹⁸ D'AGOSTINO F. *Dalla bioetica alla bioguridica* en ROMANO C, GRASSANI G. *Bioetica* Turín: UTET; 1995: 200.

¹⁹ SGRECCIA E. *Questioni emergenti in bioetica...*, p. 946-947.

²⁰ CASINI M. *I diritti dell'uomo, la bioetica e l'embrione umano*. Medicina e Morale 2003; 1: 67-110.

²¹ Entre las contribuciones del bioderecho general o fundamental se recuerdan: D'AGOSTINO F. *Bioetica e diritto*. Medicina e Morale 1993; 4: 675-690; ID. *Sessualità e diritto*. Medicina e Morale 1997; 1: 75-87; SGRECCIA E, CASINI M. *Diritti umani e bioetica*. Medicina e Morale 1999; 1: 17-47; PALAZZANI L. *Il concetto di persona tra bioetica e biogiuridica*. Medicina e Morale 2004; 2: 301-316; PALAZZANI L. *Personalismo e biodiritto*. Medicina e Morale 2005; 131-163; ADORNO R. *Dignity of the person in the light of international biomedical law*. Medicina e Morale 2005; 1: 165-178; SGRECCIA E. *Universalità e pluralismo in bioetica e nel biodiritto*. Medicina e Morale 2006; 3: 465-468; DALLA TORRE G. *Pluralismo religioso, multiethnicità e biodiritto*. Medicina e Morale 2006; 3: 533-554; CASINI M. *L'indisponibilità della vita umana nella prospettiva del Biodiritto*. Medicina e Morale 2010; 2: 209-226.

²² Las publicaciones de Medicina e Morale sobre las varias temáticas consideradas en la "parte especial" del Bioderecho son muy numerosas. Tales publicaciones han sido presentadas en el cuerpo de la revista como contribuciones científicas o bien como artículos más breves colocados en la rúbrica *Il dibattito in Bioetica*. Entre los primeros se recuerdan, a título ejemplificativo: TARANTINO A. *Sul fondamento dei diritti del nascituro: alcune considerazioni bioetico-giuridiche (I)*. Medicina e Morale 1995; 5: 951-984; ID. *Sul fondamento dei diritti del nascituro: alcune considerazioni bioetico-giuridiche (II)*. Medicina e Morale 1995; 5: 985-1002; IADECOLA G. *Rifiuto delle cure e diritto di morire*. Medicina e Morale 2007; 1: 91-99; CALABRÒ GP. *L'eutanasia nella prospettiva dello Stato costituzionale, tra principi e valori*. Medicina e Morale 1999; 5: 885-902; ID. *Il principio di autonomia. Prospettive di una ricostruzione non orientata in senso eutanascico*. Medicina e Morale 6: 1147-1161; SARTEA C. *Il trapianto de rene tra viventi estranei: riflessioni biogiuridiche*. Medicina e Morale 2010; 3: 335-361; PALAZZANI L. *La legge italiana sulla "procreazione medicalmente assistita": una rilettura biogiuridica*. Medicina e Morale 2004; 1: 77-90; GAMBIONO G. *La legge 40/2004: principi e prospettive alla luce del dibattito referendario*. Medicina e Morale 2005; 5: 1003-1016; CASINI C. *Considerazioni in merito alla interpretazione dell'art. 9 della legge 194/1978 sulla obiezione di coscienza alla interruzione volontaria della gravidanza*. Medicina e Morale 1998; 4: 759-772; DI PIETRO ML, CASINI M, *Il dibattito parlamentare sulla "procreazione medicalmente assistita*. Medicina e Morale 2002; 4: 617-666; CASINI M, DI PIETRO ML. *Clonazione: il dibattito biogiuridico in Francia e il contesto internazionale*. Medicina e Morale 2003/4: 667-701; CASINI C, DI PIETRO ML, CASINI M. *La normativa italiana sulla "procreazione medicalmente assistita" e il contesto europeo*. Medicina e Morale 2004; 1: 17-52; CASINI M, DI PIETRO ML, CASINI C. *Profili storici del dibattito italiano sul testamento biologico ed esame comparato dei disegni di legge all'esame della XII Commissione (Igiene e Sanità) del Senato*. Medicina e Morale 2007; 1: 19-60; CASINI M, DI PIETRO ML Y AL. *Il decreto della Corte di Appello di Milano sul caso Englaro e la richiesta di una legge sul c.d. testamento biologico*. Medicina e Morale 2008; 4: 745-723; HABERKO J, CASINI M. *Lo status giuridico del concepito nell'ordinamento giuridico polaco*. Medicina e Morale 2008;

5: 977-1012; CASINI C, CASINI M. *La legge 194 de 1978 di fronte alla Corte Costituzionale*. Medicina e Morale 2008; 6: 1187-1223; CASINI M, TRAISCI E, PERSANO F. *Orientamenti giurisprudenziali in tema di volontà attuale del paziente prima del parere del Comitato Nazionale per la Bioetica del 24 ottobre 2008*. Medicina e Morale 2009; 1: 31-57; CASINI M, DI PIETRO ML Y AL. *La Corte Costituzionale e la decostruzione della legge sulla "procreazione medicalmente assistita"* Medicina e Morale 2009; 3: 439-459; CASINI C. *Il Rapporto sullo stato di attuazione della legge 40/2004 recante "Norme in materia di procreazione medicalmente assistita" anche in confronto con altre nazioni europee (aprile 2009)*. Medicina e Morale 2009; 4: 693-717; CASINI M, TRAISCI E, PERSANO F. *Analisi comparata delle legislazioni nazionali, comunitarie e internazionali in materia di utilizzo di cellule staminali*. Medicina e Morale 2009; 5: 881-932; CASINI M, TRAISCI E, BOSIO S. *L'ordinanza del Tribunale di Bologna (29 giugno 2009) in tema di diagnosi genetica preimpianto nel contesto della giurisprudenza sulla legge 40/2004*. Medicina e Morale 2009; 6: 1065-1082; CASINI M, SARTEA C. *La consulenza genetica in Italia: problemi, regole di consenso informato, trattamento dei dati genetici e privacy*. Medicina e Morale 2009; 6: 1121-1151; TRAISCI E. *L'attuale situazione giuridica in tema di Dichiarazioni degli Stati europei*. Medicina e Morale 2010; 5: 705-734; CASINI M. *I Consulenti e l'obiezione di coscienza sanitaria nella riorganizzazione pugliese della rete consultoriale. Considerazioni in attesa della decisione del Tar Puglia*. Medicina e Morale 2010; 4: 521-533; CASINI M. *La sentenza del Tar Puglia n. 3477/2010: l'accesso degli obiettori di coscienza ai consultori familiari pubblici*. Medicina e Morale 2010; 5: 663-683. En cuanto a las contribuciones en la rúbrica *Il dibattito in bioetica* recordamos: CASINI C. *Parere su: Norlevo: L'obiezione di coscienza dei farmacisti*. Medicina e Morale 2001; 5: 973-987; ID. *Parere sulla ipotizzata IVG della minorenni di Pozzallo, convenzionalmente chiamata Laura*. Medicina e Morale 2000; 1: 103-111; ID. *Controversia: tre figli sotto azoto liquido*. Medicina e Morale 2000; 6: 1193-1202; CASINI M, *Il rifiuto anticipato delle cure "salvavita" è uguale al rifiuto attuale?* Medicina e Morale 2006; 6: 1205-1215; ID. *Novità delle nuove linee guida rispetto al divieto di diagnosi genetica preimpianto?* Medicina e Morale 2008; 3: 597-604. Recientemente ha sido inaugurada en nuestra revista la rúbrica *Il dibattito in biogiuridica*, que ha visto su primera publicación en el n. 5 del 2010 con una *Nota dell'istituto di bioetica a proposito della registrazione anagrafica di minore nato da maternità surrogata come figlio di copia omosessuale*. Medicina e Morale 2010; 5: 735-741.

²³ D'AGOSTINO F. *Bioetica e diritto*. Medicina e Morale 1993; 4: 975-691.

²⁴ SGRECCIA E. *Globalizzazione e bioetica*. Medicina e Morale 2002; 1: 9-12.

²⁵ PALAZZANI L. *Personalismo e Biodiritto*. Medicina e Morale 2005; 1: 131-163.

²⁶ SGRECCIA E. *Bioetica e politica*. Medicina e Morale 1987; 5: 757-762; FIORI A, SGRECCIA E. *Bioetica e biopolitica*. Medicina e Morale 1991; 1: 7-10; FIORI A, SGRECCIA E. *Bioetica e programmi elettorali*. Medicina e Morale 1995; 6: 1143-1145; SGRECCIA E. *Un manifesto di biopolitica: per una nuova democrazia*. Medicina e Morale 2000; 4: 631-633; FIORI A. *La Medicina e la biopolitica*. Medicina e Morale 2008; 1: 9-14; D'AGOSTINO F. *Le prospettive della biopolitica*. Medicina e Morale 2008; 1: 15-33;

SGRECCIA E. *Biopolitica: Pilato e la verità*. Medicina e Morale 2009; 2: 205-207; PALAZZANI L. *Biopolitica: significato filosofico del termine*. Medicina e Morale 2009; 2: 209-219; LENOCI M. *Bios e potere*. Medicina e Morale 2009; 2: 221-238; D'AGOSTINO F. *Biopolitica: fondamenti filosofico-giuridici*. Medicina e Morale 2009; 2: 255-263.

²⁷ CONSIGLIO D'EUROPA. *Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e la dignità dell'essere humano riguardo alle applicazioni della biologia e della medicina...*

²⁸ UNESCO. *Déclaration Universelle sur le génome Humain et les droits de l'homme*. Medicina e Morale 1998; 1: 158-166.

²⁹ PARLAMENTO EUROPEO. *Risoluzione (Doc. A2-372/88) sui problemi etici e giuridici della procreazione artificiale umana*. Medicina e Morale 1989; 3: 587-590. La intensa actividad política para llegar a las dos resoluciones está bien documentada en: CASINI C. *Il Parlamento Europeo per uno statuto giuridico dell'embrione umano*. Roma: Edizioni Cinque Lune; 1990. Para una ulterior profundización: CASINI C. *Risoluzioni del Parlamento Europeo en SGRECCIA E, MELE V (curadora). Ingegneria genetica e biotecnologie nel futuro dell'uomo*. Milán: Vita e Pensiero; 1992: 317-328; ID. *Le indicazioni del Parlamento Europeo sulla PMA e sullo statuto giuridico dell'embrione umano en NAPPI C, DI CARLO C. GUIDA M (curador). Fertilità e sessualità*. Roma: CIC Edizioni Internazionali; 1997: 190-200.

³⁰ CASINI C. *VII Programma Quadro europeo di Ricerca: la questione etico-giuridica delle cellule staminali*. Medicina e Morale 2006; 4: 693-718.

³¹ SGRECCIA E. *Bioetica e biopolitica*. Medicina e Morale 1991; 1: 7-10.

³² *Ibid.*

³³ SGRECCIA E. *Biopolitica: Pilato e la verità*. Medicina e Morale 2009; 2: 205-207. El fascículo 2 de Medicina e Morale del 2009 fue dedicado a la Biopolítica. Publica de hecho, las actas del Congreso FIBIP titulado, precisamente, *Biopolítica y centralidad de la persona*.

³⁴ CASINI C. *Biopolitica. Parte giuridica* voz en SGRECCIA E, TARANTINO A (dirección de) *Enciclopedia di bioetica e scienza giuridica Vol.II*. Nápoles: Edizioni Scientifiche Italiane; 2009: 248-269.

³⁵ PESSINA A. *Biopolitica e persona*. Medicina e Morale 2009; 2: 239-253.

³⁶ A propósito de "biopolítica por la vida", nos permitimos indicar en esta nota algunas publicaciones de Carlo Casini: CASINI C. *Biopolitica: l'ora e venuta*. Siena: Cantagalli; 2007; ID. *Diritto alla vita e ricomposizione civile*. Milán: Ares; 2001; ID. *La centralidad política del diritto a la vita*. Studi cattolici 1992: 372: 100-110; ID. *Famiglia, storia e futuro di tutti. Una strategia politica per la vita nascente oggi in Italia*. Florencia: 2010; ID. *Il diritto alla vita e la politica* en RODRIGUEZ F, RODRIGUEZ LC (curador). *Per una cultura della vita*. Città del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana 1997: 154-169.

³⁷ D'AGOSTINO F. *Biopolitica: fondamenti filosofico-giuridici*. Medicina e Morale 2009; 2: 255-263.

³⁸ A la Carta Enciclica *Evangelium Vitae*, Medicina e Morale ha dedicado el fascículo n. 4 de 1995, en el cual ha publicado la contribución de: COMPAGNONI F. *Responsabilità dei politici ed Evangelium Vitae*. Medicina e Morale 1995; 4: 739-755. Sobre este punto se vea también: Eusebi L. *Corresponsabilità verso le scelte giu-*

ridiche della società pluralista e criteri di intervento sulle c.d. norme imperfette en LÓPEZ TRUJILLO A, HERRANZ I, SGRECCIA E. *Evangelium Vitae e diritto*. Città del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana; 1996; pp. 389-406.

³⁹ BERTONE T. *I cattolici e la società pluralista, le leggi imperfette e la responsabilità dei legislatori*. *Medicina e Morale* 2001; 5: 855-875.

⁴⁰ LUNO AR. *Il parlamentare cattolico di fronte ad una legge gravemente ingiusta*. *Medicina e Morale* 2002; 5: 952-964. Del mismo autor: ID. *I legislatori cattolici di fronte alle proposte migiorative delle leggi ingiuste in tema di procreazione artificiale* en VIAL CORREA J, SGRECCIA E (curador). *La dignità della procreazione umana e le tecnologie riproduttive: aspetti antropologici ed etici (supl. Al volumen degli atti della X assemblea generale)*. Città del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana; 2005: 199-208.

⁴¹ LUNO AR. *Il parlamentare cattolico di fronte ad una legge gravemente ingiusta. Una riflessione sul n. 73 di Evangelium Vitae*. *L'Osservatore Romano*, 6 de septiembre de 2001, p. 8.

⁴² CASINI C. *Riflessioni sulla legge imperfetta: il caso della procreazione artificiale in Italia*. *Medicina e Morale* 2003; 2: 227-262. ID. *Il legislatore cattolico e la fecondazione artificiale*. *L'osservatore Romano*, 28 de octubre de 1999, p. 7; ID. *Legge ingiusta e legge imperfetta: vuoto legislativo e vuoto normativo: diritto alla vita e alla dignità della procreazione* en VIAL CORREA J, SGRECCIA E (curador). *La dignità della procreazione umana e le tecnologie riproduttive: aspetti antropologici ed etici, (Suppl. al volumen degli atti della X assemblea generale)*. Città del Vaticano: Libreria Editrice Vaticana; 2005: 24-33; ID. *Quale fecondazione artificiale?* *Studi Cattolici* 1998; 448: 404-414.

⁴³ Análogas consideraciones pueden hacerse también en el debate biopolítico actual referente a la ley sobre el fin de la vida, ahí donde se tenga presente que el Proyecto de Ley (PDL), *Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento*, se propone sanear en el ordenamiento jurídico la grave lesión provocada en relación del principio de indisponibilidad de la vida humana, en modo de evitar derivaciones eutanásicas y reafirmar la igual dignidad de todo ser humano. Se vea al respecto: CASINI C. *Il dibattito sulle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento. Valutazioni e prospettive*. *Medicina e Morale* 2010; 5: 617-645.

⁴⁴ CASINI C. *Il dibattito in bioetica. Le ragioni del non voto*. *Medicina e Morale* 2005; 2: 409-422.

⁴⁵ FIORI A, SGRECCIA E. *Bioetica e programmi elettorali*. *Medicina e Morale* 1991; 1: 7-10.

⁴⁶ *Documentazione. Proposta di legge: "Modifica del art. 1 del Codice Civile per il riconoscimento della soggettività giuridica di ogni essere umano fin dal concepimento"*. *Medicina e Morale* 2009; 6: 1183-1188.

⁴⁷ SGRECCIA E. *Un manifesto di biopolítica: per una nuova democrazia*. *Medicina e Morale* 2000; 4: 631-633.

Claves de lectura para la Bioética del Ambiente*

Vincenza Mele**

Resumen

La autora parte del análisis sobre los orígenes históricos de la Bioética del ambiente, que han sido tratados en la revista *Medicina e Morale* al inicio de los años 90. En aquel período las diversas perspectivas de la ética ambiental eran clasificadas como antropocéntricas o anti-antropocéntricas.

Sobre la base de los trabajos publicados en *Medicina e Morale* durante estos años, ella ha elegido analizar perspectivas filosóficas que pueden ser definidas por algunos aspectos antropocéntricos y por algunos otros anti-antropocéntricos, como por ejemplo la ética de la responsabilidad de Hans Jonas, la ética ambiental católica y el ecofeminismo.

Summary

Key to interpretation Environmental Bioethics

The Author started from the origins of Environmental Bioethics, which were dealt in *Medicina e Morale* review at the beginning of the 90's. In that period, environmental ethics perspectives were

** Investigadora en Bioética del Instituto de Bioética de la Facultad de Medicina y Cirugía "A. Gemelli", Universidad Católica del Sacro Cuore, Roma (E-mail: vmele@rm.unicat.it).

Publicado en *Medicina e Morale*: 2010/6. Págs:1053-1068.

described just as anthropocentric or antianthropocentric. Following the publications of articles in *Medicina e Morale* during these years, she choose to dwell on some ecophilosophical perspectives, which can be defined for some aspects anthropocentric and for some others antianthropocentric, such as the ethics of responsibility of Hans Jonas, the catholic environmental ethics and the ecofeminism.

Palabras clave: ecofilosofía, ética de la responsabilidad, ética ambiental católica, ecofeminismo.

Key words: ecophilosophy, ethics of responsibility, catholic environmental ethics, ecofeminism.

El debate filosófico sobre el tema de la ética ambiental se ha desarrollado desde los años 80's sobre todo en los países de lengua inglesa.¹

La cuestión de fondo, que ha animado el debate, ha sido si colocar la relación hombre-ambiente centrándola sobre el ser humano, como había sido tradicionalmente, o bien invertir tal impostación, proponiendo un nuevo modelo que focalizase la atención sobre la naturaleza no humana, considerando al hombre sólo una parte del mundo natural.²

Se han desarrollado así dos tipos de teorías: las teorías llamadas antropológicas, según las cuales en la relación hombre-ambiente el hombre sería el valor más importante, incluso único para salvaguardar; y las teorías llamadas antiantropocéntricas, según las cuales en la relación hombre-ambiente el valor más importante, incluso el único a salvaguardar, sería el ambiente.³

En algunas expresiones del debate, así como en el ámbito del criterio adoptado para la clasificación (antiantropocentrismo vs antropocentrismo) emergía una especie de *petitio principii*: considerar que la relación hombre-naturaleza fuese interpretada siempre en términos conflictivos, o el hombre o la naturaleza, *tertium non datur*.

En la realidad de los hechos, aparece evidente cuánto sea miope considerar hombre y naturaleza como dos realidades en contraposición, desde el momento que no podría haber vida humana cuando se destruyese el *hábitat* idóneo para la vida. De hecho, si los hombres no se preocupasen de las cuestiones ambientales, considerándolas éticamente neutras hasta llegar a destruir el ambiente en el cual viven, darían una prueba innegable de estupidez. Sería como si, parafraseando a Brecht, cortasen la rama del árbol sobre la cual están sentados.

Por esta razón el antropocentrismo fuerte (por otro lado definido con el término más sugestivo de *cow boy ethics*), que considera al ser humano en el *hic et nunc* el único “objeto” de reflexión ética, pertenece afortunadamente a la historia de la ética ambiental. Quitando del panorama al antropocentrismo fuerte, la semántica antropocentrismo y antiantropocentrismo en la literatura de la Bioética se ha declinado en el tiempo, según un diverso matiz: las posiciones antropocéntricas, mejor definidas como antropocéntricas moderadas por tomar distancia de la así llamada *cow boy ethics*, son aquellas que sostienen que sea el hombre el que deba atribuir un valor al ambiente, al contrario, las posiciones antiantropocéntricas consideran que la naturaleza tenga valor intrínseco.

Medicina e Morale en los años 80-90 ha ofrecido una panorámica exhaustiva de las posiciones antropocéntricas llamadas moderadas, en particular aquella utilitarista, y de algunas perspectivas antiantropológicas, como por ejemplo la *Deep Ecology*.

El acercamiento antropocéntrico utilitarista es también definido recursismo ético para indicar el hecho de que a la naturaleza es atribuido un valor, en cuanto recurso.⁴ Sin embargo permanece el hombre como el único verdadero valor de referencia, porque la naturaleza tiene un valor exclusivamente si está orientada a la satisfacción de las necesidades humanas “materiales”.

En el ámbito de las posiciones antiantropocéntricas, emergía por su originalidad el movimiento de la *Deep Ecology* (DEM).⁵

La DEM parte del presupuesto de que cada ente que constituye el ecosistema sea una parte del todo, y que la naturaleza de cada parte esté determinada por su relación con el todo: entre identidad individual y ambiente no es posible instituir ningún confín neto, siendo ambos la misma cosa, observada desde perspectivas diferentes.⁶ De esta premisa deriva para los promotores del Movimiento la necesidad de una superación de las concepciones éticas que se fundan sobre el valor del yo como entidad separada y contemporáneamente la necesidad de una revaloración del sentido de identificación del yo con el mundo.⁷

De los años 90 en adelante el objetivo de la revista ha sido el de explorar otros horizontes de la Bioética del ambiente, en particular delinear mejor algunas perspectivas filosóficas que resultasen poco definibles al interior de un rígido criterio de clasificación dicotómica: antiantropocentrismo versus antropocentrismo, como por ejemplo la ética de la responsabilidad de Hans Jonas, la ética ambiental católica y las ecofilosofías a lo femenino.⁸

Ética de la responsabilidad⁷ y nearistotelismo en Hans Jonas⁸

La Bioética de Hans Jonas se define como Bioética Ecológica o Ambiental, cuya palabra clave es el cuidado de la Tierra como fuente de obligación moral para el ser-en del mundo futuro. El cuidado jonasiano tiene el *primum movens* en el miedo que, en consonancia con la acepción heideggeriana de cuidado, asume la fisonomía de preocupación angustiosa. La preocupación es específicamente dirigida a las suertes del mundo de la naturaleza, mundo que lleva en su seno la posibilidad de vida por la vida humana futura. En el pasado la “naturaleza se proveía a sí misma” y no era objeto de responsabilidad; ahora bien, para los efectos irreversibles y acumulables de la “praxis técnica”, ella aparece en toda su “vulnerabilidad”. “la responsabilidad –dice Jonas– es el cuidado por otro ser

cuando sea reconocido como deber, volviéndose –aprensión– en caso de que sea amenazada la vulnerabilidad de ese ser. Pero el miedo está ya encerrado potencialmente en la cuestión originaria de la cual se puede imaginar proceda toda responsabilidad activa: ¿qué cosa sucederá a aquel ser si yo no lo tomo bajo mi cuidado?”.⁹

El cuidado expresa por tanto un estado de ánimo de miedo (heurístico del miedo¹⁰) fruto de imaginación y de sensibilidad emotiva, para volverse deber moral. Con Jonas no es el placer del conocimiento sino el miedo del futuro o la preocupación por el hombre lo que motiva el pensamiento, que se construye como un acto precisamente de responsabilidad, en la óptica de una ética que toma su fundamento de una concepción antropológica integral: voluntad y razón son puestas en movimiento por emotividad e imaginación.

“Cuanto más obscura resulta la respuesta tanto más nítidamente delineada es la responsabilidad. Cuanto más lejano en el futuro, cuanto más distantes de los propios gozos y de los propios dolores, cuanto menos familiar es en su manifestarse aquello que es temido; tanto más la claridad de la imaginación y la sensibilidad emotiva deben ser movilizadas a aquel fin”.¹¹

“A la par de las acciones de nuestro poder, nuestro deber se extiende ahora sobre toda la tierra y alcanza el futuro lejano. Es un deber que nos toca a todos porque todos tenemos parte en las acciones y gozamos de las ventajas del poder colectivo. Aquí y ahora, así nos prescribe el deber, debemos frenar nuestro poder, es decir, limitar nuestro placer, por una humanidad futura que nuestros ojos ya no verán”.¹² “El futuro de la humanidad constituye el primer deber del comportamiento humano colectivo en la era de la civilización de la técnica vuelta, en modo negativo, omnipotente”.¹³

Hans Jonas es de hecho el teórico de un cuidado como *humus* de la obligación moral, el cuidado que modifica el nuevo poder tecnológico asumiendo responsabilidad. En el pasado la breve palanca del poder humano no requería la larga palanca del saber predictivo;

hoy el saber predictivo está siempre por debajo del saber técnico: sabemos aquello que hacemos pero sabemos poco de las consecuencias de nuestras acciones. Para llenar el *gap* entre poder y conocimiento, o debemos llenar nuestra ignorancia o bien debemos frenar nuestro actuar. Es este el sentido profundo de la ética de la responsabilidad: sentirse responsables en relación de lo desconocido y en relación de la amenaza que contradistinguen el futuro de la naturaleza y del hombre, inevitablemente unidos.

Con Jonas, la ética ambiental no está encaminada a no depauperar los recursos para garantizar una aceptable calidad de la vida (ética utilitarista), más bien, está destinada a subrayar los límites del poder de la técnica, con la intención de garantizar las condiciones de existencia de la humanidad futura (ética catastrofista de la responsabilidad por la vida). La sabiduría ya invocada por Potter que definía la Bioética como conocimiento de cómo usar el conocimiento, asume con Jonas una connotación más fuerte y urgente, porque es el único camino para evitar la catástrofe, para evitar que se verifique el primer daño temido, el no estar-ahí del hombre: “Actúa en modo que las consecuencias de tu acción sean compatibles con la supervivencia de las generaciones futuras”.¹⁴

La ética de la responsabilidad representa sin duda la parte más conocida del pensamiento de Jonas, no obstante la parte quizá más interesante, aunque indudablemente menos conocida, es su fundamentación de la ética, que ha sido definida “una biología filosófica”: “Jonas –escribe E. Berti– no duda en proponerse explícitamente una fundamentación metafísica de la ética, tomando como punto de referencia precisamente la metafísica de tipo aristotélico, entendida esencialmente como ontología teleológica, sin ninguna pretensión de determinar el fundamento último de la realidad. En términos aristotélicos se debería hablar a este respecto de una física, o de una filosofía de la naturaleza, más bien que de una metafísica entendida como ciencia de las causas primeras, o bien como teología, si bien racional. En esto consiste indudablemente un aspecto de originalidad del libro de Jonas, que lo distingue de todos

los otros tratamientos de la ética filosófica hoy en circulación”.¹⁵ El ser en la lectura de Jonas se expresa en la continua jerarquía entre los organismos vivos, con una progresiva estratificación de las finalidades: todo organismo tiene su interioridad-libertad y tiende a una finalidad, y toda finalidad es un bien en sí, un valor. La responsabilidad por el ser requiere asumir una responsabilidad hacia la vida, que es *conditio sine qua non* porque el ser vivo individual, el hombre particular, la entera naturaleza y toda la humanidad puedan alcanzar su propio fin.¹⁵ La estructura teórica es indudablemente sugestiva: la libertad germinal se explica en los niveles ascendentes de la evolución orgánica, hasta el nivel más evolucionado de la libertad, que es la humana. A todo paso “evolutivo”, el ser arriesga todo de sí mismo: el hombre, en el cual la libertad es desplegada y potenciada por el ingenio, lleva sobre sí la carga dramática de la responsabilidad por el ser mismo. Algunos autores consideran tal estructura poco exhaustiva en el momento de fundamentación de la obligación moral, en el paso de la ontología a la ética, tachándolo de falacia naturalista. ¿Por qué un organismo es un valor en cuanto tiene una finalidad, o bien por qué la vida del organismo vivo, orientada a un objetivo, se vuelve para el nombre fuente de obligación moral? Seguramente una fundamentación teológica de la ética habría permitido superar el *impasse* lógico, pero, como justamente hace notar Berti, “es digno de notar el rechazo por recurrir a la fe religiosa como fundamentación de la ética, rechazo motivado por el hecho de que la fe no está disponible por petición, por lo cual no es posible apelar a una fe carente o desacreditada”.¹⁶ Los caminos que unen el ser al deber ser, adoptados por Jonas, podremos decir que, por un lado siguen una lectura fenomenológica de la experiencia moral, por otro lado tienen una confrontación precisa en la estructura antropológica. La lectura fenomenológica de la experiencia moral muestra que la condición de vulnerabilidad del ser convoca mi responsabilidad: si el ser se encuentra en una posición de vulnerabilidad cae en mi esfera de acción y está expuesto a mi poder; el reclamo general de todo el ser

caduco y dotado de valor es dirigido precisamente a mí y se vuelve para mí un mandato. Un ejemplo fundamental de esto es ofrecido por el neonato, cuyo ser implica ya de por sí un deber por parte de cuantos tienen que ver con él.¹⁷ La otra condición que justifica la existencia de la responsabilidad en el hombre es su capacidad ínsita e innata de ser responsable de algo; la capacidad de responsabilidad del hombre es ya por esto último un deber ser presente en su ser: es un bien en sí, un valor que trasciende todos los otros, porque nos permite adherir a los otros valores presentes en el ser.¹⁸

Ética de la custodia¹⁹ y metáfora de la montaña²⁰

La clave de lectura católica de la relación hombre naturaleza es en general definida antropocéntrica:²¹ la ética católica puede ser definida como tal en cuanto reconoce al ser humano una superioridad ontológica respecto al resto de las creaturas.¹⁹

En el *ordo creationis* el hombre es el vértice de la creación y es la única creatura dotada de razón, capaz de escoger entre el bien y el mal y de asumir sobre sí la responsabilidad de sus propias acciones.²⁰ La ética ambiental católica, sin embargo, es impropriamente definida antropocéntrica en cuanto a su fundamentación, porque en el contexto católico el valor de las otras creaturas no es atribuido arbitrariamente por el hombre, más bien es conferido por Dios en el origen... Y Dios “vio que era bueno”²¹. El Cántico de las Creaturas de Francisco de Asís, considerado por muchos una especie de Manifiesto Ecologista es la completa expresión de tal conciencia: la creación no es un mero instrumento al servicio del hombre, más bien es expresión de la benevolencia divina, que se manifiesta en una pluralidad de formas.²² El hombre está por tanto llamado no a establecer, sino a reconocer la bondad de la creación y a colaborar “en el acto creador” de Dios.

El imperativo ético de la ética ambiental católica es el imperativo de custodiar y cultivar el jardín: cultivar, en cuanto el hombre

está llamado a modificar y plasmar la creación, porque es Dios mismo quien establece que sea el hombre quien ha de dominar sobre todos los otros seres vivientes; custodiar, en cuanto el dominio acordado por Dios al género humano no ha de ser considerado un poder absoluto, y el hombre no piense tener la libertad de usar, abusar o disponer de las cosas, como mejor le parezca.

Por tanto es “la custodia” lo que define los confines éticos del cultivar.

El hombre, en otras palabras, está llamado a colaborar en la creación, permaneciendo sólidamente anclado en la custodia del ser (el ser de la naturaleza y el ser del hombre).

¿Cómo el hombre puede custodiar al ser en la naturaleza?

Antes que nada recordando que la entera creación es un don de Dios. Por esto el hombre sabe “que no puede hacer impunemente uso de las diversas categorías de seres vivientes o inanimados en modo indiscriminado, según las propias exigencias económicas y que debe tener en cuenta la naturaleza de cada ser y de su mutua conexión en un sistema ordenado”. (Juan Pablo II. *Sollicitudo Rei Socialis*. n. 30)

¿Qué unión existe entre la custodia del ser de la naturaleza y la custodia del ser del hombre?

“El hombre no ha sido creado por así decir inmóvil y estático. La primera figura que de él ofrece la Biblia lo presenta sin duda como creatura e imagen definida en su profunda realidad del origen y de la afinidad que lo constituye. Pero todo esto introduce en el ser humano, hombre y mujer, el germen y la exigencia de una tarea originaria a desarrollar ya sea cada uno individualmente o como pareja en el respeto de la imagen recibida, fundamento claro del poder de dominio, a él reconocido en orden a su perfeccionamiento” (*Ibid*).

El hombre custodia el ser de la naturaleza cuando mira las otras creaturas, no animado por el deseo de poseerlas, sino animado por el deseo de descubrir en ellas la verdad, buscando leer en las cosas visibles el mensaje invisible de Aquel que las ha creado. (Juan Pablo II. *Centesimus Annus*. n. 37).

Por tanto, el ser humano, si no custodia el ser de la naturaleza, no sólo no cumple su tarea de respetar la verdad de las otras realidades creadas; más radicalmente no cumple la tarea originaria y fundamental que le ha sido fijada: realizar la imagen de Dios.

Por una parte, la ética de la custodia se funda sobre la concepción antropológica del hombre creado a imagen de Dios, por otra parte se define como bioética de las virtudes.

El hombre está entonces llamado a dar una respuesta a las siguientes preguntas: ¿Cuáles son los senderos justos para realizar la imagen? ¿Qué modalidades de relacionarse con las otras creaturas representan los caminos a recorrer para llevar la imagen a cumplimiento?

Los caminos están trazados por el ejercicio de las cuatro virtudes cardinales: prudencia, templanza, fortaleza y justicia, leídas en el contexto hombre ambiente.

A través de estas virtudes, el hombre custodia el ser de la creación, al mismo tiempo lleva a cumplimiento su propia naturaleza.

Siempre a propósito de las virtudes ecológicas, en la revista hemos querido presentar también algunas posiciones innovadoras presentes en el pensamiento contemporáneo.

En especial nos ha parecido particularmente sugestiva la metáfora alpi-mística de Francesco Tomatis:²³ el sendero de las virtudes es un sendero de montaña, arduo, capaz de abrirse a una dimensión vertical, en la cual el punto de llegada, la cima-límite pueda perfilarse en lo ilimitado-infinito del cielo.

La atribución de un valor simbólico y transfigurante a la naturaleza (en este caso específico la montaña) traslada evidentemente la relación hombre-ambiente a un nivel mucho más elevado: la naturaleza no es ya el otro, diferente de sí a respetar como condición de supervivencia, sino el otro que “yo” interrogo para definir el itinerario de mi camino; la naturaleza no es ya sólo objeto de “mi” actuar moral, se vuelve incluso interlocutor, vía de acceso a experiencias morales y metafísicas. Las respuestas a nuestras inquietudes esenciales toman la forma de exigencias morales, reflexiones sobre

la filosofía de la naturaleza hasta asumir la fisonomía de una verdadera y propia inspiración mística.

La analogía entre el camino del alpinista y nuestro camino en la vida; se separa en diversos itinerarios, los senderos más o menos arduos de nuestra existencia: el sendero del pensar, el sendero de la desnudez, el sendero del amor, hasta llegar a la experiencia mística en la cima de la veta.

El sendero de la desnudez indica el estado antropológico fundamental que hace posible la apertura a la trascendencia; la desnudez, dice Tomatis, es renuncia a todo “egoísmo isociable”, a todo automatismo, y pura potencialidad.

“No existe sólo el alpinismo sino un auténtico acceso a la montaña en general sin experiencia del límite, del vacío o en otros términos, de la carencia, de la indigencia, de la pobreza y humildad, como su resultado último a toda empresa alpinista, actividad de montaña, actuar dirigido o vuelto a lo vertical. No que la montaña conceda sólo aquello: un fruto negativo o flor del desierto, a los hombres. Sin embargo, el primer verdadero resultado, lo único aceptable del actuar montano es esa experiencia en negativo y además ella puede ser única *conditio sine qua non*, (condición necesaria, aún si no suficiente), de experiencias ulteriores, incluso auténticamente positivas... Porque por sus características de esencialidad, extremidad y simplicidad, escasa antropologización y transformación cultural; el ambiente montano encierra en sí toda expectativa del hombre; hasta en los elementos constitutivos esenciales despojados de oropeles, desnudos hasta la vida misma”.²⁴

Por tanto la virtud ecológica, que en la lectura de Tomatis resulta ser como fundamento de todas las otras virtudes, verdadera y propia *conditio sine qua non* para su ejercicio, es la humildad.

“Es importante saber que acercarse a la montaña es posible sólo con los propios medios ya sean pequeños o grandes. Llegar a su presencia presupone una actitud humilde, de quien no piensa poderla tocar sólo gracias a sus capacidades individuales. (...) No se

remos nosotros quienes conquistarán la cima, si antes ella no habrá suprimido en nosotros todo egoísmo demasiado volitivo”.²⁵

La humildad tanto en el montañés como en el alpinista no se traduce en inmovilidad, es una humildad que impulsa a la acción, una acción promovida por la consciencia de sí en la inteligencia de los propios límites, inteligencia que suscita paciencia y actuación: no a un paso apresurado quien recorre un sendero difícil, sabe que un andar acompasado es indispensable para alcanzar la meta, pero sabe también que paradas demasiado prolongadas alejan los tiempos de la meta, y la atención a los tiempos “cronológico y atmosférico” son muy importantes para quien camina “en la montaña”.

Ecofeminismo²⁶ y ecofemenino²⁷

En 1974 la feminista francesa Francoise d'Eaubonne acuñó el término ecofeminismo para indicar la presencia de una conexión entre mujer y naturaleza, ambas víctimas del dominio machista y patriarcal.²⁶

El dominio sobre la mujer y sobre la reproducción, afirma d'Eaubonne, es causa de la sobrepoblación y el dominio sobre la naturaleza es causa del empobrecimiento progresivo de los recursos, la terapia ecofeminista es por tanto eliminar las lógicas de dominio, promoviendo la igualdad social en las relaciones entre hombre y mujer, la colectividad y el ambiente.

Como confirma Luisella Bataglia, el feminismo ha imputado a la cultura occidental y patriarcal los siguientes cargos: el androcen-trismo, según el cual la cultura se funda sobre experiencias masculinas y sobre metáforas tradicionalmente asociadas a ello; el dualismo comportamental, debido a la distinción-separación entre seres detentores de derechos y seres privados de derechos; la jerarquía social, que establece diferencias de *status* tanto intra como infra; el atomismo que lleva a no tener en cuenta las relaciones considerando sólo los entes aislados; el abstractismo ético, que lleva a ignorar las necesidades y los sentimientos particulares a favor de un uni-

versal descontextualizado. En particular el ecofeminismo ha centrado la atención en el androcentrismo y el patriarcado, como su expresión social.

Ynestra King subraya que, en la perspectiva ecofeminista, feminismo y ecología se enriquecen recíprocamente, dando vida a un feminismo que es ecológico y a una ecología que es feminista. En analogía con la clasificación en general utilizada por el feminismo, el ecofeminismo puede ser distinguido en liberal, cultural, radical. El ecofeminismo liberal tiene el objetivo de obtener el reconocimiento de leyes respetuosas del ambiente. El ecofeminismo cultural se basa sobre la asunción de la diferencia tanto biológica como social entre hombres y mujeres, poniendo el acento sobre la devaluación social de la mujer y de la naturaleza, con la intención de revalorarlas a ambas. El ecofeminismo radical se sitúa en oposición a los dos precedentes y tiene la finalidad de abatir el sistema patriarcal origen de la subordinación de mujeres y naturaleza. Un ecofeminismo *sui generis* es el ecofeminismo de los países en vías de desarrollo, que centra su atención sobre la globalización, poniendo el acento sobre el hecho de que los cambios económicos por ella causados modificarían en sentido peyorativo la vida cotidiana de las mujeres indígenas en los países en vías de desarrollo, en particular en la India.²⁷

En el debate bioético, el término bioética en femenino es tal vez considerado como sinónimo de bioética feminista; según tal acepción la bioética en femenino contradistinguiría el acercamiento a la bioética del así llamado feminismo cultural, distinto y distinguible tanto del acercamiento liberal como del radical. La elección realizada por mí en el libro *La bioética en femenino*²⁸ ha sido en cambio aquella de tomar mayormente distancia del feminismo, la denominación de bioética en femenino, más bien que feminista, ha sido de hecho dictada por el intento de subrayar una irreducible diferencia de fondo entre las dos perspectivas. En la óptica de la lucha social y política de reivindicación feminista, las mujeres se ponen en una posición de antagonismo en relación del sentido masculino, la con-

secuencia prácticamente inevitable es que las mujeres, aún diciendo rechazar la lógica de imposición y dominio que ha tradicionalmente animado el pensamiento y el comportamiento machista, terminan por asumir la misma lógica que pretendían contestar, el feminismo se vuelve entonces la otra cara del machismo, del abuso de los hombres se pasa al abuso de las mujeres. La diversa denominación en femenino querría en cambio indicar el rechazo *a priori* de toda lógica de poder y abuso, tanto aquella impulsada por el machismo como la fomentada por el feminismo, que constituyen los dos polos de la lucha entre los géneros. Una semejante distinción semántica se sitúa entre el ecofeminismo y ecofemenino. Podemos definir el pensamiento ecofilosófico en femenino, una ecofilosofía fundada sobre la ontología relacional²⁹ que estructura un pensamiento pacifista y radicalmente no violento, que mira a reconciliar las relaciones entre el género humano y la naturaleza, así como entre el hombre y la mujer, según el principio femenino de la interconexión. En esta óptica, Karen Warren³⁰ ofrece una perspectiva del ecofeminismo centrado sobre el cuidado. Warren considera que el cuidado sea definible como un *mixage* de inteligencia racional y de inteligencia emocional, representando esta última el sustrato de nuestra capacidad de tomar bajo nuestro cuidado a nosotros mismos y a los otros. La ética ecofeminista, afirma ella, debe ser anti-sexista y antirracista, anticlasista, antinaturista, y oponerse a todos los “ismos” que denotan una lógica de dominio: “para los eticistas ecofeministas cómo un agente moral está en relación con “otro –y no simplemente la naturaleza del agente moral y del otro, o bien los derechos, los deberes y las normas que aplica un agente o un “otro– es de central importancia. El acercamiento ecofeminista de Warren, en cuanto se propone abolir toda lógica de dominio y los ismos a ella relacionados, podría quizá más propiamente ser definido ecofemenino. Un peculiar acercamiento ecofemenino es aquel fundado sobre el personalismo en femenino o de la ética del tomar bajo su cuidado. Importantes claves interactivas de la relación hombre-naturaleza en tal perspectiva son la atención y el cuidado.

El concepto de atención encuentra sus orígenes en el pensamiento de Simone Weil: “La atención consiste en el suspender el propio pensamiento, en dejarlo disponible, vacío y permeable al objeto, en el mantener en proximidad del propio pensamiento, pero a un nivel inferior y sin contacto con él, los diversos conocimientos adquiridos que se está obligado a utilizar. El pensamiento, respecto a todos los pensamientos particulares preexistentes, debe ser como un hombre sobre una montaña, que mirando a lo lejos vislumbra al mismo tiempo debajo de sí, aún sin mirarlos, muchos bosques y valles. Y, sobre todo, el pensamiento debe ser vacío, en espera; no debe buscar nada sino estar listo para recibir en su desnuda verdad el objeto que está por penetrar”.³¹ La atención denota por tanto el acto de contemplación... “El amor” –dice Weil– “no sabe contemplar, quiere poseer (...) Método para comprender (...) No buscar sino observar hasta que surge la luz”.³²

La atención revela una dimensión esencial de la creación: su ser misterio y don. La mirada atenta de una relación que hace transparentar el ser del otro como irreducible al yo, la deferencia entre mi y el diferente de mí.

El cuidado revela una dimensión esencial de la creación: su ser evento. El evento hace emerger el dinamismo del ser, la búsqueda de un cumplimiento en la relación de cuidado con el otro, relación que lleva a cumplimiento no sólo al otro, sino también a mí, en las respectivas irreducibles diferencias.

Según esa perspectiva, tomar bajo su cuidado la creación significa reconocer la esencialidad de una peculiar unión del ser humano con la creatura, reconocer en ella una cierta sintonía con nuestro ser. La primera y más inmediata expresión de relación del hombre con el ambiente y la relación de cuidado con el ambiente-casa, relación que Sally Gadow,³³ por ejemplo, llama *inherencia*. El término inherencia, dice Gadow, quiere indicar que la existencia humana por un lado siempre estructura el mundo que la circunda, por otro lado no es nunca independiente y separada de él. El ecosistema,

ella afirma, es una red abstracta de espacios, mientras que la inherencia concretiza el espacio en el lugar y el espacio concretizado en el lugar, es llamado *casa*. La ecología se vuelve por tanto la lógica de la casa, un ideal de inseparabilidad del hombre interconectado con específicos tiempos y lugares. La ecología como lógica de la casa —afirma Gadow— sustancia un específico modelo ético: una ética de la inercia, o bien del cuidado en relación del lugar en el cual vivimos. El lugar, afirma ella, significa situación, pasaje de significados no trazados, de memorias y esperanzas, conocidos solamente a quien es vivido y vive en la casa. En nuestra cultura occidental, la pérdida del significado de ambiente-casa puede considerarse uno de los signos fundamentales de la crisis ecológica. La perspectiva de la tutela del ambiente como casa para el hombre y en particular para las futuras generaciones, emerge también de la lectura de algunas páginas de Hannah Arendt. En el pensamiento de la Filosofía el tiempo cronológico de la finitud humana es sublimado en la temporalidad “infinita” del mundo que continua, indisolublemente ligado a la vida de la tierra. Y es en el amor por el mundo humano que encuentran espacio el amor por la vida y el amor por la tierra; de hecho es necesario cuidar la tierra para que el mundo de las personas sobreviva.³⁴

Hannah Arendt hace derivar su preocupación ecológica de la reflexión sobre la importancia de hacer posible el mundo de los hombres y la acción del hombre: la acción humana es posible, sólo si es posible el nacimiento de nuevos hombres, y el nacimiento será posible sólo si será posible la vida sobre esta tierra; la tierra es por tanto la quinta esencia de la condición humana. En el pensamiento de Arendt el amor por la naturaleza como hábitat es generado por la esperanza de que nuevos nacimientos puedan existir sobre la tierra y que nuevos hombres puedan continuar habitando el mundo. La ecofilosofía de Hannah Arendt es una ecofilosofía que no dudaría en definir antropocéntrica: el preferir el ser al no ser, de hecho sustancia una ética ecológica, pero al mismo tiempo denota un espíritu profundamente antropocéntrico, porque el

amor por el ambiente vital es un amor indirecto, generado por el prioritario y fundamental amor por el género humano.

Referencias bibliográficas

¹ SGRECCIA E, FISSO MB (curador). *Etica dell'ambiente*. Medicina e Morale 1997; 3: 10.

² *Ibid.*, p. 12.

³ *Ibid.*, p. 13.

⁴ *Ibid.*, p. 31.

⁵ El término *Deep Ecology* ha sido acuñado por el filósofo noruego Arne Naess. Se vea: NAESS A. *The deep ecological Movement: some philosophical aspects*. Philosophical Inquiry 1986; 8: 10-31.

⁶ *Ibid.*

⁷ A la ética de la responsabilidad de HANS Jonas se ha hecho referencia en: MELE V. *Il depauperamento dell'acqua come problema bioético*. Medicina e Morale 2007; 3: 655-662.

⁸ Para el neoaristotelismo y la filosofía de la biología de HANS Jonas en la revista se vea la reseña de V. MELE al libro de: FURIOSI ML. *Uomo e natura nel pensiero di Hans Jonas*. Milano: Vita e Pensiero 2003, en: Medicina e Morale 2004; 3: 873-875.

⁹ JONAS H. *Il principio responsabilità*. Turín: Einaudi; 1990: 215.

¹⁰ *Ibid.*, p. 34.

¹¹ *Ibid.*, p. 215.

¹² ID. *Tecnica, libertà e dovere*. Humanitas 1989; 1: 236.

¹³ ID. *Il principio...*, p. 175.

¹⁴ *Ibid.*, p. 16.

¹⁵ BERTI E. *Il neoaristotelismo de Hans Jonas*. Iride 1991, tomado de: FURIOSI. *Uomo e natura...*, p.43.

¹⁶ *Ibid.*, p. 50.

¹⁷ *Ibid.*, p. 57.

¹⁸ JONAS. *Il principio responsabilità...*, p. 224.

¹⁹ Para la ética de la custodia véase: SGRECCIA, FISSO. *Ética del ambiente...*; MELE V. *Organismi geneticamente modificati: la lettura bioetica personalista*. Medicina e Morale 2005; 1: 201-215.

²⁰ Para la montaña como metáfora ética véase la reseña de V. Mele al texto de: TOMATIS F. *Filosofia della montagna*. Milán: Bompiani; 2005, en: Medicina e Morale 2005; 6: 1363-1366.

²¹ SGRECCIA, FISSO. *Etica dell'ambiente...*, p. 20.

²² HUFGES JD. *Francis of Assisi and Diversity of Creation*. Environmental Ethics 1996; 18:311-320.

²³ TOMATIS F. *Filosofia della montagna*. Milán: Bompiani; 2005.

Ética y colocación de los recursos en la salud*

*D. Sachini**, *P. Refolo***, *R. Refolo**,
*N. Camoretto***, *M.L. Di Pietro****, *A.G. Spagnolo*****

Resumen

La contribución recorre el debate sobre el tema de la ética y la colocación de los recursos en ámbito sanitario en los últimos sesenta años de publicaciones de la Revista *Medicina e Morale*. Apelando a algunas fuentes documentales que certifican la inserción de esta temática entre los objetos de indagación de la disciplina bioética, sigue una breve reseña de los contenidos de todos los escritos de la Revista en la materia, una discusión de los elementos que la contradistinguen y la indicación de las perspectivas de publicación deseables.

Summary

Ethics and resource allocation in health care

The article deals with the debate on ethics and resource allocation in health care over the past sixty years of the Journal *Medicina e Morale* publications. The reference to some documental

* Investigador en Bioética.

** Doctor en investigación en Bioética.

*** Profesor Asociado de Medicina Legal y de los Seguros, Instituto de Higiene;

**** Profesor titular de Medicina Legal y de los Seguros, Instituto de Bioética, Facultad de Medicina y Cirugía "A. Gemelli", Universidad Católica del Sacro Cuore, Roma (E-mail: dsachini@rm.unicatt.it).

Publicado en *Medicina e Morale*: 2010/6. Págs: 1039-1051

sources certifying the inclusion of this issue among the objects of investigation of bioethics discipline is followed by a brief overview of the contents of all text of the Journal on the subject, a discussion of the elements that mark them and the indication of the prospects of publication that are desirable.

Palabras clave: colocación de los recursos, sistema sanitario, economía.

Key words: resource allocation, health care system, economy.

Introducción

La ética de la colocación de recursos en salud representa un tema del cual la Bioética se ha ocupado desde sus orígenes. Esto puede ser fácilmente verificado consultando, por ejemplo, la primera edición (1978) de la célebre *Encyclopedia of Bioethics*¹ coordinada por Warren T. Reich, que puede ser, justamente considerada uno de los textos que ha “certificado” el desarrollo de la bioética como disciplina, a algunos años de distancia de la institución potteriana.² Una rápida mirada a las diversas voces sobre el tema, en particular “*Rationing of medical treatment*”³, “*Justice*”⁴ y “*Obligations to future generations*”⁵, muestra, de hecho, cómo el interés de la Bioética por aquello que en adelante será codificado con el tema de la “ética de la colocación de los recursos en la salud” sea ya a este nivel de reflexión, plenamente explicitado.

La primera voz, elaborada por James F. Childress, identifica una tarea importante para la Bioética: explicitar –incluso en relación con la opinión pública– los criterios utilizados por los médicos en la colocación de recursos escasos. Ha de notarse que semejante rol ha de entenderse no tanto en el sentido de una identificación del “sistema” perfecto de distribución, sino de una individualización de los criterios de colocación injustos o injustificados, frecuentemente usados inconscientemente por los médicos.

También la segunda voz, redactada por Joel Feinberg, afronta el tema de los recursos médicos escasos. Los interrogantes de fondo suscitados en la intervención conciernen, de hecho, la distribución de los recursos médicos entre los ciudadanos de un estado democrático. En particular, se nos pregunta si ella deba ser regulada por procedimientos de libre mercado, por un cálculo utilitarista o bien por una referencia a un principio de justicia, el cual proclama un igual derecho a la tutela de la salud para toda persona, independientemente del rédito, de la posición geográfica o de los servicios ofrecidos a la sociedad.⁵

La tercera voz, en fin, realizada por Martin Golding, confía a la Bioética una tarea innovadora, que consiste en el hacerse cargo de las obligaciones en relación de las futuras generaciones y de su bienestar, obligaciones que imponen la consideración de los vínculos económicos.

Otro ejemplo que testimonia el interés de la naciente Bioética por este tipo de reflexiones es dado por su profundización en el volumen *Principles of Biomedical Ethics*,⁶ publicado en 1978 por Tom L. Beauchamp y James F. Childress, texto que ha marcado profundamente el debate de la disciplina. Como observa Salvino Leone en su Manual de Bioética,⁷ el relieve dado por los dos autores al tema de la justicia —en particular, por lo que concierne a los problemas inherentes a la colocación de recursos escasos— es tal que es presentada como uno de los cuatro “pilares” sobre los cuales es erigido todo el edificio bioético.

Un ulterior reconocimiento de la asunción de este tema como objeto de estudio de la materia es el conocido *Documento de Eirce sobre las Relaciones de la Bioética y de la Deontología Médica con la Medicina Legal* (1991), que, refiriéndose en gran parte a los contenidos de la primera edición de la *Encyclopedia of Bioethics*, reconoce a la Bioética competencia sobre “los problemas sociales ligados a las políticas sanitarias (nacionales e internacionales), la medicina ocupacional y las políticas de planificación familiar y el control demográfico”.⁸

La inserción de estas temáticas en los ámbitos de pertinencia de la disciplina no es, sin embargo, considerada una dinámica presupuesta del todo, si sólo se reflexiona sobre el hecho que apenas pocos decenios antes de la impostación epistemológica robbinsiana,⁹ en línea con la valoración de la así llamada “ley de Hume”¹⁰ y de la célebre tesis de la no valoración de las ciencias sociales de Max Weber,¹¹ había celebrado el definitivo divorcio entre economía y ética;¹² o bien que todavía en 1995 Paul T. Menzel, a la voz “*Economic concepts in health care*” en la segunda edición de la *Encyclopedia of Bioethics*¹³ de Reich, refiere la presencia de dos orientaciones contrapuestas sobre la ética de la colocación en salud, o sea aquella de los “incompatibilistas” –según los cuales la petición de eficiencia social no puede conciliarse con las obligaciones éticas de los médicos– y aquello de los “reconciliacionistas”– que, al contrario, consideran posible una composición (*trade-off*) del conflicto.

Con el paso del tiempo, los prejuicios de partida han sido abundantemente superados y hoy el tema en objeto representa una constante del debate bioético, testimoniado por la producción de un amplia literatura.

Ética y colocación de los recursos en la salud en la revista *Medicina e Morale*

En sus sesenta años de publicación, la Revista *Medicina e Morale* se ha mostrado bastante sensible al tema de la ética de la colocación de los recursos en ámbito sanitario, si bien el número de las contribuciones, en términos relativos, no sea particularmente elevado: 23. comprensivamente).

Más en detalle, los artículos publicados en el decenio 1980-1990 han sido 2; 10 los publicados en el decenio 1990-2000; 11 en el decenio 2000-2010; por tanto una tendencia creciente en el tiempo.

Queriendo en cambio realizar una distinción¹⁴ entre las contribuciones de discusión general y los artículos especializados o apli-

cativos, al primer grupo son adscritos 18 trabajos, 5 al segundo. Los trabajos del primer grupo pueden, a su vez, ser ordenados en torno a cuatro grandes áreas temáticas: la relación ética-economía, la relación economía-salud, las estrategias colocativas en ámbito sanitario y la organización y *management* de los sistemas sanitarios.

Procediendo en orden cronológico de publicación, las contribuciones que afrontan el tema de la relación entre ética y economía son tres: *Economía y ética en el desarrollo del Sistema sanitario italiano*¹⁵ de Adriano Bompiani, *Economía y ética en el pensamiento de Juan Pablo II*¹⁶ de Stefano Zamagni y *Para una relación de buena vecindad entre economía sanitaria y bioética*¹⁷ por obra de algunos de nosotros.

La contribución de Bompiani realiza un detallado examen de las relaciones entre el principio de justicia y la economía sanitaria, dirigido a demostrar que las propuestas de la bioética personalista resultan ser aquellas más convincentes si bien requieran un trabajo de interpretación de los “parámetros económicos” caso por caso y una gran responsabilidad por parte de los operadores sanitarios en el gestionar los recursos comunes.

El trabajo de Zamagni –incluido al interior de una fascículo monográfico ilustrativo del magisterio de Juan Pablo II sobre temas de interés bioético– muestra cómo la temática económico social haya sido *magna pars* del pensamiento del Papa Wojtyła, focalizando la atención sobre tres cuestiones específicas: la relación entre trabajo y persona, las nuevas pobrezas también en las sociedades avanzadas, y el rol del principio de subsidiariedad en la articulación de un nuevo modelo de bienestar.

El tercer trabajo, en fin, ofrece un detallado análisis de las diversas interpretaciones de la relación entre ética y economía, de Adam Smith a la edad contemporánea, intentando al mismo tiempo justificar, desde el punto de vista epistemológico, la pertinencia de las consideraciones éticas en las decisiones de economía sanitaria.

Tres son también los artículos que afrontan la temática de la relación entre economía y salud: *Economía y salud: consideraciones éticas*¹⁸ de Elio Sgreccia –que, por otra parte, representa el primer artículo

publicado en la Revista *Medicina e Morale*, en orden cronológico, sobre el tema de la ética y la colocación de los recursos en ámbito sanitario—; *Economía y salud*⁹ de Carlo Lucioni y *Valores comunes y política sanitaria por una Europa Unida*²⁰ de Ignacio Carrasco de Paula y Dario Sacchini.

El primero, luego de una revisión sobre la hasta entonces exigua literatura (el año de publicación es 1986), intenta individualizar los factores de incremento del gasto sanitario cumpliendo, al mismo tiempo, una innovadora —para ese tiempo— crítica, de un punto de vista ético, de un tipo de análisis económico, que tendrá sucesivamente amplísima resonancia, es decir el análisis costos-beneficios. También la segunda contribución afronta el tema del crecimiento del gasto sanitario público, indicando, entre otras cosas, los riesgos en los cuales se podría incurrir cuando no hubiesen encontrado actuación reformas adecuadas. El tercer artículo, en fin, profundiza la temática de la individualización de los hitos de valoración sobre los cuales se construiría una política sanitaria adecuada a la compleja realidad de lo humano y en línea con la perspectiva de la Unión Europea.

El grupo de trabajos sobre las estrategias de colocación en ámbito sanitario es el más nutrido. En orden cronológico encontramos: *Economía y política como ideología. El problema del racionamiento de los cuidados sanitarios*²¹ de Antonio Puca; *Algunas consideraciones éticas en torno al concepto “calidad de vida” como criterio para la asignación de recursos sanitarios*²² de Dolores Voltas; dos contribuciones de Laura Palazzani: *Teorías de la justicia y colocación de los recursos sanitarios*²³ y *Por una justa distribución de los recursos según la bioética personalista*²⁴, *¿Cuál economía sanitaria para el respeto de la persona?*²⁵ de Stefano Zamagni, *Estrategias de colocación para la persona en economía*²⁶ de Carlo Hanau y *Equidad, racionamiento, derecho a los cuidados sanitarios*²⁷ también de Zamagni.

Si el estudio de Puca examina a nivel general el problema de la colocación de los recursos en el ámbito sanitario y de la organización de los sistemas sanitarios, valorando sus implicaciones éticas y

sociales, el de Voltas tiende a evidenciar los límites de las impositaciones que utilizan el concepto de “calidad de vida” como criterio de decisión para distribuir equitativamente los recursos. En cambio, son dedicados al reconocimiento sobre las diversas concepciones de justicia en Salud respecto a los criterios éticos para la distribución de los recursos sanitarios según la perspectiva personalista, las dos contribuciones de L. Palazzani. Hanau afronta también el tema de la colocación de los recursos sanitarios según una perspectiva ético-política de tipo solidario, y profundiza en modo analítico algunos instrumentos para la valoración de la eficacia y de la eficiencia de las intervenciones sanitarias (por ejemplo, los *Quality-Adjusted Life Years* (QALYs), resaltando fortalezas y debilidades.

En fin, Zamangi, en su propia contribución examina críticamente la noción de “libertad de elección” aplicada al área de los servicios sanitarios, formulando la propuesta –con el fin de superar la creciente distancia entre recursos y gastos– de transitar de la noción de “distrito sanitario” a la de “distrito industrial sanitario”; en la segunda contribución, luego de haber corroborado la tesis por la cual el bienestar sanitario deba permanecer universalista, indaga las causas que hacen problemático el universalismo sostenible en Salud y compara, críticamente, los diversos acercamientos a la fijación de las prioridades (*target de salud*, *estudios de costo de la enfermedad* (*burden of disease*), tablas de QALYs, la *urgencia* (*avoidable death*) y la *pertinencia*).

Algunos artículos, en fin, son agrupables en torno al tema de la organización y administración de los sistemas sanitarios: *Lo nuevo de los sistemas de financiamiento de los hospitales públicos y privados. Algunas reflexiones sobre el tema*²⁸ de Orazio Pennelli y Luigi Pacilli; *Organizaciones y management para la calidad total de la prestación sanitaria. Implicaciones clínicas y éticas*²⁹ de Domenico D’Ugo, Andrea Cambieri, L. Mascellari y Filippo Berloco; *Aspetti evolutivi ed implicazioni etiche della legge 833*³⁰ de Walter Ricciardi; *Qualidades médicas y gobierno multistakeholder delle strutture sanitarie. Hacia la post-industrialización*³¹

de Stefano Zamagni y *Federalismo en Salud y Justicia: el ABC para una reflexión bioética y jurídica*³² de Vincenza Mele.

El artículo de Pennelli y Pacilli discute las ventajas y las dudas de carácter ético acerca del sistema de financiamiento del gasto sanitario de hospitales, introducido en Italia en enero de 1995 para contrastar el continuo incremento del gasto hospitalario, llamado “como prestación” o “con tarifa” y basado sobre el sistema de clasificación de la casuística según los *diagnosis related groups* (DRG). La contribución de D’Ugo, Cambieri, Mascellari y Berloco afronta la temática de los criterios de adecuación de los internamientos en hospitales; mientras el de Ricciardi analiza la evolución del sistema sanitario nacional. Por otra parte, el trabajo de Zamagni argumenta a favor, tanto de un modelo de gobierno *multistakeholder* de las estructuras sanitarias, como de la valoración de las motivaciones intrínsecas respecto a aquella de los esquemas de incentivos. Por último, el de V. Mele indaga los principales problemas suscitados por la inminente reforma en sentido federalista del sistema sanitario italiano.

Por lo que se refiere a las contribuciones de tipo especialista, uno, por Laura Palazzani, Vincenza Mele y Elio Sgreccia sobre *Colocación de los recursos y calidad de la vida en oncología: consideraciones éticas*,³³ examina los criterios para la distribución de los recursos en ámbito oncológico, tanto bajo el aspecto de la macro- como de la micro-colocación, evidenciando también el rol de la consideración de la calidad de vida en relación al utilitarismo social, al individualismo liberal y al contractualismo.

Una segunda contribución, realizada por Luigi M. Petrosino sobre *Ética médica y honorario de los médicos*,³⁴ focaliza la atención sobre el honorario del médico, profundizando en el impacto socio-económico, la incidencia psicológica y los límites éticos.

Una tercera contribución, compuesta por Alberto Giannini sobre *El dilema del último lecho: colocación de recursos limitados en reanimación*,³⁵ luego de una profundización sobre la naturaleza y la finalidad de la actividad reanimatoria, examina las posibles causas de la

reducción de la disponibilidad de camas en reanimación, las modalidades con las cuales habitualmente los médicos afrontan las condiciones de la reducida disponibilidad de recursos y las líneas-guía para afrontar situaciones de *triage*.

Los últimos dos artículos de corte especialista están dedicados a una materia bastante reciente para el panorama italiano, o sea los procesos de valoración de las tecnologías sanitarias (*Health Technology Assessment* o HTA): el primero, por obra de Dario Sacchini y Pietro Refolo sobre *El Health Technology Assessment (HTA) y sus aspectos éticos*,³⁶ introduce el concepto de HTA, aclara sus elementos, objetivos y críticas, poniendo las bases para una reflexión sobre la valoración ética en el seno de los procesos de HTA; el segundo, por obra de Sacchini, Refolo y Andrea Viridis sobre *Los acercamientos a las valoraciones éticas en los procesos de Health Technology Assessment*,³⁷ realiza un reconocimiento sobre las principales metodologías utilizadas por las agencias/grupos de trabajo de HTA para efectuar las valoraciones éticas, integrándola con detalles sobre su génesis, algún punto crítico y algunas observaciones sobre su aplicación.

Discusiones y perspectivas

Ante una lectura sincrónica de los textos publicados en *Medicina e Morale*, tres parecen ser, por así decir, los mínimos comunes denominadores conceptuales entre ellos comprensiblemente interconectados:

— El primero consiste en el considerar que los problemas económicos en ámbito sanitario son problemas que, en cuanto involucran decisiones entre fines diversos, no son resolubles recurriendo sólo a los si bien necesarios instrumentos técnicos; sino requieren la referencia a sistemas axiológicos declarados. En otros términos, lejos de la presunta no valoración del sentido weberiano —por otra parte superada por la reflexión filosófica contemporánea— las decisiones económicas de operadores en Salud deberían ser dotadas de una siempre mayor valencia ética y normativa.

— El segundo punto está representado por la crítica a la mitificación de los modelos empresariales en ámbito sanitario, los cuales han, fuera de dudas, respondido a la exigencia de mejorar el uso de los recursos, elemento en línea de principio éticamente no despreciable. El problema parecería residir, sin embargo, en la ilusoriedad y en la perniciosidad de una acrítica aplicación de dichos paradigmas que, si bien válidos en otros sectores, no pueden ser aplicados “tout court” al área sanitaria. Esta última necesitaría, de hecho, de una inevitable coordinación con la dimensión ética a través de la cual valorar no solamente los recursos empleados y los pesos relativos a ellos, sino también los resultados conseguidos.

— el tercero se enfoca sobre cómo en lo concreto poner al centro la persona humana en la construcción de las políticas sanitarias, según una lógica de superación —o, si se quiere, a la búsqueda de un *trade-off*— tanto de aquellos procedimientos basados sobre el provecho individual que frecuentemente termina por descuidar los efectos sociales de la “acción libre”, tanto como aquellos del “todo social”, que pueden llegar a sacrificar el bien del individuo por una instancia colectiva.

De una lectura diacrónica de las contribuciones, en cambio, se pueden especificar tres fases de elaboración:

— una fase inicial de “denuncia” de las críticas de los sistemas sanitarios actuales, acompañada del intento de analizar las causas;

— una fase de reflexión teórico-práctica, con la confrontación de los diversos paradigmas a disposición;

— una fase más reciente de puesta a punto de instrumentos operativos, funcionales a un ahorro de recursos éticamente compatibles.

Es precisamente sobre estos últimos que es previsible y deseable que la Revista *Medicina e Morale* alimente el debate en la prosecución de sus publicaciones.

Más allá de la ya citada HTA —cuya discusión de los aspectos éticos no se puede ciertamente decir, en la situación actual, concluida, necesitando de la elaboración de una metodología compartida de trabajo—,

los instrumentos teórico-prácticos que el panorama internacional pone actualmente a disposición son numerosos, pero todavía relativamente poco conocidos y usados en el contexto italiano.

Ejemplos de esto son la *ética organizativa*, que profundiza el conjunto de las dinámicas éticas vigentes al interior de las estructuras sanitarias, que se aplican y sufren las consecuencias de la actividad clínica, administrativa, organizativa, ordenadora, en la más general lógica de la así llamada *governance* de los sistemas de salud a nivel macro, medio y micro;³⁸ la *Evidence-based Health Care (EBHC)*, o sea la extensión de la lógica basada en las pruebas de eficacia (iniciada con la conocida *Evidence-based medicine (EBM)*)³⁹ a la planificación de la política sanitaria;⁴⁰ el *Risk management*, que representa el conjunto de las diversas acciones complejas puestas en acto para mejorar la calidad de las prestaciones sanitarias y garantizar la seguridad del paciente;⁴¹ el *Priority setting*,⁴² o sea el proceso definitorio de las prioridades en el campo de la asistencia sanitaria y, más en general, de las promociones de la salud; o, incluso, el *Outcome research*, es decir la ponderación del valor de los diversos tipos de intervención médico-sanitaria (desde simples suministros de fármacos a complejas estrategias asistenciales) en el contexto de los reales *setting* operativos.⁴³

Algo deberá/podrá ser, sin embargo, profundizado también a nivel de la reflexión teórico-práctica: frente a la gestión cada vez más exigente de la Salud y a los problemas que esta última determina a diversos niveles, el adherir a un cierto modelo de justicia y el inspirarse a determinados principios no vuelven fácil la composición de los juicios y el actuar de las decisiones, si ellos no se acompañan de criterios operativos intermedios. El riesgo, en otros términos, es que –definido un si bien coherente marco teórico– nos encontremos luego no preparados para tomar posición sobre arduos interrogativos como por ejemplo: operativamente hablando, ¿cuál sea la discriminante al establecer si la introducción de un determinado tratamiento sanitario satisfaga las exigencias de una

ecua colocación de los recursos? O incluso, ¿por qué colocar mayores recursos en un sector asistencial más que en otro? Y, en fin, ¿cuándo y en cuáles condiciones es oportuno el delisting de una cierta tecnología sanitaria?

En este frente la vía concretamente transitable parece ser aquella de una integración entre competencias diversas (económicas, clínicas, gerenciales, de salud pública, organizativas, epidemiológicas, biotecnológicas, bioéticas y todas aquellas que pueden dedicarse válidamente al tema de la colocación de los recursos sanitarios), integración que, también en el panorama de las contribuciones internacionales, se encuentra en buena parte por recorrer. Esto realizaría un doble objetivo. En primer lugar, hacer justicia, incluso históricamente, a la naturaleza exquisitamente interdisciplinar de la bioética en el momento en el cual ha querido hacerse cargo de la inédita complejidad de la Medicina y de su declinación social representada por sistemas de salud. En segundo lugar –y aún más importante para los fines de la naturaleza práctica de la bioética– identificar y perseguir políticas de colocación justificadas no sólo del punto de vista de la si bien necesaria relación costo/eficacia, pero también y sobre todo de una sustancial –no formal– adherencia a los sistemas axiológicos declarados, los cuales, en el caso del binomio salud-medicina, difícilmente podrían separarse, sin consecuencias moralmente reprobables, si no inaceptables, para la centralidad de la persona con sus necesidades de salud.

Referencias bibliográficas

¹ REICH WT (ed.). *Encyclopedia of Bioethics*. 1st ed., New York: The Free Press; 1978. La obra ha llegado a su tercera edición (2004), editada por S.G. Post, por medio de la Mac Millan Reference USA – Thomson Gale (New York).

² Cfr.: POTTER VR. *Bioethics: the science of survival*. Persp Biol Med. 1970; 14: 120; ID. *Bioethics: Bridge to the Future*. Englewood Cliffs: N.J. Prentice-Hall, 1971.

³ CHILDRESS JF. *Rationing of medical treatment* en REICH. *Encyclopedia...*, pp. 1414-1419.

⁴ FEINBERG J. *Justice* en REICH. *Encyclopedia...*, pp. 802-811.

⁵ Golding M. *Obligations to future generations* en Reich. *Encyclopedia...*, pp. 507-512.

⁶ BEAUCHAMP TL, CHILDRESS JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 1st ed., New York: Oxford University Press; 1978 (trad. it. de la cuarta edición inglesa: *Principi di etica biomedica*: Florencia: Le Lettere, 1999). Actualmente el texto ha llegado a su sexta edición.

⁷ LEONE S. *Manuale di Bioetica*. Acireale (CT)-Bologna: Istituto Siciliano di Bioetica Edizioni Dehoniane; 2003.

⁸ SOCIETÀ ITALIANA DE MEDICINA LEGALE E DELLE ASSICURAZIONI, *Il Documento di Erice sui Rapporti della Bioetica e della Deontologia Medica con la Medicina Legale* (18-21.2.1991), publicado por Medicina e Morale 1991; 4: 561-567.

⁹ ROBBINS LC. *Essay on the Nature and Significance of Economic Science*. 1st ed., Londres: MacMillan; 1932 (trad. it. *Saggio sulla natura e l'importanza della scienza economica*. Turín: UTET; 1947).

¹⁰ Según la célebre argumentación humiana, sería lógicamente imposible pasar de los hechos a los valores, entonces postulando la inderivabilidad del *deber ser* (ought) del *ser* (is) (HUME D. *A Treatise of Human Nature: Being an Attempt to introduce the experimental Method of Reasoning into Moral Subjects*. (1739-1740) (ed. it. *Trattato sulla natura umana*. Roma-Bari: Laterza, 2008). Sobre este debate se puede leer: LECALDANO E. *Hume e la nascita dell'etica contemporanea*. Roma-Bari: Laterza; 2003; SGRECCIA P. *Legge di Hume e fallacia naturalistica: i dogmi del positivismo lógico*. Medicina e Morale 2006; 3: 567-589.

¹¹ WEBER MCE. *Gesammelte Aufsätze sur Wissenschaftslehre*. Tübingen: Mohr; 1922 (trad. it. *Il metodo delle scienze storico-sociali*. Milán: Mondadori; 1974).

¹² Sobre el debate en torno a la relación entre economía y ética, se nos permita reenviar a: SACCHINI D, REFOLO P. *Per un rapporto di buon vicinato tra economia sanitaria e bioetica*. Medicina e Morale 2006; 4: 759-793.

¹³ REICH WT (ed.). *Encyclopedia of Bioethics*. 2nd ed., New York: McMillan-Schuster; 1995: 649-657.

¹⁴ Las subdivisiones que siguen son una ejemplificación de quien escribe: es obvio que artículos considerados de corte especialista afronten temas de carácter general y viceversa, o bien que algunos temas sean transversales a varias contribuciones.

¹⁵ BOMPIANI A. *Economia ed etica nello sviluppo del Sistema sanitario italiano*. Medicina e Morale 1996; 5: 923-934..

¹⁶ ZAMAGNI S. *Economia ed etica nel pensiero di Giovanni Paolo*. Medicina e Morale 2007; 5: 1099-1119.

¹⁷ SACCHINI, REFOLO. *Per un rapporto...*

¹⁸ SGRECCIA E. *Economia e salute: considerazioni etiche*. Medicina e Morale; 1986; 1:31-46.

¹⁹ LUCIONI C. *Economia y salute*. Medicina e Morale 1986; 4: 777-786.

²⁰ CARRASCO DE PAULA, SACCHINI D. *Valori comuni e politica sanitaria per un'Europa unita*. Medicina e Morale 2005; 4: 731-739.

²¹ PUCA A. *Economia e politica come ideología. Il problema del razioneamiento della cure sanitarie*. Medicina e Morale; 1993; 2: 307-330.

²² VOLTAS D. *Algunas consideraciones éticas en torno al concepto "calidad de vida" como criterio para la asignación de recursos sanitarios*. Medicina e Morale 1996; 4: 655-668.

²³ PALAZZANI L. *Teorie della giustizia e allocazione delle risorse sanitarie*. Medicina e Morale 1996; 5: 901-921.

²⁴ ID. *Per una giusta distribuzione delle risorse secondo la bioetica personalista*. Medicina e Morale

²⁵ ZAMAGNI S. *Quale economia sanitaria per il rispetto della persona*. Medicina e Morale 2005; 1: 91-114.

²⁶ HANAU C. *Strategie allocative per la persona nella economia sanitaria*. Medicina e Morale 2005; 1:115-130.

²⁷ ZAMAGNI S. *Equità, razioneamiento, diritto alle cure sanitarie*. Medicina e Morale 2005; 2: 335-373.

²⁸ PENNELLI O, PACILLI L. *Il nuovo di sistema di finanziamento degli ospedali pubblici e privati. Alcune rofessioni sul tema*. Medicina e Morale 1995; 3: 427-446.

²⁹ D'UGO D, CAMBIERI A, MASCELLARI L Y AL. *Organizzazione e management per la qualità totale della prestazione sanitaria. Implicazioni cliniche ed etiche*. Medicina e Morale 1996; 2: 251-270.

³⁰ RICCIARDI W. *Aspetti evolutivi ed implicazioni etiche della legge 833*. Medicina e Morale; 2008; 6: 1221-1242.

³¹ ZAMAGNI S. *Qualità medica e governo multistakeholder delle strutture sanitarie. Verso la post-aziendalizzazione*. Medicina e Morale 2008; 6: 1243-1262.

³² MELE V. *Federalismo in Sanità e Giustizia: l'ABC per una riflessione bioetica y giuridica*. Medicina e Morale 2010; 2: 191-207.

³³ PALAZZANI L, MELE V, SGRECCIA E. *Allocazione delle risorse e qualità della vita in oncología: considerazioni etiche*. Medicina e Morale 1992; 6: 1097-1104.

³⁴ PETROSINO LM. *Etica medica e onorario dei medici*. Medicina e Morale 1993; 3: 539-563.

³⁵ GIANNINI A. *Il dilema dell'ultimo lecho: colocación de recursos limitados en reanimación*. Medicina e Morale 1998; 2: 247-273.

³⁶ SACCHINI D, REFOLO P. *L'Health Technology Assessment (HTA) e i suoi aspetti etici*. Medicina e Morale 2007; 1: 101-139.

³⁷ SACCHINI D, REFOLO P, VIRDIS A. *Gli approci alle valutazioni etiche nei processi di Health Technology Assessment*. Medicina e Morale 2008; 2: 319-349.

³⁸ Cfr.: SPAGNOLO AG, SACCHINI D. *Etica organizzativa nei servizi sanitari* en SPAGNOLO AG, SACCHINI D, PESSINA A Y AL. *Etica e giustizia in sanità. Questioni generali, aspetti metodologici e organizzativi*. Milán: McGraw Hill; 2004.

³⁹ La "medicina de las pruebas de eficacia" o *Evidence-based medicine* (EBM) puede ser definida como "una metodología de análisis crítica de cuanto está disponible en la literatura sobre un determinado argumento médico" (BIGNAMINI AA. *Evidence-based medicine e linee guida di pratica clinica: soluzione o parte del problema?* Medicina e Morale 2001; 2: 225-249).

⁴⁰ Cfr.: MUIR GRAY JA. *Evidence-Based Health Care: how to make health policy and management decisions*. London: Churchill Livingstone; 2001.

⁴¹ KRAUS GP. *Health Care Risk Management: Organization and Claims Administration*. Owings Mills MD: National Health Publishing. A Division Rynd Communications; 1986.

⁴² HOLM S. *Goodbye to the simple solutions: the second phase of priority setting in health care*. BMJ. 1998; 317: 1000-1002.

⁴³ APOLONE G. *Introduzione. La ricerca di outcome nell'attuale contesto sanitario* en NIERO M. (curador). *Qualità della vita y della salute. Strategie di analisi e strumenti per la misurazione*. Milán: Franco Angeli; 2002: 9.

La invalidez de la objeción de conciencia en materia de salud pública*

*Maria Elizabeth de los Ríos Uriarte***

Resumen

La objeción de conciencia, en materia de salud, presenta un conflicto de intereses que redundan en una colisión entre el deber del Estado de proteger y salvaguardar la salud de sus ciudadanos mediante la creación e implementación de políticas públicas de carácter obligatorio y, por el otro lado, el derecho de los individuos a rechazar intervenciones o tratamientos médicos por considerarlos contrarios a sus creencias morales o religiosas. El artículo plantea que, ante tal problemática, la objeción de conciencia nunca podrá ser tomada como válida cuando su práctica ponga en riesgo a la población en general.

Summary

Conscientious objection represents an issue in public health given de conflict of various interests that can be summed up in a collision between the State's obligation to protect the citizens' health by creating and putting into practice public politics that are cha-

*Artículo original.

** Licenciada en Filosofía por la Universidad Iberoamericana. Ciudad de México, Maestra en Bioética por la Universidad Anáhuac México Norte, Doctora en Filosofía por la Universidad Iberoamericana. Ciudad de México, Docente de la Facultad de Bioética y de la Facultad de Humanidades de la Universidad Anáhuac México Norte, Docente del Instituto Superior de Estudios para la Familia Juan Pablo II. Ciudad de México.

racterized for being obligatory to all individuals, on the other hand, the rights of each and every person to refuse certain practices or treatments in virtue of their personal beliefs either moral or religious. This article pronounces on the negative to validate the conscientious objection when it comes down to public health and it can put the community in severe risk.

Palabras clave: objeción de conciencia, Estado, salud pública, bien común, bien individual.

Key words: Conscientious objection, State, public health, common wealth, personal wealth.

1. Introducción

La conciencia humana se va formando a medida que se va enfrentando a distintas realidades que le exigen una respuesta determinada, así va moldeándose según las circunstancias que se le presentan, tomando como base aquello que hay impreso en ella con respecto al sentido moral de sus acciones y lo nuevo que le aparece y que la cuestiona. Este vaivén propio de la conciencia humana la hace dinámica y siempre en proceso de formación.

La cuestión de su dinamismo resulta de especial interés cuando se analiza el proceso en donde esta, la conciencia, se debate entre lo que percibe como un derecho en su ámbito privado y a lo que se obliga jurídicamente en lo público, de donde se desprende un conflicto interno que puede desencadenar una desobediencia a normas sociales o jurídicas aún cuando estas serían deseables para la convivencia humana.

La esfera de lo privado parece entrar en conflicto con el ámbito de lo público, y la pregunta por lo debido se desplaza al campo de lo correcto, lo primero conlleva satisfacción por el deber cumplido, mientras que lo segundo una tranquilidad con uno mismo altamente deseable. La práctica de la objeción de conciencia asegura lo segundo.

En el momento en que dicho conflicto toma lugar en las ciencias de la salud, cobra dimensiones especiales en tanto se refiere al cuidado y conservación de la vida propia y de la de los demás, es por esta razón que en las siguientes páginas se analizará la problemática que se desprende de la práctica de la objeción de conciencia cuando las políticas públicas se perciben como contrarias a los preceptos individuales del cuidado de la salud.

La colisión de intereses que se analizará presenta dos aristas principales, la primera correspondiente al fundamento de la obligación del Estado de proteger la salud de sus ciudadanos mediante la creación e implementación de políticas públicas y, por el otro, la concerniente a la validez del ejercicio del individuo que apela a la objeción de conciencia por considerar las primeras, las políticas públicas, como contrarias a sus creencias, convicciones o principios.

Se analizará primero la fundamentación e historia de la obligación de la protección de la salud por parte de los Estados, así mismo se aclarará el término de salud pública en el marco del conflicto de intereses señalado con anterioridad. Posteriormente, se analizará la validez filosófica y jurídica de la objeción de conciencia por parte de los individuos en materia de salud pública, delimitando sus alcances y limitaciones dentro de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Por último, se emitirán algunas consideraciones finales en torno a la problemática ética que representa la obligatoriedad a las normas a las que obligan las políticas públicas con vistas a la consecución del bien común de los ciudadanos y, por ende, del Estado.

2. Fundamento de la obligación a la protección de la salud

El artículo tercero de la Declaración Universal de los Derechos Humanos brinda una primera luz para reflexionar en torno al fundamento del derecho a la protección de la salud. Dicho artículo

dice: «Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona».¹

La salud es condición indispensable para la manutención y goce de la vida, y debe entenderse en sentido amplio tal como la define la OMS: «estado de completo bienestar físico, mental y social», definición más amplia que simplemente la ausencia de infecciones o enfermedades. De esta manera, la protección de la vida que asegura la Declaración Universal de los Derechos Humanos implica, a su vez, la protección de la salud por parte de los organismos gubernamentales.

Respecto de la protección de la salud en México, se debe tomar como base y fundamento lo que se establece en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que abordaré a continuación.

La Constitución Política se divide básicamente en dos partes: una dogmática, donde se establecen principios universales propios de la especie humana, y una segunda llamada orgánica, que regula las funciones del Estado. Ahora bien, en la primera, es decir, en la parte dogmática se establecen las obligaciones que el estado tiene frente a los individuos, es decir, el primero debe proteger, al menos, los derechos inalienables de todos los hombres y mujeres, principios universales inscritos en la naturaleza de la raza humana. A estos principios se les llama comúnmente *derechos humanos*, pero frente a un Estado que debe protegerlos cobran el nombre de *garantías individuales*.² Es de notar que se llaman *garantías* en cuanto que la función del Estado es la de salvaguardarlos, es decir, están ya de manera natural en el ser humano (sea de la nacionalidad que fuere) y el Estado deberá protegerlos, garantizarlos y hacerlos valer.³

El derecho a la protección de la salud se encuentra regulado por el artículo cuarto de la Constitución. Sin embargo, este derecho no fue elevado a rango constitucional sino hasta febrero de 1983 en donde, al hacerlo, se le dio igualdad ante dicho derecho a todos los hombres y mujeres, igualdad promovida por todos los párrafos anteriores y subsecuentes del artículo cuarto constitucional.

Existen algunos documentos antecedentes y posteriores que dieron cabida a la inclusión del párrafo tercero del artículo cuarto:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en 1996
- Declaración sobre el Progreso y Desarrollo Social en 1969
- Declaración sobre el Derecho al Desarrollo en 1986
- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre en 1948
- Convención Americana sobre Derechos Humanos en 1969

A continuación se citará la manera exacta en que este derecho se encuentra consagrado en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos: «Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución».

Respecto al término *garantías*: el Estado no puede otorgar la salud a los ciudadanos, no está dentro de sus facultades pero al ser un derecho inherente al ser humano sí le corresponde proporcionar los medios necesarios para su protección, de ahí que el párrafo citado se refiera a la protección de la salud y no al derecho a la salud.

En el párrafo tercero de la Constitución se establece que será el Congreso quien establezca las modalidades de la regulación del derecho a la protección de la salud entre la Federación y las entidades federativas. Para analizar dicha relación (Federación/entidades federativas) es preciso ir al artículo 13 de la Ley General de Salud en cuya fracción A se establece que le corresponde al ejecutivo federal una serie de ejercicios para dictar, organizar, regular y vigilar los organismos, los establecimientos y los prestadores de salud.

Esta competencia del ejecutivo federal se deberá realizar, según dicho órgano, mediante la Secretaría de Salud. Dentro de sus funciones recae el dictar las normas oficiales que regularán, entre otras

cosas, el marco en que se deberá proporcionar la atención médica de urgencias.

Para que el ejecutivo pueda realizar estas funciones a través de la Secretaría de Salud, se ha creado el Sistema Nacional de Salud que dentro de sus funciones contiene la planeación, programación y dictamen de políticas que aseguren el derecho a la protección de la salud en la población. Esto comprendiendo tanto la esfera pública como la privada de la prestación de servicios de salud.

Ahora bien, la regulación de las modalidades le corresponde a la Federación y entidades federativas según la fracción XVI del artículo 73 que dice:

«Art 73. El Congreso tiene facultad para:

XVI. Dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la república».

De esta facultad, el Congreso dictó la LGS que regulará las relaciones entre las entidades federativas y la Federación en materia de salud, siendo este el marco jurídico para regular el derecho a la misma.

Para comenzar el estudio de lo que la Ley General de Salud establece como lineamientos y regulaciones en materia de salud, es preciso analizar su origen y sus alcances.

En su artículo primero dicha ley dice: «La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social».

Con esto, las disposiciones de dicha ley se deberán observar en todos los estados de la República. Es importante recalcar que, de hecho, se dan situaciones en que cada Estado deberá acoplar en alguna medida las disposiciones, dada la situación geográfica, am-

biental, de usos y costumbres o bien de recursos tanto humanos como materiales.

En el artículo 2º de la Ley General de Salud se establecen las finalidades de dicho derecho o garantía de la protección de la salud:

«Art. 2º: El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades.

II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de vida humana.

III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social.

IV. La extensión de actitudes solidarias y responsables de la población en la preservación, conservación, mejoramiento y restauración de la salud.

V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población.

VI. El conocimiento para el adecuado aprovechamiento y utilización de los servicios de salud.

VII. El desarrollo de la enseñanza y la investigación científica y tecnológica para la salud.»

En las finalidades anteriores se observa que la salud no es materia única de los profesionales en dicho campo sino también de toda la población por lo que, para cumplir con dicha finalidad, parte de la tarea del Estado es fomentar y dar acceso a la educación en salud para que los ciudadanos puedan intervenir en el mejoramiento y restauración de la misma.

También se debe notar que la salud, enmarcada en las finalidades anteriores hace referencia no sólo a la atención sino a la prevención de enfermedades y accidentes, es decir, la salud no es únicamente la intervención de los cuerpos médicos y de rescate sino el eslabón previo que es la prevención que no sólo contribuye a la prolongación y mejoramiento de la vida sino que, en términos económicos, permite un ahorro en los servicios de salubridad que

brinda el Estado a los ciudadanos. Es en el título denominado “Prestaciones de los servicios de salud” (título 3º) en el artículo 23 que establece: «Para los efectos de esta ley, se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad».

Posteriormente, en el artículo 27 se consideran los servicios básicos de salud en donde es la fracción III la que incumbe directamente para el objetivo de este capítulo:

«la atención médica que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias».

Ahora es menester dejar claro qué se entiende por atención médica; para esto hay que recurrir al capítulo segundo del título tercero de la Ley General de Salud donde se establecen las actividades de la atención médica:

«Artículo 33. Las actividades de atención médica son:

I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica

II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno, y

III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las invalideces físicas o mentales».

Con el análisis anterior se observa cómo el derecho a la protección de la salud queda en manos del Estado con acciones encaminadas tanto a la prevención de su deterioro como a la cura de los padecimientos; de igual manera se observa cómo será menester de las autoridades realizar las acciones que se estimen como necesarias para el buen cumplimiento de sus obligaciones para con los ciudadanos.

De esta manera, las políticas públicas que se dicten y adquieran carácter obligatorio nacerán de la imperante necesidad de prevenir, atender y restaurar la salud que se considera necesaria para el goce de la vida.

3. Antecedentes históricos del derecho a la protección de la salud

En Alemania se ubica el primer acercamiento a los organismos protectores del derecho a la salud y data del año 1883, cuando se promulga el seguro de enfermedad limitado a los trabajadores industriales; posteriormente se amplía a los accidentes de trabajo, jubilaciones, pensiones por supervivencia, todos ellos recogidos en el Código de Seguros Sociales y Desempleo en 1911, elevada a rango constitucional en 1919 por la República de Weimar.

El seguro social, por su parte, se creó gracias a la transición del Estado liberal al Estado social siendo el canciller alemán Otto von Bismarck, quien amplió la asistencia de la simple atención médica al otorgamiento de medicamentos y material terapéutico. Dicha mejora en la seguridad social descansaba tanto en la participación activa de los trabajadores con la cotización del 3% de su salario así como en los gastos administrativos que el Estado asumía responsablemente. Muchos países europeos imitaron el modelo alemán: Austria, Hungría, Noruega Suecia, Dinamarca, Bélgica, etc.

Otro antecedente que ampliaba el subsidio por enfermedad e incluía la hospitalización fue el Seguro Nacional de Enfermedades creado por el National Insurance Act⁴ en 1913.

El modelo que predominó fue el creado por Bismarck, que dio lugar a una tendencia a la creación e implementación de sistemas de protección de la salud. Algunos ejemplos de esto son el Código del Trabajo Soviético en 1922, la ley de Seguridad Social de Nueva Zelanda en 1938 y la ley de medicina preventiva en Chile en 1936. De esta manera América, Asia y el Caribe presentaron inquietudes en torno al tema de la protección de la salud.

Al paso del tiempo, la población podía vislumbrar como exigible la protección de su salud no sin avatares tales como la resistencia de los empresarios a la obligatoriedad del seguro social para sus trabajadores por considerarlas una intromisión del Estado en la vida de los ciudadanos.⁵

En 1935 Estados Unidos creó la Social Security Act, y acto seguido Sir William Henry Beveridge promulgó su doctrina de seguridad social en Inglaterra que pretendía erradicar los cinco causantes de los males sociales: la indigencia, las enfermedades, la ignorancia, la falta de higiene y la desocupación.⁶ Con esto y por primera vez, la protección de la salud se generaliza a todos los ciudadanos sin excepción y que se extendía al cuidado de la salud en sentido amplio. De esta manera afirma Gómez Paz: «Como se observa, en la disciplina naciente el sujeto ya no era el trabajador sino el hombre (protección desde el seno de la madre hasta después de la sepultura), y su objeto era dar cobertura a las necesidades sociales».⁷

Desde este momento se concebirá que la salud pública es función propia del Estado que deberá abarcarse a toda la población sin distinción alguna siendo sus principios fundamentales:

a) Solidaridad: ayuda mutua del cuerpo social con la finalidad de protegerse.

b) Universalidad: pretende brindar la seguridad social a toda la población con o sin vinculación laboral. Tiene su fundamento en el artículo 22 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos.

c) Integralidad: por este principio se deberá cubrir cualquier contingencia en la vida de los ciudadanos aún aquellas que no conlleven un riesgo para su vida pero que sí contribuyan a la elevación de su calidad de vida.

d) Unidad de gestión e intermediación: apela a la planeación, organización y administración de la seguridad social propia de cada país y que la distribución de ésta llegue oportunamente según las necesidades presentadas.

e) Igualdad: principio en virtud del cual se les conceda igualdad de beneficios a los ciudadanos en igualdad de circunstancias.⁸

4. Algunas definiciones de salud pública

Tomando en cuenta la historia y las características mencionadas con anterioridad respecto de la seguridad social a lo largo de los

años subsecuentes a la Segunda Guerra Mundial, se podría definir a la salud pública como el conjunto de acciones implementadas por los Estados encaminadas a la protección de la salud de los ciudadanos en fase preventiva, curativa y de rehabilitación.

No obstante lo anterior, resulta interesante destacar algunas definiciones que se han dado en torno a la salud pública.

En 1920 Winslow definió la salud pública como: «El arte y la ciencia de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia».⁹

Con la definición anterior el autor plantea cinco funciones que deberá abarcar el Estado en su sistema de salud pública: saneamiento, control de padecimientos transmisibles, educación en higiene personal, organización de los servicios médicos para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades y mecanismo social que asegure un nivel de vida adecuado.

Por su parte el profesor Hanlon define salud pública como: «La salud pública se dedica al logro común del más alto nivel físico, mental y social de bienestar y longevidad, compatible con los conocimientos y recursos disponibles en un tiempo y lugar determinados. Busca este propósito como una contribución al efectivo y total desarrollo y vida del individuo y de su sociedad».¹⁰

De esta manera Hanlon contribuye a la definición de Winslow y la amplía incluyendo, además de las funciones que había propuesto el segundo, aquellas de análisis y recolección de estadísticas vitales y la investigación científica, técnica y administrativa.

Otra definición a considerar es la de la Asociación Médica Estadounidense:

«La salud pública es el arte y la ciencia de mantener, proteger y mejorar la salud de la población, mediante esfuerzos organizados de la comunidad. Incluye aquellas medidas por medio de las cuales la comunidad provee servicios médicos para grupos especiales de personas. Se relaciona con la prevención y control de las enfermedades, con quienes requieren hospitalización para la protección de la comunidad y con los médicamente indigentes».¹¹

Se destaca de esta definición el papel activo de la comunidad en la creación e implementación de medidas de protección en el área de la salud.

Por último, una definición alumbradora es la que propone la Organización Mundial de la Salud: «Ciencia y arte de impedir la enfermedad, prolongar la vida y fomentar la salud y eficiencia mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para que el individuo en particular y la comunidad en general se encuentren en condiciones de gozar de su derecho natural a la salud y a la longevidad».¹²

En cualquiera de las definiciones mencionadas se observan al menos dos características que conciernen a este estudio:

1.- La salud pública recae en manos del Estado, quien deberá proteger siempre y en todo momento la salud de sus ciudadanos como condición para el disfrute de la vida que se considera un derecho humano de máximo respeto.

2.- Las actividades planeadas y puestas en práctica deberán abordar las tres esferas de la atención médica, a saber: la prevención, la curación y la rehabilitación como eje rector de las políticas públicas que en materia de salud se promulguen y difundan y a las cuales los ciudadanos queden obligados bajo precepto del cuidado de su propia salud.

5. La invalidez de la objeción de conciencia en los individuos en materia de salud pública

Fundamentación filosófica

Hasta aquí se ha tratado únicamente una arista del problema presentado al inicio, a saber: el fundamento de la obligación por parte del Estado de proteger la salud de sus ciudadanos; en este apartado se analizará la segunda vertiente del conflicto, es decir, la validez de la objeción de conciencia en materia de salud pública.

Dos advertencias han de hacerse antes de comenzar. Por un lado el hecho de que la conciencia. Para serlo y poderse llamar de esta manera, deberá ir alineada con aquello que se percibe como moralmente adecuado, esto es, con la búsqueda desinteresada del bien y de la verdad. Por el otro lado, el hecho de que la salud pública tiene como objetivo el bien común de los ciudadanos, es decir, persigue la protección integral de todos los miembros del cuerpo social y debe velar por el bien de ellos, de tal manera que es válido, en virtud de ella, supeditar los intereses individuales por el bien social o bien colectivo.¹³

Sin aludir a cuestiones religiosas o metafísicas, la conciencia humana puede dividirse en dos denominaciones: *synderesis* y *conscientia*.

La primera, la *synderesis*, es entendida como la capacidad natural en el hombre de percibir la bondad o maldad de los actos que ejecuta, es decir, la distinción natural de lo bueno y de lo malo, dicho de otro modo, de lo que lo perfecciona y de lo que lo destruye. Lo anterior conlleva la premisa de que, de manera natural, el hombre sabe lo que es bueno y tiende a esto y rechaza lo que es malo por ir en contra de su propia esencia de hombre. Desde Sócrates hasta el actual Papa Benedicto XVI se ha reconocido esta capacidad inherente a la voluntad humana que lo lleva a procurar acciones conforme a su naturaleza y a evitar aquellas que lo alejan de la misma.

La segunda manera de hablar de la conciencia es como *conscientia* que, a diferencia del primero, ya no es un hábito natural sino que es la aplicación de este a situaciones concretas. Con lo anterior me refiero a que en el primer nivel el hombre distinguía, sin ningún juicio o discernimiento, lo bueno y lo malo y en este segundo nivel, se realiza una ponderación de las circunstancias que atañen a una situación particular y en base a ello se realiza un juicio razonado y se toma una decisión traducida, para Santo Tomás, en un acto, es decir, en el consentimiento de la voluntad que puede ser la realización del acto o su evasión según corresponda al juicio que de él se ha hecho previamente.

Todos los seres humanos tenemos los dos niveles de conciencia; sin embargo, según los intereses que predominen en nuestra voluntad se puede deformar o desviar alguno de estos niveles o bien ambos. Así, algo que se percibe como bueno en primera instancia, al incluirse en el juicio un interés inmediato, puede distorsionarse y entenderse como menos bueno de tal manera que lleve a actuar de una manera distinta a la que se habría actuado de no haberse visto involucrado dicho interés.

Por la razón anterior, el hombre posee libertad que le permitirá el ejercicio adecuado de su razón en orden al bien. Así, deberá juzgar, en cada momento y situación aquello que el principio de la *synderesis* le dicta de manera general. La libertad pues, constituye el camino que el hombre recorre en la búsqueda del primer principio moral que le dicta hacer el bien y evitar el mal: «A partir de este principio ella asume el compromiso de buscar la verdad moral, vinculada a un camino discursivo que le permite descubrir las condiciones del actuar el bien, plasmadas en normas objetivas a las que, si quiere conseguir el bien, debe obedecer».¹⁴

De esta manera la conciencia deberá alinearse siempre a la *synderesis* y buscar aquello que esta le dicta como natural y sólo entonces, la conciencia ejercerá su función de juez y guía interior para los actos del hombre.

De lo anterior se desprende una reflexión para analizar la validez de la objeción de conciencia en materia de salud pública, y es que lo que la conciencia percibe como bueno para sí de manera natural, lo percibe para sus semejantes de tal manera que si la salud pública busca el bien común, la conciencia siempre deberá ir de la mano con las políticas públicas en el área de la salud pública y, en principio, no debería haber discrepancia entre sus preceptos y la obligatoriedad de las normas públicas.

Tomando en cuenta la consideración anterior, se continuará con la segunda advertencia que se hacía al inicio de este apartado, es decir, el hecho de que la salud pública tiene como objetivo la protección y el resguardo de la salud de la población, esto es, de la co-

munidad de individuos que conforman la especie humana, por lo que la objeción de conciencia en materia de salud pública, al no considerar el bien de la especie humana tampoco sería éticamente válida.

Fundamentación jurídica

La cuestión de si la objeción de conciencia se trata o no de un derecho constitucionalmente tutelado y, por ende, que debe ser viable en todos los casos en que sea crea necesario ha sido ampliamente discutida en las legislaciones, en especial en la legislación española en donde el jurista Rafael Navarro Valls ha declarado incluso, que el problema no es tanto si la objeción representa un derecho válido como lo es el precisar sus límites.¹⁵

Para lo anterior, un principio a considerar en esta materia es el riesgo que implica la propia objeción, es decir, el acto de poner en peligro ciertos intereses mediante un acto de desobediencia o de omisión. Esto resulta de especial importancia para el tema aquí tratado ya que las políticas públicas en materia de salud se emiten precisamente para evitar el riesgo y el peligro entre la población general, de tal manera que un acto de desobediencia de las mismas, argumentándose cualesquiera razones, representa necesariamente un acto de riesgo que conlleva un peligro inminente. Bajo esta óptica la objeción de conciencia ante un problema de salud pública quedaría invalidado e incluso, podría ser considerado como un acto que altera el orden público y, por ende, sancionado como tal.

Ante los tratamientos médicos, la objeción de conciencia deriva en un conflicto entre una deontología que se ciñe al cuidado y preservación de la vida y, por el otro lado, una voluntad que rechaza dicho deber por motivos religiosos o ideológicos. Sin embargo, el problema tiene más caras que las dos anteriormente mencionadas ya que se implican en el conflicto otros derechos tales como el derecho sobre el propio cuerpo, al derecho a la intimidad y el derecho de los padres en relación a la vida, salud y educación de los hijos.¹⁶

Para Navarro Valls, este choque de voluntades se resume en la colisión de dos intereses: «El interés del Estado en preservar la vida y la salud de sus ciudadanos y el interés en mantener la integridad ética de la profesión médica, cuyo objeto es procurar la salud de quienes se confían a su cuidado».¹⁷

Legislación de los Estados Unidos Mexicanos en materia de salubridad general

En primer lugar hay que señalar que en materia de salubridad, la legislación es de carácter concurrente, tanto que esto le compete al orden federal como al orden local, la regulación de normas y disposiciones de salud; encontrándose en lo anterior una dificultad para hallar el orden de las disposiciones generales en casos de riesgo para la población y sus consecuentes disposiciones en materia de salud pública.

Como bien señala el jurista Tena Ramírez, en la Constitución del 57 no existía la competencia federal en materia de salubridad y fue hasta la reforma constitucional de 1912 que se le otorgó dicha facultad a la Federación.¹⁸ De esta manera y con dicha reforma se extiende el término “salubridad general” de tener incidencia sólo respecto de puertos y fronteras a ser definida y abordada por el Congreso de la Unión bajo el entendimiento de que éste no tiene poderes amplios e ilimitados sino que debe respetar, en todo momento, la legislación local en materia de salubridad.

Con lo anterior el término “salubridad general” —también conocido como “salubridad nacional”— se le otorga a los Estados la facultad para dictar normas referentes a la materia. De esta manera: «Se trata, pues, de un reparto de facultades en materia de salubridad entre la Federación y los Estados, el cual debe efectuarse de conformidad con el art. 124, esto es permanecer en el acervo constitucional de los Estados todas las facultades no sustraídas del mismo para otorgarlas expresamente a la Federación».¹⁹

Ahora bien, respecto de los alcances que tiene el término “salubridad general” hay que precisar que se entiende, en primer lugar, la salud que interesa a todo el país y que no es restringida a un sólo lugar o a una sola geografía relativa. En segundo lugar que considerar, aun cuando se trata de una competencia también de carácter federal, que un problema de salud puede surgir en una región determinada y, por ello, ser regulada por un ordenamiento local y sin embargo el riesgo potencial de extenderse a otras regiones le comporta un carácter federal, aunque este respete el primero.

La confusión radica en creer que la salubridad general puede ser de carácter federal y obligatorio a toda la República o local para el Distrito, según lo estipulado en el artículo 73 constitucional. Ahora bien, el carácter federal se amplía a toda la República incluidos el Distrito y territorios federales por lo que la competencia de la Federación en materia de salubridad general obliga a toda la República pero respeta las disposiciones y normas de carácter local.

Una vez hecha la primera aclaración, procederé a abordar el tema de las garantías individuales, tocado ya con anterioridad, por considerar la protección de la salud dentro de estas, siendo este el tema que importa en este artículo. Primeramente hablaré brevemente del origen de las garantías individuales y su clasificación y posteriormente abordaré la garantía a la protección de la vida para contrastar el estudio con las situaciones jurídicas donde se suspenden las garantías individuales.

El concepto que impulsa la promulgación de las garantías individuales o derechos del gobernado en la Constitución de 1957, procede de la corriente iusnaturalista que concedía derechos divinos al hombre pero que por serlo no podían caber dentro de una categorización de los mismos, por lo que se limitaron a conceder el término “garantías” para asegurar la protección y resguardo, por parte del Estado, de dichos derechos.

Para Ignacio Burgoa las garantías no constituyen la expresión tácita de derechos de índole divina sino que constituyen una “relación de derecho existente entre el gobernado como persona física

o moral y el Estado como entidad jurídica y política con personalidad propia y sus autoridades”.²⁰

De esta manera, las garantías constituyen los límites de conducta por parte del Estado y sus autoridades frente a los gobernados tanto en su carácter de personas físicas como morales.

Con lo anterior, se puede decir entonces que la promulgación y explicitación de las garantías individuales ayudan a cumplir con la función propia del Estado que es mantener el estado de derecho y el orden jurídico en un territorio determinado. Su importancia queda ratificada por dos principios que las fortalecen: principio de supremacía constitucional en tanto que tienen primacía sobre las normas o leyes y principio de rigidez constitucional que se refiere a que no pueden ser modificadas por el Congreso de la Unión.

Tomando en cuenta lo anterior, las garantías individuales se pueden clasificar según cuatro grandes rubros: garantías de igualdad, de libertad, de seguridad jurídica y de propiedad.²¹

Serán las garantías concernientes a la libertad las que concentren la atención en este apartado. Ignacio Burgoa refiere a esta clasificación la elección de los medios para la consecución de los objetivos planteados según la teleología de cada individuo enfocados a la búsqueda de su bienestar y de su felicidad.²² De esta manera «la libertad se revela como una potestad inseparable de la naturaleza humana, como un elemento esencial de la persona,²³ convirtiéndose, por lo tanto, en un derecho público que el Estado se obligó a respetar.

Ahora bien, a la base de las garantías de libertad, se encuentra la protección de la vida humana.²⁴ De tal suerte que, esta, la vida humana, resulta condición indispensable del disfrute de las garantías de libertad.

Dentro de dichas garantías, es la garantía de libertad física la que interesa aquí, dado que, según el artículo cuarto constitucional, a esta, la libertad física, deben otorgársele ciertas condiciones y seguridades para su procuración y protección. Dentro de dichas seguridades otorgadas se encuentra el derecho a la protección de la

salud establecido en el párrafo tercero del artículo cuarto constitucional, en donde se menciona el artículo 73 de la Constitución que otorga la facultad al Congreso para dictar leyes de salubridad con la creación del Consejo de Salubridad General, artículo del que ya se habló al inicio de este apartado.

Como se observa, de manera implícita la protección de la salud—incluido dentro de las garantías de libertad—constituye una garantía individual que el Estado debe de procurar y proteger para la manutención del orden público.

Parece haber un problema en lo referente a la protección de la salud por parte del Estado marcado como garantía individual que debe ser respetada y el hecho de que precisamente, para lograr dicha protección, el Estado promueva acciones que parezcan ir en contra de las garantías de libertad. Por lo anterior, analizaremos ahora las situaciones que marca la ley bajo las cuales se puede y se deben suspender las garantías individuales.

Se dijo con anterioridad que un Estado debe mantener el orden jurídico actuando como regulador de la conducta humana de sus miembros y de sus gobernados. Ahora bien, para lograr el estado de derecho, debe de existir un principio denominado *juridicidad in genere* que hace referencia a que ningún miembro o funcionario público que detente autoridad sobre los gobernados, deberá cometer acciones fuera de lo que marca la ley y apegándose estrictamente a las facultades que le son otorgadas en la Ley Suprema.

Se presupone este principio para concebir el orden público y el bienestar del Estado y de los ciudadanos; sin embargo ni las autoridades ni los ciudadanos están exentos de caer en irregularidades respecto de su conducta, dichas anomalías tienen su fundamento en eventos extraordinarios de los que la historia ha dado cuenta suficiente y que basta con mencionar algunos para aclarar la referencia. Sucesos como guerras o epidemias ponen en riesgo a la población en general y conducen a que el Estado, en su papel de procurador del orden público y su consecuente restauración, adopte me-

didadas inmediatas y urgentes para hacer frente a dichas situaciones que alteran la vida de los ciudadanos.

Declarado el ambiente de emergencia, el Estado deberá intervenir utilizando cualesquiera medios que considere necesarios para la restauración del orden público, incluida pues la suspensión de las garantías individuales.²⁵

En el artículo 29 de la Constitución se encuentran algunas de estas situaciones que provocan el desorden del Estado y que justificarían la restauración inmediata y eficaz del mismo. Entre las causas que marca el artículo se encuentran: invasión, perturbación grave de la paz pública y cualquier otra situación que ponga en peligro grave a la sociedad. El mismo artículo faculta al Presidente de la República de acuerdo con el Congreso de la Unión a suspender las garantías que dificulten u obstaculicen las acciones necesarias para hacer frente a dicha perturbación.

Por lo que atañe a este estudio, casos que pudieran provocar poner en grave peligro a la sociedad en materia de salud pública podrían ser las epidemias, de las que se hablará más adelante; en cuya presencia, tanto el ordenamiento local como el ámbito federal deberán actuar con rapidez ejerciendo su plena obligación a la protección de la salud de los individuos aun cuando sus acciones se suscriban a la suspensión de las garantías individuales, incluidas las de libertad, de las que ya se ha tratado anteriormente; de tal manera entonces que, las acciones encaminadas a la protección de la salud de la población, suspendiendo ciertas garantías, permanece en el carácter de legalidad que establece la propia ley.

En el tema de la objeción de conciencia, un individuo que, frente a situaciones que ponen en riesgo o peligro inminente a la población, objete conciencia frente a ciertos tratamientos o terapias médicas no sólo deberá ignorarse no dando por válida su garantía por haber sido suspendida con anterioridad, sino que, además, podría ser considerado como sujeto acreedor a sanciones correspondientes a la obstaculización del reordenamiento jurídico y del estado de derecho de una nación.

Fundamento de la suspensión de garantías individuales frente a un problema de salud pública

En la Ley General de Salud, título octavo, capítulo segundo; se hace una clasificación de las enfermedades transmisibles y se aclaran las acciones que la Secretaría de Salud en conjunto con los órganos federales tomarán para prevenirlas. Cabe mencionar que el carácter con el que se promulgan las acciones de los particulares frente a las indicaciones de la Secretaría de Salud es obligatorio según lo establece el artículo 139, que, entre las medidas que propone están:

«I. La confirmación de la enfermedad por los medios clínicos disponibles;

II. El aislamiento, por el tiempo estrictamente necesario, de los enfermos, de los sospechosos de padecer la enfermedad y de los portadores de gérmenes de la misma, así como la limitación de sus actividades cuando así se amerite por razones epidemiológicas;

III. La observación, en el grado que se requiera, de los contactos humanos y animales;

IV. La aplicación de sueros, vacunas y otros recursos preventivos y terapéuticos;

V. La descontaminación microbiana o parasitaria, desinfección y desinsectación de zonas, habitaciones, ropas, utensilios y otros objetos expuestos a la contaminación;

VI. La destrucción o control de vectores y reservorios y de fuentes de infección naturales o artificiales, cuando representen peligro para la salud;

VII. La inspección de pasajeros que puedan ser portadores de gérmenes, así como la de equipajes, medios de transporte, mercancías y otros objetos que puedan ser fuentes o vehículos de agentes patógenos, y

VIII. Las demás que determine esta Ley, sus reglamentos y la Secretaría de Salud.»²⁶

En el artículo 142 la Ley faculta al personal sanitario para emprender las acciones que estime necesarias con los recursos a su alcance para prevenir la transmisión de las enfermedades que pongan en riesgo a la población; de igual manera, la Ley, marca estas acciones como obligatorias tanto de las autoridades hacia el profesional sanitario como de los particulares hacia dicho personal.

Para la materia que interesa en este artículo se tomarán en cuenta las enfermedades transmisibles prevenibles a través de la vacunación como situaciones que, ante brotes públicos, pudieran poner en riesgo a la población y, en su caso, la seguridad de la misma.

El artículo 144 de la Ley dice: «Las vacunaciones contra la tosferina, la difteria, el tétanos, la tuberculosis, la poliomielitis y el sarampión, así como otras contra enfermedades transmisibles que en el futuro estimare necesarias la Secretaría de Salud, serán obligatorias en los términos que fije esta dependencia. La misma Secretaría determinará los sectores de población que deban ser vacunados y las condiciones en que deberán suministrarse las vacunas, conforme a los programas que al efecto establezca, las que serán de observación obligatoria para las instituciones de salud.»²⁷

Me he permitido citar el artículo anterior dada su relevancia explícita respecto del carácter obligatorio de las vacunas. El título decimooctavo de dicha Ley, en el capítulo primero aclara en el artículo 404 que la vacunación será una medida que la Secretaría pueda tomar en caso de tener que resguardar la seguridad sanitaria de la población tal como lo establece el artículo 181 de la misma ley referente a la actuación de la Secretaría de Salud ante la presencia de epidemias causadas por enfermedades transmisibles.

La vacunación de personas deberá realizarse bajo los siguientes criterios que establece el artículo 408:

- 1) Cuando no hayan sido vacunadas previamente
- 2) En caso de epidemia grave
- 3) Si existiera peligro de invasión de los padecimientos en el territorio nacional
- 4) Cuando se requiera según las disposiciones internacionales

Ahora bien, si ante el peligro que conlleva el brote de las enfermedades mencionadas en el artículo 134, la Secretaría está facultada para prescribir la obligación a vacunarse y un individuo objeto conciencia respecto de las mismas podría incurrir en una falta contra las autoridades competentes y otorgársele la sanción correspondiente. La ley contempla esta posibilidad en el artículo 395 que se cita a continuación: «El acto u omisión contrario a los preceptos de esta Ley y a las disposiciones que de ella emanen, podrán ser objeto de orientación y educación de los infractores con independencia de que se apliquen, si procedieren, las medidas de seguridad y las sanciones correspondientes en esos casos.»

Respecto de las sanciones, es el artículo 417 en donde se establecen los tipos de sanción que pueden ser desde una amonestación, multa, clausura temporal o definitiva, parcial o total y arresto hasta por treinta y seis horas.

Tratándose de un caso de objeción de conciencia, cuando se ha detectado una epidemia que pone en riesgo la seguridad de la población, dicha objeción entorpecería las acciones del personal sanitario e incluso agravaría el estado de emergencia en el que se encuentre la nación por lo que la sanción correspondiente sería la establecida en el artículo 427, es decir, arresto hasta por treinta y seis horas. Dicho artículo prevé la sanción para quien interfiera o se oponga al ejercicio de las autoridades sanitarias así como para quien se niegue a cumplir las disposiciones de dichas autoridades poniendo en peligro la salud pública.

Por todo lo anterior, la objeción de conciencia, si bien constituye una garantía individual en el rubro de la libertad de expresión y libertad religiosa, esta no puede ser validada jurídicamente ya que, en primer lugar en los casos en donde se haya detectado un peligro a la sociedad se suspenden las garantías individuales y, en segundo lugar la ley obliga a los particulares a apegarse a las medidas sanitarias consideradas por la Secretaría de salud e incluso sanciona su incumplimiento o entorpecimiento.

6. Consideraciones finales

Una vez analizados los escenarios en donde la objeción de conciencia puede practicarse con respecto a la negativa a ciertos tratamientos médicos, se observa cómo, en casos donde el derecho a la salud entra en conflicto con el derecho a la libertad de conciencia con base a convicciones morales o religiosas, esta, la conciencia, en la mayoría de las jurisprudencias, suele supeditarse al primer derecho, es decir, a la protección de la salud. Con lo anterior se puede deducir entonces que, en materia de salud pública, dado el riesgo de contagio a individuos pertenecientes a la población general, el principio regulador de la objeción de conciencia sería, de igual manera, la gravedad que implica para la salud de los ciudadanos la desobediencia activa o pasiva a las políticas públicas que procuran la protección de esta.

Así, tratándose de una problemática que pone en riesgo a la comunidad de individuos el principio que prevalece es el bien común ya que las acciones promulgadas con carácter de obligatoriedad están encaminadas a tutelar el bien jurídico de la protección de la salud de esta.

Desde el punto de vista filosófico, el bien común no puede ser entendido como la suma de los bienes individuales sino como el conjunto de acciones encaminadas a un bien mayor: al bien personal, en donde se entiende que, para que sea real y eficaz, estos, los bienes personales, en ocasiones, deberán insertarse en la dinámica social siempre y cuando esta busque el bien de cada uno de sus miembros. De esta manera, individuo y sociedad quedan intrínsecamente ligados para la consecución del bien de ambos.

En virtud de lo anterior, la objeción de conciencia en materia de salud pública no debe ser válida en ningún caso, ni por convicciones morales, religiosas o profesionales ya que, de serlo, supondría que las decisiones individuales pueden atentar contra los derechos de la sociedad como cuerpo jurídico; en otros términos, que el bien de una persona prevalece sobre el bien de muchos.

Además, como se mencionó en apartados anteriores, la conciencia, para serlo en el sentido pleno del término, debe ir dirigida al bien de la especie humana y a la verdad de los medios que lo consigán; en los casos de la objeción de conciencia ante un problema de salud pública, la conciencia confunde el bien con la satisfacción inmediata de sus necesidades, de tal manera que dicha confusión lleva a detectar una falsa conciencia y, en consecuencia, a rechazarla como válida.

Desde el punto de vista del derecho, tampoco sería válida la figura de la objeción de conciencia ante una situación que implique un riesgo para la nación ya que, como se analizó, por el artículo 29 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se suspenden las garantías individuales en donde se incluye, la libertad de expresión y la libertad en materia religiosa, bases que, en diferentes circunstancias, sustentarían dicha objeción.

Cabe mencionar que, la constitución contempla la suspensión de las garantías individuales por un período temporal, esto es que, una vez restablecido el orden público y recuperada la seguridad nacional, estas vuelven a entrar en vigor para regular la relación entre el Estado y los gobernados, de tal manera que el individuo que objete conciencia ante determinados tratamientos médicos en circunstancias que no impliquen un peligro para la población, debe ser considerado en pleno ejercicio de sus facultades y, por ende, en goce de sus derechos y dar por válida tal acción.

En la historia de México de los últimos cinco años, se han presentado distintas situaciones donde se han detectado epidemias surgidas en territorio nacional y extrapoladas al grado de convertirse en pandemias,²⁸ no obstante lo anterior, el gobierno no ha decretado la máxima alerta en cuanto al riesgo de seguridad nacional por lo que aún no ha sido decretada la suspensión de las garantías individuales, sin embargo ante tales epidemias la vacunación si bien no con carácter de obligatoriedad, sí se ha promovido ampliamente y en diversos medios de comunicación con vistas a una respuesta favorable entre la población.

Queda pues para futuras reflexiones, la cuestión acerca del decreto de emergencia nacional y, por ende, de suspensión de garantías individuales, pues la legislación mexicana con base en el artículo mencionado de su Constitución parece poco clara en cuanto a los criterios para diagnosticar las situaciones que pongan en grave riesgo a la población.

Referencias bibliográficas

¹ DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS. Tomado de: <<http://www.cinu.mx/onu/documentos/declaración-universal-de-los-d/>>

² El término “garantías individuales” resulta cuestionable y criticable debido a que es función del Derecho regular las actividades de las personas y protegerlas, por lo mismo, el término correcto debería ser “garantías personales”. Esto queda constatado con el libro primero título primero del Código Civil del Distrito Federal donde claramente se usa el término “personas” y no “individuos”. La Constitución Política de 1857 marcaba esta diferencia con el término “garantías personales”; sin embargo fue en la Constitución Política de 1917 cuando el término se cambió a “garantías individuales”.

³ Es importante mencionar que si bien todas las garantías individuales son derechos humanos no todos estos están constituidos como garantías, es decir, los derechos humanos constituyen un marco mucho más amplio que las garantías individuales por lo que estas se insertan en aquellos pero no viceversa.

⁴ Cfr. GÓMEZ PAZ, JOSÉ. “El derecho de la Seguridad Social y el sistema de salud”. En MAZZÁFERO, V.E. *Medicina y Salud Pública*. Argentina, Eudeba, 1999. p. 928

⁵ Cfr. GÓMEZ PAZ. *El derecho de la seguridad social*. p. 929.

⁶ Cfr. *Ibid.* p. 930.

⁷ GÓMEZ PAZ. *El derecho de la seguridad social*. p. 931.

⁸ Cfr. *Ibid.* p. 931-932.

⁹ Tomado de: ÁLVAREZ ALVA, RAFAEL. *Salud Pública y medicina preventiva*. 3ª edición. México: El Manual Moderno, 2002. p. 32.

¹⁰ Cfr. ÁLVAREZ ALVA, R. *Salud Pública*. p. 40.

¹¹ Cfr. ÁLVAREZ ALVA, R. *Salud Pública*. p. 41.

¹² Tomado de *Fundamentos de salud Pública*. Tomo I. p. 5

¹³ Esto tiene su fundamento en el principio de solidaridad de la Doctrina Social Cristiana.

¹⁴ GUTIÉRREZ, JOSÉ G. *La objeción de conciencia de los profesionales de la salud*. México: IMDOSOC, 2001. p. 62.

¹⁵ Cfr. NAVARRO VALLS, RAFAEL. *Las objeciones de conciencia en el derecho español y comparado*. Madrid: McGraw-Hill, 1997. p. 25.

¹⁶ NAVARRO VALS. R. *Las objeciones de conciencia*. p. 121.

¹⁷ Idem.

¹⁸ Cfr. RAMÍREZ TENA, FELIPE. *Derecho constitucional mexicano*. 19ª edición. México: Porrúa, 1983. p. 369.

¹⁹ Ibid. P. 377.

²⁰ BURGOA, IGNACIO. *Las garantías individuales*. 41ª edición. México: Porrúa, 2009. p. 166.

²¹ Cfr. BURGOA, I. *Las garantías*. . p. 194.

²² Ibid. pp. 303-307.

²³ Ibid. p. 307.

²⁴ Cfr. CASTRO, JUVENTINO. V. *Garantías y amparo*. 9ª edición. México: Porrúa, 1996. p. 64.

²⁵ Cfr. Op. Cit. BURGOA I. p. 205.

²⁶ Ley General de Salud 2011.

²⁷ Ibid.

²⁸ Piénsese por ejemplo, en la epidemia de influenza AHINI diagnosticada en el año 2010.

La historia de la medicina y su dimensión ético-antropológica*

*Simona Giardina***, *Andrea Viridis****, *Antonio G. Spagnolo*****

Resumen

El artículo pone en evidencia la dimensión ético-antropológica de la historia de la medicina. En el pasado podemos encontrar aquellos elementos de relevancia ética que están en estrecha continuidad con el presente. Desde los orígenes el médico ha experimentado el conflicto entre el mundo del deseo y el mundo del límite.

El cuidado de los enfermos comienza desde ahí, de la conciencia de compartir el mismo deseo, el mismo límite, el mismo destino. El artículo mira la historia de la medicina como historia de la humanidad; dentro está toda la vida humana, según la definición del historiador Fielding Garrison (1913). En esta perspectiva la dimensión ético-antropológica emerge sobre todo en las múltiples figuras de médicos ejemplares caracterizados por valores como el valor, la dedicación, la empatía, pero sobre todo por un gran sentido de humanidad y de solidaridad por sus enfermos.

En fin, una lectura ético-social puede emerger del arte y de la literatura. Ellas son no sólo testimonio de una época (documentos históricos) sino también un sismógrafo de las dimensiones éticas de la medicina.

** Investigadora en Bioética.

*** Doctor en investigación en Bioética.

**** Profesor Titular de Medicina Legal y de los Seguros del Instituto de Bioética de la Facultad de Medicina y Cirugía "A. Gemelli", Universidad Católica del Sacro Cuore, Roma (E-mail:simona.giardina@rm.unicat.it).

Publicado en *Medicina e Morale*: 2010/6 Págs: 1069-1087.

Summary

History of Medicine and its ethical-anthropological dimension

This article highlights the ethical-anthropological level of the history of medicine. It explores the close connection between past and present regarding those elements of ethical relevance in medicine. Since the beginning, the physician experienced the conflict between hopes and limits. Medical care springs exactly from the awareness of sharing the same desire, the same limit, and the same destiny.

This article regards the history of medicine as history of mankind; according to the historian Fielding Garrison, the history of medicine embodies the entire human life (1913).

In this perspective, the ethical-anthropological dimension emerges particularly in many exemplary figures of physicians, distinguished for courage, commitment, empathy, humanity and solidarity towards their patients.

Finally, arts and literature can be regarded as instruments to get a cultural perspective, as well as guidelines for social and ethical key of interpretation. They are not only historical documents, but also a seismograph, registering the fundamental historical dimension of medicine.

Palabras-clave: historia de la medicina, ética, antropología.

Key words: history of medicine, ethics, anthropology

La historia de la medicina como caleidoscopio de significados

“*Our study is man...*”. (William Osler)

La Historia de la medicina puede ser vista como un *caleidoscopio*: así como los pedazos de un caleidoscopio pueden originar figuras diversas, un evento histórico puede asumir significados diversos de-

pendiendo de la perspectiva hermenéutica adoptada. Los “hechos” de la historia de la medicina –lejos esta de ser escrita de una vez por todas– son portadores de una multiplicidad de significados y de una actualidad tal, en modo de permitirnos encontrar siempre algo nuevo en el pasado y de algo por aprender continuamente de él, una lección para el presente.

En el intento de poner en evidencia el valor formativo de la historia de la medicina, parece de gran utilidad detenerse sobre la dimensión ético-antropológica que subtiende la evolución histórica de la medicina y que se acompaña a la científica. La medicina, de hecho –como subraya el historiador D. von Engelhardt–, “es contemporáneamente ciencia natural y ciencia humanística, el aclarar y el comprender son necesarios del mismo modo”,¹ y si bien la historia del pensamiento ha producido una cierta dicotomía entre los dos ámbitos, es posible descubrir los intentos de superar el desgarro entre ciencias naturales y ciencias humanas a partir del pensamiento moderno (Renacimiento, Romanticismo e Idealismo, inicios y finales del siglo XX). Bien visto, tal exigencia de unilateralidad de los saberes está dada por el mismo sujeto/objeto de la medicina. El hombre mismo, de hecho, representa tal punto de convergencia, ya que la ciencia por un lado, la *humanitas* del otro, se encuentran en un terreno común: indagar y expresar qué cosa significa ser hombres, cómo satisfacer el deseo perenne (y nunca realmente apagado porque tal búsqueda está siempre *in fieri*) de verdad. ¿Pero cómo se puede conocer la verdad? Se podía descubrir la verdad sólo por medio de experimentos controlados, o la verdad era contenida en un soneto de Shakespeare o en un concierto de Mozart?”² La constante búsqueda de la verdad en medicina se vale, por un lado de los instrumentos de las ciencias positivas con el fin de conocer –en modo objetivo– la fisiología del organismo humano, dar explicación causal de la realidad patológica, y poder intervenir sobre ella (incluso a través de la técnica) para modificarla; pero por otro lado, reclama el saber de las ciencias humanas para

comprender el significado de aquellas realidades que se despliegan en modo siempre singular (personal, subjetivo, existencial) en todo ser humano (el nacer, el vivir, la enfermedad, etc.) y en todo encuentro clínico (la relación terapéutica, el cuidar al otro en el sufrimiento, etc.).

Si, por tanto, hasta hace algún tiempo la formación del médico miraba principalmente a dar una preparación centrada sobre los conocimientos científicos y sobre las competencias técnicas, hoy el panorama aparece profundamente cambiado. La renovada toma de consciencia relativa a la necesidad de integrar conocimientos científicos y saber humanístico ha llevado al nacimiento de las así llamadas *Medical humanities*,³ y su introducción en los *curricula* formativos de los cursos de licenciatura de las facultades de Medicina y Cirugía. “La medicina está influenciada por una serie de factores que tienen poco que ver con la ciencia. Se trata de un proceso dinámico, social y culturalmente integrado. La Medicina no puede verse desligada de su historia brevemente, de las preocupaciones por la ciencias humanas, aquellas ramas del saber tradicionalmente asociadas más con el análisis y la interpretación que con el empirismo y las pruebas de evidencia”.⁴

Así, también la Historia de la Medicina, que si bien representa una constante en el *curriculum* de los estudios médicos, (estando presente mucho antes del advenimiento de las *Medical Humanities*), encuentra en la perspectiva de las ciencias humanas un renovado interés, como también un impulso a reformular sus propios objetivos con el fin de armonizarse al interior del común proyecto formativo del médico. Hacer actual e importante como experiencia formativa la historia de la medicina quiere decir ir más allá de las diversas etapas de la investigación para indagar “las inquietudes, las esperanzas, los errores, las desilusiones y las conquistas de los hombres”.⁵ En este sentido la definición que uno de los pioneros de la historia de la medicina americana, Fielding Garrison, dio de esta disciplina en 1913 es sumamente significativa: “La historia de

la medicina es, en realidad, la *historia de la humanidad*, con sus altas y bajas, sus valientes aspiraciones a la verdad y a la certeza, sus dolorosos fracasos. Se puede tratar el argumento en varios modos, como una representación teatral, un conjunto de libros, un desfile de personajes, una serie de teorías, una exposición de errores humanos, o como la verdadera esencia de la historia de la cultura... *Dentro, está toda la vida humana*".⁶ El valor formativo de la historia de la medicina reside, por tanto, en la recuperación memorial (conocimiento), en el evidenciar aquellas vidas ejemplares que han modificado el curso de la medicina realizando el binomio ciencia/humanidad, en el focalizar los valores éticos universales que representan un puente entre pasado y futuro. Junto al cambio histórico está el significado antropológico. Y es sobre el hombre en la evolución del arte médica que queremos concentrar nuestra atención: como médico que experimenta lo inadecuado de los propios medios (*medicina y sentido del límite*), que hace de su arte una vocación (*historias de hombres por la medicina*), que encarna un ideal perdido (*lo que falta o se ha perdido*). Por último, una mirada al médico y al enfermo en el arte y en la literatura, claves de lectura para comprender al hombre detrás del arte médica.

También *Medicina e Morale*, que ha siempre estado presente en el debate sobre la formación humanística del médico –si bien no siendo en lo específico una revista de estudios históricos–, ha publicado en sus páginas algunos trabajos referibles al ámbito de la Historia de la medicina, con la intención de subrayar la lección propiamente “humanística” que emerge de la reconstrucción del pasado del arte médica, en su evolución, en la búsqueda de una “cosificación ético-deontológica”, en sus cambios de época y en aquellos elementos que permanecen constantes aún con el pasar del tiempo.⁷

Con el presente trabajo se quiere ofrecer, en ocasión del sexagésimo aniversario del nacimiento de la Revista, un ulterior punto de reflexión para una lectura ética de la Historia de la medicina.

Medicina y sentido del límite

“Obtener no puedes aquello que no debes”. (Eurípides, Alcesti)

El mito de Ícaro es el símbolo por excelencia de la voluntad innata del hombre de superar sus propios límites. Es bellissimo el cuadro de Matisse (1947) que representa un Ícaro negro que se proyecta hacia un cielo estrellado. El azul del cielo, esperanza e infinito, contrasta con el negro, límite y muerte. En primer plano lo inadecuado de sus medios limitados. Ícaro experimenta la caída inevitable para toda creatura humana.⁸ Ícaro representa esta tensión innata del hombre entre el mundo del deseo y el mundo del límite. A diferencia de otros cuadros que representan a Ícaro, en este el joven no ha caído todavía sino fluctúa en el cielo. En el cuerpo negro aparece un pequeño punto rojo, el corazón, símbolo de vitalidad. El mensaje de Matisse, a nuestro parecer, deja entrever una esperanza, si el hombre permanece al interior del límite.

También en la literatura griega antigua el mismo conflicto, la misma inquietud: *“Obtener no puedes aquello que no debes”* dice Tánato a Apolo en la tragedia Alcesti de Eurípides (438 a.C.). *“Persuádate de que la muerte es cosa que a cada uno es debida en este mundo”*, sentencia el Coro. Aquello que, desde sus orígenes, connota la Historia de la medicina es el sentido del límite que asemeja tanto al enfermo – *“sosténganme un poco... levántenme la cabeza: se me descoyunta la unión de mis pobres miembros”* dice Fedra, en la tragedia Hipólito de Eurípides; como al médico, representado en la tragedia por la nodriza: *“¿Qué te haré, qué cosa no haré? ... Estar enfermo es mejor que curar: aquello es un único mal, en esto en cambio el alma está triste y las manos atareadas. He hecho todo, he intentado de todo, y no ha servido para nada”*. *“La caducidad de los seres nos hiere. Ellos no se quedan fuera de nosotros como seres neutros... su degradación deja un pesar”*.⁹ Tanto la nodriza como Fedra reconocen su fragilidad. El oficio de médico ha estado desde el inicio marcado por la impotencia y por el fracaso hacia ciertos males. Es todavía un mito a dilucidar, aquel del centauro Quirón, experto en el arte médica y maestro de Asclepio (dios de

la medicina), hijo de Apolo.¹⁰ Quirón había sido picado por la Hidra de Lerna que le causó una herida incurable, aún siendo él inmortal. Aquel que cura es connotado por la incurabilidad, así como aquel que enferma: “*tú me puedes reprochar aquello que es incluso mi mal... he buscado un remedio a tu enfermedad, y he encontrado aquello que no quería*”,¹¹ afirma con pena la nodriza a Fedra. Un destino común es universal. La experiencia de la fragilidad es vulnerabilidad y cotidiana. No obstante este conocimiento, desde siempre el hombre ha buscado durar, permanecer, dejar huella de sí. Hemos escogido el mito porque estamos convencidos que “los esquemas del mito y las potencias personificadas por los mitos representan estilos de existencia arquetípicos a los cuales no nos ha sido dado escapar y de los cuales no podemos sanar”.¹² Los mitos no tienen tiempo, viven dentro de nosotros. El *deseo de durar* del enfermo es flanqueado por el *deseo de remediar*¹³ del médico que se vuelve mediador entre la vida y la muerte. No obstante su propio límite el médico no ha nunca renunciado al objetivo más importante de su arte: “*Tenía el deber de mi profesión, intentar por todos los medios de salvarlos*”,¹⁴ leemos en *El deber del médico* de Luigi Prandello. La no realización del deseo de remediar confiere al oficio de médico algo de trágico”,¹⁵ escribe J. Jouanna. El género literario de la tragedia bien se presta a ilustrar el espesor ético y la polifonía de la medicina. El término refiere a un enredo narrativo en el cual domina el binomio *dramma/conflicto*. Y donde existe el conflicto existen también valores en juego. No por casualidad el historiador J.C. Burnham ha subdividido la historia de la medicina en cinco *dramas*: el médico, el enfermo, las enfermedades, el descubrimiento y la comunicación del conocimiento, la interacción medicina/sociedad.¹⁶ Todo drama porta consigo una situación conflictual que puede desembocar en un dilema ético. Todo drama pone en evidencia eventos cruciales de la medicina: la relación médico-paciente, la relación del médico con la comunidad científica, del individuo con la enfermedad y con las imaginaciones que implica, del médico y del paciente en relación, al progresar de la instrumentación tecnológica.

Historias de hombres por la medicina

“Compañero, esto no es un libro. Quien lo toca, toca un hombre”.

(W. Whitman)

La Historia de la medicina es rica de figuras de médicos, cuya identidad profesional era fuertemente connotada por valores (integradores) de humanismo, de filantropía, de empeño ético-social. Figuras ejemplares que llevan en sí el conocimiento clínico y los valores de la valentía, de la dedicación y de la empatía. Pensemos –entre los muchos que se podrían citar– en médicos como Maimónides (siglo XII) iniciador de un acercamiento holístico al enfermo según el cual el estado de salud como el de enfermedad estaban influenciados por factores biológicos, psicosociales y sociales;¹⁷ Paracelso (1493-1541) que aconsejaba a sus médicos “hablar de aquello que es invisible” (atención también a las cosas inmateriales);¹⁸ Philippe Pinel que en 1793 liberó a los esclavos de la Bicêtre de las cadenas, en la convicción de poder recuperar aquellas existencias perdidas en el orden ético-social. Augusto Murri (1841-1932) médico clínico que afirmaba que “médico verdadero no puede ser quien no siente imperioso en el corazón el amor por los hombres”;¹⁹ William Osler (1849-1919) que enseñaba a sus estudiantes a “no preguntar qué enfermedad tuviese una persona, sino cual persona tuviese una enfermedad”;²⁰ Oliver Sacks (1933-), neurólogo de gran espesor humano que, en el estudio atento de sus enfermos afirmaba que “no se puede nunca hablar de una enfermedad o de un delirio prescindiendo de las personas: pertenecen siempre a ellos”.²¹ Entre las mujeres podemos recordar Agnódice (siglo III a.C.) que desafió a su tiempo vistiéndose de hombre para frecuentar las lecciones (prevalentemente de ginecología y obstetricia) del médico Erogilo, máximo exponente de la medicina alejandrina, según el testimonio de Higino.²² Agnódice conquistó a sus pacientes por su delicadeza y sensibilidad, demostrando ser no sólo atenta a la enfermedades del cuerpo sino también a los desasosiegos del alma. En el Medioevo emergió la figura de Hildegarda de Bingen

(1098-1179), poetisa, filósofa y científica que miraba al hombre en su totalidad de cuerpo y alma. En su medicina tenían amplio espacio las emociones, el ambiente y la interacción entre las personas. Estas figuras de médicos pertenecen a épocas diversas, de aquellas más antiguas a aquellas más recientes, como confirmación del hecho de que lo antiguo no ha simplemente pasado sino revive en lo nuevo y lo enriquece. El estímulo ético deriva del hecho que estos médicos nos invitan a encontrar aquella realidad que vale la pena recuperar. Obviamente no es tarea de la historia hacer una reflexión moral. Tarea de la historia es estimular tales reflexiones, “iluminar el modo en el cual hombres y mujeres han realizado decisiones guiadas por valores, cómo hayan sido determinantes en el desarrollo de la sociedad y de los pueblos, cómo han entrado en conflicto diversas interpretaciones de valores universales...”²³

Las historias de hombres y mujeres a favor de la medicina iluminan sobre todo el aspecto humano de un descubrimiento, antes incluso del científico. Junto a los médicos-filántropos de la historia de la medicina emergen muchas figuras de *médicos-héroes*. Son aquellos hombres que han sabido sobrepasar los dogmas desafiando la resistencia de los hombres frente a la innovación, los intereses adquiridos por tradición, el monopolio del saber, la autoridad, el temor de ver derrumbarse aquello que había sido construido fatigosamente. En el imaginario de sus opositores, los médicos-héroes eran una presencia misteriosa y huidiza que amenazaba la realidad pre-constituida. Muchos de ellos han pagado un precio muy alto terminando sus días en absoluta soledad y desesperación. Muchísimas son las figuras de *médicos héroes*. Baste pensar, a título de ejemplo en Ignaz Semmelweis (1818-1865) y en el dificultoso nacimiento del concepto de sepsis en la fiebre puerperal antes de Pasteur y del descubrimiento de la existencia de los gérmenes. Semmelweis, médico húngaro, considerado el descubridor de la principal causa de la fiebre puerperal, representa un caso emblemático de la cerrazón del mundo científico de frente a aquellos descubrimientos que se arriesgan a cambiar el orden constituido, los equilibrios fatigosa-

mente alcanzados. Semmelweis había terminado sus estudios en Viena todavía en la época de los “miasmas”.²⁴ La fiebre puerperal, en aquellos tiempos, mataba misteriosamente miles de nuevas madres, sobre todo en los grandes hospitales.²⁵ Semmelweis, luego de atentas observaciones y a una serie de coincidencias fortuitas, concluyó que la enfermedad era provocada por los mismos médicos y estudiantes los cuales, según una praxis bastante común en aquel tiempo, visitaban a las pacientes luego de haber diseccionado cadáveres en la sala de anatomía. Para verificar su hipótesis, Semmelweis procuró que todas las personas de su sección se lavaran bien las manos con una solución desinfectante (cloruro de calcio) antes de cualquier contacto con las pacientes. Las infecciones disminuyeron sensiblemente. La hostilidad y la oposición de sus colegas fue grandísima. Recordemos también a Andrea Vesalio (1514-1564), el químico Louis Pasteur (1822-1895), Joseph Lister (1827-1912): Todos han sabido desafiar la oposición de la comunidad científica volviéndose iniciadores de una nueva era en la práctica médica. Al primero se debe la revolución anatómica, al segundo la bacteriológica, al tercero la de la a-sepsia y de la anti-sepsia. El denominador común a casi todos estos hombres que han contribuido al progreso de la medicina, son la *imaginación* para elaborar un modelo contrario a la tradición, el *valor* de practicar procedimientos no conformistas, la *habilidad* en el convencer a los opositores (sólo en algunos); pero sobre todo la *pasión* por la medicina y por el hombre enfermo.

De estas historias emerge una enseñanza importante: “El método experimental no es sino una técnica, infinitamente preciosa, pero deprimente. Eso requiere del investigador un superávit de fervor para no desfallecer antes de alcanzar su objetivo, en aquel desposeído sendero que es necesario recorrer acompañados precisamente por el método. El hombre es un ser sentimental. Sin sentimiento, no puede haber grandes creaciones...”.²⁶ La frase de Cèline, trata del libro *El doctor Semmelweis*, subraya cómo detrás de cada descubrimiento está siempre el camino fatigoso de un hombre que

ha tenido el valor de dejar a un lado el camino más seguro de lo ya conocido, y de afrontar el más riesgoso de lo desconocido. No hay descubrimiento sin participación emotiva, sin pasión.

Aquello que aquí queremos subrayar es que la intuición del médico húngaro nace – como escribe Céline – no de la ambición, no de la voluntad de buscar la verdad, sino “de una ardiente piedad por la ruina física y moral de sus enfermos”.²⁷ Atormentado por el sufrimiento de los hombres, Semmelweis así escribe a su amigo Markusowsky: “... debo confesarte que la mía ha sido una vida infernal, que el pensamiento de la muerte de mis enfermos me ha sido siempre insoportable, sobre todo él se insinúa entre las dos grandes alegrías de la existencia, la de ser jóvenes y la de dar la vida”.²⁸ Es el interés por el hombre enfermo lo que guía estas capacidades. Lo enseñaba a sus estudiantes el gran médico y humanista William Osler.

“Aquello que falta o que se ha perdido...” “...el presente no es solamente el pequeño estrato de hielo sobre el cual caminamos, sino es dado también por el agua profunda que está debajo, por un tiempo más largo, por una memoria de donde se recaban los signos de aquello que falta o que se ha perdido”.

(Ezio Raimondi)

La recuperación del pasado ayuda a adquirir una identidad consciente porque “sin la memoria del pasado, el presente se vuelve incomprendible”, porque “no hay identidad sin conocimiento del propio pasado y sin una confrontación crítica con él”.²⁹ Muchos valores de nuestra civilización occidental tienen raíces en la historia. Esta última puede focalizar no sólo aquello que ya no queremos (recordar para no reiterar)³⁰ pero también y sobre todo aquello que queremos todavía y que se refiere a la dimensión humana del ser médico, su íntima esencia: “¿Ya para qué me sirve un médico? Y luego, ¿es tan difícil encontrar uno? Aquello que necesito es su afecto hacia mí, su humanidad, su dulzura...”.³¹ Las palabras de Cicerón se refieren a su médico Alexion. Las cualidades que Cicerón busca en el médico no se refieren a la habilidad técnica sino a la sensibilidad humana.

La misma sufrida gratitud en las palabras de Séneca: “... y así si el médico no hace otra cosa que palparme el pulso y considerarme uno de tantos pacientes, prescribiéndome fríamente aquello que debo hacer o evitar, yo no le debo nada porque él no ve en mí a un amigo sino sólo un cliente. Aquel otro, en cambio, el verdadero médico, se ha preocupado de mí más de lo debido... no se ha limitado a indicarme los remedios... ha estado entre aquellos que ansiosamente me asistían: en consecuencia yo quedo en deuda con semejante hombre no como médico, sino como amigo”.³² La imagen del médico-amigo todavía hoy revive en la imaginación del enfermo: “Frecuentemente, teniendo relación con mis médicos del M-skcc,³³ todos especialistas, todos muy buenos, todos fruto de una dura selección que conducía abí de todo el mundo a los mejores de cada sector, pensaba en el Dr. Macchioni, aquel que de pequeño, cuando estaba enfermo venía a visitarme a casa: el médico de familia... Él llegaba, elegante, con los anteojos de armazón dorado, posaba sobre la cama su maletín de piel, se hacía referir las últimas novedades, me ponía el estetoscopio de madera en el pecho y en la espalda, me hacía respirar profundamente, decir “treinta y tres”, me miraba a los ojos, me hacía sacar la lengua, contaba los latidos del pulso... daba su veredicto”.³⁴ Mirar al pasado para recuperar valores perdidos, para encontrar un médico más humano, más cercano al enfermo. El doctor Macchioni descrito por Tiziano Terzani nuestra una ritualidad de gestos y palabras que son para el paciente tranquilizantes, un médico que sabe todavía utilizar sus sentidos para llegar al diagnóstico. El instrumento ciñe al actuar del médico, no lo sustituye. Cuando el único instrumento para acceder a la clínica era la semiótica física, la visita médica era antes que nada un encuentro entre dos hombres: el que cura y el que sufre. El contacto físico era también contacto humano, la visita era también coloquio. Son los médicos “que no te dejan nunca y te cuidan y quizá te aman cuando pides su ayuda”,³⁵ afirmaba la grande poetiza Alda Merini. Hay un remedio cuyo valor no tiene límites temporales y es el *remedio metafísico*,³⁶ aquel capaz de levantar el alma. Porque más allá de la dimensión somática del dolor hay una psicológica. Es “el deseo de la cercanía humana, algo “impalpable” ...que realiza la ayuda y la esperanza de la cual todo enfermo siente, aguda y lacerante, su

exigencia”:³⁷ “*en su voz siento participación, a primera vista quizá porque me ha parecido que con ustedes se pudiese hablara de todo*”.³⁸

Médico y enfermo en el arte y en la literatura

“*La literatura, como todo el arte, es la confesión de que la vida no basta*”.
(Fernando Pessoa)

Desde las épocas más antiguas se ha hecho uso en la medicina de un lenguaje metafórico (por ejem. al lenguaje militar utilizado para algunas pandemias), lo que viene a significar que el universo de la medicina no se comprende plenamente si nos acercamos a él sólo con los instrumentos técnicos. En la Historia de la medicina las metáforas juegan un rol importante porque reflejan y al mismo tiempo estructuran el modo en el cual el hombre percibe la muerte y su anticipación, la enfermedad. Frecuentemente en la historia de algunas enfermedades se han vuelto el símbolo de una corrupción moral: pensemos en la lepra, en la viruela o en la sífilis. La metáfora refiere a otro significado, más allá de lo literal. El término, derivado del griego, significa transportar. En otras es un modo para trasladar la atención: el uso de la metáfora permite al hombre transferir fuera de sí, exorcizándola, la tensión interior. No sólo. Tras el lenguaje metafórico se esconde frecuentemente un cambio moral del individuo.³⁹ En este caso la metáfora representa una clave de lectura crítico-hermenéutica del enfermo y de su enfermedad. El arte y la literatura expresan con más eficacia el lenguaje metafórico. No nos podemos acercar a la Historia de la medicina prescindiendo del arte y de la literatura, fuentes importantes sobre todo para un estudio ético-antropológico e histórico-social.

El médico. Un cuadro muy significativo es el de Luke Fields, *The Doctor* (1891): un médico está sentado frente a un pequeño enfermo, en el fondo los dos padres, captados en su desesperación. El médico no hace nada, su impotencia está bien expresada por sus manos, una sobre la pierna, la otra en el mentón. La mano, instru-

mento médico, en este cuadro se retrae. En primer plano está el rostro meditabundo y herido del médico. La impotencia de los medios terapéuticos es subrayada por las botellitas de medicamentos colocadas en el buró. A través del arte podemos vislumbrar la gestualidad más significativa del actuar médico. Frecuentemente los artistas han puesto en primer plano la mano, tanto del médico como del enfermo: “la mano es el vehículo de los sentimientos más delicados. Es capaz de decir aquello que no logra decir la palabra. Hay emociones que son inexpresables, se viven en el silencio y con la cercanía física: mano con mano, la mano que pasa sobre la frente y palpa el pulso”.⁴⁰ El arte narra una historia, la personal del artista que perdió su primer hijo en 1877. El impacto emotivo que tuvo este cuadro fue enorme. Un médico victoriano escribió así en un artículo de 1892 publicado en el BMJ: “una biblioteca de libros escritos en nuestro honor no haría aquello que esta foto ha hecho y hará por la profesión médica... Recuerden siempre tener presente la imagen de la figura ideal de Luke Fields, y de ser al mismo tiempo señores y nobles doctores (*gentlemen and gentle doctors*)”.⁴¹ Todavía hoy la resonancia de este cuadro es fuerte: “Es la imagen maravillosa de cuál debe ser la tarea del médico: estar siempre presente, incluso cuando no hay ya nada que hacer, cuando el límite de la condición humana parece tomar ventaja”.⁴² En el cuadro el artista ha desahogado un imperativo de su ser. En este modo el bien y lo bello coinciden: “el *bien* recibido por las personas necesitadas de cuidados reverbera en lo *bello* que es intrínseco a los cuidados prestados con dedicación por otras personas”.⁴³ La figura arquetípica símbolo de la atención médica es aquella de la madre.⁴⁴ El reclamo a una mayor humanización de los cuidados puede pasar a través de la figura materna. En el arte son muchísimas las obras en las cuales domina el binomio madre/cuidados. Una nos ha parecido muy significativa: *El abrazo* de J.F. Millet (1814-1875), una mujer apenas estilizada estrecha consigo su bebé enfermo: los bordes entre los dos cuerpos parecen perderse en el abrazo. Creemos que el artista haya dejado estos rostros en el anonimato para atraer la atención sobre

el gesto, el abrazo precisamente. Del cuadro emerge una profunda moralidad: el gesto simple y cotidiano de una madre. Si es leído en profundidad, refleja el amor y la paciencia de quien es capaz de empeñarse en modo exclusivo en el acompañar al enfermo.⁴⁵ El arte favorece la imaginación, la empatía, la reflexión (mundo de las emociones).

Una vez más el lenguaje del arte reafirma la dimensión humana de la enfermedad, enfoca la atención sobre *aquello que falta o se ha perdido*.

El enfermo. Hemos escogido como cuadro símbolo de los enfermos el de Roger de La Fresnaye, *La enferma* (1885). Una mujer está postrada en el lecho, tiene el rostro enrojecido por la fiebre, los ojos apenas bosquejados dejan la figura en el anonimato. El cuerpo está inmerso en una fijeza angustiante. El único elemento que rompe la firmeza es la mano alzada de la enferma que parece querer llamar la atención, parece querer salir del anonimato.⁴⁶ La peculiaridad del arte es aquella de dar vida al lenguaje extraverbal, hecho de gestos, muecas, posturas, miradas. En el arte tenemos una perspectiva privilegiada porque “lo que siempre habla en silencio es el cuerpo”.⁴⁷ También en el cuadro de Telémaco Signorini, *La sala de las agitadas en el hospital de Florencia* (1865), es el brazo levantado de una de las agitadas que grita al mundo la propia dignidad herida. En este caso el arte no es sólo testimonio de denuncia. El arte en general tiene la capacidad de emocionar y de conducir a esa participación empática que va más allá de toda racionalidad; tiene la capacidad de dar voz al cuerpo, aún cuando inerte por estar enfermo. En este sentido es muy significativa una novela de Pirandello, *La mano del enfermo pobre*, en la cual un paciente observando la mano (única parte del cuerpo a él vivible) de su vecino de cama cuenta, o mejor intuye, su historia, su vivencia cotidiana: “Me puse a contemplar con curiosidad amorosa esta mano y de ella, poco a poco, me hice narrar la fábula que les diré. Me la narró con gestos, se entiende, quizá inconscientes, que de tanto en tanto hacía: con las actitudes a las cuales se abandonaba, enjuta, amarillenta, sobre la blanca colcha, a veces sobre el dorso, con la palma hacia arriba y

los dedos un poco abiertos y apenas contraídos, en acto de total entrega a la suerte que la clava como a una cruz en aquella cama; a veces cerrando el puño, o por un denso espasmo imprevisto, o por movimiento de ira o de impaciencia, al cual seguía siempre un relajamiento de mortal cansancio”.⁴⁸ El cuerpo, por tanto, tiene voz. La literatura tiene la función de indagar la experiencia y de dar voz al cuerpo enfermo no sólo como organismo (*körper*) sino como cuerpo vivido (*leib*). Ella puede iluminar no sólo los contenidos sino también los significados del actuar médico. Diarios, epistolarios, crónicas, autobiografías, novelas; constituyen material precioso para entender no sólo las enfermedades sino sobre todo a los enfermos (acercamiento narrativo a la historia).⁴⁹ La enfermedad es un tema muy difuso en la literatura, al punto de ser considerado un verdadero y propio *topos literario*. La narración estructura a la enfermedad dándole significado. En ella el enfermo aparece en su experiencia concreta. La literatura y la medicina tienen un común denominador, las historias: los pacientes las cuentan, los médicos las escuchan; los artistas las interpretan. En la literatura aparece por tanto la dimensión privada de la enfermedad, del sufrimiento, de la muerte, del cuerpo modificado por la enfermedad y el malestar del enfermo debido a la irrupción de la instrumentación tecnológica que comporta un significativo cambio en la relación médico-paciente, la impotencia frente a la estigmatización social a la cual estaba sometido quien era afectado por enfermedades marcadas por una connotación moral (segundo *topoi* muy difundidos; enfermedad/diversidad, sano/enfermo, puro/impuro). Sin embargo no son sólo protagonistas los enfermos sino también los médicos, sea como personajes que como autores. La literatura del siglo XIX es rica de relatos en los cuales emerge nuevamente el sentido del límite de la propia arte y la molestia y la frustración de no sentirse a la altura del propio rol, por no lograr satisfacer las exigencias de los enfermos. Otros actores a los cuales la literatura ha dado voz son los familiares, testimonios impotentes del sufrimiento de sus seres queridos: aquellos que Carlo Bo llama “los testimonios desde fue-

ra: el discurso de quien ve sufrir y no puede hacer nada”.⁵⁰ La literatura nos ayuda a comprender que las preguntas que el enfermo dirige al médico son en su mayoría de naturaleza existencial, o como escribe Oliver Sacks, de naturaleza metafísica.⁵¹ En la literatura que se ocupa de estos temas aparece una consciencia conternada, un deseo tormentoso de hacer visible, por medio de las palabras, aquello que no lo es. En todo caso, más allá de quien escribe, todas son “páginas que piden una medicina que sepa “conocer las pasiones” del hombre y para el hombre, una medicina alimentada de solidaridad y participación”,⁵² páginas que no narran una anamnesis, una historia natural, sino una historia personal. El arte y la literatura son un instrumento privilegiado para salir del silencio y dar a la vivencia particular un saber compartido. Manifestar las emociones, narrar el propio paisaje interior permite salir de la realidad y partir de sí y de las propias experiencias. La dimensión ética individualizada de la literatura y del arte, emerge claramente ahí donde los autores adoptan un *lenguaje reivindicativo*, tendiente a la recuperación del enfermo como ser humano antes que como ser biológico, de la dialogalidad de la relación médico-paciente, del camino existencial de la enfermedad.

Del pasado al futuro

“Bajo el intenso azul del cielo algún ave marina se va ni se detiene nunca, porque todas las imágenes llevan escrito más allá”.

(E. Montale)

Nos gusta ver ese “más allá” de los versos de Montale, como una extensión/proyección de la mente, no sólo del futuro sino también del pasado: una dimensión temporal sin límites. Mirar al pasado, por tanto, con ojos nuevos, libres pero no desmemoriados de aquello que ha sido y de aquello que se ha construido. Sólo de este modo podremos salir de los dogmas y de la rigidez que impiden progresar el pensamiento porque vuelven las mentes inertes. “Más

logras proyectarte hacia atrás, en el pasado histórico, y hacia abajo, hacia aquello que está después de ti y hacia abajo, y afuera, hacia el otro; más tu vida se expande”,⁵³ más el pensamiento, en la confrontación, se enriquece.

Referencias bibliográficas

¹ Von Engelhardt D. *Il rapporto medico-paziente in mutamento: ieri, oggi, domani*. Medicina e Morale 1999; 49: 265-299.

² MATHIANSEN H, ALPERT JS. *Only connect: musings on the relationship between literature and medicine*. Farm Med. 2001; 33 (5): 349.

³ EVANS M, GREAVES D. *Exploring the medical humanities*. BMJ. 1999; 6: 1216; ID. *Medical Humanities*. Journal of Medical Ethics: Medical Humanities 2000; 26: 1-2; ENGELHARDT HT. *The birth of the medical humanities and the rebirth of the philosophy of medicine: the vision of Edmund D. Pellegrino*. Journal of Medicine and Philosophy 1990; 15 (3): 237-241.

⁴ MCLELLAN F, HORTON R, MULLAN Z Y AL. *Introducing the art of medicine*. The Lancet 2008; 371: 14.

⁵ MALATO MT. *Storia della Medicina. I*. Roma: Antonio Delfino Editore; 1994: XI.

⁶ GARRISON F. *An introduction to the History of Medicine*. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1913 (cursiva mía). La obra de Garrison, acompañada de una rica bibliografía, ha sido la primera publicación de vasto alcance en el campo de la Historia de la medicina en los Estados Unidos.

⁷ CATANANTI C. *L'antropologia a la base della medicina: un dibattito antico ed attuale*. Medicina e Morale 1996; 6: 1135-1150; FEDERSPIL G, VETTOR R. *Il progresso scientifico e la medicina interna*. Medicina e Morale 1997; 2: 287-298; VON ENGELHARDT. *Il rapporto medico-paziente in mutamento...*; SGRECCIA E, CATANANTI C, PENNACCHINI M, CASINI M. *Evoluzione storica dell'istituto dell'obiezione di coscienza in Italia*. Medicina e Morale 2001; 6: 1093-1151; DI PIETRO ML, PENNACCHINI M. *La comparsa della bioetica nei Codici di Deontologia medica italiani: profilo storico e analisi dei contenuti*. Medicina e Morale 2002; 1: 29-62; OPPES M. *La Deontologia medica all'inizio del '900: i principi del primo Codice italiano*. Medicina e Morale 2003; 6: 1203-1212.

⁸ BORDIN G, POLO D'AMBROSIO L. *Mito di Icaro* en ID. *La Medicina*. Milán: Electra; 2009: 10.

⁹ BIZZOTTO M. *La cura*. Camillanum 2010; 27:459.

¹⁰ Este último era no sólo el dios de la medicina, sino también de las artes, de la música y de la profecía y confirma que la medicina está, desde sus más remotos orígenes, estrechamente unida a la dimensión humanística.

¹¹ EURIPIDE. *Ippolito*. Vv. 695-700 en ROSATI G. *Scrittori di Grecia .II*. Città del Vaticano: Urbaniana University Press; 2002: 353.

¹² HILLMAN J. *La forza del carattere*. Milán: Adelphi; 2000: 58.

¹³ CAVICCHI I. *Il rimedio metafisico* en Id. *Il rimedio e la cura. Cultura terapeutica tra scienza e libertà*. Roma: Editori Riuniti; 1999: 13.

¹⁴ PIRANDELLO L. *Il dovere del medico* (1911) en Id. *Maschere nude*. Milán: Mondadori; 1958: 476.

¹⁵ JOUANNA J. *La nascita dell'arte medica occidentale* en Grmek M. (curador). *Historia del pensiero medico occidentale. I*. Roma-Bari: Laterza; 1993: 57.

¹⁶ BURNHAM J. *What is medical history?* Cambridge: Polity Press; 2005.

¹⁷ ROSNER F. *Moses Maimonides*. Arch Intern Med. 2000; 160: 142; BLOCH S. *Moses Maimonides' contribution to the biopsychosocial approach in clinical medicine*. Lancet 2001; 358: 829-832.

¹⁸ Paracelso en la obra *Labyrinthus medicorum* (1538) ve al médico como un colaborador de Dios en confirmación de la íntima conexión entre cuerpo y alma en su medicina.

¹⁹ Augusto Murri citado en FIORISTA F. *La medicina alle soglie del terzo millennio: ma è cambiato l'uomo?* Rivista La Ca'Granada 2005; 3: 17.

²⁰ William Osler médico, filósofo e historiador de gran fama fue uno de los más grandes clínicos de la historia de la medicina a tal punto de representar un modelo ideal de médico. Su filosofía de la medicina puede ser sintetizada en dos palabras: "love of the art" y "love of humanity" (Osler W. *The Old Humanities and the New Science*. Boston: Houghton Mifflin; 1920: 63-64). Su grande humanidad y caridad llevaron a la medicina hacia valores eternos. Se vea CUSHING H. *The life of Sir William Osler (1849-1919)*. Oxford: Clarendon Press; 1925. Osler escribió muchísimo pero un texto fundamental de un punto de vista ético-antropológico es *Aequanimitas: with other addresses to medical students, nurses and practitioners of medicine*. Philadelphia: Blakiston's Son; 1932. "Every patient you see is a lesson in much more than the malady from which he suffers" es una de las máximas más citadas de su libro *Aequanimitas*, p. 406. Su modo de presentarse a los alumnos era sorprendente. Uno de sus estudiantes así lo describió: "among the many virtues of Sir William Osler was his spontaneous, natural, and kindly interest in patients and students and in people in general". Osler has come to be a significant, indeed a potent, role model. He is seen as the embodiment of the sympathetic teacher, the thoughtful friend, the concerned physician. Modern teachers who seek to convey to their students the archetype of the humane physician often turn to Osler (se vea ROLAND CG, voz *William Osler* en el *Dictionary of Canadian Biography Online*. University of Toronto/Univerité Laval; 2000; acceso del 20.11.2010 en: <http://www.biographi.ca/index-e.html>).

²¹ SACKS O. *L'uomo che scambiò sua moglie per un cappello*. Milán: Adelphi; 2001.

²² Igino. *Fabulae*, 274.

²³ SANTERINI M. *El valor de la historia contemporánea* en BOSCO G, MANTOVANI C (curador). *La storia contemporanea tra scuola e università. Manuali, programmi, docenti*. Soveria Maneelli: Rubbettino; 2002: 243-256.

²⁴ Se creía que la enfermedad fuese debida a un veneno presente en el aire.

²⁵ Desde el siglo XVIII el porcentaje de mortalidad infantil y neomaterna en Europa era muy alta y muchas sus causas: escasa si no incluso inexistente asistencia prenatal, alimentación inadecuada, enfermedades infecciosas e infecciones en los hospitales (fiebre puerperal). Se vea DONAHUE PM. *Nursing. Storia illustrata dell'assistenza infermieristica*. Roma: Antonio Delfino; 1991: 202-210.

²⁶ CÉLINE LF. *Il dottor Semmelweis*. 1952, Milán: Adelphi; 2004: 64.

²⁷ *Ibid.*, p. 63.

²⁸ *Ibid.*, p. 65.

²⁹ Bearzot C. *Perché studiare ancora le lingue classiche?* Vita e Pensiero 2010; 1: 99.

³⁰ Se piense, por ejemplo, a la medicina nazi y a las experimentaciones no éticas realizadas en el pasado. Ellas suscitan un vértigo del cual nace el *arrebato moral* que impulsa al hombre a una reconsideración, a una búsqueda, a un viaje sobre el sentido y sobre el valor de la vida. El arrebato moral es aquello que impulsa a realizar una elección responsable. En este sentido, un rol determinante ha sido el de la Bioética, disciplina que, desde sus orígenes, se opuso a las fuerzas de la deshumanización y secularización imperantes y que adopta en su estructura epistemológica el sentido del límite.

³¹ CICERONE. *Ad Atticum*, XV, 1.

³² SÉNECA. *De Beneficiis*. VI, 16, 2. Sobre la figura del médico-amigo se vea GIARDINA S. *La figura del medico-amico nell'immaginario del malato*. Tendenze Nuove 2010; 3: 41-50.

³³ Centro especialista de New York.

³⁴ Terzani T. *Un altro giro di giostra. Viaggio nel male e nel bene del nostro tempo*. Milán: Longanesi; 2004: 86.

³⁵ VESCOVI M. *L'arte e la malattia. Omaggio ad Alda Marini (scomparsa il 1 novembre 2009)* (acceso del 06.11.2009, en: <http://www.avisunipr.it/indez.php>).

³⁶ CAVICCHI I. *Il rimedio metafisico* en ID. *Il rimedio e la cura. Cultura terepeutica tra scienza e libertà*. Roma: Editori Riuniti; 1999.

³⁷ Borgna E. *L'arte della medicina nella letteratura* en ANCONA M, ORECCHI M, TORRE E (curador). *L'Arte medica tra comunicazione, relazione, tecnica e organizzazione*. Turín: Scriptorium; 1996: 126.

³⁸ CECHOV A. *Caso clinico* en ID. *Racconti. I*. Milán: Mondadori; 1996: 1486.

³⁹ GALVAGNI L. *Io mi racconto, tu mi comunichi. Metafore e immagini dell'esperienza di malattia*. Rivista La ca'Granada 2006; 2/3: 40-42, p. 42.

⁴⁰ BIZZOTTO. *La cura...*, p. 469.

⁴¹ *Opening of the Medical Schools: Introductory Addresses*. BMJ. 1892; 2: 777-790, pp. 787-788.

⁴² Assal JP. Citado por Boffi E. *L'arte umana di The Doctor*. Tempi 2003; 1: 16-17.

⁴³ COSMACINI G. *Il bene e il bello. I luoghi della cura*. Firenze: SEI; 2001: 9.

⁴⁴ BIZZOTTO. *La cura...*, p. 462.

⁴⁵ BORDIN, PLO D'AMBROSIO. *Abbraccio...*, p. 358.

⁴⁶ ID. *Prigione*. en ID. *La Medicina...*, p. 355.

⁴⁷ BROWN NO. *Love's Body*. New York: Random House; 1966 (trad. it. *Corpo*

d'amore. Milán: Il Saggiatore; 1969: 305-306.

⁴⁸ PRANDELLO L. *La mano del malato povero* en ID. *La giara a altre novelle*. Milán: Modadori; 1965: 270.

⁴⁹ LOUIS-COURVOISIER M, WENGER A, *How to make the most of history and literature in the teaching of medical humanities: the experience of the University of Geneva*. *J Med Ethics – Medical Humanities* 2005; 31-51-54.

⁵⁰ BO C. *La sofferenza nella letteratura (Zorn, Papini, Ungaretti, Rebora)* en FALSI-NI R (curador). *Il mistero della sofferenza*. Milán: Edizioni O.R.; 1982.

⁵¹ SACKS O. *Risvegli*. Milán: Adelphi Edizioni; 1987: 297.

⁵² *Onde conoscere le passioni. Medicina e letteratura nell'Ottocento*. Il Pensiero Scientifico Editore; 2002: XVII. Se vea también GIARDINA S. *Il recupero della letteratura del pensiero bioetico*.

⁵³ Hillman. *La forza del carattere...*, p. 67.

MEDICINA Y ÉTICA

PUBLICACIÓN TRIMESTRAL

**Revista Internacional de Bioética
Deontología y Ética Médica**

La Revista Medicina y Etica es el órgano de publicación de la Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac México Norte.

Se publica trimestralmente en coedición con el Centro del Ateneo de Bioética de la Facultad de Medicina y Cirugía "Agostino Gemelli" de la Universidad del Sagrado Corazón de Roma.

Inició su publicación en abril de 1990, siendo la primera revista publicada sobre Bioética en México.

Su contenido serio y profundo constituye un medio ideal para el estudio sobre temas de Bioética.

Suscripción anual (4 números)

México	\$ 200.00 Pesos
América Latina	\$ 80.00 U.S. Dlls.
Otros país	\$ 80.00 U.S. Dlls.

Suscripción con tarjeta de crédito a través de la página de la Facultad: <http://www.anahuac.mx/bioetica>

**FACULTAD DE BIOÉTICA
UNIVERSIDAD ANÁHUAC MÉXICO NORTE**

Apartado Postal 10-844 México. D.F. CP. 11000

Teléfonos: (52) (55) 5328-8074 Fax: (52) (55) 5627-0210 Ext. 8742
www.anahuac.mx Email: bioetica@anahuac.mx



Litho Press
DE MEXICO

Este libro se terminó de imprimir enero de 2012,
en los talleres de Litho Press de México,
Oriente 237 No. 416 Col. Agrícola Oriental, C.P. 08500, México, D.F.
Tiraje 500 ejemplares