



Organización
de las Naciones Unidas
para la Educación,
la Ciencia y la Cultura

Oficina de Montevideo

Oficina Regional de Ciencias
para América Latina y el Caribe



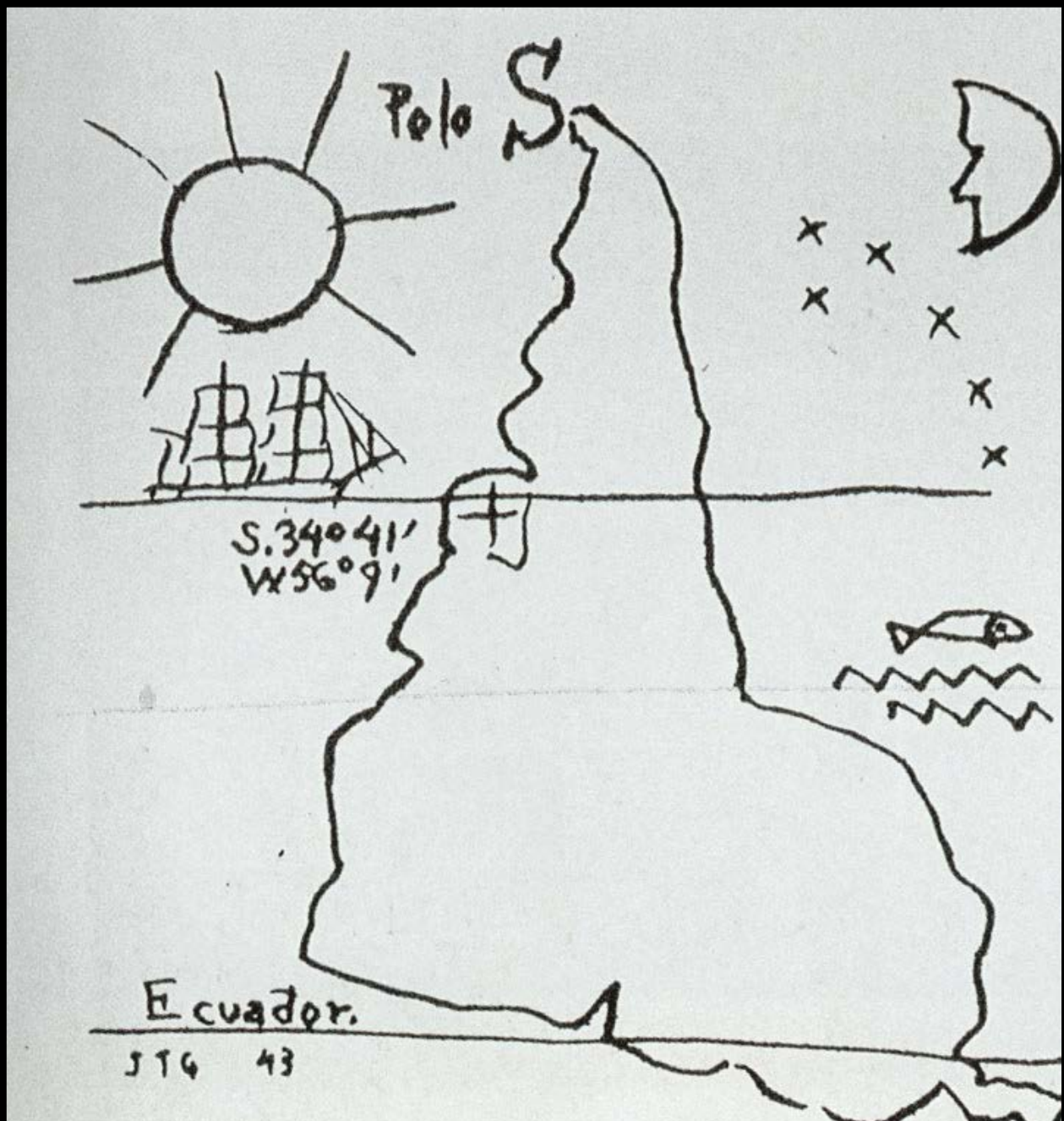
red latinoamericana y del caribe de bioética



Revista Redbioética / UNESCO

Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética / UNESCO

Año 6, Vol. 2, No. 12, julio - diciembre de 2015



La Revista Redbioética/UNESCO es una revista de acceso abierto. Todo su contenido está libremente disponible sin cargo para usos lícitos por los usuarios y/o sus instituciones. Los lectores pueden leer, bajar, copiar, distribuir, imprimir y/o colocar hipervínculos al texto completo de los artículos sin requerir previamente autorización del autor o del editor, de acuerdo con la definición de acceso abierto de la BOAI (Budapest Open Access Initiative). La Revista Redbioética/UNESCO y los autores retienen, sin embargo, el derecho a ser adecuadamente citados.

La Revista Redbioética/UNESCO es una revista semestral on-line dedicada a la difusión y debate de la bioética en el ámbito de América Latina y el Caribe, que publica artículos originales revisados por pares externos, así como también presentaciones en congresos, crónicas, reseñas y noticias. Está dirigida tanto al público especializado en bioética como a la comunidad en general, y es de acceso abierto (según definición BOAI).

Las opiniones aquí expresadas son responsabilidad de los autores, las cuales no necesariamente reflejan las de la UNESCO y no comprometen a la organización.

Las denominaciones empleadas y la forma en que aparecen los datos no implica de parte de UNESCO ni de los autores, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades, personas, organizaciones, zonas o de sus autoridades, ni sobre la delimitación de sus fronteras o límites. Los contenidos de la presente publicación no tienen fines comerciales y pueden ser reproducidos haciendo referencia explícita a la fuente.

Publicada en el año 2015 por la Redbioética del Programa de Bioética de la Oficina Regional de Ciencias de la UNESCO para América Latina y el Caribe.

ISSN 2077-9445

© UNESCO 2015

Revista Redbioética/UNESCO
Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética
Publicación semestral on-line
Año 6, Vol. 2 , No. 12

Revista de Libre Acceso (BOAI)

Director: Volnei Garrafa

Editora: Maria Luisa Pfeiffer

Oficina editorial:

Dr. Luis P. Piera 1992, 2º piso

11200 Montevideo, Uruguay

E-mail: revistaredbioetica@unesco.org.uy

Acceso - <http://revista.redbioeticaunesco.org>

Imagen de tapa: América invertida, dibujo de
Joaquín Torres García, 1943 (Museo Juan
Manuel Blanes, Montevideo - (dominio público)

Oficina Regional de Ciencias de la UNESCO
para América Latina y el Caribe

Dr. Luis P. Piera 1992, 2º piso

11200 Montevideo, Uruguay

Tel.: + 598 2413 20 75

Fax: + 598 2413 20 94

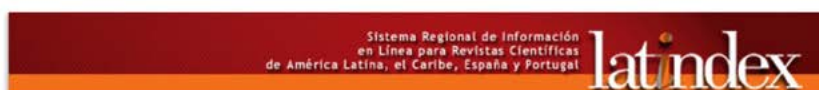
<http://www.unesco.org/montevideo>

Para envío de cartas al editor, favor contactar:

revistaredbioetica@unesco.org.uy

maria3729@hotmail.com

La **Revista Redbioética/UNESCO** se encuentra indizada en **Latindex**



(<http://www.latindex.org/>)

y en el **Directory of Open Access Journals**



(<http://www.doaj.org>)

Asimismo pertenece al **Committee on Publication Ethics**



(<http://publicationethics.org>)

y adhiere al Code of Conduct for Journal Editors

Revista de la Redbioética UNESCO

<http://revista.redbioeticaunesco.org/>

La Revista Redbioética/UNESCO es una publicación bianual que aspira a constituirse en un espacio de debate en el ámbito de la bioética de Latinoamérica y el Caribe, a partir de la difusión de perspectivas regionales y del tratamiento de sus problemas significativos, considerados también en el contexto de la globalización y de la bioética mundial. Se aceptan para su publicación trabajos originales de investigación teórica o de campo, así como revisiones y puestas al día, comentarios de libros y trabajos, entrevistas y cartas al editor. Los comentarios sobre noticias y novedades en el área de la bioética serán bienvenidos en el blog de la Revista.

La revista propone una mirada amplia del campo de la bioética, incluyendo las áreas de la salud (tanto la individual como la pública/global), los conflictos y dilemas planteados por los desarrollos biotecnológicos y su introducción en nuestra región, los avances de la genética y sus derivaciones, los problemas del medio ambiente y el desarrollo económico y social en el contexto de la globalización, así como el conflicto cultural entre los planteos reduccionistas y economicistas y otras miradas integrales históricamente vigentes en el área, tales como las de los pueblos originarios.

Los trabajos pueden ser en castellano, portugués o inglés.

Instrucciones a los Autores: <http://revistaredbioetica.wordpress.com/instrucciones-a-los-autores/>

Instruções a Autores: <http://revistaredbioetica.wordpress.com/instrucoes-a-autores/>

Instructions for Authors: <http://revistaredbioetica.wordpress.com/instructions-for-authors/>

Los trabajos deben ser enviados a Editor: revistaredbioetica@unesco.org.uy

EQUIPO EDITORIAL

Director

Volnei GARRAFA
Universidad de Brasilia, Brasil

Editora

María Luisa PFEIFFER
Universidad de Buenos Aires
CONICET, Argentina

Editores Asociados

Claude VERGÈS
Panamá

Duilio FUENTES DELGADO
Perú

Jaime ESCOBAR TRIANA
Colombia

Marcia MOCELLIN RAIMUNDO
Porto Alegre, Brasil

Marcio Fabri DOS ANJOS
San Pablo, Brasil

Mauricio LANGON
Uruguay

Susana VIDAL
Programa para América Latina y el Caribe de Bioética de la UNESCO
Oficina Regional de Ciencias para América Latina y el Caribe, UNESCO, Uruguay

Diseño

María Noel PEREYRA,
Oficina Regional de Ciencias para América Latina y el Caribe, UNESCO, Uruguay

Webmaster

Eduardo TRÁPANI
Oficina Regional de Ciencias para América Latina y el Caribe, UNESCO, Uruguay

COMITÉ CIENTÍFICO

Adela CORTINA
España
Universidad de Valencia
Real Academia de Ciencias Morales y Políticas

Adolfo MARTÍNEZ PALOMO
México
Universidad Nacional Autónoma de México
Centro de Investigación y Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional (CINVESTAV)

Aïssatou TOURE
Senegal
Pasteur Institute (Dakar)
Senegalese Scientific and Ethics Committee
UNESCO International Committee on Bioethics

Alfred NORDMANN
Alemania
Instituto de Filosofía
Universidad de Darmstadt

Armando ANDRUET
Argentina
Universidad Católica de Córdoba
Tribunal Superior de Justicia de Córdoba

Carlos GHERARDI
Argentina
Universidad de Buenos Aires

Claudio LORENZO
Brasil
Universidad de Brasilia

Daniel PIEDRA HERRERA
Cuba
Secretario de Política Científica
Academia de Ciencias de Cuba

Derrick AARONS
Jamaica
Comité Nacional de Bioética de Jamaica
Sociedad de Bioética del Caribe Anglófono

Dora PORTO
Brasil
Universidad de Brasilia
Cátedra Unesco de Bioética

Eduardo GUDYNAS
Uruguay
Centro Latinoamericano de Ecología Social (CLAES)

Genoveva KEYEUX
Colombia
Universidad Nacional de Colombia

Henk TEN HAVE
Holanda
Duquesne University
Center for Healthcare Ethics

Jaime ESCOBAR TRIANA
Colombia
Programa de Bioética, Universidad El Bosque - Comisión Intersectorial de Bioética

Jan Helge SOLBAKK
Noruega
Center for Medical Ethics
Universidad de Oslo

José Alberto MAINETTI
Argentina
Instituto de Bioética y Humanidades Médicas - CONICET

José Eduardo DE SIQUEIRA
Brasil
Universidad Estadual de Londrina

Juan Ramón LACADENA
España
Universidad Complutense de Madrid
Departamento de Genética

José Roque JUNGES
Brasil
Universidad do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)

Juan Carlos TEALDI
Argentina
Universidad de Buenos Aires
Secretaría de Derechos Humanos

Luis JUSTO
Argentina
Comisión Asesora en Investigación Biomédica en Seres Humanos .
Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén

Marcelo PALACIOS
España
Sociedad Internacional de Bioética (SIBI)

Miguel KOTTOW LANG
Chile
Universidad de Chile)

Nuria HOMEDES
USA
School of Public Health, The University of Texas
Health Science Center at Houston

Roland SCHRAMM
Brasil
Fundación Oswaldo Cruz

Salvador BERGEL
Argentina
Universidad de Buenos Aires, Cátedra UNESCO de Bioética

Sandra CAPONI
Brasil
Universidad Federal de Santa Catarina

Silvia BRUSSINO
Argentina
Universidad Nacional del Litoral

Sören HOLM
Dinamarca
Universidad de Manchester
Universidad de Oslo

Teresa ROTONDO
Uruguay
Instituto Universitario CEDIAP

Víctor PENCHASZADEH
Argentina
Universidad Nacional de La Matanza

Yolanda GÓMEZ SÁNCHEZ
España
Universidad Nacional de Educación a Distancia
Catedrática Jean Monnet de la Unión Europea
Comité de Bioética de España

SUMARIO

Editorial

<i>María Luisa Pfeiffer</i>	9
-----------------------------------	---

Artículos originales

Bioética, derechos humanos y democracia en Cuba	12
---	----

María del Carmen Amaro Cano

Un aniversario destacable	22
---------------------------------	----

Salvador Darío Bergel

Deber de socorro del profesional sanitario en situaciones de desastre: ¿una obligación contractual?	32
--	----

Claudia Donoso

Desde el dogmatismo hacia la exclusión: Apuntes sobre el delito de aborto en El Salvador	46
---	----

Oswaldo Ernesto Feusier

El desarrollo neural y la pobreza desde el enfoque de la neuroética, los derechos humanos y el desarrollo humano	70
---	----

Marcelo Gorga y Sebastián J. Lipina

Modelos teóricos de politização da bioética. Uma revisão da literatura.....	90
---	----

António J. Marques dos Santos

El aborto como cuestión moral. Una perspectiva ético-discursiva	101
---	-----

Dorando Michelini

Solidaridad relacional: una manera de abordar el derecho a la asistencia sanitaria	115
--	-----

Ricardo Páez Moreno

Bioética y propiedad intelectual. Debates actuales en torno de las patentes sobre los Medicamentos de Alto Costo (MAC)	126
---	-----

María Sol Terlizzi

Testimonios

Rigoberta Menchú	139
------------------------	-----

Instrucciones a los autores	145
-----------------------------------	-----

EDITORIAL

La Revista de la Redbioética sigue teniendo como propósito recoger las voces latinoamericanas que consideran la reflexión bioética como un modo de acompañar a los pueblos en la búsqueda de una buena vida. Una vida en que se respete fundamentalmente su derecho a compartir sus tradiciones que son su nutriente cultural, la tierra de que formamos parte, la naturaleza que nos sustenta y sobre todo la posibilidad de proyección al futuro en busca de trascendencia.

La bioética que alimenta las páginas de esta revista recibe aportes de todas las disciplinas y se asoma a todas las problemáticas que afectan al ser humano, en busca de ideas y argumentos que permitan la reflexión crítica, especialmente los construidos en formato académico.

En este número el texto *Un aniversario destacable* de Salvador Bergel nos recuerda el décimo aniversario de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO de 2005, que ha propuesto a la bioética repensar sus planteos originarios marcados por el individualismo y la preeminencia de una lectura positivista de la salud, centrando el debate bioético sobre una visión integral del ser humano. Este artículo muestra la importancia que han adquirido, a partir de esta Declaración, cuestiones que hacen a aspectos centrales de la vida como la promoción de una vida saludable; la superación de la pobreza, la desnutrición y el analfabetismo; la protección de las generaciones futuras, del medioambiente, la biosfera y la biodiversidad. En el mismo sentido hallamos el aporte de María del Carmen Amaro quien sostiene en su trabajo: *Bioética, derechos humanos y democracia en Cuba*, que los reclamos de la Declaración sólo pueden cumplirse bajo la vigencia de la justicia social no sólo dentro de los propios países sino sobre todo en las relaciones internacionales. Ante el planteo de la necesidad de la democracia para que los derechos humanos tengan vigencia nacional e internacional, la autora enfatiza que no es posible hablar de democracia sin justicia social. El modo de lograrla tiene que ver con un

debate público permanente y pluralista entre los mejores representantes de la sociedad en cada país, en la búsqueda del consenso entre ellos, en aras de alcanzar el bien común a nivel universal.

Este tipo de análisis teórico es importante sobre todo porque la Declaración no admite dudas respecto de lo que es constitutivo de la ética que es su puesta en práctica como política. Esa es la idea que desarrolla Antônio Marquez do Santos al considerar que la política es un fenómeno intrínseco a la bioética. Lo hace sistematizando diez modelos teóricos explicativos del proceso de politización de la bioética en su trabajo *Modelos Teóricos de Politização da Bioética – Uma Revisão da Literatura*. Mantiene y abunda en el análisis de los modelos tipificados en la literatura científica, contribuyendo con ello a la maduración, sistematización y desarrollo de la discusión que existe sobre el tema. Más allá de su sistematización de estos diez modelos, deja abierta la posibilidad de algunos más, para explicar la necesidad de que bioética y política se solapen en acciones complementarias.

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos que viene de cumplir diez años, hace hincapié en la promoción de la salud; por ello este número de la revista se ocupa de la necesidad de la atención de la salud por parte del estado y toma como ejemplo la situación en México. No obstante que México pertenece a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, los distintos indicadores revelan que tiene uno de los niveles más bajos en la atención de la salud no sólo en el mundo sino en América Latina. Ricardo Páez Moreno, en su trabajo: *Solidaridad relacional: una manera de abordar el derecho a la asistencia sanitaria*, propone corregir esta actitud política a partir de un enfoque de solidaridad, que tome en cuenta distintos niveles de la misma: el interpersonal, el que se manifiesta en las prácticas grupales y en las manifestaciones institucionales o legales, a partir de una crítica al concepto habitual de solidaridad. Ésta debe ser comprendida como un “nosotros”

que evite el “los otros”. Comprender la solidaridad de esta manera va de la mano con conductas que valoren lo público y busquen que los bienes de que disfruta la sociedad tengan ese carácter. Para Páez Moreno esto sólo podrá lograrse mediante compromisos políticos que identifiquen y destruyan las complejas redes de privilegio y desventaja que atraviesan las relaciones de la sociedad mexicana.

Aunque Claudia Donoso no hace referencia explícita a la solidaridad en su trabajo: *Deber de socorro del profesional sanitario en situaciones de desastre*, al preguntarse si esa es una obligación contractual, establece que uno de los valores de la profesión médica es poner en cuestión el contrato como sustrato moral de las relaciones, reemplazándolo por actitudes solidarias. Si bien los estados tienen la obligación fundamental de defender el derecho a la salud, la bioética no pierde de vista la obligación primordial de los que practican la medicina de atender a la salud cuando la misma ha sido perdida. Donoso plantea que los organismos nacionales e internacionales deben estar preparados para hacer frente a las emergencias, desastres, catástrofes y cataclismos jugando un rol protagónico en la labor de contención y manejo de las crisis. Pero es imprescindible tener en cuenta el rol esencial que representa en ese manejo la respuesta profesional positiva y solidaria al “deber de socorro”: éste es clave para obtener un buen funcionamiento del sistema de respuesta ante el desastre. ¿Es absoluto ese deber? Sólo impulsando los valores que promueve la profesión médica, entre los que sin duda está la solidaridad, es posible responder a esta pregunta. Por ello para que los profesionales cumplan realmente con ese rol no sólo han de interiorizarse de los aspectos logísticos de coordinación, sino, sobre todo, conocer y compartir los fundamentos filosóficos y sociales que sustentan esos comportamientos. Los distintos eventos extraordinarios a los que puede verse sometida una comunidad, constituyen realidades imposibles de evitar, lo que obliga a una preparación activa previa para hacer frente a las consecuencias de su aparición.

Una de las cuestiones que son esenciales a la atención a la salud de los pueblos es el acceso

a los medicamentos. Publicamos en este número de la revista un trabajo de María Sol Terlizzi que tiene que ver con esta problemática. La autora aborda su trabajo: *Bioética y propiedad intelectual. Debates actuales en torno de las patentes sobre los Medicamentos de Alto Costo (MAC)*, considerando que la falta de acceso a medicamentos, que afecta profundamente la salud de las personas, está vinculada a los mecanismos de protección de las innovaciones e invenciones farmacéuticas, es decir las patentes. Esa cuestión ha variado en la última década: mientras hace 10 años las patentes evitaban el acceso a los medicamentos esenciales, como los antirretrovirales para tratar el VIH/SIDA, en la actualidad, el eje está puesto en un conjunto específico de medicamentos que representan un porcentaje cada vez mayor del gasto en salud en todo el mundo, llamados Medicamentos de Alto Costo (MAC). Terlizzi considera que esta es una cuestión ineludible que debe ser resuelta y propone algunos lineamientos para conducir a un mejor acceso a los MAC bajo el actual sistema internacional de propiedad intelectual.

La atención a la salud tiene hoy dos cuestiones que provocan disputas en que la cuestión del respeto a los derechos humanos juega un papel fundamental: la del aborto y la del desarrollo de la neurociencia. El aborto es una de las cuestiones más controvertidas, no sólo en el ámbito de la bioética sino de la ética misma, de la política y en el ámbito social. En el artículo de su autoría, *Desde el dogmatismo hacia la exclusión. Apuntes sobre el delito de aborto en El Salvador*, Oswaldo Feusier, expone el aborto desde una perspectiva legal. Analiza allí, como ejemplo, el proceso que ha sufrido la legislación sobre el aborto en El Salvador. En este país, actualmente, rige un sistema de prohibición absoluta, que obliga a la bioética a pensar en los derechos de la mujer que aborta, atrapada por un embarazo de riesgo para su vida o salud, o impuesto por violencia sexual, o bien uno del que médicamente no se tengan expectativas de culminación exitosa, entre otros casos.

Si bien no pueden obviarse las obligaciones legales a la hora de enfrentarse a la cuestión del aborto, esta problemática debe ser tratada además desde diferentes perspectivas como la mé-

dico-biológica, la psicológica, la social, la política y la religiosa. Dorando Michelini considera en su artículo *El aborto como cuestión moral*. Una perspectiva ético-discursiva, que por encima de todas ellas, así como por encima de la legal, hace necesario un planteo ético que posibilite obtener normas intersubjetivamente vinculantes. En ese sentido, sostiene que la ética del discurso, en tanto que teoría de la corresponsabilidad solidaria no rigorista, está en condiciones de hacer aportes conceptuales y metodológicos relevantes al nivel de la fundamentación como de la aplicación responsable de los principios morales. Esta respuesta ética tiene vigencia tanto respecto de situaciones signadas por la contingencia y la conflictividad como también en las calificadas como dramáticas y dilemáticas.

Así como podemos calificar al aborto como una cuestión persistente que ha estado presente a lo largo de la historia, en bioética existen conflictos emergentes, generados tanto por los descubrimientos científico técnicos como por las condiciones socioeconómicas. Los conflictos que generan los recientes desarrollos de la neurociencia pueden ser calificados de emergentes. Marcelo Gorga y Sebastián Lipina analizan en su trabajo *El desarrollo neural y la pobreza desde el enfoque de la neuroética, los derechos humanos y el desarrollo humano* las variables de esta disciplina que algunos consideran propiciadora de

interpretaciones deterministas de la conducta. Para ellos, la neurociencia, por el contrario, ilustra la potencialidad del contexto socio-ambiental para modificar ciertas características de la biología cerebral durante su desarrollo, y ayudarnos a comprender cuestiones que parecen alejadas de su esfera de incumbencia como la pobreza. Los recientes hallazgos de la neurociencia permiten desarrollar patrones para medir hasta qué punto las comunidades garantizan el ejercicio de los derechos humanos; así como el desarrollo de las capacidades humanas promoviéndolo mediante la consideración del ser humano como un fin en sí mismo.

Este número es una clara muestra de la valoración de parte de la bioética de aportes provenientes de diferentes espacios de reflexión. Ninguno de ellos pierde de vista que una ética del bios, una ética de la vida humana, exige compromisos cada vez mayores de los que pretenden que esa vida sea convivida con todos y cada uno de los seres humanos que pueblan este planeta, al que deben cuidar y respetar.

Seguimos recordando que las páginas de la revista Redbioética UNESCO están abiertas a todos los que quieran enriquecerlas con sus aportes. Recordamos también la convocatoria para el número 13 de la revista cuyo eje de reflexión es "Bioética y asimetrías de poder: explotación, desigualdad y derechos humanos".

Bioética, derechos humanos y democracia en Cuba

Bioethics, Human Rights and Democracy in Cuba

María del Carmen Amaro Cano*

Resumen

En respuesta al llamado al diálogo permanente, al debate público pluralista, se concibió este artículo para tratar el tema de los Derechos Humanos y la Democracia, con sus logros e insuficiencias, tanto al nivel internacional como nacional. Se enfatiza en que no puede haber disfrute real de los derechos humanos para todos, mientras no haya justicia social en las relaciones entre los países y dentro de los propios países. Y, en consecuencia, no es posible hablar de democracia sin justicia social. A sabiendas de que la sociedad, como toda obra humana, no puede ser perfecta; pero sí perfectible si se unen los esfuerzos de los mejores representantes de la sociedad en cada país, en la búsqueda del consenso entre ellos, y con los mejores representantes de los otros países, en aras de alcanzar el bien común al nivel universal. Se hace un llamado a continuar trabajando con sentido de responsabilidad y, sobre todo, con mucho amor.

Palabras clave: bioética, derechos humanos, democracia, Cuba

Abstract

In response to the call for permanent dialogue, to pluralistic public debate, this article is designed to address the issue of Human Rights and Democracy, with its achievements and shortcomings, both internationally and nationally. It emphasizes that there can be no real enjoyment of human rights for all, while there is no social justice in relations between countries and within countries themselves. And consequently, it is not possible to speak of democracy without social justice. Knowing that society, like any human endeavor, it can't be perfect; but perfectible if the efforts of the best representatives of society in each country, in the search for consensus among them and with the best representatives of the other countries, in order to achieve the common good to bind universal level. It calls to continue working with a sense of responsibility and, above all, with much love.

Keywords: bioethics, human rights, democracy, Cuba

Resumo

Em resposta ao chamado ao diálogo permanente e ao debate público pluralista, se concebeu este artigo para tratar do tema dos Direitos Humanos e a Democracia, com seus sucessos e insuficiências, tanto a nível internacional como nacional. Enfatiza-se que não pode haver desfrute real dos direitos humanos para todos, enquanto não exista justiça social nas relações entre os países e dentro dos próprios países. E, conseqüentemente, não é possível falar de democracia sem justiça social. É fato conhecido que a sociedade, como toda obra humana, não pode ser perfeita, porém, pode ser aperfeiçoada ao unirem-se os esforços dos melhores representantes da sociedade em cada país, na busca do consenso entre eles, e com os melhores representantes dos outros países, com vistas a alcançar o bem comum a nível universal. Faz-se um chamado a continuar trabalhando no sentido de responsabilidade e, sobretudo, com muito amor.

Palavras-chave: bioética, direitos humanos, democracia, Cuba

Introducción

Desde su cosmovisión atea y su militancia política marxista, la autora nunca ha dejado de reconocer su profundo respeto y admiración por Jesús de

Nazareth y por sus verdaderos fieles seguidores. Entre estos últimos, lo que ha significado en su formación ciudadana y profesoral, pero sobre todo humana, el modelo ejemplarizante del Padre Félix Varela Morales, sacerdote católico, fiel hijo

* Profesora e Investigadora de Salud Pública. Especialista en Bioética. Presidenta de la Cátedra Coordinadora Nacional de Bioética. Miembro de la Comisión Nacional de Ética Médica. Secretaria del Comité Nacional Cubano de Bioética. Vice-Presidenta de la Sociedad Cubana de Historia de la Medicina. amaro@infomed.sld.cu

de la Patria, verdadero artífice de la nacionalidad cubana, en pleno siglo XIX, que supo defender la fe y la razón. (Amaro 2008) Y Monseñor Oscar Arnulfo Romero, a quien recuerda con gran admiración, respeto y agradecimiento por su coraje solidario en tiempos bien difíciles. (Amaro 2014) A ellos, y a Carlos Marx, que reconoció al hombre como el capital fundamental, el valor fundamental, (Marx 1975) está dedicado este artículo, que tratará un tema bien polémico a nivel internacional.

Hace ya un decenio, en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (UNESCO 2005), se expresaba en su inicio “Consciente de la excepcional capacidad que posee el ser humano para reflexionar sobre su propia existencia y su entorno, así como para percibir la injusticia, evitar el peligro, asumir responsabilidades, buscar la cooperación y dar muestras de un sentido moral que de expresión a principios éticos” y declaraba en su Art. 2, entre sus objetivos -aunque no los primeros:

c) *promover el respeto de la dignidad humana y proteger los derechos humanos*, velando por el respeto de la vida de los seres humanos y las libertades fundamentales, de conformidad con el derecho internacional relativo a los derechos humanos;

f) *promover un acceso equitativo a los adelantos de la medicina, la ciencia y la tecnología*, así como la más amplia circulación posible y un rápido aprovechamiento compartido de los conocimientos relativos a esos adelantos y de sus correspondientes beneficios, prestando una especial atención a las necesidades de los países en desarrollo;

Esta Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos surgía poco más de medio siglo después de la Declaración Universal de Derechos Humanos (ONU 1948) una vez finalizada la II Guerra Mundial. El viejo sueño de la Revolución Francesa de 1789, con su lema de “liberté, égalité, fraternité” se materializaba en un instrumento jurídico, de dimensión internacional, que en su Preámbulo expresa:

“Considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana; (...) Considerando que los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado en la Carta su fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derecho de hombres y mujeres, y se han declarado resueltos a promover el progreso social y a elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad;....”

Poco más de dos siglos han transcurrido desde la Revolución Francesa, algo más de medio siglo desde la Declaración Universal de Derechos Humanos de la ONU y un decenio ya de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, y aún es preciso continuar el debate acerca de estos temas, para concienciar, a los ciudadanos y los gobernantes, de la importancia de incorporar estos valores a la acción, si realmente se quiere alcanzar un alto nivel de desarrollo de la sociedad, a nivel internacional.

En respuesta al llamado al diálogo permanente, al debate público pluralista, se ha concebido este artículo.

La dignidad humana como valor y el respeto a ella como principio ético.

Dignidad es el derecho a ser respetado y comienza por el respeto a sí mismo. En tanto que derecho, ese respeto no se suplica, ni se pide de favor, se exige. Ese principio ético y legal, está presente en la relación con el otro, a quien es obligatorio respetar, con independencia de la edad, sexo, color de la piel, origen étnico, cosmovisión, creencia religiosa, filiación política u otra, lo cual implica un trato justo y equitativo para todos. Esto significa que si antes no se aplica la justicia y la equidad, no se está respetando la dignidad de la persona a quien entonces le resulta bien difícil poder ejercer la plena libertad para comenzar respetándose a sí mismo.

Coincido con el criterio de Leo Pessini (2009), de que una bioética pensada a nivel “macro” (sociedad) necesita ser propuesta como alternativa a la tradición anglo-americana de una bioética elaborada a nivel “micro” (solución de casos clínicos). La bioética compendiada en un “bios” de alta tecnología y en un “ethos” individualista (privacidad, autonomía, consentimiento informado) necesita ser complementada en América Latina por un “bios” humanista y un “ethos” comunitario (solidaridad, equidad...).

Tal y como acertadamente señala Pessini, en algunos países de América Latina, la simple existencia de alta tecnología y de centros de cuidado médico avanzados despierta diversas inquietudes girando las interrogantes más difíciles en torno, no de cómo se utiliza la tecnología médica, sino de la posibilidad de acceso a la misma. Conceptos culturalmente fuertes como la justicia, la equidad y la solidaridad –afirma Pessini– deben ocupar en la bioética latino-americana, un lugar similar al que ocupa el principio de autonomía en los EUA.

En este sentido, la propia Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (UNESCO 2005) plantea en el Artículo 10, los principios de igualdad, justicia y equidad, explicitando que “Se habrá de respetar la igualdad fundamental de todos los seres humanos en dignidad y derechos, de tal modo que sean tratados con justicia y equidad”. Y en su Artículo 18, dedicado a la adopción de decisiones y tratamiento de las cuestiones bioéticas, expresa:

1º Se debería promover el profesionalismo, la honestidad, la integridad y la transparencia en la adopción de decisiones, en particular las declaraciones de todos los conflictos de interés y el aprovechamiento compartido de conocimientos. Se debería procurar utilizar los mejores conocimientos y métodos científicos disponibles para tratar y examinar periódicamente las cuestiones de bioética.

2º Se debería entablar un diálogo permanente entre las personas y los profesionales interesados y la sociedad en su conjunto.

3º Se deberían promover las posibilidades de un debate público pluralista e informado, en el que se expresen todas las opiniones pertinentes.

En correspondencia con lo expresado en el Artículo 10 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, cuando se respeta la dignidad del otro, se le está respetando también su derecho a un trato igual y a la libertad de opinión y elección en los asuntos en los que está directamente involucrado.

El desarrollo científico, la justicia y la democracia

En un artículo argentino (Biagini y Sánchez 2002), que trata el caso de las organizaciones no gubernamentales y el complejo VIH/SIDA, se acepta que en la sociedad argentina ha habido un acelerado progreso tecnocientífico y un retardado debate democrático al respecto. Se afirma una verdad incontrastable, ningún experto o especialista puede pretender un monopolio de la sabiduría, por lo que se hace necesario que ciudadanos y científicos se involucren de tal forma que lo que se comparta no sea solamente el conocimiento, sino el poder de injerencia sobre el mismo, partiendo del derecho que tienen todas las personas a que se les respete su dignidad, es decir, su derecho a participar en todas las actividades en las que están involucrados, desde el diagnóstico o identificación de problemas, pasando por su explicación causal y el análisis de las alternativas de solución, hasta las propias acciones previstas para su solución.

En este mismo orden de ideas, otro científico (Morelli 2000), al referirse a cuestiones tales como la discriminación y la experimentación, afirma que la dignidad de toda persona humana la hace acreedora de derechos, entre ellos, el de acceder o participar del desarrollo humano, inclusive de las tecnologías médicas, por lo que se comete una diferenciación en sí misma injusta, discriminatoria, cuando arbitrariamente la misma cosa dada a unos, se niega a otros que se encuentran en las mismas circunstancias, cuando el que obra de esa manera tiene la obligación de brindar trato igualitario a ambos.

Por su parte, el Informe Belmont (1983) refiriéndose al tema de la justicia señala que

“una injusticia se produce cuando un beneficio acordado a una persona es denegado sin una buena razón, o cuando una carga es impuesta inicuaamente. Otro modo de concebir el principio de justicia es que los iguales deben ser tratados igualitariamente”

Todas las personas están obligadas, en justicia, a cooperar y ayudar a promover y realizar el bien común local, nacional e internacional, porque todas son seres sociales, por exigencia de la propia naturaleza. ¿Cómo negar entonces a los pobres su derecho de participación en los bienes adquiridos por otros, cuando ellos han sido quienes han participado en su producción? Evidentemente, un sistema económico que hace enriquecer a algunas personas y condena a otras a la pobreza y la desnutrición, no es un sistema justo y no respeta la dignidad de las personas. Y si no es justo ni respeta la dignidad humana, ¿qué derecho le asiste para autorepresentarse como el árbitro en el tema de los Derechos Humanos?

El desarrollo científico técnico y la Bioética

En un recuento histórico del tema, Bergel (2002) explica que la bioética surgió como disciplina por los avances de las ciencias de la vida en la segunda mitad del siglo pasado. Los problemas que llevaron a su nacimiento datan de la década de los años cincuenta, posterior a la segunda guerra mundial y tocan muy de cerca al hombre como protagonista de cambios con gran influencia en su futuro. Se trata de la formidable revolución en biología y la magnitud e irreversibilidad de los problemas medioambientales, creados por procesos irracionales de crecimiento económico. Estos problemas no podían ser tratados solo desde la filosofía, dadas la magnitud e implicaciones de estos temas, sino que era necesario un nuevo enfoque más abarcador, en el que participaran otras ramas del saber.

Potter (1971) declaraba que la bioética fue proyectada como una nueva disciplina que combina el conocimiento biológico con el conocimiento de

los sistemas de valores éticos. En una entrevista que le realizara el periodista Matías Mayor (2011), en relación con su artículo “Bioética, la ciencia de la supervivencia” (1970), Potter terminaba el encuentro con estas palabras: “... lo que se necesita es una nueva disciplina para proveer modelos de estilos de vida para que la gente se pueda comunicar unos con otros y proponer y explicar las nuevas políticas públicas que puedan proveer un «puente hacia el futuro»”.

Diego Gracia (1995), por su parte, plantea que el ilustre oncólogo entendió la bioética como una nueva cultura, con el encuentro necesario entre los hechos y las ciencias de la vida y los valores. De lo que se infiere que bioética y derecho deben caminar conjuntamente para que los derechos fundamentales del hombre no se conviertan en letra muerta, arrastrados por una revolución científica que, sin prisa y sin pausa, avanza en forma avasalladora.

La Comisión de Derechos Humanos de la ONU, 61 Sesión del año 2005

En esta Sesión, Felipe Pérez Roque, (2005) entonces Ministro de Relaciones Exteriores de Cuba, denunciaba que la Comisión estaba permitiendo la impunidad de los poderosos, pues no se actuaba frente a las violaciones del derecho a la vida, el derecho a la paz, al desarrollo, a comer, a aprender, a trabajar, a vivir con decoro, de millones de seres humanos en todo el mundo.

En su intervención, el representante del gobierno cubano también denunciaba que el Gobierno de Estados Unidos y sus aliados han convertido a la Comisión en una suerte de tribunal inquisidor para condenar a los países del sur y, especialmente, a los que se oponen activamente a su estrategia de dominación neocolonial.

Al margen de las diferencias, cualquier hombre honrado, sin importar su ideología y filiación política, está consciente de que no puede haber disfrute real de los derechos humanos para todos, mientras no haya justicia social en las relaciones entre los países y dentro de los propios países. Y, en consecuencia, no es posible hablar de democracia sin justicia social. Los pobres y los ri-

cos no tienen iguales derechos en la vida real, aunque estén proclamados y reconocidos en un documento oficial.

La justicia social y el respeto a los derechos humanos en Cuba y su Constitución

En el preámbulo de la Constitución de la República de Cuba, en 1975, se expresa:

“DECLARAMOS

nuestra voluntad de que la ley de leyes de la República esté presidida por este profundo anhelo, al fin logrado, de José Martí: “Yo quiero que la ley primera de nuestra República sea el culto de los cubanos a la dignidad plena del hombre”.

Esta es la razón por la cual la autora, en varias oportunidades, en clases en la universidad, en conferencias y debates en eventos científicos, ha manifestado con firmeza que todos los profesionales de salud y, por supuesto, todos los ciudadanos cubanos, deben tener bien presente que cada vez que se viola el respeto a la dignidad de la persona, no solo se está violando un principio ético de la sociedad socialista cubana, sino se viola también la Ley de Leyes de la nación y esta violación tiene sanción penal.

Pero el hecho de que el respeto a la dignidad de la persona esté reconocido legalmente, no quiere decir que se cumpla a cabalidad por todos los ciudadanos, con independencia de su responsabilidad administrativa, legal y política. Y, por otra parte, lastimosamente no todos los ciudadanos conocen bien su Constitución y, por tal razón, no saben que pueden reclamar, legalmente, su derecho a ser respetados.

La sociedad socialista cubana, que asumió desde sus inicios los principios éticos de justicia social, respeto a la dignidad humana y solidaridad, no es una sociedad perfecta, pues aunque se construye gracias al esfuerzo y compromiso social de la mayoría de sus ciudadanos, estos, como seres humanos, no son perfectos, y cuando han tenido que asumir una responsabilidad administrativa o política, la han asumido con sus defectos y

virtudes, aunque la balanza se incline hacia las últimas, y han tenido aciertos y desaciertos en el cumplimiento de sus tareas, aunque estos últimos hayan sido los menos, pues de lo contrario esta sociedad no hubiera podido sobrevivir medio siglo, especialmente frente a un vecino poderoso que ha utilizado todas las vías para destruirla.

Los cambios ocurridos en la segunda década del siglo XXI desde la perspectiva ética

En una entrevista concedida a Ignacio Ramonet, Fidel Castro le decía que

“... este país puede autodestruirse por sí mismo. Esta revolución puede destruirse. Nosotros sí, nosotros podemos destruirla, y será culpa nuestra. Si no somos capaces de corregir nuestros errores. Si no conseguimos poner fin a muchos vicios: mucho robo, muchos desvíos y muchas fuentes de suministro de dinero de los nuevos ricos. Por eso estamos actuando, estamos marchando hacia un cambio total de nuestra sociedad. Hay que volver a cambiar, porque tuvimos tiempos muy difíciles, se crearon desigualdades, injusticias. Y lo vamos a cambiar sin cometer el más mínimo abuso”. (Ramonet 2006)

Ya ha transcurrido casi un decenio de aquellas palabras y todavía no se ha logrado eliminar totalmente todos los errores, vicios, desigualdades e injusticias que afloraron durante la crisis económica de los años 90, con su crisis de valores como consecuencia aun peor, pues de la primera se comenzó a recuperar a fines de esa propia década; pero de la segunda, la sociedad cubana no se ha liberado aún totalmente. Aunque es preciso señalar que un aspecto positivo en estos últimos tiempos ha sido la resurrección de la sociedad civil cubana, que tanto bien hiciera con su protagonismo decisivo en todas las propuestas y acciones durante los primeros años de la revolución. Lastimosamente, durante casi tres décadas, el dogmatismo –que tanto se le ha criticado a la Iglesia Católica- fue practicado por muchos autotitulados marxistas, que seguramente nunca leyeron a Carlos Marx, sino a sus “intérpretes”,

tal y como expresara la autora en su artículo La Bioética desde una óptica marxista. (Amaro Cano 2008) En este sentido, casi lograron apagar las voces de las organizaciones sociales.

La ignorancia de las obras de Marx – asumiendo la de sus “traductores”- hicieron desconocer la opinión de éste y de Engels, expresada en el capítulo I de la Ideología Alemana, al referirse al origen del Estado y la relación entre Estado y sociedad civil:

La forma de trato condicionada por las fuerzas productivas existentes en todas las fases históricas anteriores y que, a su vez, las condiciona es la sociedad civil. Esta sociedad civil es el verdadero hogar y escenario de toda la historia y cuán absurda resulta la concepción histórica anterior que, haciendo caso omiso de las relaciones reales, solo mira, con su limitación, a las resonantes acciones y a los actos del Estado (Marx y Engels 1973).

Este hecho ha sido aprovechado por los enemigos de la revolución para estimular –y financiar- la creación de supuestas organizaciones sociales que han querido hablar a nombre de once millones de habitantes. Pero eso no significa que se desconozca que los miembros de esas organizaciones también tienen derecho a expresar sus propias opiniones, siempre que no se conviertan en “asalariados” de los enemigos de la mayoría del pueblo cubano que apuesta por salvaguardar su sociedad socialista.

El secretismo, violación del culto a la dignidad plena del hombre

No es por azar que el Presidente de la República de Cuba, General de Ejército Raúl Castro Ruz, haya insistido en reiteradas ocasiones, en los últimos años, en la necesidad de acabar con el “secretismo”, que tanto daño produce, pues al no ofrecer toda la información necesaria en el momento oportuno, se le deja el espacio al enemigo para que ofrezca su propia interpretación de los hechos que, por supuesto, responderá a sus intereses y, por tanto, no siempre será veraz.

En el caso de la salud, esto ha provocado pérdida de confianza de parte de la población, pues han sido varias las oportunidades en que, por ejemplo, han ocurrido brotes de dengue en distintas zonas geográficas del país, en particular de la capital, y el silencio epidemiológico, (Suárez Rosas 2013) no ha permitido que la población tenga la percepción del riesgo de muchos de sus hábitos personales y del incumplimiento de las responsabilidades de otros sectores de la economía, lo que no ha propiciado el compromiso social de participación en la solución del problema, tal y como ocurría en la década de los años 60. A ello se suma el hecho de que en otras oportunidades, tales como los brotes de cólera en las provincias orientales y centrales, en años recientes, tampoco se ha informado en forma diáfana y oportuna a la población. Con ello se ha facilitado la labor de los difamadores de los indiscutibles éxitos alcanzados por el sector salud en el período revolucionario, brindando la información a través del “rumor” y de publicaciones financiadas por enemigos del sistema socialista que, por supuesto, lo que persiguen es desprestigiar a la salud pública y la revolución cubana y hacerle perder al pueblo la confianza en ambas.

Son varios los profesionales (Rojas Ochoa 2014) y sociedades científicas, biomédicas y sociales, que han apoyado el planteamiento del Presidente de la República de acabar con el secretismo, por el daño que ello entraña; sin embargo, algunos directivos de distintos sectores, hacen caso omiso del llamado del Presidente y tampoco demuestran tener habilidad de escucha del reclamo de la sociedad civil.

La propia autora de este artículo, en su condición de Presidenta de la Cátedra Coordinadora Nacional de Bioética, en la Sesión Científica que convocara el 18 de febrero de este año, para tratar el tema de “El respeto al derecho de la población de estar informada de los eventos que puedan dañar su salud”, invitó a los asistentes a seguir el ejemplo de grandes revolucionarios de nuestros tiempos (Amaro Cano 2015): Che Guevara, con sus criterios acerca que “no es pecado cometer errores, sino ocultarlos y no analizarlos” y su llamado a que “el pueblo debe saber cuáles son los problemas que hay, debe decirse todo lo

que debe decirse, sea bueno o malo”. (Guevara 1961), así como a Fidel Castro, quien personalmente informó a la población de los enfermos y fallecidos por dengue hemorrágico en 1981, no dejándole al enemigo ningún espacio para distorsionar la verdad. (Castro Ruz 1981)

En correspondencia con lo que establece la Ley de Leyes de la Nación Cubana, todos los cubanos tienen el derecho a ser respetados y ello implica que deben tener toda la información, necesaria y oportuna, de todo lo que directamente les concierne, especialmente de aquello en que están implicados sus principales valores: la vida y la salud.

La democracia social y política

Para la mentalidad liberal moderna, sociedad y estado se diferencian radicalmente. La sociedad es una estructura natural, puesto que el ser humano se convirtió en ser social solo cuando entró en relación, de colaboración primero y luego con diferentes matices de subordinación-poderío, con sus congéneres, en tanto que el Estado surgió como resultado de un acto de voluntad de los miembros de una sociedad.

El concepto de democracia puede existir, tanto en el nivel de la sociedad como en el del Estado. Coincidiendo con el criterio de Diego Gracia (2001) la democracia social es participación, tanto en el conocimiento como en la toma de decisiones. De ahí que la democracia social sea y no pueda no ser “democracia participativa” –como expresara Weber (1969) – y eso es, según señala Diego Gracia, lo que ha promovido la bioética en medicina, pues el consentimiento informado no es otra cosa que el proceso de información y participación de los pacientes en el proceso de toma de decisiones, lo que califica como el gran éxito que la bioética tiene en su haber, tras treinta años de trabajo.

Tanto la democracia social como la política requieren asumir como un principio que la verdad no la posee nadie a priori, que se ha de ir conquistándola en conjunto, colaborativamente y que, por tanto, es preciso dar razones de las posturas que se mantiene, hay que desarrollar la habilidad de escucha para entender las razones de los de-

más y, una vez contrastadas con las propias, ir las ajustando y/o modificando según corresponda, de acuerdo a la razón. Sin deliberación conjunta, no podrá haber nunca auténtica democracia. De ahí que cada vez se insista más en la necesidad de que la democracia social y política no sea sólo participativa, sino también deliberativa.

La educación en Bioética, especial contribución a la defensa de los Derechos Humanos y el perfeccionamiento de la democracia socialista

En Cuba, las Cátedras de Bioética, (1995) constituidas en las Facultades de Ciencias Médicas de todo el país, trazaron como objetivos específicos:

- Propiciar un espacio de reflexión y debate teórico sobre los principales aspectos conceptuales-metodológicos de la disciplina.
- Desarrollar la necesaria flexibilidad, y sobre todo prudencia, en los análisis de cada caso concreto.
- Promover el profundo respeto hacia las opiniones ajenas, sin menoscabo del derecho a defender las propias.
- Contribuir al fortalecimiento de los mejores valores del hombre, que es la función fundamental de la sociedad, tal y como expresara Marx. En el caso concreto de la educación en ciencias médicas: del profesional de la salud que labora en nuestras instituciones y de los educandos que se forman en nuestras aulas se busca este objetivo, de manera que sean ejemplos de moral ciudadana y profesional.

La labor hombre a hombre, el modelo ejemplarizante del profesor y el debate franco y respetuoso sobre los distintos temas, que interesan a la población necesitada de los servicios de salud y a los profesionales y directivos responsabilizados con proveer esos servicios, ha sido la actividad constante de las Cátedras de Bioética de todas las Universidades de Ciencias Médicas del país, en especial de la Cátedra Coordinadora Nacional de la disciplina y de las de las provincias de Holguín, Santiago de Cuba y Guantánamo.

El fundamento teórico para las acciones y decisiones que tienen implicaciones éticas, tanto en la asistencia, la docencia, la investigación y la gerencia, se ha logrado introducir en temas en las asignaturas del pre-grado. En el caso del post-grado, en los cursos de diplomados, maestrías y doctorados curriculares, así como se han organizado entrenamientos para los Comités de Ética de Investigación, con el objetivo de que puedan ajustar su estructura y funcionamiento a los requisitos establecidos internacionalmente y contextualizados con la realidad y normas del país.

También se han realizado investigaciones acerca de los valores éticos consensuados por la sociedad cubana y de ellos, los consensuados en el sector salud, con el objetivo de poder perfeccionar las acciones necesarias para el fortalecimiento de esos valores que tan necesarios son para la defensa de los Derechos Humanos y para el perfeccionamiento de la democracia socialista. (Amaro 2014)

Atendiendo al reclamo del Apóstol de Cuba, José Martí, de *"Injértese en nuestras repúblicas el mundo; pero el tronco ha de ser el de nuestras repúblicas"* (Martí T6,1963-1966:18) la Cátedra Coordinadora Nacional de la disciplina ha mantenido intercambio permanente con prestigiosos bioeticistas de diferentes países: EUA, España, Colombia, República Dominicana, Argentina, Chile, Brasil, Italia, Francia y otros, así como ha asistido a sus eventos. También les ha recibido en Cuba, con el objetivo de intercambio académico, compartiendo con los visitantes los avances, los aspectos aun no logrados y los retos que plantea la Bioética, al nivel internacional y también para Cuba. En esta tarea se ha recibido el solidario acompañamiento de la representación de la OPS/OMS en Cuba.

En el plano nacional, las Cátedras de Bioética han establecido sólidos lazos de relaciones con la Comisión Nacional de Ética Médica y con el Comité Nacional Cubano de Bioética, así como con el Centro Nacional de Ensayos Clínicos y su Comité de Ética de Investigaciones.

En este último caso, la autora viene planteando desde hace algunos años, la necesidad de man-

tener una coherencia entre pensamiento, palabra y acción, ya que la palabra es la expresión del pensamiento y éste guía la acción. En este sentido, llama la atención que en algunas instituciones nacionales e incluso al nivel internacional, las distintas organizaciones de Bioética y sus miembros demuestran incoherencia al declarar, por una parte, su respeto por la dignidad de las personas, como principio ético fundamental y por otra, a la hora de hablar y escribir acerca de las investigaciones en la que participan sujetos humanos, se les trata como objetos y no como sujetos, expresando que se hacen investigaciones "en" diabéticos o "sobre" hipertensos, irrespetando su dignidad como personas, pues toda acción diagnóstica, terapéutica o investigativa, en la que participan sujetos humanos, tiene que hacerse con las personas, es decir, con su libre consentimiento, si realmente se les respeta su dignidad.

Otra situación similar ocurre cuando se continúa hablando de "imponer" tratamiento, desconociendo que el médico solo puede proponer al paciente y/o familiares la terapéutica que considera mejor en cada caso –si realmente les respeta su dignidad– al mismo tiempo que debe ofrecerles información de las otras posibles alternativas, de manera que puedan ejercer plenamente su derecho a la libre elección.

Coconsideraciones finales

En este artículo se ha tratado el tema de los derechos humanos y la democracia, con sus logros e insuficiencias, tanto al nivel internacional como nacional, a sabiendas de que la sociedad, como toda obra humana, no puede ser perfecta; pero sin lugar a dudas, puede ser perfectible si unimos todos nuestros esfuerzos en aras de alcanzar ese bien común.

La crítica constructiva tiene el firme propósito de erradicar los errores e insuficiencias y perfeccionar la democracia en nuestras sociedades, para seguir avanzando hacia ese mundo mejor, que es posible. En esa dirección hay que continuar trabajando con sentido de responsabilidad y, sobre todo, con mucho amor, a sabiendas de que –como dijera el Apóstol de Cuba, José Martí:

“Los malos no triunfan sino donde los buenos son indiferentes”. (Marti 1963-1966:359)

La Bioética justamente reclama la lucha contra la indiferencia para lograr un ser humano más sensible al dolor ajeno y con el coraje suficiente para enfrentar todo lo negativo y lograr un ambiente físico y social en el que prime el trato justo y equitativo a todas las personas, respetándoles su dignidad y protegiéndoles el ejercicio pleno de su libertad.

Entregado 18-7-2015

Aprobado 9-9-2015

Bibliografía

- AMARO CANO, M.del C., 2015. Reseña de la Sesión Científica de la Cátedra de Bioética, Boletín CNSCS. (En proceso editorial)
- AMARO CANO, M.del C., 2014. Hoy se habla mucho más del “tener” que del “ser”, la Bioética viene a salvarnos de eso, DiarioCo Latino, 21 de junio, El Salvador.
- AMARO CANO, M.del C., 2014. Una aproximación a los valores éticos consensuados por la sociedad cubana, Revista Educación médica, Editorial Ciencias Médicas, Vol 28, No 1, La Habana.
- AMARO CANO, M.del C., 2008. La bioética desde una óptica marxista, Revista Educación Médica Superior, 22(3), jul.-sept, La Habana.
- AMARO CANO, M.del C., 2008. El Presbítero Félix Varela Morales en el aniversario 220 de su natalicio, Revista Habanera de Ciencias Médicas, La Habana.
- BIAGINI, G. y SÁNCHEZ, M., 2002. Actores sociales y SIDA. Las organizaciones no gubernamentales en Argentina y el complejo VIH/SIDA, Espacio Editorial, Buenos Aires.
- CASTRO RUZ, F., 1981. Discurso pronunciado en la clausura del V Congreso del Sindicato de los Trabajadores de la Salud, Teatro «Principal» de Camagüey, 9 de diciembre.
- CÁTEDRA BIOÉTICA FACULTAD CIENCIAS MÉDICAS “GRAL. CALIXTO GARCÍA”, 1995. Fundamentación de la constitución de las Cátedras de Bioética en todas las Facultades del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, La Habana.
- CUBA, 1975. Constitución de la República, Gaceta oficial. Disponible en <http://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Cuba/cuba1976.html>
- BERGEL, S.D., 2002. Los derechos humanos: entre la bioética y la genética, Acta Bioethica, N° 8(2), Santiago de Chile.
- GRACIA GUILLÉN, D., 1995. El qué y por qué de la Bioética, Cuadernos del Programa Regional de Bioética, OPS, pp. 35-53.
- GRACIA GUILLÉN, D., 2001. Democracia y Bioética, Acta Bioethica. V.7, n.2, Santiago de Chile.
- GUEVARA DE LA SERNA, E., 1961. Discurso en la Primera Reunión Nacional de Producción, 21 de agosto, Artículos, discursos y conferencias, La Habana. Disponible en <http://es.calameo.com/read/0013734090081c13fd55a>
- UNESCO, 2005. Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos.
- INFORME BELMONT, 1983. National Commission for the protection of human subjects of biomedical and behavioural research. Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research, Government Printing Office, Washington, DC.
- MARTÍ PÉREZ, J., 1963-1966. Obras completas, Editorial Nacional de Cuba, en 28 tomos. T 6, p. 359, La Habana.
- MARX, K., 1975. Prólogo a Contribución a la crítica de la economía política, Editorial Ciencias Sociales, La Habana.
- MARX, K. y ENGELS, F., 1973. La Ideología Alemana, en Obras Escogidas en tres tomos, Tomo I, Editorial Progreso, Moscú.
- MAYOR, M., 2011. Mesa Redonda sobre “La ciencia de la supervivencia” Tertulia del University College, Etnopaisaje, Septiembre 19th.
- MORELLI, M., 2000. Bioética, Derechos Humanos, Discriminación y experimentación, Cuadernos de Bioética, N° 41, Rosario. Disponible en <http://aebioetica.org/revistas/2000/1/41/122.pdf>
- ONU, 1948. Declaración Universal de Derechos Humanos, Resolución No. 217 Acta Asamblea General, 10 de diciembre, New York.
- PÉREZ ROQUE, F., 2005. No hay disfrute real de los derechos humanos si no hay igualdad y equidad, Intervención en el 61er Período de Sesiones de la Comisión de Derechos Humanos, Ginebra, 16 de marzo. Publicado en el Periódico Granma, No. 253, 9 de septiembre.
- PESSINI, L., 2008. ¿Bioética en América Latina? Algunas cuestiones desafiantes para el presente y el futuro, Observatorio Pastoral, Centro Universitario São Camilo de São Paulo, Brasil.

- POTTER, V.R., 1970. Bioethics: the science of survival, Perspectives in Biology and Medicine, New York.
- POTTER, V.R., 1971. Bioethics: bridge to the future, Englewood Cliffs, Prentice Hall, New Jersey. (Swanson, C.P. ed. Biological Science Series).
- POTTER, V.R., 1998. Bioética puente, bioética global y bioética profunda, en: Cuadernos del Programa Regional de Bioética de la OPS, Santiago de Chile, N° 7.
- RAMONET, I., 2006. Cien horas con Fidel, Oficina de Publicaciones del Consejo de Estado, La Habana. Disponible en <http://diversitas.fflch.usp.br/files/Cien%20horas%20con%20Fidel.pdf>
- ROJAS OCHOA, F., 2014. La información, primer paso para el enfrentamiento a cualquier epidemia, en Chappi Docurro T., La seguridad como problema nacional, Catalejo, El blog de Temas, 7 de julio. Disponible en <http://temas.cult.cu/blog/?-tag=cristina-escobar>
- SUÁREZ ROSAS, L., 2013. El silencio epidemiológico, Revista Cubana de Salud Pública, vol. 39, No. 3:524-539, Editorial Ciencias Médicas, La Habana.
- WEBER, M., 1969. El político y el científico, Editorial Alianza, Madrid.

Un aniversario destacable

A notable Anniversary

Salvador Darío Bergel*

Resumen

Por muchas razones la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO del 2005 importó un cambio de relevancia en tanto trajo al debate bioético una visión integral del ser humano que incorpora aspectos centrales de la vida, de la relación con el mundo y con sus componentes. Se destaca en particular la promoción de la salud; la pobreza, la desnutrición y el analfabetismo; la protección de las generaciones futuras y la protección del medioambiente, la biosfera y la biodiversidad.

Palabras clave: bioética, derechos humanos, promoción de la salud.

Abstract

For many reasons the UNESCO'S Universal Declaration on Bioethics and Human Rights of 2005 implied a relevant change because it brought to the bioethical debate a comprehensive vision of the human being that incorporates key aspects of life and of the relationship with the world and its components. It highlights in particular the promotion of health; poverty, malnutrition and illiteracy; the protection of future generations and protection of the environment, the biosphere and biodiversity.

Keywords: bioethics, human rights, promotion of health.

Resumo

Por muitas razões, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos da UNESCO de 2005 significou uma mudança relevante no debate bioético ao trazer uma visão integral do ser humano que incorpora aspectos fundamentais da vida, relacionamento com o mundo e seus componentes. Destaca-se em particular a promoção da saúde, em particular a pobreza, a desnutrição e o analfabetismo; a proteção das gerações futuras e proteção do ambiente, a biosfera e a biodiversidade.

Palabras-chave: bioética, direitos humanos, a promoção da saúde.

1. Introducción

Al presente se cumplen diez años de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO, documento respecto de cuya trascendencia en la bioética no caben cuestionamientos. Fruto de una prolija elaboración en cuyo proceso se produjeron encendidos debates, mostró nuevos caminos a recorrer, lo que nos mueve a ensayar un primer análisis sobre sus logros y sus metas de futuro.

El texto –en opinión de Badía Martí- significa el ingreso de la bioética a las relaciones internacionales más allá de la dimensión científica, incorporándose plenamente en las relaciones entre los estados con sus implicancias en el campo económico, político y social, entrando de lleno en la arena internacional. Por otro lado, introduce la materia que trata la bioética en el ordenamiento jurídico internacional, de la mano de una cuestión tan sensible y de naturaleza universal, como son los derechos humanos, lo que abre un ámbito material nuevo en este ordenamiento.

* Doctor en Derecho, Profesor Emérito de la Universidad de Buenos Aires, Titular de la Cátedra UNESCO de Bioética, miembro del Consejo Directivo de la Redbioética UNESCO. s.bergel@zbv.com.ar

2. El valor jurídico, político y ético de la Declaración

Es sabido que ante el derecho internacional una declaración no tiene la misma eficacia que un tratado o un convenio. Con base en esta diferencia se ha pretendido sostener que los contenidos de la Declaración del 2005 no son vinculantes para los países que la suscribieron. Frente a esta postura de quienes pretender relegar la Declaración a una simple expresión de buenos deseos suscripta por los representantes de los estados, Héctor Gros Espiell, figura descollante del derecho internacional y motor de las tres Declaraciones de la UNESCO sobre Bioética, se pregunta: ¿qué quiere decir “no vinculante”? ¿que no crea vínculos? Y responde: no puede decirse que una Declaración adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas no cree vínculos. Para Gros Espiell y para la mayoría de la doctrina es fuente de derechos (Gros Espiell y Gómez Sánchez 2006: 211).

Cuando se adoptó la Declaración Universal sobre Derechos Humanos de 1948, también algunas delegaciones afirmaron que era simplemente un texto moral que serviría como ejemplo al derecho interno. Ese mismo día el delegado de Francia, René Cassin, uno de sus autores, expresó: todo lo contrario. En un discurso magistral y premonitorio dijo que la Declaración de 1948, como proyección y precisión de la Carta de las Naciones Unidas tenía un valor jurídico propio y llegaría a ser fuente de derecho. Posteriormente, en las Conferencias de Teherán de 1968 y de Viena de 1993 se estableció que la Declaración Universal era obligatoria para toda la comunidad internacional. Esto fue concretado por la doctrina que es particularmente unánime hoy en esta materia y sostenida reiteradamente por la Corte Internacional de Justicia. Concluyendo sus observaciones Gros Espiell expresa que la Declaración Universal tiene carácter vinculante, no sólo moral y políticamente, sino también vinculante en cuanto a eventual fuente de derecho desde el punto de vista jurídico.

En esta misma línea de pensamiento, Yolanda Gómez Sánchez, Profesora de la UNED y exintegrante del CIB, considera que la Declaración

Universal de la UNESCO, adoptada por los estados miembro de las Naciones Unidas, es un documento jurídico internacional del que derivan compromisos, también jurídicos materiales de respeto a su contenido para todos los países que la han adoptado (Gómez Sánchez 2009:559). En su construcción distingue entre el valor jurídico de la Declaración y el de eficacia jurídica interna en cada uno de los estados que la han suscripto. Señala que cuando los principios de derecho internacional definen el concepto de “documento vinculante” para los estados, están haciendo alusión a la esfera jurídica interna de cada uno de los estados suscriptores del documento internacional, pero no al valor jurídico general derivado de su adopción por los estados en el seno de un determinado organismo internacional. El valor jurídico de la Declaración afecta por igual a todos los estados que la firmaron y respecto del compromiso de cada estado (que es sujeto del derecho internacional) con la comunidad internacional. En consecuencia -anota la autora- el contenido de la Declaración será siempre vinculante en un sentido general, para todos los estados que la firmaron en relación con sus compromisos internacionales. Por otro lado la “eficacia interna” alude a la posición de la Declaración en el ordenamiento jurídico interno de los estados y su relación de jerarquía (supremacía de unas normas sobre otras).

Aunque tanto el valor internacional como la eficacia jurídica interna son elementos esenciales de la Declaración, la segunda resulta de un factor determinante para la aplicación práctica de la Declaración en los ordenamientos internos de los diversos estados, ya que permite definir los objetivos legislativos y ejecutivos de dicho estado y en su caso la posible tutela jurídica que se le reconozca a la Declaración. De aceptarse la tesis del carácter “no vinculante” a la Declaración, ello llevaría a la incongruencia jurídica de que los estados puedan comprometerse internacionalmente y al mismo tiempo no vincularse a los compromisos asumidos. En esta dirección el artículo 3 de la Convención de Viena sobre el derecho de los tratados al determinar qué acuerdos internacionales no quedan comprendidos en el ámbito del mismo, señala:

La presente Convención no se aplica ni a los acuerdos celebrados entre estados y otros sujetos del derecho internacional o entre esos otros sujetos del derecho internacional; ni a los acuerdos internacionales no celebrados por escrito, no afectando el valor jurídico de tales acuerdos. Con más razón estos principios deben aplicarse a un instrumento escrito firmado por los estados. (Convención de Viena art.3)

Un ejemplo categórico del valor jurídico de una Declaración internacional en el derecho interno lo ofrece el artículo 75, inciso 22 de la Constitución Nacional, cuyo segundo párrafo establece que la Declaración Americana sobre Derechos y Deberes del Hombre, la Declaración Universal de los Derechos Humanos...” tienen jerarquía constitucional, no derogan artículo alguno de la primera parte de la Constitución y deben entenderse complementarios de los derechos y garantías por ellos reconocidos”.

En síntesis, la Declaración sobre Bioética y Derechos Humanos suscripta en forma unánime por los estados miembro de las Naciones Unidas y ratificada por la Asamblea General de uno de sus órganos (la UNESCO), tiene un concreto valor jurídico en el orden interno. Si bien en nuestro país no tiene aún jerarquía constitucional, no puede negarse su correspondiente valor jurídico por la sola circunstancia de ser una Declaración, ratificada por los estados. Que no se haya plasmado en un tratado no impide reconocer su valor jurídico así como que fue ampliamente discutida durante dos años y aprobada por el voto unánime de los firmantes. Que no posibilite la exigencia de las obligaciones asumidas por uno o varios estados frente al incumplidor, no implica que en el orden interno la firma de la Declaración importe asumir obligaciones del Estado frente a sus ciudadanos.

Al margen de su valor jurídico la Declaración tiene un relevante valor ético en cuanto marca la agenda actual, incorporando temas cuya relevancia ética no es posible desconocer, tal como se verá en el desarrollo siguiente.

Desde el punto de vista político la Declaración otorga suficientes herramientas para quienes as-

piran a una bioética más cercana a los problemas y dilemas del diario vivir de grandes masas de la población mundial.

3. El vínculo de la bioética con los derechos humanos

Aparte de ser el primer documento internacional globalizador de la bioética, considero que contiene indudables aportes que ayudan a configurar la disciplina en un enfoque más cercano a los problemas y dilemas de un mundo caracterizado por profundas desigualdades en lo económico, social y cultural.

De estos aportes destaco en primer término el vínculo que establece con los derechos humanos, que da un marco conceptual a los principios que posteriormente enuncia. Comenzando por su título, siguiendo por la explicación de sus antecedentes: “esta Declaración se ha de entender en modo compatible con el derecho internacional y las legislaciones nacionales de conformidad con el derecho relativo a los derechos humanos”; por sus objetivos: “promover el respeto de la dignidad humana y proteger los derechos humanos velando por el respeto de la vida de los seres humanos y las libertades fundamentales, de conformidad con el derecho internacional relativo a los derechos humanos”; y por los principios: “se habrá de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales”, queda muy en claro la íntima ligazón que establece entre bioética y derechos humanos.

Al hacerlo no se trató de buscar un escudo protector para la bioética –que por otra parte no lo necesitaba- sino que se enfatizó en transmitir a sus destinatarios que la bioética importa una aplicación concreta de los derechos humanos en el campo que le es propio: la vida, la salud y el bienestar de los seres humanos; y esto no sólo con relación a los avances de las tecnociencias, sino también en un campo mucho más abierto: el de los condicionantes económicos y sociales de la vida y de la salud humana.

Ambas construcciones hablan un mismo lenguaje y apuntan en último análisis a un objetivo común: la defensa de la dignidad humana ante las acechanzas de un mundo que avanza preci-

pitadamente, dejando de lado a grandes masas de población que quedan atrapadas por una dramática exclusión en los más diversos campos de la vida.

La Declaración Universal de 1948 no fue el fruto de una invención realizada por un puñado de iluminados, que al emerger el mundo de una de las catástrofes más cruentas de la historia pretendieron proteger la dignidad humana acorazándola con un catálogo de principios elementales y esenciales para organizar una convivencia pacífica y duradera. Fue mucho más que ello, aunque la toma de conciencia sobre esta necesidad tal vez pudo constituir el mérito más relevante del instrumento votado en 1948.

Decimos que no fue una invención, por cuanto se limitó a plasmar –tal vez en forma magistral- principios y demandas que ya flotaban en la conciencia colectiva.

La Declaración de 1948 no pretendió encorsetar a los derechos humanos en un catálogo cerrado y si alguna enseñanza cabe recibir de ella, es la necesidad de ir avanzando en la búsqueda de nuevos derechos, conforme a la natural preocupación del hombre por mejorar las condiciones de su existencia para su disfrute y para transmitir a las generaciones futuras un legado superior al recibido.

A su sombra –tal como lo describiera el siempre recordado E. Rabossi- se ha desarrollado un fenómeno jurídico, político, ideológico y moral sumamente complejo, muy dinámico, de alcances mundiales y de consecuencias revolucionarias. El fenómeno -observa Rabossi- no es la anarquía, ya que brinda un macro escenario en el que los intereses en juego se confrontan, las lógicas se entrecruzan y las soluciones (a veces) se alcanzan (Rabossi 2007: 238). En cuanto estos derechos son humanos, representan las necesidades, criterios primarios, materiales sociales, económicos y culturales sin los cuales el individuo no puede desarrollar su vida con dignidad (Hoyos Vázquez 2007:333).

Se han elaborado en el curso de los años diversas clasificaciones, que no sólo apuntaron a ordenar la materia, sino que pretendieron esta-

blecer un orden jerárquico de los derechos humanos, conforme a las posibilidades económicas de satisfacerlo. Todas estas clasificaciones, en el fondo, apuntan a justificar o avalar la nula o menguada vigencia de los derechos económicos y sociales, que son –casualmente- los violados con más asiduidad. Lo real es que todos los derechos humanos tienen una misma razón de ser y todos deben ser aplicados y respetados en un pie de igualdad. La catalogación sólo contribuye a debilitar su aplicación práctica. La inobservancia de los derechos marca, precisamente, un campo de lucha, un reclamo que sólo cesa con la efectiva vigencia de los mismos.

Lo que proclama la Declaración de la UNESCO en sustancia, es un conjunto de derechos humanos que son sistemáticamente violados en el campo de la vida y de la salud del hombre. Fue realizada en relación a la realidad del momento en que se suscribió, lo que no implicaba que en el futuro pudieran incorporarse otros derechos conforme al surgimiento de nuevas exigencias y al carácter progresivo que se les asigna.

En síntesis, la Declaración del 2005 se integra a la de 1948 y a los demás instrumentos que se fueron generando a nivel internacional o regional, por el influjo de las exigencias sociales y políticas, en materia de derechos humanos.

Entre otros derechos menciona:

- el derecho al respeto de la autonomía personal;
- el derecho al respeto a la integridad personal;
- el derecho al goce del grado máximo de salud;
- el derecho a una atención médica de calidad;
- el derecho de acceso a los medicamentos;
- el derecho a una alimentación adecuada;
- el derecho de acceso al agua potable;
- el derecho a cubrir las necesidades básicas (reducción de la pobreza);

- el derecho a la alfabetización;
- el derecho al goce de los resultados de la investigación científica;
- el derecho a un medioambiente no contaminado.

Al establecer los derechos humanos entre sus principios –señala Dora Porto- reconoció la dimensión social como intrínseca a la bioética (Porto 2012:109). La bioética incorporó así –en forma preponderante- la problemática de los derechos relacionados con los condicionantes sociales y económicos de la vida y la salud humana.

4. Los aportes centrales de la Declaración

Más allá de la profundidad y altura de los debates que precedieron al texto aprobado, justo es reconocer el aporte fundamental hecho por la bioética latinoamericana, en especial la brasileña, en el contenido de la Declaración. En esta dirección cabe destacar el magno Congreso de Bioética de Brasilia de 2002 que funcionó bajo el sugestivo lema de “Bioética, poder e injusticias”.

El Congreso de 2002 – se ha señalado- “politizó” en la práctica concreta la agenda bioética internacional. Los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia –a pesar de ser indispensables y centrales en la bioética de ese momento- dejaron de ser la única herramienta teórica y metodológica a disposición de los investigadores y estudiosos. El resultado práctico del Congreso fue siendo gradualmente incorporado al contexto epistemológico internacional de la bioética (Garrafa 2012:10).

Estos aportes se tradujeron en los “principios” de la Declaración. Estos principios no sólo constituyen el eje sobre el cual transita la “nueva bioética”, sino que –esencialmente- se constituyen en guías de acción. Así lo entendieron los cultores de la bioética en sus encuentros y servirán para transitar la futura agenda.

De estos principios tomamos los que –a nuestro juicio- constituyen los aportes más originales:

a) *La promoción de la salud*

La Declaración se refiere a diversos derechos vinculados con la salud: el derecho al grado más alto de salud, el derecho a una atención médica de calidad, el derecho de acceso a los medicamentos: todos ellos al margen de los condicionantes económicos y sociales de la salud.

En su introducción destaca que la salud no depende únicamente de los progresos de la investigación científica y tecnológica, sino también de factores psicosociales y culturales.

Berlinguer, ilustre bioeticista y sanitarista italiano, nos habla de lograr una sociedad que en lo posible no obligue a la medicina al triste deber de empuñarse en una actividad reparadora, tardía y generalmente inútil de los daños ocasionados fuera de su campo de acción (Berlinguer 1994:101).

Tanto la prevención primaria como la promoción de la salud se proponen conjuntamente prevenir las enfermedades y mejorar las condiciones psicofísicas del individuo. Estos tipos de prevención tienden a movilizar la capacidad preventiva que es el fruto de decisiones llevadas a cabo en otros campos como la difusión de la instrucción, la humanización del trabajo, el mejoramiento de la vivienda y de la vida urbana y del espíritu de convivencia y solidaridad entre ciudadanos (Berlinguer 1994:88).

Tal como señalamos toda la medicina tiene como meta la salud, pero sólo la prevención tiene como carácter intrínseco y como fin específico, la igualdad de cada ciudadano en el campo de la sanidad. El artículo 14 de la Declaración comienza por afirmar que la promoción de la salud y el desarrollo social de sus pueblos es un cometido esencial de los gobiernos, que comparten todos los sectores de la sociedad (Berlinguer 1994: 93).

El derecho a una atención médica de calidad se traduce en una atención que garantice una adecuada selección de la indicación de acuerdo a las evidencias o al menos con algún soporte científico que demuestre su utilidad; una adecuada evaluación de los riesgos y los posibles daños que pueda causar, una atención humana que respete los derechos del enfermo y que cumpla con criterios de justicia (D’Empaire 2006: 447).

Los derechos de acceso a los servicios de salud y a los medicamentos son componentes esenciales del derecho a la salud. Cuando la salud se resiente, el más elemental de los derechos que se puede ejercer es el de acceso a los servicios de salud; acceso en tiempo adecuado y con la calidad requerida según el tipo de atención. La existencia de personas que no cuenten con las posibilidades de tal acceso, constituye un agravio a la especie humana.

Paralelo al derecho de asistencia médica es el de acceso a los medicamentos. La OMS confecciona periódicamente un listado de los denominados medicamentos esenciales. Más allá de ello, es imperativa la provisión de medicamentos, sin mayores distinguos- que debería ser una prestación primaria del Estado.

El poder curarse –volvemos a Berlinguer- se ha transformado en una función directa, legítima y explícita del dinero y se afirma por esto en la práctica y a veces en las leyes, un derecho de atención médica y a la salud proporcional a la riqueza (Berlinguer 2006:61).

Estas situaciones, que lamentablemente aun hoy muestran muchos países, deben ser definitivamente superadas y a ello apunta la Declaración en su artículo 14.

La prevención primaria y la promoción de la salud estaban frecuentemente fuera de la agenda bioética. El tema de la salud –se ha señalado- raramente está presente en los debates bioéticos. Estos privilegian crecientemente las situaciones extremas como nacimientos “artificiales”, trasplante de órganos, las condiciones de supervivencia en enfermos terminales, descuidando el hecho que la salud y la enfermedad son para todos un campo universal de experiencia, de reflexión y también de elecciones morales. A la salud le es comúnmente negado el título de nobleza como objeto de la ética y, en el mejor de los casos, se le atribuye solamente el valor (que para algunos es considerado filosóficamente irrelevante e intelectualmente plebeyo) de cuestión social (Berlinguer 2006:17).

b) La pobreza, la desnutrición y el analfabetismo

Por vez primera un documento universal sobre bioética pone el foco de atención en estos temas que, comúnmente, se consideraban ajenos a su cometido.

La pobreza es aún la causa principal de las enfermedades y es un factor que está más allá de ser controlado de inmediato. La pobreza material (tanto como la cultural) como asimismo el realizar actividades laborales insalubres, poco satisfactorias, provoca la acción de todos los factores específicos de las enfermedades, obstaculiza la adopción de medidas preventivas, y hace más difícil el curarse (Berlinguer 2006:34).

Alrededor de la pobreza –lo señalamos en otra oportunidad- se forma un círculo perverso que lleva a la desnutrición, al deterioro del medioambiente, a la marginación, a la disgregación social, a la delincuencia, al analfabetismo, a la pérdida de autoestima; círculo del que difícilmente pueda salir quien ingresa en él, en tanto tienden a reproducirse los condicionantes a los descendientes (Bergel 2006: 395).

La Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social de Copenhague de 1995, había señalado que la falta de ingresos y recursos productivos suficientes para garantizar medios de vida sostenibles, generaba hambre y mal nutrición, mala salud, falta de acceso o acceso limitado a la educación y otros servicios básicos, aumento de la morbilidad y la mortalidad a causa de las enfermedades, discriminación y exclusión social.

Muy ligada a la pobreza está la desnutrición, que en los primeros años de vida produce efectos devastadores. El derecho a alimento –en su especificación como alimento seguro, sano y adecuado- se presenta como el campo más específico de la ciudadanía global. Mediante el alimento adecuado y seguro no sólo se nutre el cuerpo, sino la dignidad de la persona (Rodota 2010:13).

Hace tres lustros la ilustre genetista y bioeticista brasileña Eliane Azevedo publicó un fascinante ensayo que tituló “O direito de vir –a- ser apos o nascimento”, en el que destaca la necesidad de una alimentación adecuada en los primeros años

de la vida. La desnutrición de los niños –señalaba- reduce la velocidad de la división celular, la síntesis del ADN y el número total de células en el cerebro, a más de interferir en el proceso de mielinización, recordando que en un documento de la UNICER de 1998 se reconoció que la desnutrición perjudica el intelecto, la productividad y el potencial no sólo de la persona, sino de toda una sociedad. Agrega Azevedo que

la ausencia de condiciones mínimas de alimentación y de morada, requeridos por el organismo humano, funciona como anulador de potencialidades genéticas conduciendo a las personas a una muerte precoz, antecedida de un vivir sub-biológico. Negar el mínimo esencial a cualquier persona es usurpar el más sagrado de los derechos esenciales, o sea, el derecho al desarrollo pleno de las potencialidades biológicas y mentales que trae consigo (Azevedo 2000: 133).

Me he permitido transcribir textualmente el pensamiento de Eliane Azevedo, para mostrar los efectos de la pobreza y la subalimentación sobre la vida y el desarrollo humanos.

A la luz de estas realidades es fácil concluir que la bioética necesitaba incluir en sus análisis y en sus programas a los condicionantes económicos y sociales de la salud. De otra forma, contemplar plácidamente los estragos que causa la pobreza, la subalimentación, la exclusión social, la carencia de agua potable, sin advertir sus consecuencias sobre la salud y la vida de los hombres importa simplemente desviar el camino del pensamiento.

So pretexto de postular una bioética aséptica, que se limite a los problemas de frontera, se excluyen de su alcance temas centrales de imperioso tratamiento. La inclusión de los condicionantes sociales y económicos de la salud y de la vida puede calificarse como una apertura de la bioética a la política, lo cual no tiene nada de malo. La defensa de una bioética apolítica es un posicionamiento político que tributa objetivamente a favor de la conciliación de intereses dentro del statu quo social vigente, tal como sostiene Sotolongo (2005:133).

La Declaración del 2005, con todos los recortes que tuvo que aceptar para ser consensuada, constituyó –sin lugar a dudas- un fuerte avance destinado a integrar los condicionantes económicos y sociales de la vida y de la salud humana. En este sentido el artículo 14 se constituye en una pieza central para el logro de tales fines.

c) *Protección de las generaciones futuras*

Ya la UNESCO había demostrado su preocupación por lograr una declaración específica sobre los derechos de las generaciones futuras (1994). La Declaración de 2005, al reiterar esta preocupación, apunta en particular a los efectos que podría generar la aplicación de los adelantos de la investigación científica, sobre la constitución genética de los individuos que nos sucederán.

No es este un tema menor: cuando el hombre ha conseguido introducirse en los secretos más recónditos de la herencia, cuando ha podido modificar el capital genético a través de técnicas como la del ADN recombinante -hoy empleada en campos ajenos a lo humano como el agrícola- nace la preocupación sobre los límites que se pueden imponer cuando se trata de aplicarlo a la especie humana.

El genoma humano es por naturaleza evolutivo, tal como lo reconoce el artículo 3 de la Declaración de la UNESCO sobre Genoma Humano; pero esta variabilidad nacida de la natural evolución de las especies no puede autorizar a una “variación dirigida”, ya que en ese caso, las generaciones futuras no estarían condicionadas por los procesos naturales, sino que entraría a jugar la participación intencional del hombre.

Esto es obviamente peligroso en tanto no existen parámetros para determinar los límites de tal intervención, lo que podría conducir a la alteración de ciertas características en las generaciones futuras. La ciencia y la técnica, aventuras del pensamiento humano, no reconocen límites y si se los fija hipotéticamente pueden ser fácilmente vulnerables.

Cosa distinta es el destino del ser humano que exige en forma imperativa ser respetado, más allá y a pesar de las proyecciones de las biotec-

nociencias. Con respecto a ello podría hoy discutirse la posibilidad de alterar la información genética para posibilitar la transmisión de enfermedades hereditarias: es un tema sobre el cual se han esbozado criterios diferentes que deben ser debidamente respetados y debatidos. Sin embargo, algo debe merecer la repulsa general: el eventual intento de alterar la información genética para incorporar a la descendencia determinadas características de “mejoramiento” conforme a criterios que fije quien las practica. Aquí juega fuertemente la prohibición de afectar los derechos de las generaciones futuras.

Existen difíciles razones para oponerse a las posiciones transhumanistas –enseña Per Puigdomenech- y una de ellas, es proteger a las generaciones que nos siguen de los problemas causados por la desigualdad entre individuos que se producirían en estas condiciones. Si algún día llegamos a controlar el proceso de modificación del genoma en forma precisa en la línea germinal, esto puede ser una de las razones más importantes que se deberían tener en cuenta a la hora de tomar decisiones sobre el uso de estas tecnologías (Puigdomenech 2009: 401).

d) *Protección del medioambiente, la biosfera y la biodiversidad*

La bioética “clásica” –por así decirlo- se caracterizó por un acentuado antropocentrismo. Sólo le interesaba el hombre y en lo posible aislado de su hábitat y de la sociedad.

En la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO de 2005 –lo señala Junges- la protección del medioambiente aparece como un derecho humano, mas esa perspectiva antropocéntrica es corregida por el reclamo de sustentabilidad de la biosfera y de la biodiversidad. En otras palabras, el medioambiente sólo es preservado cuando se tiene una visión compleja que comprende al ambiente como un sistema integral de interdependencia (biosfera), y para que este sistema esté en equilibrio homo-estático es necesario que haya biodiversidad, posibilitando las interrelaciones. Esa visión sistémica del medioambiente ilustra sólo el modo de organizar la convivencia social y se sostiene

sobre la propia visión ecosistémica de la salud, base para comprender la salud como un derecho humano y al ambiente como un componente básico del campo de la misma (Junges 2006:21). La inclusión de este principio, en medio de un cuadro sumamente preocupante generado por las consecuencias de una explotación irracional del planeta, marca un camino a transitar.

Este principio está interconectado con el referido a los derechos de las generaciones futuras. Señalamos en anterior oportunidad que el discurso sobre las generaciones futuras envuelve una dirección más amplia que la defensa del hombre del futuro. Al propugnarse como centro del debate la defensa de la calidad de vida de las generaciones venideras, implícitamente se tiende a mejorar las condiciones de vida de todos los seres vivos, actuales o futuros (Bergel 2000:417).

5. Hacia el futuro

La Declaración de la UNESCO del 2005 importó un paso relevante. Lejos de ser una simple “declaración”, un simple ensayo intelectual formulado por los representantes estatales para justificar los motivos de su encuentro, es un instrumento jurídico y político que crea obligación en los estados y correlativamente derechos a sus habitantes.

La extirpación de los bolsones de pobreza extrema, el acceso al agua potable, una alimentación compatible con el desarrollo, el acceso a los servicios de salud y a los medicamentos esenciales, un medioambiente no contaminado ni contaminante, no sólo constituyen deberes de los estados signatarios sino que paralelamente constituyen derechos de sus habitantes.

Si bien la Declaración tiene el mérito de mostrar estos defectos en las realidades políticas actuales también lo es que incumbe a los ciudadanos, en el más amplio y abarcador sentido de la palabra, reclamar y luchar por tales objetivos.

Si una tarea se impone en función de la Declaración es profundizar el análisis de los problemas vinculados con la salud pública y la medicina social.

La Declaración es una gran bandera de lucha que ha tenido la virtud de poner al descubierto una problemática que durante largos años estuvo ausente de los debates. Es deber de todos quienes nos acercamos a un campo tan fecundo como fascinante, el de la bioética, trabajar para la difusión de los principios liminares de la Declaración y al mismo tiempo participar en acciones que tengan por objeto la ampliación de los mismos.

Al cumplirse el 20 aniversario del programa de bioética de la UNESCO, diversos autores hemos dado vida a un libro titulado ¿Por qué una bioética global? Entre las contribuciones H. Ten Have, Director de Ética de la Ciencia y la Tecnología de la UNESCO, escribió un breve ensayo que tituló “La bioética necesita bayonetas”, apuntando a la necesidad de redoblar las acciones para hacer efectivos los principios emanados de la Declaración. Cabe aquí reiterar dicho llamado para que la bioética se concrete en un amplio movimiento social y cultural dirigido a la defensa de la vida y a la promoción de la salud.

Los movimientos sociales han demostrado su efectividad más allá de la existencia o inexistencia de normas legales. Un ejemplo incuestionable lo dio la reacción social, no sólo interna sino ampliada a los ámbitos internacionales, en el caso de los medicamentos para combatir el sida. Ésta llevó al gobierno sudafricano a desconocer tratados para posibilitar el acceso de sus habitantes a los medicamentos esenciales. El ejemplo fue luego seguido por Brasil, bajo el gobierno de Lula Da Silva, lo que llevó finalmente a morigerar el Acuerdo de Doha en lo relativo a propiedad industrial.

Considero que están dadas las condiciones para avanzar en la suscripción de un tratado internacional sobre bioética. Los principios de la Declaración han sido estudiados, profundizados y discutidos en innumerables foros internacionales, la doctrina se amplió considerablemente en la dirección aquí marcada, y la falta de respuesta adecuada a múltiples de los problemas que enuncia la Declaración torna necesario un compromiso más fuerte en el orden internacional, sin perjuicio de redoblar los esfuerzos en el orden interno, para cumplir con los objetivos propuestos.

Entregado 28- 8 - 2015

Aprobado 22- 9 - 2015

Bibliografía

- AZEVEDO, E.S., 2000. O direito de vir-a-ser apos o nascimento, Edit. EDIPUCRS, Portoalegre.
- BERGEL, S.D., 2000. Bioética, medioambiente y derechos de las generaciones futuras, en Palacios, M. (coord.), Bioética 2000, Edit. Nobel, Oviedo.
- BERGEL, S.D., 2006. Responsabilidad social y salud, en Gros Espiell, H. y Gómez Sánchez, Y., La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO, Edit. Comares, Granada.
- BERLINGUER, G., 1994. Ética de la salud, Lugar Edit., Buenos Aires.
- CONVENCION DE VIENA SOBRE EL DERECHO DE LOS TRATADOS, 1969, Viena. Disponible en www.wipo.int/wipolex/es/glossary/vienna-convention-es.pdf
- DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS DE LAS GENERACIONES FUTURAS, 1994. La Laguna, 26 de febrero. Disponible en gestor.pradpi.org/download.php?id_doc=658
- D'EMPAIRE G.,2006. Aplicación práctica de la Declaración Universal en la medicina actual, en Gros Espiell, H. y Gómez Sánchez, Y., La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO, Edit. Comares, Granada.
- GARRAFA, V. y otros, 2012. Introducción, en Porto, D. y otros, Bioética, poderes e injusticias, diez anos depois, CFM, Brasilia.
- GÓMEZ SANCHEZ, T., 2009. La Declaración sobre Bioética y Derechos Humanos: un balance de su vigencia, en: Casado, M. (coord), Sobre la dignidad y los principios, Edit. Civitas, Madrid.
- GROS ESPIELL, H., 2006. La Declaración Universal sobre la Bioética y los Derechos Humanos y las otras Declaraciones de la UNESCO en materia de bioética y genética. Su importancia e incidencia en el desarrollo del derecho internacional, en Gros Espiell, H. y Gómez Sánchez, Y., La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO, Edit. Comares, Granada.
- HOYOS VÁZQUEZ, G., 2007. Ethos mundial y justicia global en un enfoque discursivo, en Cortés Rodas, F. y Giusti, M., (edit): Justicia global, derechos humanos y responsabilidad, Editorial Siglo del Hombre, Bogotá.

- JUNGES, J.R., 2006. A proteção do meio ambiente na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, Revista Brasileira de Bioética, Volumen II, N° 1.
- PORTO, D., 2012. Bioética de intervención: retrospectiva de una utopía, en Porto, D. y otros, Bioéticas, poderes e injusticias, diez años depois, CFM, Brasilia.
- PUIGDOMENECH, P., 2009. Discusiones éticas sobre agricultura y alimentación para las generaciones futuras, en Casado, M. (coord.), Sobre la dignidad y los principios, Edit. Civitas, Madrid.
- RABOSI, E., 2007. Notas sobre la globalización de los derechos humanos y la violencia, en Cortés Rodas F., Giusti, M., (edit): Justicia global, derechos humanos y responsabilidad, Editorial Siglo del Hombre, Bogotá.
- RODOTÁ, S., 2010. The right to secure food in the prospective of the general improvement of the fundamental rights, Revista de Derecho y Genoma Humano, N° 3, Julio-Diciembre, Bilbao.
- SOTOLONGO, P.L., 2005. ¿Es la bioética separada de la política menos ideologizada que una bioética politizada?, Revista Brasileira de Bioética, Volumen I, N° 2, Brasilia.

Deber de socorro del profesional sanitario en situaciones de desastre: ¿una obligación contractual?

Medical Professionals providing assistance in a disaster situation; is it a contractual obligation?

*Claudia Donoso Sabando**

Resumen

Los distintos eventos extraordinarios a los que se puede ver sometida una comunidad constituyen realidades imposibles de evitar, pero ello no impide una preparación activa para hacer frente a las consecuencias de su aparición. Claramente las instituciones sanitarias juegan un rol protagónico en la labor de contención y manejo de los distintos tipos de crisis. Dentro de este contexto la respuesta profesional positiva al “deber de socorro” constituye uno de los puntos clave para el buen funcionamiento del sistema de respuesta. Y pese a que este deber constituye una tarea propia de los quehaceres profesionales, la peculiaridad que conlleva este tipo de situaciones, en no pocas veces, coloca en entredicho el alcance de aquellas obligaciones, y al parecer, no serían suficientes para responder a los requerimientos exigidos. Por lo mismo, pareciera necesario extender el campo de preocupación hacia la promoción de los valores que promueve la profesión médica.

Palabras clave: deber de socorro, ética médica, responsabilidad profesional, obligación moral, desastres.

Abstract

Different extraordinary events, to which communities can be subject to, are realities that are impossible to avoid, but this does not prevent an active preparation to face their consequences. Clearly, medical institutions play a leading role in the task of control and management of different types of crises. In this context the positive expert response to the “Duty of providing assistance” is one of the key points in the proper preparation of the response system. Although this duty is a task for professionals, the characteristics associated with these types of situations, regularly call into question the extent of those obligations, and it appears that they are not enough to respond to the requirements needed. Therefore, it seems necessary to extend the field of concern to promote the values fostered by the medical profession.

Keywords: duty to care, medical ethics, professional responsibility, moral obligation disaster.

Resumo

Os vários eventos extraordinários aos quais uma comunidade pode ser submetida constituem realidades inevitáveis, mas isso não impede uma preparação ativa para enfrentar as consequências de sua ocorrência. Claramente, instituições de saúde desempenham um papel de liderança na tarefa de contenção e manejo de diferentes tipos de crise. Dentro deste contexto, a resposta positiva do profissional para o “dever de prestar socorro” é um dos pontos-chave para o bom funcionamento do sistema de resposta a estes eventos. Embora esta obrigação seja uma tarefa própria dos afazeres profissionais, a peculiaridade associada a este tipo de situação, muitas vezes põe em questão a abrangência dessas obrigações, e, aparentemente, não seriam suficientes para responder à exigência das demandas. De igual maneira, parece necessário estender o âmbito de preocupação considerando os valores inerentes à profissão médica.

Palavras-chave: dever de prestar socorro, ética médica, responsabilidade profissional, obrigação moral, desastres.

* Cirujano-Dentista. Magíster en Bioética. Docente Departamento Estomatología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Talca. Chile. clondonoso@utalca.cl

1. Introducción

El sábado 27 de febrero del año 2010 cambió la historia de muchos chilenos. La tierra los despertó de madrugada, no había energía eléctrica y tampoco comunicación. Casas derrumbadas, puentes cortados, escuelas en los suelos y hospitales dañados o simplemente a punto de colapsar. Se dice que el comportamiento de la ciudadanía fue muy variado “desde el altruismo de salvar a otros, a costa de la propia seguridad, hasta el saqueo descontrolado al amparo del caos social desencadenado por el evento desastroso” (Kottow 2010:46). A medida que transcurrían las horas se incrementaba el número de damnificados y fallecidos, y los heridos llegaban a los centros de atención -que habían logrado mantenerse activos- en busca de auxilio.

Una catástrofe como la vivida por este país, sirve para ejemplificar algunas de las dinámicas a las que se ve sometida una sociedad durante este tipo de circunstancias, ya que es importante tener en cuenta que el significado en torno a los distintos conceptos que se utilizan para definir este tipo de fenómenos, a saber: emergencia, desastre, catástrofe y cataclismo¹, no encuentran su definición en torno al fenómeno destructivo en sí, en este caso un sismo de gran magnitud, sino en el nivel de respuesta y efectos sociales que se generan producto de aquel. Maturana al respecto señala que es un error común asociar la palabra desastre con el fenómeno destructivo que golpea a una comunidad, porque:

1 *Emergencia*: situación que aparece cuando, en la combinación de factores conocidos, surge un fenómeno o suceso que no se esperaba, eventual, inesperado y desagradable por causar daños o alteraciones en las personas, los bienes, los servicios o el medio ambiente, sin exceder la capacidad de respuesta de la comunidad afectada (Universidad de Alicante 2015).

Desastre: suceso que causa alteraciones intensas en las personas, los bienes, los servicios y el medioambiente, excediendo la capacidad de respuesta de la comunidad afectada (Universidad de Alicante 2015).

Catástrofe: agrega a la definición anterior, la desaparición de sus efectores sociales principales y de sus servicios indispensables para la calidad de vida de una comunidad (Maturana 2010:5).

Cataclismo: es la transformación o destrucción de gran parte de un determinado biotopo, con gran extensión de daño a los sistemas ecológicos y a causa de fenómenos naturales (Maturana 2010:5).

se confunde el evento detonante de la crisis: terremoto, temporal, erupción volcánica, aluvión, incendio, etcétera; con el proceso humano social y económico al que se llega críticamente, cuando estas amenazas de origen natural o de causa humana, hacen emerger vulnerabilidades preexistentes que no pueden ser resueltas y/o enfrentadas con éxito por una sociedad limitada en sus recursos y capacidades (Maturana 2015:125).

En consecuencia, la aparición de un desastre en una comunidad tendrá más que ver con el nivel de desarrollo de ésta que con el fenómeno destructivo en sí. Por consiguiente, lo que es un desastre para una comunidad determinada puede que no lo sea para otra.

Una vez que el desastre se ha desarrollado, las consecuencias portadas por aquel exigen respuestas de ayuda en forma inmediata, siendo la respuesta asistencial en salud un eje central dentro de los diversos organismos de contención. Lamentablemente, el tipo de contestación de los profesionales sanitarios a este tipo de eventos no siempre ha resultado ser afirmativa; no obstante, cuando las respuestas de ayuda son desplegadas, el campo de acción de estas, en no pocas ocasiones, transita desde el campo de la erogación hacia el de la supererogación. Por lo mismo, parece que las respuestas requeridas en este tipo de circunstancias no siempre podrán fundamentarse en base a las obligaciones profesionales adquiridas, ante lo cual se propone que el soporte de aquellas podría encontrar su arraigo en un fuerte compromiso del sujeto con el profesionalismo.

2. Responsabilidad, una característica exclusivamente humana

Es así como el profesionalismo entendido como “un esfuerzo por re-articular y re-enfatizar los valores que han caracterizado tradicionalmente a la medicina” (Horwitz 2006:523), y su declaración de “colocar el interés del paciente por encima de los del médico, establecer estándares de competencia e integridad y proveer asesoría experta

a la sociedad” (Figuerola 2006:252), constituyen principios generales que exigen una fundamentación moral para comprender el trasfondo de la responsabilidad profesional detrás de aquellos compromisos.

Ricoeur explica que el término responsabilidad está bien fijado desde el punto de vista jurídico, ya sea desde la perspectiva del derecho civil mediante la reparación del daño causado, como desde el panorama del derecho penal en el sentido de soportar el castigo (Ricoeur 1997). Sin embargo, la responsabilidad no remite exclusivamente a la imputabilidad de los actos, sino que abarca un escenario mucho más complejo, constituyendo una característica propia de lo humano. Se afirma que no sólo somos responsables por nuestros comportamientos *ex post facto*, sino que también somos responsables por el otro, por aquel que exige mi acción. Jonas indica que:

aquello por lo que soy responsable está fuera de mí, pero se halla en el campo de acción de mi poder, remitido a él o amenazado por él (...). Las circunstancias o un convenio han puesto bajo mi custodia el bien-estar, el interés, el destino de otros, y eso significa que mi control sobre ellos incluye también mi obligación para con ellos (Jonas 1995:163-165).

Pero, ¿por qué los humanos están condicionados a ser responsables y ésta es una característica de la que no pueden prescindir? Al parecer, ello se justifica en base a la capacidad de elección del sujeto, por la cual este es competente para generar una representación del fin, y además, manifestar una intención por alcanzar ese fin. Se dice que “la intención es lo que hace significativo y humano lo que de otra manera sería un puro evento natural” (Estevez 2008:121). De acuerdo a Kant, esta capacidad de elegir y perseguir determinados fines sería una expresión de la libertad humana que posee el sujeto de la razón práctica, aquel sujeto capaz de voluntad autónoma, y por lo mismo, preparado para el autogobierno. De ahí la concepción kantiana del hombre como fin en sí mismo, porque elige sus fines y además es capaz de definirse a sí mismo. (Villacañas 1999). En otras palabras, esta capacidad de elegir signi-

ficaría que el hombre está “obligado a sí mismo”, es decir, forzado a realizarse, porque su ser no es una realidad cerrada sometida al determinismo o a los instintos, pues de ser así no tendría sentido hablar de libertad pues todas las acciones estarían fijadas por el logro de un determinado fin que la naturaleza dispone sobre las partes. Es por ello que Zubiri afirma que el hombre no está ajustado al orden natural, y por lo tanto, le urge justificarse -claro está que el hombre por pertenecer a la naturaleza es poseedor de algunos instintos, pero aquellos son muy limitados y rudimentarios si se comparan con los que poseen los animales para lo cual precisa ejercer una apropiación de posibilidades, la llamada experiencia moral. Se dice que “los animales actúan por selección de estímulos, y por eso su horizonte es el de la justeza natural. El hombre es libre, actúa por elección, por eso su horizonte es el de la justicia moral” (Gracia 2008:504). Siguiendo en esta misma línea se afirma que “el hombre se apropia las posibilidades apropiadas, y por consiguiente da figura real y efectiva a aquello a que el hombre está debido, a saber, a su propia felicidad” (Gracia 2008:500).

Por consiguiente, los humanos como seres libres y en consecuencia morales, están obligados a elegir fines, lo que demanda una deliberación acerca de los medios para el alcance de aquellos fines o posibilidades, y “responder a través de posibilidades es lo que llamamos responsabilidad (...). Todos los seres vivos responden de una u otra forma a los estímulos. Pero sólo los hombres son responsables” (Gracia 2008:503). Por eso es que Jonas dice que basta con que exista la capacidad, para que se manifieste la facticidad de la responsabilidad (Jonas 1995). En pocas palabras, si soy libre de elegir estoy obligado a responder y de hacerme responsable de mis actos y de los otros.

Ahora, ¿por qué el yo ha de hacerse responsable del otro, si ese otro también es humano, y por lo tanto un ser responsable? Porque durante su existencia el sujeto se reconoce como perteneciente al mundo de lo vivo, pues participa de la transitoriedad, vulnerabilidad y fragilidad propia de los seres vivos, pero también da cuenta de que comparte algo único con el resto de su espe-

cie, que es lo humano. De tal manera que cuando ese otro humano frágil, desvalido y sufriente se planta frente al yo, se espera de este último un sentimiento vinculante hacia ese otro, por el simple motivo de que los fines de aquel perfectamente pueden ser asumidos como fines propios. Este sentimiento de responsabilidad sería capaz de impeler a la voluntad a realizar las verdades descubiertas por la razón, a saber: actuar y hacerse responsable por el otro que exige la acción, de tal manera que “la alteridad tome posesión de mi responsabilidad” (Jonas 1995:156).

En esta misma sentido es importante destacar que Schopenhauer declara que la compasión (querer el placer ajeno) sería la única fuente de los actos morales, la cual tendría una manifestación mínima a través de los deberes de justicia o deberes perfectos (lo que no debo hacer con otros), y una máxima expresada en los deberes de caridad o deberes imperfectos (ayudar a los otros). Cuando la compasión adquiere su expresión máxima, no solo no daña, sino que también ayuda al otro. Es por esto que como dice Schopenhauer,

El individuo será movido por aquel motivo puramente moral a ofrecer por la necesidad o la exigencia del otro un mayor o menor sacrificio, que puede consistir en el empleo de mis fuerzas, en mi propiedad, en mi salud, libertad, o incluso en mi vida (Schopenhauer 2007:271),

de esta manera “el compasivo actúa sustituyendo su propio querer individual por el querer de otro individuo” (Savater 1999:509).

En consecuencia, las muestras de compasión y solidaridad tantas veces registradas durante aquellas situaciones límite que afectan la existencia, debiesen constituir respuestas inmediatas y naturales del ser humano frente al otro frágil y sufriente. La solidaridad y la compasión no son limosnas, sino respuestas a una obligación que se nos impone, y nos despierta, y nos hace al fin y al cabo, seres humanos. El contenido presente en la Carta Humanitaria del Proyecto Esfera da cuenta de ello, ya que los fundamentos en torno a los principios, funciones, responsabilidades y normas mínimas se basan en “la convicción de

que se deben adoptar todas las medidas posibles para aliviar o evitar el sufrimiento humano provocado por conflictos o calamidades” (Proyecto Esfera 2004:18).

3. Las reglas de la moralidad como ingredientes de la buena convivencia

Anteriormente se hizo referencia a la fragilidad constitutiva de los seres vivos. En el caso particular del ser humano -el cual, al parecer, detentaría el rango de una de las criaturas más frágiles, principalmente a causa de los limitados instintos naturales que posee- aquella lo coloca en una situación de mutua interdependencia no sólo para sobrevivir, sino también para vivir, y vivir bien. Respecto a ello Conill y Cortina citando McIntyre resaltan “la importancia moral del reconocimiento de la vulnerabilidad y la dependencia, a diferencia en el énfasis en la autonomía del individuo” (Conill y Cortina 2012:122).

Y en este reconocimiento de la interdependencia como clave para la superación de la fragilidad, la sociedad ha estructurado ciertos patrones culturales que actúan contra la falta de simpatía existente en un colectivo humano. Se dice que esta falta de simpatía entre los sujetos podría deberse a una deficiencia en el instinto para vivir en comunidad. Sandel parafraseando a Hume sostiene que la justicia sería necesaria debido a ciertas condiciones desafortunadas de la sociedad, en otras palabras, la justicia estaría presente a causa de la ausencia de virtudes nobles entre los sujetos (Sandel 2000). Rawls (1995) por su parte, indica que algunas de las características de la personalidad moral de las partes ubicadas en la posición original son el egoísmo y el desinterés mutuo. En tanto Hobbes, entiende las relaciones entre los hombres como naturalmente hostiles, crueles y desvinculadas de todo lazo social, ante lo cual la asociación bajo una autoridad parece constituir la única manera de lograr la paz necesaria para la supervivencia. En pocas palabras, “debemos concluir que el origen de todas las sociedades grandes y estables ha consistido no en una mutua buena voluntad de unos hombres para con otros, sino en el miedo mutuo de todos entre sí” (Rodríguez 1999:77). En general, esta

es la línea del pensamiento liberal que considera al sujeto como un individuo presocial y desconoce cualquier vínculo comunitario constitutivo, entendiendo a la comunidad como una instancia exclusivamente cooperativa que se establece a través del consentimiento de las partes. La respuesta liberal sostiene que para responder a esta carencia de vínculos comunitarios constitutivos, los individuos han establecido ciertas conductas que han sido enseñadas y socializadas entre los sujetos, constituyendo de esta manera posibilidades de convivir en la realidad, y que por la misma razón, son transmitidas a través de la historia. Esta es, para el liberalismo, la llamada moralidad común. Autores como Alexandra y Miller utilizan la definición de Gert para explicar esto, la moralidad es

un acuerdo social que sirve a ciertos propósitos como aminorar el sufrimiento de aquellos daños que todas las personas racionales quieren evitar: muerte, dolor, discapacidad, pérdida de libertad y pérdida de placer (Alexandra y Miller 2009:71).

Para estos efectos también resulta oportuna la definición de Beauchamp, quien define la moralidad común como:

un conjunto de normas compartidas por todas las personas comprometidas con los objetivos de la moralidad. Los objetivos de la moralidad son aquellos que promueven el florecimiento humano, contrarrestando las condiciones que causan que la vida de las personas empeore (Beauchamp 2003:260).

Strong citando a Gert explica que

la moralidad común es pública en el sentido de que todos los agentes morales 1) entienden lo que se exige, permite, prohíbe y favorece y 2) pueden racionalmente aceptar ser guiados y juzgados por ésta (Strong 2007:535).

El resultado práctico de lo anterior, es que los seres humanos han sido capaces de establecer ciertas normas, afirmando que determinadas acciones son correctas como medios para la pro-

ducción de los fines de cada quien, ya que favorecen el bienestar individual y social. En tanto, otras actuaciones son catalogadas como incorrectas por no estar orientadas al bien de las personas y la comunidad. Todas ellas reciben el nombre de reglas e ideales de la moralidad común.

Alexandra y Miller indican que dentro del sistema de la moralidad común, Gert establece una diferencia entre reglas e ideales morales. Las reglas de la moral común se caracterizan porque nos prohíben hacer daño. Hay 10 reglas, las cuales se dividen en 2 grupos. Las reglas de ambos grupos nos obligan a no hacer actos que podrían causar los cinco tipos de daño que cualquier persona racional querría evitar: muerte, dolor, discapacidad, pérdida de libertad y pérdida de placer. Las primeras cinco reglas morales –“no matar, no causar dolor, no incapacitar, no privar de libertad, no privar de placer” (Alexandra y Miller 2009:71)- prohíben acciones que provocan directamente estos daños. Las otras cinco reglas –“no engañar, mantener las promesas, no estafar, obedecer la ley, cumplir el deber” (Alexandra y Miller 2009:71)- prohíben aquellas acciones que podrían causar indirectamente los cinco daños básicos mencionados anteriormente. Por otro lado, los ideales morales también persiguen reducir o evitar el daño, pero además, éstos últimos estimulan a las personas a prevenir o aliviar el daño que las reglas morales prohíben causar. En consecuencia, los ideales morales estimulan acciones positivas, no tienen un carácter obligatorio ni punitivo, y son motivo de premio o alabanza, en tanto las reglas morales son obligatorias y su incumplimiento es reprobado y castigado.

Beauchamp da una visión similar respecto a este tema. Para él las reglas morales también son determinadas en base a diez premisas, las cuales poseen un carácter público y obligatorio, a saber:

no matar, no causar dolor o sufrimiento a otros, prevenir que el mal o el daño ocurran, rescatar a las personas en peligro, decir la verdad, nutrir al joven y dependiente, mantener las promesas, no robar, no castigar al inocente, tratar a todos con igual consideración (Beauchamp 2003:260).

Paralelamente a los ideales morales de Gert, Beauchamp establece diez virtudes morales: “no malevolencia, honestidad, rectitud, escrupulosidad, integridad, fidelidad, gratitud, veracidad, afectuosidad, amabilidad” (Beauchamp 2003:260). Estas, al igual que los ideales morales de Gert no son obligatorias pero sí ampliamente admiradas y promovidas en la comunidad.

Tanto las propuestas de Gert como de Beauchamp apuntan a un mismo objetivo: favorecer las acciones en pro del bienestar de la comunidad, porque reconocen en la interdependencia la clave para el desarrollo integral de los sujetos. Esto se ve también en Mill quien refleja claramente la importancia del vínculo comunitario durante todo el desarrollo de su obra titulada *El Utilitarismo*. El principio de utilidad o principio de la mayor felicidad propuesto por él, sostiene que “las acciones son correctas en la medida en que tienden a promover la felicidad, incorrectas en cuanto tienden a producir lo contrario de la felicidad” (1984:45-6). Por su parte Locke establece que en la sociedad civil se encontraría la fórmula para superar las inconveniencias que trae el estado de naturaleza (Camps 1999), y Rousseau en su obra titulada *El contrato social*, advierte que la creación del orden social constituye la vía para vencer los obstáculos que se presentan a medida que el hombre se va alejando del estado de naturaleza primitivo: “este paso del orden natural al social es beneficioso para los individuos” (Rousseau 2010:25).

Al observar las 10 reglas morales, ya sean las enunciadas por Gert o Beauchamp, se concluye que éstas impondrían ciertos deberes morales positivos y negativos. Malm y cols. explican que “los deberes positivos son aquellos que nos obligan a hacer algo para ayudar a otros. En contraste, los deberes negativos nos obligan a no hacer algo que podría dañar a otros” (Malm, May, Francis y cols. 2008:6). En este mismo contexto es posible afirmar que las reglas morales generarían deberes naturales y adquiridos: “todos tenemos deberes naturales entre sí por el solo hecho de ser humanos, y deberes adquiridos en virtud de algo que hacemos” (Alexandra y Miller 2009:73).

Para interrelacionar las declaraciones anteriormente expuestas entre deberes positivos y negativos, naturales y adquiridos, podemos remitirnos a lo expuesto por Rawls en su obra *Una teoría de la justicia*. En cuanto al tema de los deberes Rawls declara que los deberes naturales son aquellos “que se nos aplican con independencia de nuestros actos voluntarios” (Rawls 1995:115). En otras palabras, son deberes aplicables a todas las personas en general y de manera incondicional, pues “su formulación muestra que ninguna acción vinculatoria, sea consensual o de otro tipo, es un presupuesto de su aplicabilidad” (Rawls 1995:116). Estos deberes naturales se pueden subdividir en dos categorías: deberes naturales positivos y negativos. Los primeros, se definen como orientados a la ayuda de los otros, en tanto los segundos, como los que exigen no hacer algo que podría dañar a otros. Ejemplos de este último tipo deber son: no matar, no causar dolor, no incapacitar, no privar de libertad, no privar de placer, no engañar, no estafar, no robar, no castigar al inocente, entre otros (Alexandra & Miller 2009:71), (Beauchamp 2003:260). Rawls declara que si bien estos deberes -tanto los positivos como los negativos- son aplicables a todos los ciudadanos, los deberes naturales negativos tendrían una mayor fuerza vinculante debido a los desastrosos efectos que la falla en tales deberes podría traer sobre la vida comunitaria (Rawls 1995).

Los deberes adquiridos son catalogados por Rawls bajo el principio de imparcialidad. Este principio -el de imparcialidad- abarcaría el ámbito de los actos voluntarios, que son los que se adquieren a través de compromisos, contratos, promesas, juramentos, etc., mediante la aceptación de los beneficios que prodiga una institución (Rawls 1995). Así, las obligaciones solo derivarían del principio de imparcialidad, de esta manera:

tenemos el deber natural de obedecer la constitución, o las leyes que regulan el derecho de propiedad (suponiendo que sean justas), mientras que tenemos la obligación de cumplir los deberes de un puesto que hemos logrado meritoriamente (Rawls 1995: 315).

4. Reglas de la moralidad y deber de socorro en desastres

Es posible entonces preguntarse, en el marco de este análisis ¿qué relación existe entre la cuestión de la vulnerabilidad humana, la necesidad de cuidado como sucede en los casos de desastres y el tema de las reglas de la moralidad? En estricto rigor, las reglas morales prohíben dañar directa o indirectamente a los otros, en tanto, los ideales morales alientan a entregarles ayuda: sea para evitar, prevenir o aliviar el daño. Pero esta distinción no es tan estricta ni bien delimitada como parece y el *continuum* que va desde las reglas a los ideales no tiene un punto de separación bien definido, sobre todo para el análisis de cuestiones como la que nos ocupa. El “deber de socorro”² en desastre, pertenecería al segundo grupo de las reglas morales de Gert “cumplir con tu deber” (*do your duty*) o a la regla moral “rescatar a las personas en peligro” de Beauchamp, y aunque el cumplimiento de esta declaración exige actuar positivamente -lo que correspondería a una actitud más orientada hacia la búsqueda de ideales que al cumplimiento de reglas- el no actuar de esta manera podría conducir inevitablemente a la generación de un daño en el otro, lo que lógicamente iría en contra de la esencia misma de las reglas de la moralidad, es decir, reducir la cantidad de daño sufrido.

2 Entendemos por deber de socorro “aquel deber que hunde su raíz última en el deber natural de solidaridad existente en un colectivo humano. Nadie puede eludir este sentimiento de solidaridad colectivo, por el cual se da apoyo a la persona necesitada, aunque en ello se comprometa el propio bienestar (...). En el caso del profesional sanitario, esta obligación adquiere un grado mayor de exigencia, dado que se le presupone una mayor familiaridad con las posibilidades de ayuda (Borrel, Júdez, Segovia y cols. 2001:263). En la literatura inglesa se hace referencia a dos conceptos que muchas veces son utilizados indistintamente; “*duty to treat*” y “*duty to care*”. Sin embargo, es importante comprender las diferencias y similitudes entre estos términos. Es así como el concepto “*duty to care*” podría estar aludiendo al deber de socorro transversal a todos los agentes, pues se declara que éste “debe ser visto como una obligación vinculante a todos y no sólo dirigida a los profesionales sanitarios” (Joint Centre for Bioethics Pandemic Ethics Working Group 2008). En tanto la palabra “*duty to treat*” estaría definida como “un asunto de la profesión” (Wallis 2011), es decir, un deber moral de proveer tratamiento, lo que en el idioma español podría homologarse con el “deber de no abandono” definido como el “deber de proporcionar o proseguir la atención clínica personalizada en circunstancias difíciles” (Borrel Júdez, Segovia y cols.. 2001).

En el contexto de la asistencia en emergencia la palabra *duty*³ tiene una doble connotación. Por un lado se refiere a lo que es moralmente exigible hacer a todos y cada uno de los agentes morales (Alexandra y Miller 2009), en razón de la reciprocidad que exige la vida comunitaria como condición fundamental para su funcionamiento. Respecto a ello Beauchamp y Childress afirman que:

aparte de las relaciones de contrato, una persona X tiene una obligación determinada de beneficencia hacia una persona Y, si y sólo si se cumplen cada una de las siguientes condiciones: 1) Y está expuesto al riesgo de una pérdida significativa o de un perjuicio para su vida o salud, 2) la acción de X es necesaria para prevenir esta pérdida o perjuicio, 3) la acción de X tiene alta probabilidad de prevenirlo, 4) la acción de X no representará riesgos, costes o cargas significativas para X, 5) el beneficio que Y puede esperar supera cualquier perjuicio, coste o carga en la que es probable que incurra X (Beauchamp y Childress 1999:252).

En otras palabras, si alguien está en peligro, y yo soy la única persona que lo puede auxiliar, a un mínimo costo para mi seguridad o mi vida, sería inmoral no prestar ayuda, sería inmoral no actuar positivamente, porque el objetivo final de este actuar es no dañar: se actúa, porque si no se actúa se daña.

La constitución chilena reconoce esta realidad y la declara en su Código Penal; libro III, título I (de las faltas), artículo 494:

sufrirán la pena de multa de una a cuatro UTM⁴; inciso número 14: el que no socorriere o auxiliare a una persona que encontrare en despoblado, herida, maltratada o en peligro de perecer, cuando pudiese hacerlo sin detrimento propio (Ley 20.830). Y en el artículo 496: sufrirán la pena de multa de 1 a 4 UTM; inciso nú-

3 La palabra “*duty*”, se puede traducir como deber, obligación o servicio.

4 UTM: Unidad Tributaria Mensual, su valor oscila mes a mes, el valor promedio del año 2015 es de 43.852 pesos chilenos.

mero 2: el que pudiendo, sin grave detrimento propio, prestar a la autoridad el auxilio que reclamare en casos de incendio, inundación, naufragio u otra calamidad, se negare a ello (Ley 20.830).

Sin embargo, en las circunstancias que rodean a la asistencia en desastre, la palabra “*duty*” adquiere su segunda connotación bajo la definición de “lo que es requerido por las circunstancias especiales, o por el rol de uno en la sociedad” (Alexandra y Miller 2009:73), por lo que el alcance de lo moralmente exigido y esperable es mucho mayor, como ocurre en el caso de la medicina. Y así como existe un deber natural de ayuda que vincula a todos los ciudadanos, existe igualmente una versión más exigente de este deber para las personas que se han adherido voluntariamente a una institución sanitaria, deber que bajo estas circunstancias adquiere el calificativo de obligación:

En el caso del profesional sanitario, esta obligación adquiere un grado mayor de exigencia, dado que se le presupone una mayor familiaridad con las posibilidades de ayuda. Como a todo ciudadano se le pedirá que haga lo que pueda y, al mismo tiempo, por su rol social, se considerará que es más grave, más maleficente que no lo haga (Borrel, Júdez, Segovia et al 2001:263).

Nótese que el autor utiliza la palabra obligación, la cual de acuerdo a Rawls emanaría del principio de imparcialidad, principio que se manifiesta cuando las personas ingresan voluntariamente a una institución. Rawls (1995) en su obra indica que los actos voluntarios se adquieren a través de compromisos, contratos, promesas, juramentos, etc. Por tanto, a través de la promesa, el juramento o el contrato al que el profesional se adscriba, se obliga a llevar a cabo aquellas acciones que son constitutivas del rol y entendidas por todas las partes relevantes.

Gracias a la existencia de esta obligación es que la población confía en que los sostenedores del rol asumirán mayores deberes que el resto del colectivo civil. Andre (1991) refuerza la idea anterior al indicar que para que un rol cumpla su función debe existir un ambiente de previsibilidad.

Más aún, la vida social precisa de algún grado de previsibilidad para desarrollarse, y es gracias a ésta que los roles generan expectativas en los otros. Entendiendo las expectativas como “las creencias de lo que deberíamos hacer” (André 1991:75). Es por ello que si “nosotros debemos elegir entre “hacer lo que los otros esperan” y “hacer lo que los otros no esperan”, ignorando otros factores morales relevantes, entonces deberíamos elegir hacer lo que los otros esperan” (André 1991:75). Es por esto que un incumplimiento del rol genera sorpresa, desaprobación, intranquilidad y rechazo por parte de la población, alterando la estabilidad del sistema social y con ello la mutua cooperación de las partes.

Es posible afirmar que

La falla en tales obligaciones podría considerarse un daño, ya que las personas a menudo se colocan en una posición vulnerable, como resultado de sus expectativas moralmente justificadas de que los sostenedores del rol actuarán de acuerdo a las obligaciones adquiridas (Alexandra y Miller 2009:74).

Esto resulta aún más crítico en el área de la medicina, por la relación fiduciaria que caracteriza el acto médico. No obstante, también se indica que

Las obligaciones especiales pueden obligar a las personas a tomar un riesgo mayor que los deberes más generales (...). Sin embargo, el que se pueda obligar a incurrir en riesgos mayores no significa que se puede obligar a incurrir en todo y cada uno de los riesgos (Malm, May Francis et al 2008:7).

El código de ética de la Asociación Médica Americana (AMA), específicamente el ítem Obligaciones de los médicos en la respuesta y preparación a desastres, constituye una clara ejemplificación de lo anterior:

La respuesta local, regional y nacional a epidemias, ataques terroristas, y otras situaciones de desastre, exigen una amplia participación de los miembros de la comunidad médica. Debido al compromiso

de cuidado con el enfermo y el herido, los médicos tienen la obligación de entregar cuidado médico de urgencia durante las situaciones de desastre. Esta obligación ética se mantiene incluso enfrentando un riesgo mayor que el usual, para la propia seguridad, la salud, o la vida. Sin embargo, la fuerza médica, no es un recurso ilimitado; por lo tanto, cuando se participa en la respuesta a las situaciones de desastre, el médico deberá balancear los beneficios inmediatos de los pacientes individuales con la habilidad de cuidar pacientes en el futuro (...) (AMA 2012:349).

Y así como el no cumplimiento del deber natural de ayuda encontraba su materialización en el código penal, de la misma manera las obligaciones profesionales de ayuda. De esta manera el código penal chileno en su libro III, título I (de las faltas), artículo 494 declara:

Sufrirán la pena de multa de 1 a 4 UTM, inciso número 11: los mismos individuos expresados en el número anterior (médico, cirujano, farmacéutico, dentista o matrona), que no prestaren los servicios de su profesión durante el turno que les señale la autoridad administrativa (Ley 20.830).

Por su parte el código penal español establece lo siguiente: libro II (delitos y penas), título IX (de la omisión del deber de socorro), artículo 196:

El profesional que, estando obligado a ello, denegare asistencia sanitaria o abandonar los servicios sanitarios, cuando de la denegación derive riesgo grave para la salud de las personas, será castigado con las penas del artículo precedente en su mitad superior y con la de inhabilitación especial para empleo o cargo público, profesión u oficio por tiempo de seis meses a tres años (Ley Orgánica 10/1995).

Las declaraciones anteriores expresan que el profesional junto a la figura del delito de omisión pura o propia, que puede afectar a cualquier ciudadano, ya que este delito se produce a causa de “la vulneración de una norma preceptiva” (Re-

vuelta 2006:61), aquel también puede sufrir la figura del delito de comisión por omisión u omisión impropia y, deba responder por un delito de homicidio o lesiones en comisión por omisión. Este delito se define como la “producción de un resultado por parte de quien está obligado a realizar una actuación para evitar tal resultado” (Revuelta 2006:61). En otras palabras,

esto sucede cuando, existiendo una posición de garante por parte del médico y debido a su inactividad, se causa un resultado lesivo para el paciente, pudiendo éste haberse evitado en el caso de haberse actuado correctamente (Borrel, Júdez, Segovia et al 2001:265).

Esto es debido a que existe previamente una obligación específica que la sociedad conoce y el profesional aceptó. A diferencia del delito de omisión puro, el cual es la acción de no actuar por cualquiera, en el delito de comisión por omisión, sólo responde quien está obligado. Sin embargo, la figura del delito de comisión por omisión se aplica “solamente a aquellos profesionales en servicio activo (...) y siempre y cuando de la denegación o abandono, se derive riesgo grave para la salud de las personas” (Revuelta 2006:61).

De esta manera, la exigencia legal descrita en los códigos penales sólo afectaría, bajo determinadas circunstancias, a los profesionales de turno, cuyo contingente claramente es insuficiente en circunstancias extraordinarias⁵.

5 La literatura enumera los principales motivos entregados por los profesionales sanitarios que responden negativamente a sus obligaciones laborales: estados vulnerables de salud, presencia de obligaciones competidoras tales como el cuidado de la familia, o simplemente, un asunto de elección personal (Bensimon, Tracy, Bernstein y cols. 2007/Hsin y Macer 2004). En líneas generales, se afirma que los obstáculos para responder al deber de trabajar se pueden dividir en 2 categorías: obstáculos en torno a la habilidad y obstáculos en torno a la disposición para trabajar (Ives, Greenfield, Parry y cols. 2009). Y mientras que la habilidad da cuenta de la capacidad de un individuo de reportarse a trabajar, la disposición constituye una decisión personal de responder al requerimiento laboral (Qureshi, Gershon, Sherman y cols. 2005). Asimismo, se afirma que en ocasiones los límites entre estas categorías suelen ser un tanto difusos, pues aunque el profesional sea completamente capaz, podría no estar dispuesto a trabajar. Esto se observa por ejemplo con el tema del cuidado de los niños y las obligaciones familiares, situaciones que algunas veces más que un obstáculo impostergable que impiden la presentación al trabajo constituyen una cuestión de elección personal

5. Más allá del principio de imparcialidad

Para entender mejor el por qué de las limitaciones expresadas anteriormente, es necesario recordar lo expresado por Rawls en el asunto de las obligaciones derivadas del principio de imparcialidad. Durante el desarrollo de su obra, el autor da a entender que el sujeto no estaría sometido a las obligaciones derivadas de instituciones injustas, es decir, instituciones que no respetan los dos principios de la justicia⁶. De tal manera que, aquellas actuaciones necesarias pero que no respeten las libertades básicas no podrían ser requeridas. Por ejemplo, dentro de la lista de libertades básicas se descubre la libertad frente a la agresión física. Por consiguiente, si nos situamos desde el ámbito de las situaciones extraordinarias, donde en muchas ocasiones el nivel de peligro físico que enfrentan los sanitarios que responden es bastante elevado, por ejemplo; pandemias con consecuencias letales, tal como fue la situación por la enfermedad del ébola⁷, SARS⁸, H1N1⁹ y, actualmente el peligro inminente de MERS¹⁰, solo por mencionar las más

recientes. En esta misma línea se encuentran los desastres asociados a fenómenos de índole geográfica, como los terremotos y aluviones que Chile experimentó en el último tiempo, los cuales afectaron fuertemente la infraestructura hospitalaria, generando una situación de riesgo para los que decidieron seguir ejerciendo su trabajo bajo esas condiciones. Ejemplos como estos sirven para ilustrar el por qué la autoridad no podría reclamar el cumplimiento de todas las obligaciones determinadas por la institución, ya que bajo estos escenarios, aquella no estaría respetando uno de los principios de la justicia; la libertad frente a la agresión física. Agresiones que podrían estar siendo ocasionadas por el mismo factor detonante de la crisis, o bien, por las consecuencias acarreadas por ésta. De esta manera, aquellas obligaciones que en un primer momento constituirían deberes perfectos, es decir, deberes que generan derechos correlativos, tal como la obligación de parte de los sanitarios de atender a todos aquellos que requieren asistencia. Cuando los riesgos exceden los límites tolerables -por ejemplo ante el peligro físico de las dependencias, o frente a la alta probabilidad de contagio de una enfermedad¹¹- dichos deberes transitarían desde un estado de perfecto a imperfecto, es decir, "aunque el acto es obligatorio, el ponerlo o no en obra resulta facultativo de cada persona" (Gracia 2008:260). El mismo Rawls afirma aquello al decir que "los actos supererogatorios no se exigen, aún cuando normalmente serían exigibles si no exigieran riesgos o pérdidas para el propio agente" (Rawls 1995:118). Entonces, si los primeros son deberes de justicia, los segundos son obligaciones morales y donde muchas veces la supererogación y el sacrificio personal constituyen la tónica del momento. Respecto a los actos supererogatorios, éstos componen acciones necesarias pero imposibles de ser exigidas, porque eso en opinión de Mill sería confundir la justicia

6 Principio 1: Toda persona tiene igual derecho a un régimen plenamente suficiente de libertades básicas iguales, que sea compatible con un régimen similar de libertades para todos. Principio 2: Las desigualdades sociales y económicas han de satisfacer dos condiciones. Primero, deben estar asociadas a cargos y posiciones abiertos a todos en las condiciones de una equitativa igualdad de oportunidades; y, segundo, deben procurar el máximo beneficio de los miembros menos aventajados de la sociedad (Rawls 1990:33).

7 De acuerdo a la OMS, la enfermedad por el virus del ébola (antes llamada fiebre hemorrágica del ébola), es una enfermedad a menudo mortal, con una tasa de letalidad que puede llegar al 90%.

8 SARS (Severe acute respiratory syndrome). En español, síndrome respiratorio agudo grave (SRAG). Durante el año 2003, la OMS decretó alerta mundial. La enfermedad ha tenido una tasa promedio de letalidad global cercana al 13%.

9 Influenzavirus A subtipo H1N1 cuyo pic de propagación mundial ocurrió durante el año 2009. Es importante destacar la conflictividad que dicha enfermedad provocó en los centros asistenciales frente a la alta demanda de los limitados ventiladores mecánicos existentes, lo que exigió el trabajo de muchos CEAs para poder ayudar a resolver la distribución de éstos.

10 Síndrome respiratorio por coronavirus de Medio Oriente. Si bien hasta el momento se han reportado casos en 8 países (Jordania, Arabia Saudita, Qatar, Reino Unido, Francia, Alemania, Emiratos Árabes Unidos y Túnez) la OMS ha decretado alerta inmediata en todos los estados miembros. La mortalidad de esta enfermedad es próxima al 30%.

11 "Ahora mismo, cuando está en cuestión si el traje es el correcto, si el protocolo es el correcto, un profesional sanitario podría acusar a la Administración de delito de salud pública si le obligan a trabajar en condiciones que no son las adecuadas", explica. "Ni en la Consejería de Sanidad están seguros de la infalibilidad del protocolo y por eso no están obligando a nadie". Diario el País en relación al tema del ébola. Titular: El personal está renunciando a su contrato para no tener que tratar. 09 de octubre de 2014. Disponible en: http://politica.elpais.com/politica/2014/10/09/actualidad/1412855529_233792.html

con la moralidad. Se confunden así “los deberes de obligación perfecta, o deberes de justicia, con aquellos otros que no lo son. Esta confusión de la justicia con la moralidad les lleva a no respetar la libertad individual” (Gracia 2008:261). Y aunque si bien es cierto que dentro del área sanitaria muchos de los comportamientos profesionales exigibles se podrían clasificar desde el punto de vista civil como supererogatorios, no todos los comportamientos supererogatorios requeridos en el ámbito médico pueden ser reclamados justamente¹². Beauchamp y Childress aceptan que la realización de ciertos actos catalogados como supererogatorios, se transformarían en deberes *prima facie* al existir previamente una promesa de cumplir dicho acto. Sin embargo, “las promesas hechas al entrar en la profesión médica no son muy específicas, y en consecuencia, surgen los debates sobre la línea entre la asunción de riesgos obligatoria y opcional” (Beauchamp y Childress 1999:469). En consecuencia, para poder cubrir las necesidades de asistencia en contextos extraordinarios, claramente no serán suficientes las obligaciones adquiridas por las personas a través del principio de imparcialidad, sino que también resulta indispensable el compromiso moral del sujeto con la causa¹³. Pues en muchas de estas circunstancias, será la conciencia mo-

12 La literatura indica que el mayor nivel de exigencias requeridas a los profesionales dotaría a estos de una moralidad de rol “la cual se trata, en última instancia, de moralidad común, pero más compleja en su naturaleza de lo que generalmente se cree, a consecuencia de las características peculiares del rol propio de los profesionales de la salud, o de cualesquiera otros de los llamados profesionales” (Gracia 2004:293). Es por esto, que ciertas acciones categorizadas como ideales morales bajo la perspectiva de la moralidad común, al ser consideradas desde la óptica de la moralidad de rol, adquirirían la obligatoriedad de las reglas morales, ya que sólo a través de la ejecución de este tipo de acciones se podrán alcanzar los fines encomendados que legitiman a la profesión médica. Estas razones podrían justificar aquellas particularidades propias de las profesiones como es: la excelencia, el altruismo y el sacrificio personal en favor de las personas.

13 La literatura indica que las razones por las cuales los profesionales médicos se mantienen en ejercicio activo durante situaciones extraordinarias son muy variadas; ya sea que responden motivados por un fuerte sentido del deber de trabajo producto de una ética profesional, donde los protagonistas declaran la existencia de “un deber profesional que trae consigo una obligación de actuar incluso en circunstancias difíciles y peligrosas”; debido a la creencia en un deber general de ayuda, el cual incrementaría su fuerza vinculante en aquellos que han hecho de la sanidad su profesión; en base a una ética de trabajo y lealtad hacia colegas y pacientes; o simplemente, dicha respuesta estaría determinada por una actitud altruista

ral -que estaría profundamente afectada por los sentimientos de acuerdo a Hume (2006)- la que impulse los “poderes activos” del sujeto a actuar, especialmente, cuando las obligaciones impuestas a través de la ley, el contrato, o el juramento, no pueden cubrir la demanda de imposiciones que el desastre ha traído sobre la comunidad.

La pregunta que surge inmediatamente es; ¿si el principio de imparcialidad no puede asegurar el sostenimiento de una respuesta suficiente por parte de los profesionales, cómo actuar institucionalmente para favorecer las conductas necesarias? Aquí es donde entra en juego la cuestión del profesionalismo abordada inicialmente.

La consolidación del modelo liberal ha traído, más allá de los logros habitualmente destacados, la instauración de un patrón societario profundamente individualista. Desde este paradigma, el sujeto moral representado en el yo desvinculado, desconoce la existencia de fines constitutivos, y en consecuencia, el individuo es entendido como un agente totalmente independiente. De ahí la neutralidad axiológica que defiende este modelo como una de sus premisas para determinar el funcionamiento de la sociedad. Diego Gracia declara que particularmente en el campo de la medicina la difusión de un modelo liberal excesivamente neutral en cuestiones de valor, ha ocasionado que el encuentro clínico se reduzca a una serie de estipulaciones contractuales (Gracia 2004). Pero si una profesión es definida como:

una actividad social cooperativa, cuya meta interna consiste en proporcionar a la sociedad un bien específico e indispensable para su supervivencia como sociedad humana, para lo cual se precisa el concurso de la comunidad de profesionales que como tales se identifican ante la sociedad y el desarrollo de las virtudes indispensables para alcanzar la meta, amén de encarnar determinados valores y principios (Cortina 2000:15).

claramente se observan enfrentamientos entre lo que propugna el modelo liberal: neutralidad axiológica, y aquellas condiciones que otorgan

fundamentada en principios religiosos o filosóficos personales (Donoso 2015).

legitimidad a las profesiones, entre las cuales se destaca el desarrollo de determinados valores y principios para alcanzar la meta encomendada.

Las deficiencias que expresa el modelo liberal -no solo a nivel sanitario sino en las distintas esferas sociales- ha provocado el surgimiento de una serie de movimientos que propugnan el cultivo de determinadas virtudes cívicas, orientadas éstas no al desarrollo de ciudadanos virtuosos, sino al despliegue de una política del bien común. Sin embargo, no se puede negar la dificultad que enfrentan sociedades globalizadas y pluralistas como las actuales para adoptar una concepción de bien común. No obstante, frente a ello se propone entre otras cosas, el desarrollo de instituciones que convoquen a las personas: entre ellas, los municipios, las escuelas y las asociaciones ocupacionales, para formar el carácter y los hábitos (Godoy 1997:21). Encontrándose en este último ítem por ejemplo, las profesiones, las cuales esencialmente constituyen ocupaciones que se abocan a una tarea de alto valor social. Pareciera que el desarrollo de determinadas virtudes -que es precisamente lo que propugna el profesionalismo- fomentadas al interior de los distintos estratos profesionales, para el logro de la tarea social encomendada, persigue superar el atomismo radicalizado presente en sociedades profundamente liberalizadas. A fin de cuentas aspirar al despliegue de un determinado *ethos* -el cual constituiría “el fundamento ontológico de una profesión y el elemento esencial que dictamina como ha de disponerse la persona para ejercer esa profesión” (Risco 2009:152)- que asegure no solo la contestación positiva producto de la vinculación contractual existente, sino también una respuesta afirmativa producto de un enérgico sentimiento humanitario hacia la ejecución de los fines de la profesión (Fundació Víctor Grífols I Lucas 2004).

6. Conclusiones

La literatura ha demostrado que intentar establecer una fundamentación acerca de la “obligación de socorro médico” en situaciones de desastre, exclusivamente en base a obligaciones profesionales adquiridas contractualmente, no parece ser lo más adecuado, pues los argumentos pueden

ser refutados de una u otra manera. Por lo mismo, se exige una reflexión más profunda que interconecte explicaciones provenientes de distintos saberes a fin de otorgar una respuesta integral al problema. Es así como las posibles razones que justificarían una contestación positiva a los deberes profesionales quizás estarían ancladas en una conjugación de distintos factores sociológicos, filosóficos y morales que se retroalimentan mutuamente, porque de manera individualizada no son capaces de dar una respuesta satisfactoria. En situaciones de emergencia, y más aún, en situaciones de desastre, es cuando la sociedad más necesita de respuestas positivas de parte de aquellos que se han unido voluntariamente y han prometido públicamente servir a los ideales de la profesión. No obstante, los argumentos anteriormente esgrimidos no han sido suficientes para garantizar las respuestas de los protagonistas, lo que evidencia la necesidad de prestar una especial atención al cultivo de las virtudes del carácter del sujeto. Pues si la ley transita en el área de la justicia, en el sector de los deberes perfectos aplicables a todos, o sea, el mundo de los derechos, no sería justo exigir la realización de aquellas acciones supererogatorias que inevitablemente se presentarán; ya que la salud, la enfermedad y el sufrimiento, son realidades que no sólo apelan a la no maleficencia, sino también a la beneficencia, en especial cuando lo extraordinario acontece.

Ha sido frecuente enfocar el deber de cuidado solamente desde la perspectiva del paciente individual, ya que la relación clínica se desarrolla preferentemente en el ámbito de lo privado. No obstante, en situaciones como éstas urge transitar hacia un deber enfocado desde el punto de vista de la comunidad y el bien común. Comprender la medicina no sólo desde la perspectiva del sujeto que desarrolla la actividad, sino como una organización social que necesita definir sus fines, clarificar sus valores, establecer sus metas, así como promover el alcance de aquellas por parte de sus miembros. A fin de cuentas, que exista una sintonía entre el *ethos* organizacional y el *ethos* personal.

Entregado 10 - 6 - 2015

Aprobado 22 - 9 - 2015

Bibliografía

- ALEXANDRA, A. y MILLER, S., 2009. Ethical theory, "common morality", and professional obligations, *Theoretical Medicine and Bioethics*, Vol 30, No 1, 69-80.
- AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION (AMA), 2012. Code of Medical Ethics. AMA, United States of America.
- ANDRE, J., 1991. Role morality as a complex instance of ordinary morality, *American Philosophical Quarterly*, Vol 28, No 1, 73-80.
- BEAUCHAMP, T., 2003. A defense of the common morality, *Kennedy Institute of Ethics Journal*, Vol 13, No 3, 259-274.
- BEAUCHAMP, T. & CHILDRESS, J., 1999. Principios de ética biomédica, 4° ed. Masson, Barcelona.
- BENSIMON, C.M., TRACY, C.S., BERNSTEIN, M., & COLS., 2007. A qualitative study of the duty to care in communicable disease outbreaks, *Social Science and Medicine*, Vol 65, No 12, 2566-2575.
- BORRELL, F., JÚDEZ, J., SEGOVIA, J. y COLS., 2001. El deber de no abandonar al paciente, *Medicina Clínica*, Vol 117, No 7, 262-273.
- CAMPS, V., 1999. Locke, en CAMPS V. (ed), *Historia de la ética. La ética moderna*, Crítica, Barcelona, pp. 141-167.
- CONILL, J. y CORTINA A., 2012. La fragilidad y la vulnerabilidad como partes constitutivas del ser humano, en BECA, J.P. y ASTETE, C. (ed), *Bioética clínica, Mediterráneo*, Santiago de Chile, pp. 117-127.
- CORTINA, A., 2000. El sentido ético de las profesiones, en CORTINA, A. y CONILL, J., (direct), *10 palabras clave en ética de las profesiones*, Verbo Divino, Navarra, pp. 13-28.
- DONOSO, C., 2015. Frente a la amenaza de la enfermedad del ébola, ¿Por qué permanecer en servicio? Algunas reflexiones, *Revista Médica de Chile*, Vol 143, 925-929.
- ESTEVEZ, A., 2008. Intención y responsabilidad en TEALDI, J.C., *Diccionario Latinoamericano de Bioética*, Universidad Nacional de Colombia, UNESCO. Recuperado el 23 de febrero de 2015. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0016/001618/161848s.pdf>
- FIGUEROA, G., 2006. Responsabilidad profesional: máximos, mínimos, excelencia y veracidad, *Revista Médica de Chile*, Vol. 134, No2, 251-257.
- FUNDACIÓ VÍCTOR GRÍFOLS I LUCAS, 2004. Los fines de la medicina, 1° ed. Fundació Víctor Grífols i Lucas, Barcelona.
- GODOY, O., 1997. A la búsqueda de una filosofía pública conservadora, *Estudios públicos*, Vol. 67, 1-22.
- GRACIA, D., 2004. Como arqueros al blanco, 1° ed. Triacastela, Madrid.
- GRACIA, D., 2008. Fundamentos de bioética, 3° ed. Triacastela, Madrid.
- HORWITZ, N., 2006. El sentido social del profesionalismo médico, *Revista Médica de Chile*, Vol. 134, No 4, 520-524.
- HUME, D., 2006. Investigación sobre los principios de la moral, Alianza, Madrid.
- HSIN, D.H. & MACER, D.R., 2004. Heroes of SARS: professional roles and ethics of health care workers, *Journal of Infection*, Vol. 49, No 3, 210-215.
- IVES, J., GREENFIELD, S., PARRY, J.M. & COLS., 2009. Healthcare workers' attitudes to working during pandemic influenza: a qualitative study, *BMC Public Health*, Vol. 9, No 56.
- JEFATURA DE ESTADO ESPAÑA, 1995. Ley Orgánica 10/1995. Recuperado el 23 de febrero de 2015. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1995-25444>
- JONAS, H., 1995. El principio de la responsabilidad: ensayo de una ética para la civilización tecnológica, Herder, Barcelona.
- JOINT CENTRE FOR BIOETHICS PANDEMIC ETHICS WORKING GROUP, UPSHUR, 2008. The duty to care in a pandemic, *The American Journal of Bioethics*, Vol. 8, No 8, 31-33.
- KOTTOW, M., 2010. Bioética en situaciones de catástrofe, *Revista Chilena de Salud Pública*, Vol. 14, No 1, 46-51.
- MALM, H., MAY, T., FRANCIS, L. & COLS., 2008. Ethics, pandemics and the duty to treat, *The American Journal of Bioethics*, Vol. 8, No 8, 4-19.
- MATURANA, A., 2015. Desastres, seguridad humana y salud, *Revista Chilena de Salud Pública*, Vol. 19, No 1, 125-6.
- MATURANA, A., 2010. Situaciones catastróficas. *Revista Chilena de Salud Pública*, Vol. 14, No 1, 5-7.

- MILL, J.S., 1984., El utilitarismo: Un sistema de la lógica, Ed. Alianza, Madrid.
- MINISTERIO DE JUSTICIA, CHILE, 1874. Código Penal, Ley 20.830. Recuperado el 11 de noviembre de 2015. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1984>
- PROYECTO ESFERA, 2004. Carta Humanitaria y normas mínimas de respuesta humanitaria en casos de desastre, Proyecto Esfera, Ginebra, 403.
- QURESHI, K., GERSHON, R.M., SHERMAN, M.F. & COLS., 2005. Healthcare workers' ability and willingness to report to duty during catastrophic disasters, *Journal of Urban Health*, Vol. 82, No 3, 378-388.
- RAWLS, J., 1990. Sobre las libertades, 1° ed. Paidós, Barcelona.
- RAWLS, J., 1995. Teoría de la Justicia, 2° ed. Fondo de Cultura Económica, México.
- REVUELTA, A., 2006. El riesgo de judicialización de la medicina, *Educación Médica*, Vol. 9, No 1, 55-64.
- RICOEUR, P., 1997. Lo Justo, Editorial Jurídica de Chile, Chile.
- RISCO, L., 2009. Apuntes sobre la configuración actual del éthos médico, *Acta Bioethica*, Vol. 15, No 2, 151-156.
- RODRÍGUEZ, J., 1999. Hobbes, en CAMPS, V. (ed), *Historia de la ética. La ética moderna*, Crítica, Barcelona, pp. 75- 107.
- ROUSSEAU, J.J., 2010. El contrato social, Edimat, Madrid.
- SANDEL, M., 2000. El liberalismo y los límites de la justicia, 1° ed. Gedisa, Barcelona.
- SANDEL, M., 2005. Public philosophy. Essays on morality in politics, 1° ed. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.
- SAVATER, F., 1999. Schopenhauer, en Camps V. (ed), *Historia de la ética. La ética moderna*, Crítica, Barcelona, pp. 500-521.
- SCHOPENHAUER, A., 2007. Los dos problemas fundamentales de la ética, 3° ed. Siglo XXI, Madrid.
- STRONG, C., 2007. Gert's theory of common morality. *Metaphilosophy*, Vol. 38, No 4, 535-545.
- UNIVERSIDAD DE ALICANTE. LABORATORIO DE CLIMATOLOGÍA, Diccionario y glosario en riesgos. Recuperado el 08 de noviembre de 2015. Disponible en: <http://web.ua.es/es/labclima/diccionario-y-glosario-en-riesgos.html>
- VILLACAÑAS, J., 1999. Kant, en CAMPS, V. (ed), *Historia de la ética. La ética moderna*, Crítica, Barcelona, pp.315-404.
- WALLIS, P., 2011. Debating a duty to treat: AIDS and the professional ethics of American medicine, *Bulletin of the history of medicine*, Vol. 85, No 4, 620-649.

**Desde el dogmatismo hacia la exclusión:
Apuntes sobre el delito de aborto en El Salvador**

**From the Dogmatism towards the exclusion:
Notes about the crime of abortion in El Salvador**

*Oswaldo Ernesto Feusier**

Resumen

El presente trabajo se divide en dos partes. La primera hace un seguimiento sobre la evolución de la regulación penal del aborto en El Salvador, desde el primer código penal, hasta la legislación vigente que inicia en 1998, y que introduce lo que comúnmente se conoce como un “sistema de prohibición absoluta”. Este es un sistema que genéricamente prohíbe toda forma de aborto, sin admitir permisos expresos para casos de conflicto entre los intereses fundamentales de la gestante y la vida del feto. El seguimiento termina con la modificación de la Constitución de la República por la cual se entiende que la vida inicia “desde el momento de la concepción”, y la jurisprudencia de la Sala de lo Constitucional respecto a la coherencia entre la carta magna y dicho sistema de prohibición absoluta.

La segunda parte del trabajo busca evidenciar y analizar dicha regulación en la cotidianeidad salvadoreña. Muestra el verdadero rostro del sistema, marcado por su acentuada ineficiencia, la discriminación hacia estratos vulnerables, la generación de incertidumbre y la sistemática vulneración de derechos fundamentales a mujeres atrapadas por un embarazo de riesgo para su vida o salud, uno impuesto por violencia sexual, o bien uno del que medicamente no se tengan expectativas de culminación exitosa, entre otros casos.

Palabras clave: aborto, legislación de prohibición absoluta, El Salvador, violación de derechos.

Abstract

The following document is divided in two parts. First, it focuses on the evolution in El Salvador, regarding the regulation of abortion since the first penal code until the present legislation. Current legislation introduced in 1998 what is known as “system of absolute prohibition”. Under this system, any form of abortion is forbidden without exception. Moreover, it makes no exceptions when it comes to cases where the life of the progenitor or the newborn is at stake. The evolution continues with the modification of the Constitution of El Salvador in the sense to express that the life begins with the conception, and the jurisprudence of the Constitutional Court of El Salvador.

The second part of this document, attend to bring light and analyze the facts of said regulation on the Salvadorian society by showing the extreme inefficiency of this system that discriminate against the most vulnerable parts of our society. Furthermore, it ignores the fundamental rights of women to choose even in special cases where there are high-risk pregnancies, unwanted pregnancies due to sexual assault, and pregnancies where the life of the newborn is not viable, inter alia.

Keywords: abortion, absolute prohibition legislation, El Salvador, violation of rights.

Resumo

O presente trabalho divide-se em duas partes. A primeira apresenta um seguimento sobre a evolução da regulação penal sobre o aborto em El Salvador, desde o primeiro código penal na República até a legislação vigente que teve o seu início em 1998. Esta regulação introduz o que é comumente chamado de um “sistema de proibição absoluta”, ou seja, um sistema que proíbe, de modo geral, toda forma de aborto, sem admitir permissões expressas para os casos em que exista conflito entre os interesses fundamentais da gestante e da vida do feto. O seguimento termina com a modificação da Constituição da República no sentido de entender que a vida inicia “desde o momento

* Universidad Centroamericana “José Simeón Cañas”. waldofeusier2002@yahoo.com

da concepção”, e a jurisprudência da Sala do Constitucional da Suprema Corte sobre a coerência entre a Carta Magna e o referido sistema de proibição absoluta.

A segunda parte do trabalho busca evidenciar e analisar a realidade da referida regulação no cotidiano salvadoreño. Mostra a verdadeira face do sistema, marcado por sua acentuada ineficiência, pela discriminação aos estratos vulneráveis, pela geração de incertezas e pela sistemática vulneração de direitos fundamentais às mulheres que se encontrem com uma gravidez de risco para sua vida ou saúde, sendo essa situação decorrente de violência sexual, ou de medicamento que não se tenham expectativas de resultado bem sucedido, entre outros casos.

Palavras-chave: aborto, legislação de proibição absoluta, El Salvador, violação de direitos.

Introducción

Jurídicamente hablando, el delito de aborto consiste en la destrucción de la vida humana antes del nacimiento, es decir, la destrucción que se realiza en el interior del vientre materno, o la provocada por la prematura expulsión de este último independientemente del grado de desarrollo que presente esta vida. Una definición que varía de la utilizada en medicina, donde por ejemplo, Patito lo entiende como “la extracción o expulsión de un feto o un embrión del útero, durante la primera mitad de la gestación (20 semanas o menos)” (Patito 2000:305). Esto es así porque relaciona ese plazo con las mayores posibilidades de sobrevivencia del feto fuera del vientre materno, por lo que la interrupción del embarazo luego de ese lapso suele denominarse como “parto prematuro”.

En muchos sentidos, nuestra legislación en materia de aborto exhibe algunos de los peores rasgos que la criminología crítica asigna al derecho penal tradicional. Se trata de una política penal cuyos principales contornos responden a intereses de grupos con poder de definición, de una legislación que genera una falsa sensación de seguridad ya que provoca más violencia que la que trata de reprimir. Finalmente, es una política penal de aplicación marcadamente sectorial, casi exclusivamente dirigida a personas fáciles de condenar por sus particulares condiciones sociales.

Si la expresión es correcta, y “los estándares de civilización de una nación pueden juzgarse abriendo las puertas de sus prisiones”, desnudar la realidad del delito de aborto, hablar de sus marcos de éxito o sus pírricas condenas, es hablar también de las principales idiosincrasias del

sistema de justicia salvadoreño, y, por qué no decirlo, de la sociedad salvadoreña misma.

En lo que sigue a continuación, se analizará el fenómeno de la penalización del aborto en El Salvador, comenzando por una descripción del desarrollo legislativo, para luego llegar a los rasgos principales que adopta dicha normativa, en la realidad salvadoreña.

Antecedentes

Debe comenzar por decirse que, en El Salvador, no existe actualmente —ni nunca ha existido— una legislación penal que pueda calificarse en sentido estricto “de protección absoluta” (como quizás lo desearían los sectores más conservadores de El Salvador). Desde su primera formulación a principios del siglo XIX, la legislación del aborto ha reconocido excepciones y atenuantes acordes con la época y tipo de sociedad.

Para el caso, el delito de aborto nunca ha tenido —ni actualmente tiene— la misma pena que el homicidio. En otras palabras, los ataques contra la vida humana que subsiste fuera del vientre materno son más reprobables que los ataques contra la vida que se desarrolla dentro del vientre materno. En sentido similar, el aborto realizado sin consentimiento de la gestante siempre ha tenido mayor sanción que el aborto realizado con el consentimiento de la gestante, lo que concede algún peso mitigante a la voluntad de la madre que se practica el aborto.

Por otra parte, el “buen nombre”, honor o la fama social de la gestante fueron criterios que atenúan la pena del aborto en la estamental y clasista sociedad salvadoreña de siglo XIX, una modalidad conocida como aborto honoris causa. Para el caso, el Código Penal de 1826 proporcionaba

un trato especial al aborto cometido por “soltera o viuda no corrompida y de buena fama anterior, y resultare, a juicio de los jueces, que el único y principal móvil de la acción fue el de encubrir su fragilidad”. En estos casos dicho Código Penal, el primero de nuestro país, disponía una sanción máxima de cinco años de “reclusión”, inferior a los ocho años del aborto consentido o propio.

Esta disminución de pena por motivos de honor sobrevivirá hasta el Código Penal de 1998, lapso durante el cual incrementó sus efectos atenuantes: en el Código de 1904 se castigaba apenas con dos años de “prisión mayor”¹; y en el de 1974 con un año de prisión. Se llegó a plantear incluso, en algún anteproyecto de Código Penal, ampliar la mitigación de pena a familiares de la gestante, como el esposo, padre, hijo o hermano de la misma.

Así pues, el honor tuvo tanto valor para nuestros códigos penales², que no solo importó reducciones en la sanción por abortar, sino también en otro fenómeno criminal íntimamente relacionado: el homicidio en recién nacido, también conocido como “infanticidio” u “homicidio atenuado”, y que básicamente consiste en la destrucción de la vida humana instantes después de su nacimiento.

En el sentido aludido, el Código Penal de 1826 castigó hasta con 25 años de “reclusión” y “destierro perpetuo del pueblo” a aquellas:

mugeres (sic) solteras o viudas que, teniendo hijo ilejítimo (sic) y no habiendo podido darle a luz en una casa de refugio (sic), ni pudiendo esponerlo (sic) con reserva, se precipiten a matarlo dentro de las veinticuatro primeras horas al nacimiento para encubrir su fragilidad, siempre que éste sea, a juicio de los jueces, y según lo que resulte, el único o principal

motivo de la acción, y muger (sic) no corrompida y de buena fama anterior al delincuente (Código Penal del Estado 1826).

Si consideramos que en este Código, el homicidio de un descendiente se calificaba como “asesinato” y acarreaba la pena de muerte, fácilmente caemos en la cuenta que la pena de 25 años de reclusión por el “infanticidio” es una sustancial atenuación.

Tal como sucedió con el aborto honoris causa, el infanticidio mantuvo su vigencia hasta el Código Penal de 1998, aunque mitigando su rigurosidad inicial con el pasar del tiempo. Para el caso, el de 1881 reducía su sanción máxima a cuatro años de reclusión, cambiando a tres años máximo de prisión en el código de 1904, y finalmente el código de 1974 preveía cuatro años de prisión si el homicidio se realizaba dentro de setenta y dos horas subsiguientes al nacimiento.

Resulta curioso, que con la entrada en vigencia del Código Penal de 1998 (actualmente vigente), supuestamente más “garantista” y medurado que sus predecesores, el infanticidio conocerá la pena más alta que ha tenido en la historia de la legislación penal salvadoreña (aún más alta que la del código penal de 1826, que por citar un ejemplo de su dureza, regulaba la pena de muerte por garrote), castigándose este delito hasta con 50 años de prisión. Esto resulta ser una consecuencia indirecta a su falta de regulación en este Código Penal, pues al omitirse su mención directa, estos hechos pasan a calificarse automáticamente como “homicidio agravado”, el delito con más pena en nuestro Código Penal.

Finalmente, no pueden dejar de mencionarse dentro de este proceso de cambios, la regulación de las “indicaciones” abortivas, es decir, la regulación de situaciones en las cuales no hay castigo por el aborto, pues el mismo es respuesta a un conflicto entre la vida del feto o embrión frente a derechos fundamentales de la madre que carga dicha vida. Los ejemplos más conocidos de indicaciones, son, primero, la indicación “terapéutica”, en la cual el aborto responde a una situación de peligro para la vida o integridad física de la gestante. Segundo, la indicación “ética” o “criminológica”, en la cual el aborto interrumpe

1 La prisión mayor, de conformidad al artículo 17 del referido cuerpo normativo, se cumplía en cárceles departamentales.

2 Una importancia que también se reflejó en los delitos de naturaleza sexual, en los cuales todavía el Código Penal de 1974 (vigente hasta 1998) utilizaba términos como “delitos contra el pudor”, “abusos deshonestos” o “mujer honesta”, llegando hasta el punto de regularse un delito de «violación en prostituta», cuya pena de tres meses a dos años de prisión era significativamente inferior a la pena de cinco a diez años de prisión, en el caso de una “violación propia”.

un embarazo impuesto por la fuerza, producto de algún abuso sexual; y tercero, la “eugenésica”, en la cual el no nacido carga padecimientos o enfermedades graves o incompatibles con la vida. Como es fácil imaginar, la impunidad que deviene de las “indicaciones abortivas” busca brindar opciones a la gestante cuyo embarazo pone en riesgo importantes intereses personales, evitando que el conflicto se resuelva en un mercado negro que supondrá mayores peligros.

La presencia de este tipo de indicaciones abortivas en la legislación salvadoreña ha sido más modesta, manteniéndose ausente en la legislación penal del siglo XIX. Recién comenzaron a mencionarse en proyectos de Código Penal previos al de 1974, como sucedió por ejemplo, en el proyecto de revisión del Código Penal de 1943, delegado a los doctores Reyes Arrieta Rossi, Carlos Azúcar Chávez y Juan Benjamín Escobar, o el proyecto de Código Penal del Ministerio de Justicia de 1960 realizado por una comisión de juristas de la época. En el proyecto de 1943 se regularon dos indicaciones, la terapéutica: en caso de que el aborto fuese “necesario para evitar un peligro grave para la salud para la vida de la madre, que no puede ser evitada por otros medios”, y una segunda indicación, a medio camino entre la criminológica y eugenésica: en aquellos casos en que “el embarazo es consecuencia de una violación o un atentado al pudor cometidos en una mujer en estado de enajenación mental”.

Por su parte, el proyecto de 1960 establecía la indicación terapéutica al dejar en la impunidad el aborto practicado “por un médico con el propósito de salvar la vida de la madre o en beneficio de su salud, seriamente perturbada o amenazada por el proceso de la gestación”, y en el caso de la indicación ética o criminológica, aunque preveía una pena de reclusión cuando el aborto fuese realizado con la finalidad de “eliminar el fruto de un acceso carnal violento”, dicha sanción apenas llegaba como máximo a un año de reclusión, tal como sucedía con el aborto *honoris causa*.

Las indicaciones abortivas aparecen finalmente en el artículo 169 del Código Penal de 1974, en el cual se regularon las tres indicaciones, la terapéutica o aquella “realizada por facultativo con el propósito de salvar la vida de la madre”; la ética o criminológica, en la cual el aborto era permitido cuando “se presumiere que el embarazo es consecuencia de un delito”; y finalmente la indicación eugenésica, cuando “el propósito sea evitar la deformidad previsible grave en el producto de la concepción”.

La regulación expresa de las indicaciones abortivas desaparecería con la entrada en escena del Código Penal actualmente vigente, es decir, el Código Penal de 1998, que, tal como se ha observado en párrafos anteriores, constituyó un importante punto de inflexión en la regulación del aborto en nuestro país, carácter que curiosamente nunca fue buscado por el mismo.

Tabla 1
Cuadro comparativo de distintos Códigos Penales y las formas principales de aborto

	1826	1904	1974	1998
Aborto honoris causa	1 a 5 años de reclusión	2 años de prisión mayor	6 meses a 1 año de prisión	Desaparece
Infanticidio	15 a 25 años de reclusión y destierro perpetuo	3 años de prisión mayor	1 a 4 años de prisión	Desaparece (Se aplica subsidiariamente el homicidio agravado, con 30 a 50 años de prisión)
Aborto propio	4 a 8 años de reclusión	3 años de prisión mayor	1 a 3 años de prisión	2 a 8 años de prisión
Aborto impropio	2 a 6 años de reclusión	5 años de presidio	3 a 8 años de prisión	4 a 10 años de prisión

Fuente: *Elaboración propia en base a las legislaciones penales respectivas*

Inicio del sistema: El proceso de cambio en la legislación penal de 1998.

En octubre del año 2010 el Comité de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas, en su 100º período de sesiones, expresó su consternación ante la aparente incompatibilidad de nuestra legislación en materia de aborto y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Específicamente para dicho comité, los abortos ilegales calificados mediante nuestro marco punitivo generan “consecuencias negativas graves para la vida, la salud y el bienestar de la mujer” (Pacto...1966:26), por lo que dicho organismo recomendó a nuestro Estado que “revise su legislación sobre aborto para hacerla compatible con las disposiciones del Pacto” (Pacto...1966:27).

Sin duda, el organismo internacional se refiere a la legislación penal en materia de aborto que arranca en nuestro país en 1998, una de las pocas en Latinoamérica —junto a Chile, República Dominicana, Nicaragua y Honduras—, que, según datos de la Organización de las Naciones Unidas, no regula ningún tipo de indicación que permita la impunidad del aborto, ni siquiera la indicación terapéutica (Organización de las Naciones Unidas 2013).

Tal como mencionamos anteriormente, los artífices de dicha legislación nunca buscaron tales modificaciones al delito en cuestión. Al menos en el tema de las indicaciones abortivas, la exposición de motivos deja clara la intención original de mantener vigentes las indicaciones abortivas terapéutica, eugenésica y criminológica, casi literalmente en los términos del Código Penal de 1974. En palabras de dicha exposición de motivos:

La regulación del aborto mantiene las pautas marcadas por el derecho vigente, modificándose un poco en cuanto a los abortos no punibles. Se mantiene, en este punto, el sistema de indicaciones de excepción que acertadamente recoge el código actual -refiriéndose al Código Penal de 1974- (Hernández 1998).

Sin embargo, algo sucedió entre la remisión del proyecto de Código Penal original a la Asamblea Legislativa (realizado por el Ministerio de Justicia en 1994) y la aprobación del mismo en abril de 1997 (entrando en vigencia en 1998), cambio que puede reconstruirse mediante un seguimiento de los principales medios de comunicación escritos en ese entonces y la confirmación de estos medios a través de algunas fuentes institucionales. Así, debemos ubicarnos en diciembre de 1996, momento que marca la aparición en el proceso de uno de los más influyentes actores en la realidad salvadoreña: la Iglesia católica.

El 20 de diciembre de 1996, los obispos de Santa Ana y Zacatecoluca, y el arzobispo de San Salvador, todos representando a la Conferencia Episcopal de El Salvador, máxima jerarquía de la Iglesia católica en El Salvador conformada por los obispos de país, realizaron una carta a la Comisión de Legislación y Puntos Constitucionales de la Asamblea Legislativa (ente encargado de la discusión y preparación del proyecto). La misiva, registrada en el Expediente 84-6-94 que llevó la referida Comisión Legislativa, expresaba lo siguiente:

Nos preocupa grandemente el hecho de que dicho proyecto de ley contiene una serie de normas que atentan contra el más fundamental de los derechos humanos, como es el derecho a la vida desde el instante de la concepción. Estas normas serían además violatorias a la Constitución, a los Tratados Internacionales suscritos y ratificados por El Salvador y al Código de Familia (...) El nuevo proyecto agrava estas discordancias y abre la puerta a la legalización del aborto al ampliar las condiciones para la despenalización de este gravísimo crimen (...) Estas normas no sólo conculcan el orden jurídico constitucional e internacional sino también están contra la moral natural y cristiana (Asamblea Legislativa 1994).

El 23 de diciembre de 1996 —a menos de cinco meses para la aprobación del Código Penal de 1998—, el matutino El Diario de Hoy dará espacio al primero de muchos pronunciamientos del

entonces máximo jerarca de la Iglesia católica de El Salvador, Fernando Saenz Lacalle, quien denunciaba que el anteproyecto de Código Penal “establece una serie de medidas que otorgarían la carta de ciudadanía al aborto, lo cual crearía un caos espantoso” (El Diario de Hoy 1996:14)³.

La anterior opinión sería respaldada por la Conferencia Episcopal de El Salvador, quienes también reprochaban los supuestos términos permisivos que manejaba el proyecto de Código Penal. En opinión de monseñor Marcos René Revelo, obispo de Santa Ana y presidente de dicha Conferencia, “no hay ninguna justificación para el aborto. No la hay por la sencilla razón que la ley natural, no la de la iglesia, no permite matar a un inocente” (El Diario de Hoy 1996: 3).

El pronunciamiento de la Iglesia católica constituiría el punto de partida de lo que parecía ser una campaña de desprestigio contra el referido proyecto de Código Penal, tal como admitió a manera de ejemplo, el editorialista Carlos Mayora Re, que reconociendo el liderazgo de la Iglesia Católica en este tema, manifestó en su editorial titulado Licencia para matar que “La Conferencia Episcopal ha sido la primera en romper una lanza en defensa de la vida y los medios de comunicación se han hecho eco de esta iniciativa” (Mayora 1997).

Lo que siguió a continuación fue una lluvia de opiniones y notas periodísticas sobre el tema, de las cuales, aunque se dieron algunas que apoyaban el proyecto, la mayoría favorecía la posición de la Iglesia Católica, atacando los supuestos términos permisivos del proyecto original del Código Penal, aglutinándose la mayoría de estas opiniones adversas en uno de los matutinos más conservadores y leídos de El Salvador: El Diario de Hoy. Sólo entre enero y junio de 1997 (los meses en que surge y concluye la polémica), este diario realizó un aproximado de 27 publicaciones relacionadas al delito de aborto, entre noticias y opiniones y editoriales (Feusier 2012).

Durante el debate, surgieron voces que denunciaban una manipulación o artera forma de manejar los términos en discusión; por ejemplo, Salvador Samayoa, en el editorial titulado El aborto en el código penal mencionaba que:

En este particular contexto, resulta evidente que quienes quieren llevar la discusión a una especie de enfrentamiento entre los que defienden el derecho a la vida y los que menosprecian este derecho están deformando las cosas por ignorancia, por mala fe o por debilidad intelectual o argumentativa (Samayoa 1997:10-a).

Se trató de una postura muy similar a la sostenida en el semanario Proceso de la Universidad Centroamericana “José Simeón Cañas”, que en su artículo El debate acerca del aborto, entre otras cosas mencionó:

Los medios de comunicación también han dado espacio al problema del aborto. Empero, no ha faltado cierta parcialidad, subjetividad y amarillismo, mismos que lejos de encauzar a la realización de análisis objetivos sobre el aborto, parecen estar encaminados a formar lectores pre-dispuestos a condenar a priori algo que desconocen en profundidad (UCA 1997).

La tergiversación de los correctos términos del debate, fue algo que incluso se señaló durante la sesión plenaria en que se aprobó el Código Penal, tal como se observa en el acta que registró la plenaria. Uno de los representantes del entonces partido de oposición Frente Farabundo Martí de Liberación Nacional (en adelante FMLN), Dagoberto Gutiérrez, externó durante su intervención al plenario lo siguiente:

Voy a repetir esto una vez en la parte final de mi discurso, aquí no se está discutiendo la despenalización del aborto, es un proceso de desinformación mal intencionada sobre la sociedad y sobre la población que no logra distinguir las cosas, aquí lo que se está discutiendo son las situaciones excepcionales que manteniendo la figura del aborto como delito, elimina la pena y deja a la mujer la libertad para

3 El prelado católico agregaría que «el aborto es la peor la-cra que la sociedad mundial tiene y lo más terrible es que está permitido y propiciado por las autoridades de cada país».

decidir qué hacer en ese caso. Si la mujer en ese caso decide al fin y al cabo, tener ese hijo, la mujer lo puede hacer, si la mujer decide no tenerlo, también lo puede hacer (Asamblea Legislativa 1997).

En el fondo, leyendo muchas de las publicaciones de la época es difícil no advertir cierto sesgo o intento de desinformación en la que caían voluntaria o involuntariamente muchas de las publicaciones y opiniones. Sin duda alguna, la “media verdad” más repetida consistió en generar la idea de que el proyecto de Código Penal pretendía “despenalizar” o legalizar la práctica del aborto, o al menos ampliar los márgenes permisivos de la misma, cuando en realidad lo único que pretendía es mantener las líneas generales que ya venían dadas desde el Código Penal de 1974.

Pero esto no fue lo que se observó en muchas publicaciones y opiniones de ese momento, en las cuales se leían afirmaciones tan temerarias con el uso de la verdad, como lo puede ser el afirmar que: “En una variante de aquella bárbara costumbre, se pretende en estos momentos legalizar el aborto en nuestro país, de acuerdo al proyecto de ley que se halla en la Asamblea Legislativa” (El Diario de Hoy 1997: 10), o también puede citarse el editorial del doctor Melitón Barba, según el cual:

Valdría la pena preguntarse si nuestra sociedad está preparada moral y culturalmente para conducirse como lo hacen otras que poseen valores éticos acendrados, educación y cultura que la nuestra no posee, cada mujer que quisiera desembarazarse lo haría alegando haber sido violentada sexualmente y las interrupciones de embarazo se multiplicarían por miles (El Diario de Hoy 1997:20).

La anterior es sin duda, una afirmación fuera de lugar, sobre todo si consideramos que la indicación abortiva “ética” o “criminológica” para esa fecha tenía más de veinte años de vigencia y nunca se había registrado problema alguno por la “multiplicación por miles” de las solicitudes de interrupción del embarazo. Finalmente, sobre este punto, es válido recordar la opinión del ministro de salud de la época, Eduardo Interiano, que manifestó:

si a pesar de la oposición masiva, la Asamblea Legislativa decide aprobar las reformas al código penal donde se despenaliza el aborto, depongo mi cargo antes de permitir que en los hospitales nacionales se institucionalice su ejecución (El Diario de Hoy 1996: 7).

A la presión mediática también le acompañaron algunas manifestaciones de sectores interesados, por ejemplo, el 21 de abril de 1997 se informaba cómo varios ciudadanos firmaban documentos que serían enviados a la Asamblea Legislativa, en los cuales manifestaban su oposición contra el delito del aborto; por su parte, el 22 de abril del mismo año, se narró la presentación de un documento de aproximadamente 200 páginas que supuestamente justificaba la improcedencia legal y médica del delito de aborto, y el 25 de abril del mismo año (día de la aprobación del Código Penal) se informó como “millares de jóvenes” provenientes de instituciones educativas religiosas recorrieron las principales calles de San Salvador y se congregaron frente a la Asamblea Legislativa para manifestarse contra el aborto.

De todas estas expresiones narradas por los medios de comunicación, al menos la presentación de las cartas fue relacionada por uno de los diputados que participaron en la sesión plenaria en la cual se aprobaría el sistema de prohibición absoluta del aborto, según el diputado Gabriel Murillo del Partido Demócrata Cristiano:

Quiero referirme a dos párrafos de una carta pastoral de la vicaría número tres de la diócesis de Santa Ana, hay doce firmas de doce parroquias que aglutinan no a cien personas sino a miles de personas, son las parroquias más grandes de la diócesis de Santa Ana y en un párrafo dicen ellos “pedimos a dios todo poderoso -esto es para los diputados- que puedan discernir y sin miedo a nada ni a nadie se opongán a dictar leyes que rechacen la vida y la voluntad de dios” (Asamblea Legislativa 1997)

Además de la anterior presión, debemos considerar que el país se encontraba cerca de un altamente polarizado evento electoral (16 de marzo

de ese año), que terminaría dejando al entonces principal partido de oposición de nuestro país, el Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional, en situación de virtual paridad con el entonces partido de Gobierno y principal bastión de la derecha política, Alianza Republicana Nacionalista (en adelante ARENA).

Quizás por ello, las posiciones al interior de la Asamblea Legislativa frente a un proyecto de Código Penal que era conocido desde 1994, pasaron de ser un inicial e inexplicable mutismo a una más activa consigna entre las mencionadas fracciones de la Asamblea Legislativa. El mutismo al que nos referimos fue evidenciado por el ya citado ministro de Salud del entonces oficialista partido ARENA, Eduardo Interiano, que en su momento manifestó: Espero que los diputados de mi partido desistan de la idea de legalizar el aborto y piensen mejor en apoyar al presidente Calderón Sol y a la Primera Dama, Elizabeth de Calderón, pues ellos se han pronunciado siempre en contra de tal aberración” (El Diario de Hoy, 28 de diciembre de 1996, p. 7). Un sentir similar muestra el editorial “La sombra del Cairo es alargada”, en la cual el autor, Carlos Mayora, se preguntaba “por las razones de que los partidos políticos no se hayan declarado abiertamente respecto al candente tema de penalización del aborto” (El Diario de Hoy 1997:8). Sin embargo, el partido de derecha ARENA dejaría clara su posición el 7 de enero de 1997, con lo cual pasaba de su inicial indiferencia a comprometerse a buscar sanciones drásticas contra el aborto, e incluso según la nota periodística de Bernardo Valiente titulada “Sanciones drásticas para el aborto”, no descartaba la pena de muerte (La Prensa Gráfica 1997:8a).

El diecisiete de abril de 1997 se anunciaba que el tema del aborto constituía uno de los principales obstáculos a superar para la aprobación del Código Penal, en palabras de un matutino:

De los dos temas debatidos ayer por los diputados de la Comisión, el que ha generado mayor oposición ha sido el de la eliminación del aborto terapéutico, es decir, cuando medien razones que tengan que ver con la salud (...) Los diputados consultados no aclararon si en sus plantea-

mientos se contempla permitir el aborto cuando la continuación de la gestación aumente el riesgo de morir para la madre, o cuando el embarazo se deba a violaciones. (La Prensa Gráfica 1997:10-A)

El 21 de abril de 1997 la Comisión de Legislación y Puntos Constitucionales de la Asamblea Legislativa renunciaba a la posibilidad de consenso en el tema del aborto, por lo que dejaba en manos del pleno de la Asamblea Legislativa la aprobación del Código Penal de 1998, con o sin modificación en esta materia.

En general, sobre el trabajo desarrollado por la referida Comisión, debe decirse que el principal registro del proceso de discusión del proyecto de un código penal dejado por la misma, lo constituye el expediente 84-6-94 abierto al interior de la Asamblea Legislativa el 2 de junio de 1994. De la revisión de sus 1171 páginas fácilmente puede concluirse que dicha comisión nunca tuvo elementos suficientes para debatir responsablemente una decisión tan importante para la salud pública, como lo puede ser eliminar las causales especiales de impunidad del delito de aborto. Lejos de lo anterior, las pocas opiniones o valoraciones que se encuentran agregadas en materia de aborto, fueron las aportadas por la organización feminista denominada “Instituto de Estudios de la Mujer “Norma Virginia Guirola de Herrera” (CEMUJER)” en mayo de 1994 y noviembre de 1995, la Asociación Nacional de Enfermeras Salvadoreñas (ANES), y la ya referida carta de la Conferencia Episcopal de El Salvador, que como mencionamos más arriba, abogaba por la eliminación de las indicaciones abortivas. Aunque en el expediente del proyecto se agregó la opinión del Colegio Médico de El Salvador, el mismo no hizo una sola observación sobre la necesidad de cambiar la regulación del delito de aborto.

En conclusión, si desde la Asamblea Legislativa se pensó en algún momento en eliminar las indicaciones abortivas que venían desde el código penal de 1974, se trató de una posibilidad que nunca fue consultada o valorada sobre la base de las opiniones de expertos o entendidos en la materia: instituciones tales como universidades, tanques de pensamiento, prestadores de salud,

organizaciones de profesionales en ginecoobstetricia, organización no gubernamentales o similares, nunca fueron consultadas sobre tan importante decisión, o en caso de existir dicha opinión o consulta no fue registrada en el expediente 84-6-94.

El proceso de discusión en la sesión plenaria.

La sesión plenaria que decidiría el destino de la vigente regulación salvadoreña en materia del delito de aborto se desarrolló el 25 de abril de 1997, para más de algún matutino su realización no puede describirse como la más seria, o al menos, esa es la impresión que deja la siguiente nota:

En la reunión sólo faltaron porristas, y sería mentir decir que hubo solemnidad. Partidarios de “Sí a la vida” y estudiantes de varios colegios de orientación religiosa (católicos y evangélicos) hicieron una presencia bulliciosa respaldando cada intervención en favor de la penalización.

Por el contrario, abucheaban cuando un diputado del FMLN hablaba a favor de las excepciones (...) Los diputados aprovecharon para dar espectáculo. La diputada pedecista Rosa Villatoro arengó a los visitantes mediante un discurso de 15 minutos, en que atacó el “derecho al cuerpo” que esgrimen las mujeres que están a favor de la legalización del aborto. Al terminar se puso de pie para recibir la ovación del público.

El sentimentalismo fue una herramienta más. El secretario de la directiva Alfonso Arístides Alvarenga –también del PDC-, rompió en llanto al recordar su origen: “yo me siento orgulloso de ser hijo ilegítimo de una madre soltera”. Ovación cerrada (La Prensa Gráfica 1997:6-A)

Según el acta que formalmente documentó la sesión plenaria (acta 161 de la misma fecha), la misma inicia a las 5:15 p.m. del 25 de abril de 1997, y se suspende cerca de la medianoche de ese día para continuar aproximadamente entre las 11:00

a.m. a las 5:00 p.m. del 26 de abril de 1997, aunque para definir la suerte del delito de aborto en El Salvador bastó con la sesión del primer día.

Durante la sesión del 25 de abril, casi la totalidad de artículos del código se aprueban sin discusión o con cambios minúsculos, de hecho, en menos de tres horas se habían aprobado al menos 128 artículos del código penal, fueron cuatro o cinco artículos relacionados con el aborto los que utilizaron las tres horas restantes de ese primer día de debate, dentro una discusión que ya parecía decidida desde antes que comenzara.

La propuesta de eliminación de las indicaciones abortivas fue antecedida por una especie de “prólogo”, y durante el tiempo aproximado de una hora se proyectó un video y se escucharon las opiniones de un médico y un jurista. El video tenía un claro contenido “pro-vida”, por lo que fue citado posteriormente por más de algún diputado opuesto a cualquier forma de aborto (Asamblea Legislativa 1997). Por ejemplo, el diputado David Acuña manifestó que “Hoy la tecnología nos ha convencido de que en la unión del espermatozoide y el ovulo femenino realmente comienza la vida”, por su parte el diputado Gerardo Suvillaga manifestó que “hubo aquí en el Pleno Legislativo hace un par de minutos un video, un video que se ha llamado amarillista, yo creo que no es amarillista, es la realidad que vive la dignidad de la mujer atropellada cuando se le hace un aborto” (ambos diputados votaron por eliminar las indicaciones abortivas terapéutica, criminológica y eugenésica). El médico y el jurista invitados tuvieron el mismo tono e inclinación que el video, precisamente, el médico invitado fue Carlos Mayora, autor de los ya relacionados editoriales “La sombra del Cairo es alargada” o “Licencia para matar”, última opinión en que afirmó que el inicio de la vida es la concepción, y que el aborto, en cualquier variante, significa reducción del ser humano (El Diario de Hoy 1997), un discurso que no varió del realizado en el pleno de la Asamblea Legislativa, afirmando el mencionado profesional que:

El aborto por violación, negándole a este niño la posibilidad de una adopción, se trata de un asesinato de un niño sano e inocente, y digo asesinato no usando un

término exagerado (...) cometido contra un ser inocente e indefenso y que siente el dolor de su propia destrucción. El aborto eugenésico no es más que el asesinato de un niño minusválido, que si nace minusválido en forma sorpresiva, se le atiende adecuadamente, se le opera, se le rehabilita, pero si está dentro de la madre se le destruye (Asamblea Legislativa 1997).

Por su parte, el jurista invitado, Enrique Posada, arribó a las mismas conclusiones que su predecesor, pero utilizando argumentos jurídicos; entre otras cosas manifestó que:

la vida está protegida ya en nuestro orden jurídico desde el momento de la concepción por ello despenalizar el aborto sería inconstitucional, violaría tratados internacionales y haría a El Salvador responsable de la violación de derechos humanos y como El Salvador ya aceptó también jurisdicción de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, incluso podría ser condenado a nivel internacional (Asamblea Legislativa 1997).

Luego vino la propuesta formal de modificación del código penal, introducida por el diputado Walter Araujo, entonces representante del partido oficialista ARENA, la misma consistía en el aumento de pena para tres delitos (Aborto Consentido y Propio, Aborto sin Consentimiento y Aborto Agravado), y la mencionada eliminación de las indicaciones abortivas terapéutica, criminológica y eugenésica.

Luego de la propuesta de modificación de Araujo, se concedió la palabra a aproximadamente 10 diputados, de los cuales únicamente dos se manifestaron contra la propuesta de eliminación de las indicaciones abortivas para casos extremos. Finalmente, para tratar de "equilibrar" un poco el contenido del debate, se concedió la palabra por el corto lapso de cinco minutos, a una representante de una organización no gubernamental feminista (Morena Herrera)⁴, y luego para matizar

4 Según el acta, Morena Herrera entre otras cosas manifestó: "Yo me pregunto de que sirve emitir leyes que nadie va a cumplir porque ustedes saben que el aborto va a seguir existiendo como practica clandestina en este país y que las mujeres no abortamos porque nos gusta. A las

esta última opinión, concedieron la palabra a una última mujer, María Ester de Salazar, que devolvió la tonalidad "pro-vida" a la plenaria⁵.

Al final de la noche (casi las once de la noche), se dio la votación de esta propuesta de reforma, y como era de esperarse, con 60 votos a favor se aprobaría la modificación del proyecto original de Código Penal, desapareciendo todo rastro de la indicación abortiva terapéutica, criminológica o eugenésica, convirtiendo a la legislación penal salvadoreña en una de las pocas legislaciones en el mundo que no regulan de forma expresa causal alguna para dejar en impunidad el aborto, ni siquiera cuando el aborto se realiza para salvaguardar la vida de la gestante, una causal aceptada y regulada expresamente en el 96% de los países desarrollados, y un 97% de los países en desarrollo (Organización de las Naciones Unidas 2013).

A pesar de lo anterior, hubo una pequeña concesión de parte de los partidos políticos que eliminaron las indicaciones abortivas, y a pesar de las modificaciones realizadas al Código Penal, se mantuvo la impunidad (actualmente en el artículo 137 del Código Penal) de dos formas de aborto que ya se encontraban eximidas de pena desde 1974: 1) El aborto culposo realizado por la gestante (causar un aborto imprudentemente), y, 2) El aborto imperfecto o tentado realizado por la gestante (cuando se intenta lograr el delito, pero el mismo no se logra por razones ajenas a la autora). Estas son concesiones curiosas, sobre todo si consideramos que estas situaciones —sobre

mujeres no nos gusta que nos violen, ninguna mujer que ha sido víctima de una violación y que sale embarazada, le gusta, quiere, se alegra. El aborto siempre es una decisión difícil no es un recurso de planificación, es una decisión que marca la vida de toda mujer, entonces se trata de entender que hay realidades que existen al margen de la voluntad y que este no es un problema religioso, este es un problema de la vida cotidiana, de miles, de millones de mujeres en El Salvador".

5 Las razones para escuchar a esta ponente y no cualquier otra persona, no terminan de ser claras en el acta. Durante su alocución, entre otras cosas, narró como su abuelo fue producto de un embarazo indeseado a consecuencia de una violación, agregando que «soy de esa descendencia de violación: En todo el transcurso de este tiempo hemos sido muy católicos y yo ahora sirvo así a la vida, sirvo en las cárceles, no se imaginan cuanta conversión tenemos de estas madres que están tan dañadas, con heridas muy profundas porque también han sido violadas, pero ellas tienen a sus hijos, son tan lindos allí en ese centro, los cuidan y los quieren y no han sido niños deseados".

todo la referida al aborto culposo— siempre han tenido un fundamento similar al de las indicaciones abortivas que fueron eliminadas.

Consolidación constitucional del sistema

Pero la reforma al Código Penal no sería suficiente. Al interior de la Asamblea Legislativa se consideró que la eliminación de las indicaciones abortivas no bastaba para proteger al no nacido por lo que era necesario un blindaje constitucional; por tal razón, el 27 de abril de 1997, en los últimos minutos que expirase la última sesión plenaria de la Asamblea Legislativa, los diputados elegidos para el período 1994-1997 aprobaron un acuerdo de modificación al artículo 1 de la Constitución de la República, según el cual el Estado salvadoreño “reconoce como persona humana a todo ser humano desde el instante de la concepción”.

Ahora bien, para que proceda una modificación al texto constitucional no basta el acuerdo de modificación, siendo necesario que una segunda conformación de la Asamblea Legislativa ratifique lo acordado por la legislatura anterior con mayoría calificada, es decir, con el voto de 56 diputados (esto es así por disposición de la misma Constitución). Esta ratificación llegaría el tres de febrero de 1999, fecha en la que sorpresivamente el partido de izquierda FMLN dividió su voto lográndose alcanzar los 56 votos requeridos. En adelante se entendería que la vida humana en el Estado salvadoreño inicia “desde el instante de la concepción”.

A diferencia de lo que sucedió con la eliminación de las indicaciones abortivas en 1997, la reforma a la Carta Magna obtuvo mayores reacciones en los medios de comunicación. Para el caso, miembros de la Asociación de Ginecología de El Salvador lamentaron la reforma; en palabras del entonces presidente de dicha Asociación, Henry Agreda, existen “situaciones especiales, cuando el feto crece fuera del útero”, o también “cuando una madre tiene un cáncer invasivo y recibe cobalto. El mismo cobalto causa la muerte del niño” (La Prensa Gráfica 1999:5).

En la misma nota informativa, se manifestó de forma similar Jorge Morán Colato, para ese en-

tonces coordinador de Atención a la Mujer del Ministerio de Salud, para quien “los abortos provocados deben ser permitidos cuando el embarazo pone en peligro la vida de la madre o cuando el mismo es anormal y el bebé no tiene probabilidades de sobrevivir”.

Siendo así la posición que presentaba la Asamblea Legislativa, no es de extrañar que muchos ciudadanos que disientían con el contenido de las modificaciones realizadas al Código Penal, vieran como única estrategia de ataque recurrir a otros órganos fundamentales, específicamente el Órgano Judicial. En octubre de 1998 se presenta la primera demanda de inconstitucionalidad⁶ contra el tenor del entonces vigente Código Penal de 1998, lo que dio inicio al proceso de inconstitucionalidad 18-98, sin duda el precedente constitucional más importante en esta materia.

En opinión de los demandantes que iniciaron el proceso 18-98, el Código Penal recién aprobado padecía de tres vicios fundamentales: a) Genera un trato desigual para la embarazada atrapada en las situaciones de las indicaciones abortivas eliminadas, colocándolas en el mismo nivel que quien realiza el delito maliciosamente, b) Vulnera derechos fundamentales de la embarazada que busca aplicar las indicaciones abortivas eliminadas (derecho a la vida en el caso de la indicación terapéutica, o la libertad en la indicación ética), y, c) Genera una “inconstitucionalidad por omisión”⁷, es decir, considera al Código Penal como inconstitucional, por omitir la regulación de normas (las indicaciones abortivas) que vuelven al Código Penal congruente con nuestra Constitución Política.

La resolución definitiva de la Sala de lo Constitucional, tribunal encargado de resolver la deman-

6 Retomando el artículo 1 de la ley de procedimientos constitucionales, por medio del proceso de inconstitucionalidad «cualquier ciudadano puede pedir a la Sala de lo Constitucional de la Corte Suprema de Justicia, que declare la inconstitucionalidad de las leyes, decretos y reglamentos en su forma y contenido, de un modo general y obligatorio». Lo que genera como efecto inmediato la expulsión de dicha norma del ordenamiento jurídico”.

7 La «inconstitucionalidad por omisión» ha sido definida por la misma Sala de lo Constitucional como aquella «falta de desarrollo por parte del legislador, en un plazo razonable, de aquellos mandatos constitucionales de obligatorio y concreto desarrollo, de forma que impide su eficaz aplicación».

da, fue injustificadamente retardada por el lapso de siete años con once meses (la resolución fue fechada el veinte de noviembre del 2007), esto aun cuando se habían completado las etapas necesarias para dictarla desde diciembre de 1999. La resolución hizo aclaraciones importantes, aunque en la práctica tendrían un efecto cosmético e intrascendente. Entre las más importantes encontramos las siguientes:

- Las indicaciones abortivas deben ser reguladas: Según la Sala, con las indicaciones terapéutica, criminológica y eugenésica, nos encontramos frente a una autentica e inevitable situación de tensión entre derechos fundamentales del que está por nacer y la gestante. Regular este conflicto incluso fue calificado como “imperativo constitucional”.
- Hay tres formas de regular tal “imperativo constitucional”: En palabras de la Sala, hay tres alternativas de punición del aborto: el sistema común de penalización (las indicaciones no están expresas en la ley penal, pero se deducen de alguna otra norma), el sistema de plazos (utilizado, por ejemplo, en Estados Unidos), y el sistema de indicaciones (en el cual las indicaciones aparecen expresas en la ley, tal como sucedía en nuestro país con el Código Penal de 1974).
- La Sala consideró que en nuestro país se aplica uno de estos tres sistemas: Para la Sala, las situaciones conflictivas entre feto y gestante se resuelven a través de un “sistema común de penalización”.

En esencia, lo que hizo la Sala de lo Constitucional con las anteriores premisas fue “esquivar la bala”, explicar que la inconstitucionalidad alegada no existía, pues las indicaciones abortivas siguen presentes en el Código Penal, aunque no literalmente, sino que se encuentran “escondidas”, “invisibles”, o más bien implícitas en las eximentes de responsabilidad que se regulan para todo delito, y que se encuentran en el artículo 27 del Código Penal⁸. En palabras de la Sala:

8 Quizás de todas ellas, la más conocida fuera del mundo jurídico es la «legítima defensa» que exonera la comisión de cualquier delito, cuando se realice para repeler un ataque ilegal o antijurídico (por ejemplo, matar o lesionar

se ha verificado que el sistema común de penalización adoptado por el Código Penal de 1997, vigente en la actualidad, reconoce la posibilidad de conflicto entre los derechos del nasciturus y los de la madre en los supuestos de aborto y que, a diferencia del sistema de las indicaciones expresamente reguladas, dispone de la aplicación de las causas generales de exención de responsabilidad penal, como alternativas para la determinación judicial del conflicto. La postura adoptada en el C.Pn. permite resolver el conflicto jurisdiccionalmente, desde la óptica de las causas de justificación como de las excluyentes de la culpabilidad, *conforme a los principios de ponderación de intereses y de no exigibilidad de un comportamiento distinto*. Con una interpretación amplia de las eximentes del estado de necesidad e inexigibilidad de una conducta adecuada a derecho, se pueden solventar los casos que se presenten (Sala de lo Constitucional 2007).

Aunque existió otro proceso de inconstitucionalidad contra nuestra actual legislación del aborto, sin duda el 18-98 es el más conocido e importante, pues no solo vistió con un manto de legitimación constitucional las reformas realizadas en 1998, sino también señaló los principales caracteres de nuestro sistema legal, un sistema que supuestamente regula las indicaciones abortivas, solo que estas indicaciones “no se ven expresamente”. Con ello, como veremos más adelante, se terminó legitimando un paradigma legal cosmético e ilusorio, que en la práctica niega abiertamente lo que en declaración afirma permitir.

Las críticas al sistema

Como han señalado múltiples organismos internacionales, nuestro sistema de regulación del aborto posee características sumamente negativas. En nuestro caso, destacamos tres; en pri-

para defenderme del ladrón me exime de pena por el homicidio o las lesiones), aunque las indicaciones abortivas no suelen deducirse de la «legítima defensa», sino más bien de otras eximentes de pena, dos para ser precisos: el «Estado de necesidad» y la «inexigibilidad de otra conducta».

mer lugar, es un sistema que produce escasos, o casi nulos resultados, basando su “éxito” en un promedio de casos judicializados que ronda los veinte casos al año; en segundo lugar, es un sistema que genera incertidumbre y peligro, pues realiza permisiones tan difusas y oscuras que finalmente niega dichas permisiones, por lo que lejos de resolver las situaciones conflictivas entre feto y la madre embarazada, termina dejando sin ninguna opción a esta última; y en tercer lugar, es un sistema que trabaja con el mismo tipo de hechos, realizados esencialmente al mismo tipo de personas:

1. Sistema con casi nula efectividad

Por mucho, la regulación del delito de aborto es más efectiva intimidando a quienes no debería asustar, que evitando lo que supuestamente pretende evitar. La parte final de la anterior afirmación tropieza con una primera dificultad, nuestro país no conoce un intento serio por medir las dimensiones del aborto inseguro o ilegal. No obstante lo anterior, si pueden realizarse algunas inferencias básicas.

Por ejemplo, en el año 2008 la Organización Mundial de la Salud estimaba un aproximado de 1,07 millones de abortos inseguros para la región de México y Centroamérica, incluyendo Panamá y Belice⁹, lo que más o menos representaría una tasa de 29 abortos inseguros por cada mil mujeres en edad reproductiva (15 a 44 años de edad) para la misma región (Organización Mundial de la Salud 2011:19). Por su parte, Costa Rica también ha realizado mediciones, y para el año 2007 la Asociación Demográfica Costarricense estimaba un aproximado de 27,000 abortos inducidos (de los cuales el sistema de salud solo conocía 8,086), lo que viene a representar una tasa media de 22 abortos inducidos por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva (Gómez 2007;52-55).

Si consideramos que Costa Rica posee una tasa global de fecundidad¹⁰ menor que nuestro país,

9 La Organización Mundial de la Salud entiende por aborto inseguro aquel procedimiento que busca terminar un embarazo indeseado desarrollado por personas sin las habilidades necesarias, o en un ambiente que no reúne estándares médicos mínimos.

10 Según el “Informe de resultado Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2010” realizado por el Ministe-

una cantidad menor de mujeres en edad reproductiva, y una tasa mayor de prevalencia anticonceptiva¹¹, fácilmente nos daremos cuenta de que en el caso salvadoreño el número de abortos inducidos difícilmente puede ser inferior al porcentaje que señala la Asociación Demográfica Costarricense para su país. Realizar una inferencia así tiene sentido, se trata de hecho de una relación que ha resaltado la Organización Mundial de la Salud en su informe: *Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*, mencionando que el porcentaje de abortos inducidos no es necesariamente proporcional con lo riguroso de la legislación donde se desarrollen dichos abortos. Lejos de lo anterior, la regla general será que el número de abortos inducidos será inferior en aquellos países con legislaciones menos restrictivas en materia de aborto, pero con una alta tasa de prevalencia anticonceptiva (Organización Mundial de la Salud 2008:10).

Frente a esta considerable cantidad de abortos clandestinos, la Unidad de Estadísticas de la Corte Suprema de Justicia de El Salvador apenas sumó la cantidad de 75 delitos de aborto ingresados al sistema judicial entre los años 2008-2012. Una cantidad que se reduce aún más si consideramos que en los mismos años apenas 9 casos de aborto llegaron a la fase final del proceso penal, también llamada etapa de plenario o vista pública. Por lo tanto, del porcentaje de abortos clandestinos que se realizan en nuestro país, el sistema de justicia absorberá, siendo bastante optimistas menos del 1%, los restantes se realizarán de forma clandestina, a espaldas de un Estado que aparenta ser inclemente con esta práctica, pero frente a un mercado negro que pro-

rio de Salud de Costa Rica, la tasa global de fecundidad representa el número de hijos promedio durante toda la edad reproductiva, en el caso costarricense el promedio ronda el 1.7 nacimientos, mientras que en El Salvador la “Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL 2008” realizado por la Asociación Demográfica Salvadoreña, afirma que dicho promedio es próximo a los 2.5 nacimientos por mujer en edad reproductiva.

11 La tasa de prevalencia anticonceptiva se refiere a la proporción de mujeres (o parejas de las mismas) en edad reproductiva que usan un método anticonceptivo en un determinado momento. En el caso costarricense el promedio se acerca al 82.1% de mujeres en edad reproductiva (Ministerio de Salud de Costa Rica 2011), en el caso salvadoreño se aproxima al 73% (Asociación Demográfica Salvadoreña 2009).

veerá estos servicios con los riesgos inherentes que conlleva.

La mencionada falta de eficacia en el sistema, no debe generar extrañeza, sobre todo si consideramos que hablamos de una práctica, la interrupción del embarazo, que realizada en las primeras etapas del embarazo, difícilmente deja rastro

Tabla 2
Homicidio frente aborto en el sistema penal salvadoreño

Juzgado	Autor	2012	2011	2010	2009	2008	Totales
Juzgados de paz	Aborto consentido y propio	1	1	3	7	4	16
	Aborto sin consentimiento	0	0	2	3	3	8
	Aborto agravado	0	0	0	1	1	2
	Inducción o ayuda al aborto	0	0	7	3	6	16
Juzgados de instrucción	Aborto consentido y propio	2	1	0	0	2	5
	Aborto sin consentimiento	0	0	0	2	0	2
	Aborto agravado	2	2	0	13	0	17
	Inducción o ayuda al aborto	0	0	0	0	0	0
Juzgados de sentencia	Aborto consentido y propio			1	2	1	9
	Aborto sin consentimiento	3*	1**	0	0	1	
	Aborto agravado			0	0	0	
	Inducción o ayuda al aborto			0	0	0	
Total		8	5	13	31	18	75

Juzgado	Autor	2012	2011	2010	2009	2008	Totales
Juzgados de paz	Homicidio simple	43	54	147	144	320	708
	Homicidio agravado	53	85	309	259	350	1056
Juzgados de instrucción	Homicidio simple	108	119	158	252	200	837
	Homicidio agravado	143	203	535	512	241	1634
Juzgados de sentencia	Homicidio simple	42	48	218	238	220	766
	Homicidio agravado	108	126	335	262	332	1163
Total		497	635	1702	1667	1663	6164

Fuente: Elaboración propia, datos proporcionados por la Unidad de Información y Estadísticas-CSJ (la recepción de datos es parcial)

* No se detalló la calificación jurídica específica de dicho aborto.

** No se detalló la calificación jurídica específica de dicho aborto

delictivo o requerirá complicadas intervenciones médicas, si se realiza con el método adecuado y se aceptan los riesgos inherentes. Para el caso, en la realidad salvadoreña se ha documentado uno de los múltiples métodos de esta práctica, nos referimos a la ingesta de Misoprostol, un análogo de la protaglandina, utilizado principalmente para casos de gastritis y úlcera gastroduodenal, pero que por las contracciones uterinas que genera, puede ser utilizado como medio abortivo.

Así, en la nota publicada el 4 de febrero del 2007 por El Diario de Hoy, titulada Aborto, un negocio público, se leía: “Cada día en paradas de buses, centros comerciales y restaurantes de comida rápida se realiza el encuentro entre el proveedor de medicamentos abortivos y el interesado: novios, amantes, madres y mujeres de toda edad y condición social” (El Diario de Hoy 2007:2). El medio describía al menos dos transacciones “comerciales” entre una supuesta embarazada y dos de los ofertantes de Cytotec y Cervidil 10, medicamentos que eran ofrecidos por el vendedor como “un tratamiento estadounidense, efectivo y seguro (...)”, consistente en tres inyecciones, una cada día, que podrían ser modificadas a pastillas si el paciente admitía enfermedades pulmonares, renales o hepáticas.

Según la nota recién mencionada, el precio para la adquisición del medicamento oscilaba entre 65 a 220 dólares (más caro de lo que en esa época era en Guatemala)¹². En otro de los párrafos de la investigación periodística se describe la relativa popularidad de uno de los comerciantes clandestinos, Ricardo López, cuya mercancía “es tan popular que López pasa todo el día en la calle entrevistándose con mujeres interesadas en sus servicios. No hay forma de saber cuántas de ellas compran el tratamiento ni si luego de administrárselo la hemorragia las obliga a visitar un hospital” (Ibid). Aunque debe aclararse, que la posibilidad de “hemorragias” no es el peor de los escenarios

12 En Guatemala, Prada y otros señalaron en su estudio Embarazo no planeado y aborto inseguro en Guatemala: Causas y Consecuencias, que un frasco de 28 tabletas de Misoprostol oscilaba alrededor de los 800 quetzales (US\$ 102), que en todo caso se trata de un costo inflado, dado que «el costo de inducir un aborto es aproximadamente un tercio de ese monto, debido a que la literatura médica indica que la dosis apropiada consta de ocho a 12 tabletas de 200-µg de Misoprostol» (Prada et al. 2006:17).

que puede generar el uso inadecuado de Misoprostol: según González y Tabuyo, en su estudio Misoprostol como abortivo en España. A propósito de un caso de autopsia judicial, han señalado que

Son innumerables las referencias sobre complicaciones severas en el caso de un uso inadecuado de esta sustancia en el medio extra hospitalario. Entre las complicaciones más destacadas para el feto se hallan: riesgo de desarrollo de síndrome de Moebius, parálisis, anomalías embriónicas múltiples, equinovaro congénito con defectos de pares craneales, artrogriposis de extremidades inferiores, defectos de cadera, anomalías craneofaciales congénitas. Entre las complicaciones para la madre, se destacan el sangrado incoercible postparto, si bien en una proporción baja de casos y manejable con medios farmacológicos convencionales en el medio hospitalario. Existen algunas referencias que apuntan la posibilidad de relación entre el uso del Misoprostol como agente inductor del parto y casos de rotura uterina (Tabuyo y González 2004:31-32).

La nota “aborto un negocio público” alertó a las autoridades sobre la utilización del medicamento, obligando al Consejo Superior de Salud Pública a analizar la posibilidad de exigir receta médica para la venta del Cytotec y Cervidil 10. Sin embargo, un año después, en abril del 2008, el periódico digital ComUnica publicó la nota Método Cytotec: pastillas abortivas, en la cual se narraba la experiencia de dos jóvenes, que a pesar de las restricciones posteriormente impuestas al comercio del medicamento, lo habían obtenido con relativamente mayores dificultades; la primera, identificada como Karla de veinticinco años de edad y cuatro meses de embarazo, consumió píldoras adquiridas por su novio, quien a su vez “las compró en una farmacia, después de recorrer tres seguidas encontró una en donde se las vendieron sin receta médica”. “Karla” se informó sobre las pastillas en la misma fuente que hasta la fecha sigue mostrando abundantes ofertas del medicamento: el internet” (ComUnica 2008).

En la segunda de las experiencias narradas por ComUnica, un joven identificado como Raúl, luego de comparar varias ofertas de comerciantes clandestinos, se decidió por la menos onerosa de 90 dólares; en palabras de Raúl: “Mi novia encontró un clasificado en una página de música y llamé, así como a otros; pero él me las dio más baratas (90 dólares). Al siguiente día nos vimos en un restaurante de comida rápida e hicimos la transacción. Al principio me las había ofrecido en 70” (ComUnica 2008).

¿Cuántos clientes más atendió ese día, ese mes, o ese año el proveedor de “Raúl”? ¿Cuántos abortos se realizaron ese año gracias a su participación? Se trata de preguntas que no se pueden responder, lo que es seguro es que hablamos de un número superior a los 18 casos que atendió el sistema de justicia penal para todo el país, según la Unidad de Información y Estadísticas de la Corte Suprema de Justicia.

Apenas el 18 de octubre de 2013, el medio digital El Blog publicaba la nota Medicamento abortivo se vende en Facebook en El Salvador, en la cual se narra nuevamente el comercio ilegal del Cytotec, con precios que rondan los \$70 a \$200, según se prefiera comprar el químico de marca, o el componente genérico (Misoprostol). En la nota se destaca, además, cómo los proveedores de la mercancía, personas cuya pericia médica es desconocida, recomiendan la dosis a ingerir del medicamento; en palabras de uno de los vendedores: “Todo depende de cuánto tiene de retraso para poderle dar una dosis. Por ejemplo, si tiene un mes debe comprar cuatro pastillas, una debe ingerirla y tres debe introducirlas a la vagina”.

2. Sistema que genera incertidumbre y peligro

Pero nuestro sistema no solo es altamente ineficiente evitando lo que supuestamente debe evitar, sino que además alcanza su acentuada ineptitud intimidando a quienes teóricamente no debería intimidar, nos referimos a los casos que se encuentran “en el borde”, mujeres atrapadas en las situaciones extremas y extraordinarias que antes estaban encapsuladas en las “indicaciones abortivas”, y que actualmente solo reciben como

respuesta una legislación en la cual las indicaciones abortivas “están ahí, aunque no se ven”. Como hemos mencionado, nuestro sistema de indicaciones abortivas es un tanto mañoso. Tal como dijo la Sala de lo Constitucional en la resolución 18-98, las indicaciones abortivas desaparecidas en 1997, siguen estando ahí, solo que reguladas de forma “implícita”, debiendo ser deducidas de un artículo que sirve como palanca o “llave” para resolver la situación, nos referimos al artículo 27 del Código Penal, que de forma genérica regula las exenciones de responsabilidad para todo delito.

Se trata, en efecto, de un sistema engañoso basado en una ficción “en tres movimientos” que solo funcionan correctamente en la mente de un abogado (o un magistrado de Sala): 1) La gestante atraviesa un embarazo de alto riesgo, donde el mantenimiento del estado de gravidez compromete su salud, o coloca en peligro su vida (por citar el caso de la indicación terapéutica); 2) Viendo lo anterior, un médico procede a realizar el aborto de emergencia, y 3) Finalmente, un juez de lo penal, sabiendo lo anterior, concede a nuestro médico hipotético el beneficio de una exención de pena, pues estamos en presencia de un “Estado de necesidad”, la eximente genérica de responsabilidad penal del artículo 27 que suele relacionarse con las indicaciones abortivas.

Por supuesto, hay algo que no funciona en semejante entelequia, el sistema parte de la ingenua creencia que un médico será lo bastante osado como para realizar un procedimiento abortivo con la esperanza de ser eventualmente eximido de pena durante un proceso (lo que tampoco es seguro), cuando en la práctica ningún ciudadano medianamente sensato querrá ser tratado como imputado en un proceso penal, así pues, nuestra afligida embarazada se quedará esperando un médico lo suficientemente templado como para realizar la indicación abortiva y esperar la exención que lo eximirá de pena (de nuevo, si es que se le exime de pena, pues no hay nada seguro). Por supuesto, la espera nunca acabará, y la situación de emergencia tampoco recibirá respuesta, pues el único profesional que podía salvar la vida de la gestante, el médico, nunca contó con suficientes garantías de no ir a la cárcel. Quizás

por ello, no debe extrañarnos que el Ministerio de Salud Pública de nuestro país no guarde ningún registro sobre “abortos legales”, sencillamente el término no tiene sentido en un contexto donde en la cabeza de cualquier médico no hay tal cosa como abortos permitidos, aunque teóricamente si existen en el Código Penal según el tribunal constitucional.

Quizás lo peor de todo, es que se trata de un efecto, que, de alguna forma, fue previsto por la propia Sala de lo Constitucional de la Corte Suprema de Justicia cuando le dio su “visto bueno” al sistema, afirmando que la exención de pena que pueda lograr el médico si práctica una indicación abortiva, solo opera “ex-post”, es decir, luego del aborto y durante un proceso criminal. En palabras de la Sala de lo Constitucional:

El art. 27 del C. Pn. sólo operaría frente a una conducta consumada, de manera que de forma preventiva la posible controversia no podría ser objeto de análisis y de decisión por un juez u otro ente del Estado, a efecto de autorizar o no la procedencia de la indicación del aborto (Sala de lo Constitucional 2007).

Por esta misma razón, y en la misma resolución mencionada, la Sala de lo Constitucional recomendó que el legislador “debería emitir la normativa jurídica correspondiente en la cual legisle sobre las circunstancias que extra proceso penal deben concurrir en las indicaciones del aborto”, un deber que hasta la fecha ni la Asamblea Legislativa muestra interés por cumplir, ni el tribunal constitucional de exigir que se cumpla.

Mientras lo anterior sucede, en el mundo real, no el de los códigos y resoluciones, esta prohibición de las indicaciones abortivas genera múltiples problemas para la práctica médica, esto al menos, es lo que se puede deducir de las impresiones de varios médicos citados en otras investigaciones sobre la misma materia. Para el caso, Roberto Sánchez Ochoa, director del Hospital de Maternidad Dr. Raúl Arguello Escolán (centro médico que conoce mayor cantidad de abortos naturales en nuestro país), opinó en una ponencia

respecto a las dificultades que se presentan en los casos de embarazos ectópicos¹³:

el otro problema que tenemos es el embarazo ectópico (...) el problema se nos convierte cuando es un momento que empieza a crecer el embrión y ya tiene frecuencia cardiaca, le hacen ultrasonografía y nos dicen, “mire, está vivo, ¿qué hacemos?” Hace tiempo nosotros lo que hacíamos era cortar un pedazo de la trompa de Falopio, quitarla, destruir el embrión y punto, pero hoy si está vivo, nos limita, tenemos que esperar hasta que el feto se muera, o la madre comience a deteriorar para entonces entrar corriendo como que es una paciente normal (Sanchez Ochoa 2012).

Pero los problemas no solo se dan en el seno de los embarazos ectópicos, así lo sugiere la opinión de la doctora Sofía Villalta, coordinadora de la Unidad de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, quien incluye otros padecimientos en sus valoraciones respecto la eliminación del aborto terapéutico:

Para mí es totalmente negativo, porque ahí está involucrado el aborto terapéutico, que es cuando está en peligro la vida de la madre, eso implica que si una madre corre peligro no podemos interrumpir el embarazo (...). Prohibir totalmente el aborto como estamos nosotros, y no dar espacio para que una mujer pueda salvar su vida, es negativo para la salud de las mujeres (...) Mujeres con problemas cardiacos en general, no todas están en condiciones que impiden embarazarse, pero a veces sí, también las mujeres con enfer-

13 Etimológicamente, «ectópico» significa «fuera de lugar», término que describe bastante bien lo que sucede en un embarazo ectópico, que en esencia consiste en la implantación de un ovocito (huevo fertilizado) en cualquier sitio fuera de la cavidad endometrial, como por ejemplo en las trompas de Falopio. Según datos obtenidos de la Junta de Vigilancia Sanitaria del Ministerio de Salud, en la red de hospitales del sector público se presentaron un total de 1567 abortos por embarazo ectópico entre los años 2005 a 2009, lo que vendría a representar un estimado del 5% de todos los abortos practicados en esos cinco años, con un promedio para ese lustro de 313.4 abortos ectópicos anuales.

medades renales crónicas o insuficiencia renal crónica, algunas mujeres con lupus eritematoso diseminado, algunas mujeres con hipertensión pulmonar severa, entonces ahí estamos con las manos atadas (...) En estos casos, estas mujeres, tienen contraindicado para vivir, embarazarse, aquí no hay opción frente a esta situación, en la ley no hay opción, y como institución de gobierno nosotros no podemos darle la opción (Feusier 2013).

Además del embarazo ectópico y el embarazo de quien padece una cardiopatía, los galenos citaron otras situaciones riesgosas para la vida o salud de la gestante en las que sencillamente se reducen las opciones, situaciones como las insuficiencias renales graves, las insuficiencias renales crónicas en etapas terminales, los casos de hipertensión pulmonar, o aquellos supuestos en que la gestante padece de cáncer, como en la variante del cáncer de mama. Para todos estos casos, el procedimiento lo resume doctora Xochilt Sandoval es el siguiente:

Bueno, tenemos que manejar expectantemente el caso, esperar a que haya un desenlace, generalmente hay una muerte del feto, o termina siendo un parto prematuro por la misma condición, y hay que atender todas las complicaciones maternas, generalmente graves (Feusier 2013).

Esta pasividad frente al agravamiento del peligro fue patente en la realidad salvadoreña a través del conocido “caso Beatriz” a principios del 2013.

Según la información que posteriormente detallase la sentencia definitiva que resolvió el “caso Beatriz”, la protagonista del drama, identificada por los medios de comunicación como “Beatriz”, era una joven que para esa fecha tenía 22 años de edad, de escasos recursos, que venía siendo tratada por el sistema de salud pública desde el 2011 debido a una artritis reumatoide en confluencia con Lupus Erisematoso Sistémico (LES) con nefritis lúpica. El LES es una enfermedad autoinmune, es decir, un padecimiento en el cual sistema inmunitario ataca por error algún tejido sano del cuerpo, no conociéndose hasta el momento una cura definitiva contra el mismo.

El 2 de marzo del 2013, Beatriz ingresa al Hospital Rosales con 15 días de fiebre, eritema y úlceras infectadas en piel, sumándose a lo anterior la sospecha de un estado de gravidez. Especialistas en perinatología del referido nosocomio determinaron que Beatriz cargaba en su interior un feto de 13 semanas con anencefalia, un defecto congénito en el cual una significativa porción del cerebro no se desarrolla, por lo que el feto generalmente nace muerto o muere poco después del alumbramiento¹⁴.

Frente al cuadro antes mencionado, el jefe del servicio de perinatología del Hospital Nacional de Maternidad solicitó la opinión al Comité Médico de dicho nosocomio, respondiendo el comité que “la única forma de disminuir el riesgo de morbi-mortalidad materna frente a la nula probabilidad de vida extrauterina del feto con anencefalia es la interrupción del embarazo” (Sala de lo Constitucional 2013).

A pesar de que los médicos estaban convencidos de tener la mejor solución posible para evitar futuros sufrimientos a Beatriz, no procedieron por temor a incurrir en ilícito penal. Beatriz es entonces asesorada por miembros de agrupaciones feministas y de Derechos Humanos, entre estos por representantes de la Agrupación Ciudadana por la Despenalización del Aborto Terapéutico, Ético y Eugenésico, quienes la acompañan y ayudan a presentar un proceso de amparo¹⁵, en abril de ese año, ante la Sala de lo Constitucional de la Corte Suprema de Justicia. El amparo es admitido seis días después, ordenando la Sala como medida preventiva que el Hospital de Maternidad tome todas las medidas necesarias para garan-

14 Este era el segundo embarazo de Beatriz. Durante su primer embarazo, la misma había presentado un cuadro clínico complicado, dentro del cual a las 32 semanas de gestación presentaba inicio de labor de parto, restricción del crecimiento uterino e hipertensión grave, catalogado como preeclampsia severa sobreagregada al lupus, por razón del cual los médicos le practicaron una cesárea a efectos de preservar la vida y la salud de la referida señora y de su hijo.

15 El amparo esencialmente es un procedimiento que busca la protección de los derechos fundamentales que concede la Constitución; según el artículo 12 de la Ley de Procedimientos Constitucionales, “procede contra toda clase de acciones u omisiones de cualquier autoridad, funcionario del Estado o de sus órganos descentralizados y de las sentencias definitivas pronunciadas por la Sala de lo Contencioso Administrativo que violen aquellos derechos u obstaculicen su ejercicio”.

tizar la vida de Beatriz, sin avalar expresamente la interrupción del embarazo. El 26 de abril de 2013 se solicita al Instituto de Medicina Legal un peritaje sobre “B.C.” (como fue identificada Beatriz en el interior de este proceso), siendo hasta al siete de mayo que la referida institución emite sus conclusiones. Más adelante, el 15 de mayo de 2013, en un trámite bastante atípico del proceso de amparo, se realiza audiencia probatoria y de alegatos finales.

Luego de ello vino la decisión, en la cual, la Sala retoma toda la carga probatoria antes mencionada, reconociendo el marcado riesgo que enfrentaba la peticionaria:

el que la señora B.C. se encuentre estable en este momento no implica que el riesgo implícito en su cuadro clínico —el cual ha sido catalogado como grave y excepcional— haya desaparecido, pues el comportamiento impredecible de la enfermedad de base que adolece —LES— y los cambios biológicos que su cuerpo podría experimentar durante las últimas etapas del proceso de gestación en el que se encuentra incrementan la probabilidad de que las complicaciones médicas que la referida señora sufrió durante su primer embarazo u otras se presenten. Aunado a ello, la anencefalia del feto que se gesta en su vientre también puede ser a futuro la causa de complicaciones obstétricas (Sala de lo Constitucional 2013).

Sin embargo, en el que quizás sería el giro más sorprendente de la resolución, la Sala no reúne el valor suficiente para ordenar de forma expresa la interrupción del embarazo, sino que por el contrario, nuevamente “esquiva la bala”, declara sin lugar el amparo considerando que las dolencias de Beatriz no son “particularmente graves”, y descarga la responsabilidad de la intervención en los médicos, quienes serán los encargados de determinar qué procedimientos aplicar según su saber especializado:

se debe dejar claro en que la ausencia actual de síntomas o complicaciones particularmente graves en la salud de la señora B.C. —de acuerdo con las pruebas que

fueron incorporadas a este proceso— no necesariamente es un estado permanente, invariable en el transcurso del tiempo, razón por la cual *las autoridades de salud demandadas están obligadas a continuar monitoreando el estado de salud de la peticionaria y a brindarle el tratamiento que en cada momento resulte idóneo para su condición médica, así como a implementar los procedimientos que, según la ciencia médica, se estimen indispensables para atender las futuras complicaciones que se presenten* (Sala de lo Constitucional 2013).

El caso de Beatriz es, sin duda, la jerigonza circular definitiva en que puede resumirse el sistema salvadoreño de regulación al aborto: el médico sabe qué hacer, pero no lo hace pues teme incurrir en delito (un delito que ni siquiera es efectivo, como hemos visto), el médico voltea su mirada hacia los intérpretes de la ley para saber qué hacer, pero no encuentra respuesta, pues la ley no es clara ni los intérpretes contestan de forma definitiva, respondiendo que el médico sabe qué hacer, y que debe actuar según su saber. ¿A quién mirará mientras tanto la gestante afectada por el sistema?

La hija de Beatriz nació prematuramente en la tarde del 3 de junio del 2013, y tal como anticipó la ciencia médica, murió aproximadamente cinco horas después. Aunque la odisea de Beatriz finalizó ese día, no hay ninguna duda que el sistema legal y de salud salvadoreño seguirá generando el mismo grado de incertidumbre e inseguridad a toda mujer que sufra el mismo drama.

3. Sistema que discrimina

Finalmente, aparte de su ineficacia e incertidumbre, diremos que nuestra regulación del delito de aborto genera una práctica judicial, en la que los casos que reciben las últimas consecuencias tienen una marcada homogeneidad en elementos objetivos y subjetivos: los objetivos relacionados con la forma de incriminación y procesamiento judicial y lo subjetivos relacionados con la persona que es procesada. Esta diferenciación será desarrollada a continuación de forma más detallada:

3.1. Homogeneidad objetiva.

En cuanto a la referida homogeneidad objetiva, vivimos un sistema jurídico cuyos escasos frutos generalmente coincidirán en las mismas circunstancias iniciales: la presunta autora, generalmente una persona de escasos recursos, realiza el comportamiento delictivo de forma tan descuidada e imprudente que termina alertando al sistema policial o de salud pública sobre la existencia de un hecho a investigar. Sería correcto decir, entonces, que no se trata tanto de casos que el sistema descubra, sino más bien con los que él mismo “se encuentra” casi por casualidad.

En dicho sentido, mediante una búsqueda y análisis de casos en la jurisprudencia nacional, pueden citarse dos arquetipos de hechos por los que acusa el Estado, y que son los que alcanzan las últimas instancias:

- **Los que en sentido estricto se califican como aborto¹⁶:** en los cuales la acusada asiste a un centro de salud pública por complicaciones de lo que se presume es un aborto ilegal e inseguro, los médicos detectan indicios del aborto y denuncian a la paciente entregándola a la Policía Nacional Civil. Según una investigación realizada sobre esta materia, de 129 casos estudiados entre el período 2000-2011, el 57.36% casos iniciaron gracias a la denuncia proveniente de un hospital público o centro asistencial del Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Por supuesto, la posible violación del “secreto profesional” en estos casos es un tema que puede generar nueva polémica y líneas de investigación (Agrupación ciudadana para la despenalización del aborto terapéutico, ético y eugenésico 2012:32).
- **Los que inician como aborto, pero terminan calificándose como homicidio agravado¹⁷:** En estos, según la versión que maneja la parte acusadora, la gestante al parecer no tiene el valor o los medios para abortar el producto de un embarazo indeseado, por lo que esconde el mismo hasta el momento inevitable, el nacimiento. Luego abandona el recién nacido, o bien realiza maniobras que activamente le quitan la vida (en menos casos). Al encontrar lo vecinos o un familiar al recién nacido ya que el cuerpo es generalmente abandonado en lugares de acceso común como baños privados o fosas sépticas, la gestante es identificada. O bien la madre, por las naturales complicaciones de salud posparto, se traslada a un centro asistencial público donde los médicos que la atienden la denuncian a la policía (incluso muchos galeños declaran en vista pública contra quienes fueran sus pacientes).

Aun suponiendo que la hipótesis acusadora es correcta, la falta de preparación o nula premeditación es patente en la mayoría de casos (sino es que en todos). Ejemplos extremos de lo anterior lo representan los hechos narrados en la sentencia 1301-46-2005 dictada por el Tribunal de Sentencia de San Vicente, en la cual agentes de autoridad encuentran un recién nacido en una fosa séptica, que fue trasladado “a la Unidad de Salud, luego al Hospital de San Vicente. Luego llegó una señora y dijo que era de ella” (la imputada fue condenada a treinta años de prisión). Algo similar sucedió en el caso 0901-35-2002 conocido por el Tribunal de Sentencia de Chalatenango,

16 Encontrándose un total de siete sentencias definitivas, resultado que se obtuvo utilizando el buscador libre de la base de datos “Master Lex” creado por el Centro de Documentación Judicial de la Corte Suprema de Justicia (2013), con las palabras claves “aborto” y “nasciturus”, arrojando la primera búsqueda un total de 97 resoluciones en cuyo interior se encontraba la palabra buscada, de estas resoluciones fueron expurgadas 91 decisiones donde la palabra clave fue utilizada para propósitos distintos a la calificación jurídica del hecho, así como también no se tomaron en cuenta dos resoluciones provenientes de la Sala de lo Penal (que en todo caso fueron inadmisibles, una de estas previo a 1998). En la segunda búsqueda (“nasciturus”) solo fueron encontradas tres resoluciones.

17 Encontrándose un total de 20 sentencias definitivas, resultado que se obtuvo utilizando el buscador libre de la base de datos “Master Lex” creado por el Centro de Documentación Judicial de la Corte Suprema de Justicia (año 2013), con las siguientes palabras claves: “homicidio recién nacido”, “homicidio recién nacida” y “homicidio no nacido”, y que arrojó un total la primera combinación de palabras de treinta y cinco resoluciones en cuyo interior se encontraba la palabra buscada; en la segunda búsqueda, quince resoluciones; y en la tercera, nuevamente quince resoluciones, de todas estas fueron expurgadas las decisiones donde la combinación de palabras claves fue utilizada para propósitos distintos a los de describir los delitos buscados. En realidad, atendiendo a la forma de realización de estos hechos, podrían contarse 21, pero uno de los casos de homicidio en recién nacido fue calificado y condenado en Vista Pública como “Abandono y desamparo de persona”, se trata de la sentencia bajo la referencia P0202-100-2004.

en el cual el recién nacido sin vida fue encontrado en una quebrada a unos cien metros de donde residía la imputada, quien al ser interrogada por los encargados de la inspección, sencillamente admitió su autoría (siendo condenada a cuatro años de prisión).

Deducir intención, malicia o, por el contrario, imprudencia o descuido en cada uno de estos casos suele ser un proceso que va desde lo discrecional, hasta rayar ocasionalmente lo arbitrario. Por tratarse de delitos que se realizan a escondidas en circunstancias similares, a los jueces les toca echar mano de similares hechos que se pueden interpretar de múltiples formas cada una con un resultado diferente. Un ejemplo de lo anterior lo representa la sentencia definitiva dentro del proceso exp. 0131-06-2006 emitida por el Tribunal Cuarto de Sentencia en febrero de 2006, según la cual: “La experiencia general demuestra que quien oculta un embarazo con maniobras disimuladoras del crecimiento de su vientre guardando silencio sin comunicarlo a nadie, significa que la mujer está elaborando un plan para deshacerse del fruto de la concepción, es decir del bebé que está por nacer”. El mismo hecho, ocultar el embarazo, es retomado por el Tribunal de Sentencia de Chalatenango el veintitrés de diciembre de 2002 dentro del proceso 901-35-2002, asignándole un valor diametralmente distinto: “Se sostiene por este tribunal que del indicio de ocultar el embarazo, no puede inferirse inequívocamente que la intención de la imputada era solo de matar a su hijo, ya que pudo existir esa posibilidad, pero también pudo existir la intención de regalar a su hijo o abandonarlo en algún lugar para que alguien se hiciera cargo del mismo”.

Estas pequeñas variaciones, lejos de tener repercusiones aisladas en la calificación jurídica del hecho, representan cambios importantes en la pena a recibir; para el caso, de las resoluciones mencionadas, la primera fue categorizada como un “Homicidio culposo” del que se debía responder con cuatro años de prisión; la segunda, el ocultamiento del embarazo fue una señal de “dolo”, que permitió la calificación del hecho como “Homicidio agravado tentado” imponiéndose una condena de doce años de prisión. Como se puede observar, la pena a imponer no siempre

dependerá del mérito de los hechos, sino también del azar de la procesada, a efectos de ser juzgada por el Tribunal más conveniente¹⁸.

Finalmente, debe agregarse que la validez y legitimidad de esta pequeña cantidad de procesos se ha tambaleado en los últimos años debido al descubrimiento de graves errores judiciales en la tramitación de algunos de estos procesos y sustanciación de las condenas, muchas de ellas incluso por 30 años de prisión.

3.2. Homogeneidad subjetiva.

Por otra parte, existe otro aspecto más que se asemeja los anteriores casos, nos referimos a las características de la persona procesada por el delito. En principio, casi siempre se procesa a personas del sexo femenino; para el caso, de 28 sentencias analizadas (7 de aborto, 20 de homicidio y 1 de “abandono y desamparo de persona”), solo en dos sentencias fueron acusadas personas del sexo masculino¹⁹, mientras que las restantes veintiséis son contra mujeres, generalmente la madre.

De estos veintiséis casos las acusadas presentan una edad promedio de 24 a 25 años, y en cuanto a la ocupación de las mismas, ninguna parece ejercer una profesión; se detectaron en diecisiete de los veintiséis casos estudiados que las imputadas se dedicaban a “oficios domésticos”, siendo difícil distinguir si por oficio domestico se

18 Un caso extremo de lo anterior es la causa P0202-100-2004, resuelto por el Tribunal de Sentencia de Santa Ana en junio de 2004, un caso en el cual los hechos acreditados por el tribunal no son sustancialmente distintos a cualquiera de los relacionados más arriba, es decir, la acusada se practicó el parto dejando a su hija recién nacida envuelta en un papel periódico, en peligro de perder su vida. Fue encontrada por vecinos del lugar. A pesar de lo anterior, e incluso la captura policial fue a título de “homicidio”, este comportamiento fue finalmente calificado como “abandono y desamparo de persona”, un delito cuya pena máxima de prisión es de tres años, que fue precisamente la pena impuesta a la imputada.

19 En el primero, el padre del nasciturus, luego de abusar sistemáticamente de su hija menor por varios años, y embarazarla por segunda ocasión, le proporciona pastillas abortivas a la menor para impedir la continuación del segundo embarazo. Curiosamente, el delito no se conoció por “aborto sin consentimiento”, sino por “inducción o ayuda al aborto”, del cual el imputado fue absuelto por un tribunal colegiado, siendo condenado por el ilícito de “violación en menor o incapaz”; en el segundo caso, varios imputados realizan un ataque con arma de fuego en el cual la gestante pierde la vida.

refieren a trabajo doméstico remunerado, o labores domésticas en la casa donde habitan; a pesar de lo anterior, fácilmente puede deducirse que se trata de mujeres que no perciben salario alguno, o que percibiéndolo es bastante bajo.

Otras respuestas fueron “empleada” (tres casos), “ama de casa” (un caso), “empleada doméstica” (un caso) y “ordenanza” (también un caso). Solamente en un caso la imputada manifestó estar sin oficio alguno, y en otro dicho dato no se pudo precisar, al haberse reservado por parte del tribunal (se trataba de un caso de menores).

Una investigación más detallada en este punto, sería realizado por la Agrupación ciudadana para la despenalización del aborto terapéutico, ético y eugenésico, dentro del estudio “Del Hospital a la Cárcel”, en la cual se hace un análisis a procesos en juzgados de instrucción y sentencia de El Salvador, pertenecientes al periodo de 2000 -2011, ubicándose 129 casos de mujeres procesadas por el delito de aborto y homicidio en recién nacido, de estas mujeres, el 68.22% eran mujeres que oscilaban entre los 18 a los 25 años, el 73.64% de los casos eran solteras, en el 46.34% eran analfabetas o tenían como nivel de estudio máximo el segundo ciclo de primaria (solo el 25.61% tenía estudios de bachillerato, técnico o universitario), y el 64.3% de los casos se trataba de mujeres con ocupaciones tales como oficios domésticos, empleadas domésticas o bien obreras, meseras o empleadas de comercio (Agrupación ciudadana... 2012:10-25).

Curiosamente, y volviendo a las sentencias estudiadas, el único proceso en el cual la imputada parece dedicarse exclusivamente a su educación universitaria, se trata de un cuadro fáctico típico de homicidio en recién nacido (de hecho, la detención policial fue por “homicidio”), sin embargo posteriormente fue calificado como “abandono y desamparo de persona”, delito cuya pena máxima es de tres años de prisión.

Conclusiones

En cuanto al desarrollo jurídico-penal del delito de aborto en la legislación salvadoreña, debe decirse que se trata de una regulación que ha admitido diversas pautas de valoración y medida des-

de del primer Código Penal en 1826, pautas que obedecerán a criterios de política criminal imperantes según el contexto, y dentro de los cuales se pueden destacar: a) Otorgar valor al consentimiento de la gestante (surgiendo la diferencia entre aborto con o sin consentimiento), b) El grado de desarrollo de la vida humana (diferenciándose el “homicidio” del “aborto”), o, c) El sufrimiento y secuelas que deja el delito según la forma de realización (hasta la fecha sigue siendo impune el aborto culposo y el doloso tentado, cuando lo realiza la gestante).

En particular, en los Códigos Penales previos a 1998 destaca como criterio para atemperar la intervención penal la “honorabilidad” y “buena fama” de la gestante (aborto honoris causa, desaparecido en la legislación actual), o inmediatamente después del nacimiento (infanticidio, también desaparecido), y es a partir del Código Penal de 1974 que aparecen las indicaciones abortivas como criterios de exención del delito protegiendo valores tales como la vida, salud, libertad y dignidad de la gestante.

En 1997 se da un cambio de paradigma mediante un proceso que puede caracterizarse como apresurado, antidemocrático y tensionado por intereses electorales. Apresurado, pues, se realizó en apenas unos cuantos meses, aun cuando el anteproyecto de Código Penal tenía años en el seno de la Asamblea Legislativa. Antidemocrático, pues en el mismo no parecen haberse escuchado sectores involucrados con la temática modificada (organizaciones civiles, sectores relacionados a la prestación de servicios de salud, universidades, gremios de abogados, etc.). A esto se suma que todo ese proceso se realizó en un clima de desinformación a la población generado por la actividad en ciertos medios de comunicación. Finalmente, decimos que se trató de un proceso tensionado por intereses electorales, pues se desarrolló al calor de la campaña electoral para diputados de marzo de 1997, y cuando trató de retomarse el camino abandonado (regulando nuevamente la indicación terapéutica en noviembre 1998) la discusión fue afectada por el clima electoral de las elecciones presidenciales de marzo de 1999.

Este sistema es reinterpretado por la Sala de lo Constitucional de la Corte Suprema de Justicia en el año 2007, luego de un proceso de inconstitucional indebidamente dilatado por más de 7 años. El impacto de esta reinterpretación puede medirse en dos planos: el jurídico y el práctico. En el plano jurídico, se hacen importantes aclaraciones señalando que regular el conflicto implícito en las indicaciones abortivas es un “imperativo constitucional”, y que dicho imperativo constitucional está resuelto a través de un “sistema común de penalización con cláusulas generales”, que no es otra cosa que admitir que las indicaciones abortivas están ahí, pero solo pueden ejercerse a través de ciertas permisiones generales para todo delito que se encuentran en el Código Penal (artículo 27 del Código Penal). A nivel práctico, las anteriores consideraciones jurídicas son absolutamente inútiles, y el “sistema común de penalización con cláusulas generales” actúa y provoca exactamente las mismas consecuencias que si hubiesen desaparecido totalmente las indicaciones abortivas.

Finalmente, estamos en presencia de un sistema que será efectivo en muy pocos casos (quizás menos del uno por ciento de la práctica real que pretende regular), que generalmente involucran las mismas circunstancias fácticas realizadas por muy concretas personas (mujeres de estratos sociales vulnerables).

A cambio de esta escasa cantidad de violencia, se permite otra mayor que se administra de forma injusta, aquella que sistemáticamente recae en el cuerpo de una gestante atrapada en el conflicto que implica una indicación abortiva, será esta última quien terminará cargando la peor parte, pues por una regulación que solo parece sostenerse por prurito moral, se le arrebató la posibilidad de decidir lo que la Constitución le proporciona y califica como “imperativo”, condenándola a la clandestinidad, con todos los riesgos que ello supone.

Entregado **18-9-2015**
Aprobado **9-11-2015**

Bibliografía

- AGRUPACIÓN CIUDADANA PARA LA DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO TERAPÉUTICO, ÉTICO Y EUGENÉSICO, 2013. Del hospital a la cárcel, San Salvador.
- ASAMBLEA LEGISLATIVA DE EL SALVADOR, 1974. Código penal de 1974, Decreto número 279 del tres de febrero de 1973, San Salvador. Disponible en https://www.dropbox.com/s/sftxtsq7r-7nwyio/1_%20codigo%20penal%201973.pdf?dl=0
- ASAMBLEA LEGISLATIVA DE EL SALVADOR, 1994. Expediente de aprobación de código penal bajo la referencia 84-6-94, Comisión de Legislación y Puntos Constitucionales, San Salvador. Disponible https://www.dropbox.com/s/ggao3f9muxrtnnf/3_%20expd%2084-6-94%20de%20aprobacion%20de%20codigo%20penal.pdf?dl=0
- ASAMBLEA LEGISLATIVA DE EL SALVADOR, 1997. Acta 161 de sesión plenaria ordinaria del 25 de abril de 1997, San Salvador. Disponible en https://www.dropbox.com/s/r1qrgsrqgc7n03d/2_Acta%20Ordinaria%20No%20161%20del%2025041997.pdf?dl=0
- ASOCIACIÓN DEMOGRÁFICA SALVADOREÑA, 2009. Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL 2008, San Salvador. Disponible en [4_InformeFinal-FESAL2008.pdf](http://www.fesal.org.sv/InformeFinal-FESAL2008.pdf)
- BARBA, M., 1997. Algo más sobre el aborto, El Diario de Hoy, 7 de abril.
- DUEÑAS, H., MARENCO, J., VALDEZ, A. y ABARCA, B., 1999. Médicos cuestionan restricciones al aborto, La Prensa Gráfica, 4 de febrero.
- EL BLOG, 2013. Medicamento abortivo se vende en Facebook. Recuperado el 18 de octubre de 2015 de <http://www.elblog.com/noticias/medicamento-abortivo-se-vende-en-facebook-en-el-salvador.html>.
- EL DIARIO DE HOY, 2007. Aborto un negocio público, 4 de febrero de 2007.
- FEUSIER, O., 2012. Pasado y presente del delito de aborto en El Salvador. Recuperado el 10 de julio de 2015 de http://www.uca.edu.sv/deptos/ccjj/media/archivo/95bbb4_pasadoypresentedeldelitedeabortoenelsalvador.pdf.
- GALDÁMEZ, E. y GARCÍA, R., 1996. Iglesia contra legislación de aborto, El Diario de Hoy, 23 de diciembre.
- GALDÁMEZ, E. y JOMA, S., 1996. Médicos se pronuncian contra el aborto, El Diario de Hoy, 28 de diciembre.

- GIRÓN, C., 1997. Se reviven los horrores de la antigua roca de Tarpeya, *El Diario de Hoy*, 9 de enero.
- GÓMEZ, C., 2008. Estimación del aborto inducido en Costa Rica, Asociación Demográfica Costarricense, San José.
- HERNÁNDEZ, R., 1998. Exposición de motivos del Código Penal, Editorial Jurídica Salvadoreña, El Salvador. https://www.dropbox.com/s/p8kgzf832fink5gv/13_%20captacion%20de%20pantalla%20de%20articulo%20cuyo%20link%20no%20aparece.png?dl=0.
- JOMA, S. y LAÍNEZ, L., 1996. Iglesia contra la despenalización del aborto. *El Diario de Hoy*, 27 de diciembre.
- MAYORA, C., 1997. La sombra del Cairo es alargada. *El Diario de Hoy*, 22 de enero.
- MAYORA, C., 1997. Licencia para matar. *El Diario de Hoy*, 15 de enero.
- MENÉNDEZ, I., 1956. Código Penal de 1826, en Recopilación de Leyes del Salvador en Centroamérica, San Salvador. Disponible en <http://abaco.uca.edu.sv/opac/verdetalle.php?idobra=1266>
- MINISTERIO DE SALUD DE COSTA RICA, 2011, Informe de resultado Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2010. [Versión electrónica]. Recuperada el 28 de marzo de 2016. Disponible en: <http://ccp.ucr.ac.cr/censos/documentos/cr/irensr2010.pdf>
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, 2011. Informe del Comité de Derechos Humanos vol. I. 100° periodo de sesiones.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, 2013. World Abortion Policies. Recuperado el 15 de junio de 2015 de <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/policy/world-abortion-policies-2013.shtml>.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2011, Unsafe abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. Recuperado el 20 de diciembre de 2015 de http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/9789241501118/en/.
- PATITO, J., 2000. Medicina legal, Ediciones Centro Norte, Buenos Aires.
- PRADA, E., REMEZ, L., KESTLER, E., SAENZ, S., SINGH, S. y BANKOLE, A., 2006. Embarazo no planeado y aborto inseguro en Guatemala: Causas y Consecuencias, Guttmacher Institute, New York.
- QUIÑONES, D., 2008. Método Cytotec: pastillas abortivas, *Revista digital, ComUnica.* , Recuperado 23 de diciembre de 2015 de <http://www.comunica.edu.sv/archivo/abr042008/notas/nota1.htm>
- SALA DE LO CONSTITUCIONAL DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, 2007. Sentencia definitiva de Inconstitucionalidad del veinte de noviembre de 2007 exp.18-98. Recuperado el 10 de enero de 2016 de <http://www.jurisprudencia.gob.sv/DocumentosBoveda/D/1/2000-2009/2007/11/2EF3.PDF>.
- SALA DE LO CONSTITUCIONAL DE LA CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, 2013. Sentencia definitiva de Amparo del 28 de mayo de 2013 del exp. 310-2013.
- SANCHEZ, Ochoa R., 2012. Implicaciones de la penalización absoluta del aborto en El Salvador, ponencia en el foro homónimo organizado por la Comisión Nacional de Bioética de El Salvador (CNBES), El Salvador.
- SAMAYOA, S., 1997. El aborto en el código penal, La Prensa Gráfica, 24 de abril.
- TABUYO, L. y GONZÁLEZ, G. 2004. Misoprostol como abortivo en España. A propósito de un caso de autopsia judicial. Recuperado el 4 de diciembre de 2015.
- TRIBUNAL CUARTO DE SENTENCIA DE SAN SALVADOR, 2006. Sentencia definitiva de 1 de febrero de 2006 del expediente 0131-06-2006. Disponible en https://www.dropbox.com/s/0tb0x10nm3dw1fj/7_%200131-06-2006.pdf?dl=0
- TRIBUNAL DE SENTENCIA DE CHALATENTANGO, 2002. Sentencia definitiva de 23 de diciembre de 2002 del exp. 901-35-2002. Disponible en https://www.dropbox.com/s/5jbyaaawg3w4k7z/8_%20901%2035%202005.docx?dl=0
- TRIBUNAL DE SENTENCIA DE SAN VICENTE, 2005. Sentencia definitiva de 18 de agosto de 2005 del exp. 1301-46-2005. Disponible en https://www.dropbox.com/s/n677zd31dd-sud59/10_%20P1301-46-2005.docx?dl=0
- UNIVERSIDAD CENTROAMERICANA "JOSÉ SIMÉÓN CAÑAS", 1997. El debate acerca del aborto, *Semanario Proceso*. Recuperado el 15 de diciembre de 2015 de <http://www.uca.edu.sv/publica/proceso/proc743.html>.
- VALIENTE, B., 1997. Sanciones drásticas para el aborto, La Prensa Gráfica, 7 de enero.
- VAQUERANO, R., 1997. Arrecia discusión por aborto terapéutico, La Prensa Gráfica, 17 de abril.
- VAQUERANO, R., 1997. Penaran todo tipo de aborto, La Prensa Gráfica, 25 de abril.

El desarrollo neural y la pobreza desde el enfoque de la neuroética, los derechos humanos y el desarrollo humano

Neural development and poverty from neuroethics, human rights and human development perspective

*Marcelo Gorga **
*Sebastián J. Lipina ***

Resumen

Las investigaciones contemporáneas de la neurociencia, ilustran la potencialidad del contexto socio-ambiental para modificar ciertas características de la biología cerebral durante su desarrollo. En tal sentido, ¿qué datos aportados por la neurociencia pueden ayudarnos a comprender las implicaciones neuroéticas de la pobreza? En este trabajo, sostenemos que parte de la relevancia ética de la investigación en neurociencia y pobreza, está dada por la posibilidad que brindan los hallazgos recientes de la neurociencia de valorar en qué medida y cómo las distintas comunidades garantizan el efectivo ejercicio de derechos humanos y el pleno desarrollo de las capacidades humanas. En tal contexto de discusión, destacamos la responsabilidad de las personas y las instituciones de actuar promoviendo universalmente oportunidades para el desarrollo de las capacidades humanas dentro del máximo de sus posibilidades, considerando en todo momento y lugar al ser humano como un fin en sí mismo.

Palabras clave: neurociencia, neuroética, pobreza, derechos humanos, capacidades humanas.

Abstract

Contemporary research in neuroscience, illustrates the value of socio-environmental contexts for changing several features of brain biology during development. In this sense, we propose to analyze what data provided by neuroscience can help us to understand the neuroethical implications of poverty. In such a sense, we argue that part of the ethical relevance of research in neuroscience and poverty is given by the possibility offered by the recent findings of neuroscience to assess to what extent and how, different communities guarantee the effective exercise of human rights and the full development of human capabilities. In this context of discussion, we highlight the responsibility of persons and institutions to act promoting universally opportunities for the development of human capabilities within the maximum of their possibilities, considering in every moment and place the human being as an end in itself.

Keywords: neuroscience, neuroethics, poverty, human rights, human capabilities.

Resumo

As pesquisas contemporâneas da neurociência ilustram a potencialidade do contexto socioambiental em modificar certas características da biologia cerebral durante seu desenvolvimento. Nesse sentido, quais informações provenientes da neurociência podem nos ajudar a compreender as implicações neuroéticas da pobreza? Neste trabalho, sustentamos que parte da relevância ética da pesquisa em neurociência e pobreza resulta da possibilidade, trazida pelas recentes descobertas da neurociência, de valorizar em que medida e de que modo as distintas comunidades garantem o exercício efetivo dos direitos humanos e o pleno desenvolvimento das capacidades

* Médico especialista en Neurología Pediátrica y Lic. en Filosofía. Coordinador del Programa de Neuroética del Centro de Investigaciones Psicopedagógicas Aplicadas, Profesor de Neurociencias Aplicadas al Aprendizaje (Carrera de Psicopedagogía, Escuela de Humanidades) y Médico neuropediatra del Centro Asistencial Universitario, (Universidad Nacional de San Martín (UNSAM); miembro del Programa de Bioética y Comité de Ética del Hospital de Clínicas José de San Martín, UBA, Argentina. marcelogorga@yahoo.com.ar

** Licenciado y Doctor en Psicología. Investigador del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Director de la Unidad de Neurobiología Aplicada (UNA, CEMIC-CONICET). Profesor de la Universidad Nacional de San Martín (UNSAM). Miembro del Comité de Ética del CEMIC, Argentina. lipina@gmail.com

humanas. Em tal contexto de discussão, destacamos a responsabilidade de pessoas e instituições em atuar promovendo universalmente oportunidades para o desenvolvimento das capacidades humanas dentro do máximo de suas possibilidades, considerando o ser humano, em todo momento e lugar, como um fim em si mesmo.

Palavras chave: neurociência, neuroética, pobreza, direitos humanos, capacidades humanas.

Introducción

En las últimas dos décadas, la agenda neurocientífica ha comenzado a profundizar el análisis de los efectos que ciertos factores asociados con la pobreza tienen, o potencialmente tendrían, sobre el desarrollo cerebral. Bajo este marco, surge la pregunta sobre la importancia que estos hallazgos tienen para comprender los efectos de ciertas condiciones asociadas a la pobreza sobre las conductas de las personas. Más allá de este aspecto epistemológico hallamos problemas éticos a ser tomados en consideración. Un primer interrogante que surge en tal esfuerzo de indagación es si la investigación científica sobre el desarrollo neural¹ en contextos de pobreza es relevante en términos éticos. Efectivamente, el vertiginoso aumento del conocimiento sobre el cerebro, ha alertado a la comunidad de neurocientíficos acerca de la necesidad de definir marcos éticos dentro de los cuales dicho desarrollo debería darse (Morein-Zamir y Sahakian 2010). Por lo tanto, el desafío de establecer estos marcos éticos dentro de los cuales el investigador en neurociencia desarrollará su práctica, podría incluirse entre las pertinencias de la neuroética, en cuanto nuevo campo del conocimiento que trata acerca de los beneficios y los peligros potenciales de las investigaciones modernas sobre el cerebro (Evers 2010).

¿Cuáles son entonces los datos aportados por la neurociencia que podrían ayudarnos a comprender las implicaciones neuroéticas de la pobreza; y más específicamente, qué valores y derechos humanos se problematizan cuando el desarrollo neural de un niño se da en un contexto de pobreza?

Este enriquecimiento en la comprensión de nuestro ser que nos ofrece la neurociencia, puede hacernos caer en el error de creer que lo que

somos es en definitiva lo que deberíamos ser. Sostenemos que el “enfoque del *desarrollo humano*”, también conocido como “enfoque de las *capacidades humanas*” propuesto por Amartya Sen y Martha Nussbaum, sobre el cual basaremos parte de nuestro análisis, podría ser útil para analizar esta falacia al permitirnos pensar las capacidades en tanto resultado de factores biológicos innatos, expresados en parte como rasgos estructurales y/o funcionales del cerebro; que dependen en su manifestación de las oportunidades brindadas por el medio ambiente social para el desarrollo de las personas (Nussbaum 2012). Es a partir del reconocimiento de la participación del contexto social en la determinación de cómo son las capacidades humanas, que reconocemos a su vez la necesidad de interrogarnos acerca de cómo *deberían* ser las personas. Precisamente, es en este punto donde entra a jugar la necesidad de identificar *valores y derechos humanos* universales que a través de su promoción y ejercicio favorezcan el respeto a la dignidad humana². Adoptando esta perspectiva, la pobreza se muestra como limitante social de estas posibilidades de pleno desarrollo de las capacidades humanas.

En este marco, los hallazgos de la neurociencia pueden señalar otro sentido y dimensión de análisis, al sugerir una vinculación con la propuesta hecha desde el campo de la neuroética de estudiar las implicancias éticas y sociales de los nuevos conocimientos acerca del cerebro.

1 Por neural se entiende todo componente y proceso que forma parte del sistema nervioso; a diferencia de neuronal, que sólo refiere a los componentes neuronales.

2 El núcleo de la dignidad humana en el pensamiento de Kant queda expresado en el siguiente fragmento: “Yo sostengo lo siguiente: el hombre y en general todo ser racional existe como un fin en sí mismo, no simplemente como un medio para ser utilizado discrecionalmente por esta o aquella voluntad, sino que tanto en las acciones orientadas hacia sí mismo como en las dirigidas hacia otros seres racionales el hombre ha de ser considerado siempre al mismo tiempo como un fin” (Kant 2005: 114). Adoptamos entonces el concepto de dignidad humana que se basa en la consideración de cada persona como un fin en sí misma (esta idea es también sostenida por Martha Nussbaum, desde su perspectiva de las capacidades –ver más adelante-).

Nos hemos propuesto como objetivos de este trabajo: a) Explorar, presentar y analizar aquellos datos neurocientíficos que colaboren en la comprensión de la relación que se da entre desarrollo neural y pobreza; b) explorar, presentar y analizar algunas propuestas hechas desde la perspectiva de los derechos humanos, y desde la perspectiva de las capacidades humanas, que ayuden a comprender la relevancia ética de los nuevos conocimientos que surgen de la investigación en neurociencia y pobreza ; c) contribuir, de esta manera, con los objetivos más generales de la neuroética en relación con los nuevos conocimientos acerca del cerebro.

En este sentido, proponemos como hipótesis de nuestro análisis, que parte de la relevancia ética de la investigación en neurociencia y pobreza está dada por la posibilidad que brinda la neurociencia a través de sus hallazgos de valorar en qué medida y cómo las distintas comunidades garantizan el efectivo ejercicio de derechos humanos y el pleno desarrollo de las capacidades humanas.

Investigaciones en neurociencia y pobreza

En las ciencias sociales contemporáneas, aún persiste una tendencia a considerar que las disciplinas biológicas no pueden realizar contribuciones significativas al estudio de la pobreza (e.g., Overton 2006). No obstante, creemos que tales consideraciones no tienen en cuenta las evidencias que avalan la noción de que las condiciones sociales inciden sobre el desarrollo de la biología cerebral. Tal información, disponible en la literatura desde hace más de cinco décadas, ilustra la potencialidad de cambio de la arquitectura cerebral por variaciones en la calidad de los ambientes en el caso de la experimentación con modelos animales; y del impacto social en el caso de los estudios con diferentes grupos etarios desde la etapa prenatal hasta la vida adulta, lo cual ha sido significado por Evers (2010) como cambios que se dan por el peso de las huellas culturales que son epigenéticamente almacenadas (Hackman & Farah, 2009; Lipina, 2014^a; Lipina & Colombo 2009). Precisamente, esta perspectiva acerca de la potencialidad de cambio neural es la que in-

tentamos enfatizar, por ser la que puede denotar al conocimiento neurocientífico como una herramienta útil para el estudio de la pobreza y sus consecuencias. Al mismo tiempo, es este modelo de cambio dinámico neural el que lleva a preguntarnos qué responsabilidades individuales y colectivas tenemos en tanto comunidad respecto a contribuir con su desarrollo. Y es precisamente en este punto en el que la neuroética adquiere una nueva dimensión en la intersección entre la neurociencia y los estudios sociales.

La definición conceptual de la pobreza ha sido abordada por diferentes disciplinas de las ciencias humanas, sociales y de la salud, desde al menos el siglo XVII. Las definiciones más frecuentes tienden a basarse en la falta de ingreso para poder cubrir una canasta básica total, que suele tener un componente alimentario y otro de bienes y servicios básicos. El primer componente refiere al umbral mínimo de dinero requerido para cubrir una canasta de alimentos necesarios que satisfaga el requerimiento calórico de un adulto equivalente (i.e., 2700 calorías diarias). El segundo, refiere a un umbral de dinero necesario para satisfacer necesidades de vestimenta, vivienda, transporte y acceso a educación y salud. En este contexto, es pobre todo aquel cuyo ingreso no alcanza para satisfacer los requerimientos de ambos componentes. Por otra parte, las definiciones basadas en privaciones, como el caso de los indicadores de Necesidades Básicas Insatisfechas, toman en consideración la adecuación y seguridad de las viviendas –lo cual incluye los criterios de hacinamiento y disponibilidad de sistemas de eliminación de excretas-, la competitividad laboral del jefe de hogar y la inclusión educativa de los menores en edad escolar (Lipina y Colombo 2009). Estos son los dos criterios conceptuales más utilizados en el ámbito académico y de los organismos multilaterales que pertenecen al ámbito de Naciones Unidas. En la actualidad, se verifica una tendencia a utilizar indicadores de privaciones multidimensionales, cuya incidencia es diferente y más informativa para orientar acciones políticas que sólo los umbrales de ingreso o un número discreto de privaciones (PNUD 2010). Asimismo, las ciencias sociales y humanas también proponen diferentes definiciones basadas en

critérios como los de subsistencia, sobrevivencia, hambre, brecha, empleo precario, marginalidad, bienestar/malestar, precariedad, mendicidad, desventaja, estigma, discriminación, vulnerabilidad, capital social, capacidad/discapacidad, desarrollo, participación, solidaridad, desigualdad (Spicker et al. 2009). En síntesis, la pobreza es un fenómeno multidimensional cuya definición requiere considerar diferentes aspectos y niveles de análisis de la experiencia humana, que en general refieren a una carencia material o simbólica que limita las posibilidades de que las personas desarrollen proyectos de vida dignos, lo cual puede aumentar la probabilidad de morbilidad y mortalidad prematuras (Gianaros y Hackman 2013). En particular, la consideración de los efectos y los mediadores que permiten comprender qué aspectos de la pobreza son los que se asocian con qué impactos, forma parte de una conceptualización dinámica del desarrollo humano que los indicadores económicos y sociológicos no suelen tener en cuenta (Lipina, Simonds & Segretin 2011). Si bien en el contexto de la economía y la sociología han comenzado a surgir propuestas orientadas a considerar la multiplicidad de factores que intervienen en el impacto de la pobreza sobre el desarrollo (e.g., PNUD 2010), estas propuestas no se alejan significativamente de las consideraciones conceptuales de los métodos clásicos (i.e., ingreso, necesidades básicas). Por otra parte, en el contexto de la psicología del desarrollo, la educación y el trabajo social, los estudios de la pobreza infantil también suelen utilizar los métodos de medición clásicos. Es decir que en todos estos casos aún no se consideran los factores de mediación de manera adecuada. Por último, es muy importante tener en consideración que en el contexto de los estudios contemporáneos que la neurociencia y la psicología del desarrollo realizan sobre las influencias de la pobreza en el desarrollo autorregulatorio, el uso de diferentes definiciones de pobreza se asocia a diferentes tipos de resultados –lo que señala la multi-dimensionalidad del fenómeno y la necesidad de ser cautos al momento de realizar generalizaciones.

Los resultados de diferentes estudios neurocientíficos de las últimas dos décadas sugieren que la pobreza afecta la regulación funcional del sis-

tema nervioso (central y periférico); que esta modulación es verificable a diferentes niveles de organización (esto es, molecular, celular, sistémico, conductual, social) (Hackman & Farah 2009); y que puede tener efectos programáticos, es decir, de modificación del sistema nervioso a corto, mediano y largo plazo (Lupien, McEwen, Gunnar, et al. 2009). Tomando en consideración estos distintos niveles de análisis, podemos decir que en la actualidad la agenda neurocientífica sobre la pobreza incluye estudios sobre plasticidad neural, períodos sensibles, epigenética, vulnerabilidad y susceptibilidad al ambiente, exposición a tóxicos ambientales, nutrición, respuestas al estrés, impacto de diferentes formas de pobreza sobre el procesamiento neurocognitivo, e influencias de la experiencia de la pobreza infantil sobre el funcionamiento neurocognitivo en la vida adulta. (Hackman & Farah 2009; Hackman, Farah & Meany 2010; Lipina & Colombo 2009). Por una parte, los resultados de los estudios que forman parte de esta agenda, indican que las carencias de macro y micronutrientes desde el período prenatal pueden modificar las trayectorias de desarrollo de diferentes componentes del sistema nervioso. Por otra parte, las experiencias adversas tempranas –que incluyen a las privaciones alimentarias, afectivas y de intercambio simbólico que se verifican en diferentes tipos de pobreza-, también pueden generar modificaciones en el desarrollo del sistema nervioso desde la etapa prenatal a través de los mecanismos de regulación de la respuesta al estrés (Shonkoff 2010). Desde hace al menos cinco décadas, la neurociencia viene acumulando evidencia que indica que cuando los sistemas de regulación del estrés se activan de forma crónica, aumentan la carga de morbilidad sobre diferentes sistemas fisiológicos del organismo, incluyendo al cardiovascular, al metabólico y al inmunológico. Y tal carga continua de morbilidad con inicio en etapas tempranas del desarrollo, ha demostrado ser predictora de enfermedad cardiovascular en la vida adulta (Gianaros y Hackman 2013). Esta evidencia no permite sostener la hipótesis de atribución de déficit por pobreza -es decir que ser pobre no es sinónimo de enfermedad-, dado que el conocimiento científico tiene carácter probabilístico. Lo que sí significa, es que en la medida en que una persona vive en condiciones de pri-

vaciones materiales y simbólicas, la probabilidad de que su salud mental y física se vean afectadas es mayor. Tales riesgos aumentan aún más, en la medida que los sistemas de protección social no favorezcan el acceso a las diferentes políticas de salud y desarrollo social. Por último, existen múltiples fuentes de variación individual respecto a las posibilidades de adaptación a la adversidad, que incluyen a la autorregulación emocional y cognitiva, por lo cual las influencias de la pobreza varían en sus impactos. En la actualidad, la agenda de los estudios neurocientíficos de la pobreza está focalizando gran parte de sus esfuerzos para identificar tales mecanismos de adaptación, a diferentes niveles de organización incluyendo el epigenético, el hormonal, el de la activación de diferentes sistemas neurales asociados a la autorregulación y el aprendizaje durante diferentes momentos del ciclo vital (Lipina y Segretin 2015). En tal contexto, diferentes estudios de intervención orientados a optimizar el desarrollo autorregulatorio de poblaciones infantiles afectadas por alguna forma de pobreza durante las dos primeras décadas de vida, también cuestionan la atribución de déficit cognitivo o emocional asociado a pobreza (D'Angiulli et al. 2012).

En términos conceptuales, los abordajes teóricos actuales proponen que el desarrollo neural depende siempre de la actividad de todo componente y proceso del sistema nervioso, mediada por la experiencia. Se asume que el procesamiento cognitivo, emocional y el aprendizaje dan forma a las redes neurales involucradas. Al mismo tiempo, la actividad neural cambiaría la naturaleza de las representaciones neurales y su procesamiento, lo cual daría lugar a nuevas experiencias y más cambios de los sistemas neurales. Este punto de vista se ha denominado *neuroconstructivismo* y propone que la base del desarrollo cognitivo, del emocional y del aprendizaje puede ser caracterizada por cambios inducidos mutuamente entre los niveles de organización neural y conductual, en un contexto ecológico complejo que involucra interacciones sociales en contextos culturales específicos (Westerman, Mareschal, Johnson et al. 2007). Es necesario señalar que en la actualidad, no se verifican suficientes esfuerzos interdisciplinarios genuinos que propongan integrar sis-

temáticamente conceptos y metodologías de las ciencias sociales y de la neurociencia respecto al desarrollo humano y su modulación por factores ambientales. Por tal razón, la emergencia de propuestas como la neuroconstructivista, al destacar la importancia de las interacciones sociales en el desarrollo neural, pondría indirectamente de relieve (sin habérselo propuesto explícitamente) la necesidad de identificar aquellos valores que regulan dichas interacciones; de esta manera, la visión neuroconstructivista adquiriría relevancia al momento de problematizar las implicaciones éticas del conocimiento neurocientífico contemporáneo sobre la pobreza.

Una de las áreas de investigación más promisorias para la comprensión del desarrollo neural y las oportunidades de intervención, es la exploración de los *períodos críticos* y *sensibles* que caracterizan la organización estructural y funcional de las redes neurales influidas por pobreza definida tanto en términos de ingreso como de privaciones (Borghol, Superman, McArdle et al. 2011; Lipina 2014a). Estos períodos se refieren a momentos del desarrollo en que el sistema nervioso es especialmente sensible a tipos particulares de estímulos ambientales que pueden alterar su organización en forma más (críticos) o menos (sensibles) permanente. Las influencias ambientales sobre los períodos sensibles del desarrollo, pueden producir cambios en la organización de un sistema neural, aunque éstos no son necesariamente irreversibles. Es decir que si bien diversos factores ambientales pueden modificar la organización de sistemas neurales complejos, hasta cierto punto y con mucho esfuerzo es posible revertir tales impactos. En términos del nivel de análisis neurocognitivo en seres humanos, diferentes estudios han mostrado múltiples períodos sensibles en sistemas sensoriales visuales y auditivos, el desarrollo del habla y el reconocimiento de rostros. Algunas de las áreas más estudiadas en cuanto a la exploración de períodos sensibles en contextos de desarrollo, han sido las de la adquisición de diferentes aspectos del lenguaje materno (e.g., discriminación fonética, ortografía), la adquisición de una segunda lengua, la discriminación de rostros y las competencias cognitivas

de niños criados en orfanatos (Fox, Levitt & Nelson 2010; Lipina 2014a).

Los estudios actuales en el ámbito de la neurociencia cognitiva del desarrollo, continúan avanzando en la comprensión de los mecanismos a través de los cuales la experiencia y las influencias ambientales interactúan con la expresión de genes asociados a la autorregulación cognitiva y emocional, así como también a la regulación de la respuesta al estrés (Davies, Armstrong, Bis et al. 2015; Roth & Sweat 2011). Entre los principales estudios preliminares que analizan la hipótesis de que las influencias ambientales tempranas pueden producir modificaciones epigenéticas³ estables a largo plazo en la actividad genética del sistema nervioso —es decir cambios en la expresión de los genes—, se encuentran estudios experimentales con animales sobre cuidado maternal, maltrato del cuidador, separación madre-hijo y estrés parental, que permiten analizar mecanismos a nivel molecular y celular y su asociación con los niveles conductuales. Algunos de estos estudios sugieren que las conductas en la vida adulta de crías de madres con altos niveles de conductas de aseo y contacto durante las primeras fases de desarrollo, serían atribuibles en parte a diferentes cambios moleculares en la recepción de glucocorticoides en el hipocampo, la transcripción de factores de crecimiento y la expresión del factor de liberación de corticotrofina (Roth & Sweat 2011; Zhang & Meany 2010). Otra serie de estudios recientes, comenzaron a sugerir que las experiencias tempranas con un cuidador abusivo, o las separaciones periódicas entre madres y crías, podrían alterar en forma estable diferentes mecanismos en la expresión genética, y que algunos de tales efectos podrían ser modificados farmacológicamente (Kiser, Rivero, Lesch et al. 2015; McGowan, Sasaki, D'Alessio et al. 2009; Roth, Lubin, Func et al. 2009). Los hallazgos de los estudios en contextos experimen-

tales con animales, han contribuido con mejorar la comprensión de los mecanismos involucrados en estos fenómenos, en el contexto de análisis de al menos la clase de los *mamíferos*. Es importante tener en cuenta que el estudio epigenético de cómo las experiencias tempranas modulan el desarrollo cerebral en los seres humanos, se encuentra en sus primeras etapas al igual que muchos aspectos del estudio neurocientífico de la pobreza humana. Esto significa que debemos ser cautos al analizar las implicancias de estos estudios y esperar al avance neurocientífico en el área, es decir a nuevos estudios y repeticiones de resultados. Algunos ejemplos de análisis epigenético respecto a la exposición al estrés temprano son estudios en los que se encontraron: modificaciones en la expresión genética por metilación, de receptores para glucocorticoides, en muestras de tejido de hipocampo de víctimas de suicidio con historia infantil de maltrato (McGowan et al. 2009) y en niños con historia infantil de maltrato (Romens et al. 2015); diferencias en los mecanismos epigenéticos asociados a la regulación de la respuesta al estrés en adolescentes con historias de adversidad psicosocial durante la niñez (Essex et al. 2013); y asociaciones entre estrés psicosocial temprano por pobreza y la longitud de telómeros⁴ analizados a partir de muestras de saliva. Respecto a la salud mental materna, en un estudio reciente se encontró que niños de madres con niveles altos de depresión y ansiedad durante el tercer trimestre de embarazo, al momento del nacimiento de sus hijos las células de sus cordones umbilicales expresaron cambios en su expresión epigenética en comparación con los de hijos de madres sin depresión (Oberlander et al. 2008). Asimismo, estudios de la última década realizados con niños, han mostrado asociaciones significativas entre la experiencia de maltrato infantil y el desarrollo posterior de trastornos del desarrollo durante la adolescencia y la vida adulta, en el mismo sentido que los hallazgos verificados en los estudios experimentales con animales. En tales estudios los

3 La epigenética hace referencia al estudio de todos los factores no genéticos que: (1) intervienen en la determinación del desarrollo de un organismo; y (2) que igualmente intervienen en la regulación heredable de la expresión genética sin producir cambios en la secuencia de nucleótidos. Esta actividad, así como la genética de cualquier célula del organismo, se produce durante todo el ciclo vital —es decir, que la actividad genética no es un evento circunscripto a la organización inicial de los sistemas orgánicos.

4 Los telómeros son los extremos de los cromosomas. Son regiones de ADN que no codifican, altamente repetitivas, cuya función principal es la estabilidad estructural de los cromosomas. En este contexto de estudio está comenzando a ser considerado un potencial marcador temprano de exposición al riesgo ambiental por estrés psicosocial.

resultados sugieren que tal experiencia impactó sobre el desarrollo de diferentes nodos del sistema de regulación del estrés (Lupien et al. 2009), es decir el hipocampo, la amígdala y la corteza prefrontal, todas estructuras cuya función está asociada a las competencias autorregulatorias y de aprendizaje. Otros ejemplos recientes de esta área de estudio, sugieren que la susceptibilidad a los ambientes de crianza, e incluso el desempeño académico durante la escolaridad primaria, también estarían regulados por mecanismos epigenéticos que involucran a genes que regulan el transporte y la recepción de dopamina en áreas frontales del cerebro asociadas a procesos autorregulatorios (Bakermans-Kranenburg & Van Ijzendoorn 2011; Beaver et al. 2012).

En síntesis, este abordaje complementa y enriquece los estudios sobre el impacto de las experiencias tempranas adversas descritas por diferentes investigadores del área de la psicología del desarrollo durante el siglo XX (David et al. 2015), al abordar el estudio de potenciales mecanismos involucrados en las influencias ambientales sobre el desarrollo neural y autorregulatorio. En particular, sostiene que los cambios epigenéticos contribuyen al menos parcialmente con el impacto a largo plazo de las experiencias tempranas; y que las alteraciones epigenéticas serían potencialmente reversibles o modificables a través de abordajes farmacológicos y conductuales. Esto significa que la comprensión del rol del epigenoma en las modificaciones conductuales inducidas por la experiencia temprana, podría contribuir al avance del estudio neurocientífico de la pobreza infantil. No obstante, tal agenda debe considerar la naturaleza polimórfica de la genética humana con precaución. El hecho que experiencias similares pueden producir resultados diferentes en distintas personas, agrega complejidad al estudio de cómo la experiencia temprana modula la conducta.

Un área de estudio que también se ha iniciado recientemente, es la investigación sistemática del impacto único e integrado de agentes ambientales con potencial impacto neurotóxico. El impacto de la exposición a diferentes agentes tóxicos ambientales, polución aérea y drogas durante las etapas tempranas del desarrollo cerebral,

comenzó a ser estudiado hace varias décadas; pero sólo hace poco menos de dos, se ha iniciado su estudio neurocientífico con las metodologías y técnicas contemporáneas, que incluyen la aplicación de las técnicas de neuroimágenes (Roussotte et al. 2012). En particular, dado que la pobreza aumenta la probabilidad de tales tipos de exposiciones, esta área de investigación contribuye de manera significativa al estudio de su impacto sobre el desarrollo cerebral y autorregulatorio, en la medida en que la aplicación de sus técnicas puede generar información específica sobre qué redes neurales y en qué momento de la exposición son afectadas por cada tipo de agente o droga. La asociación entre pobreza y exposición a agentes tóxicos y drogas –tanto legales como ilegales– responde a un patrón que combina diferentes determinantes sociales. Entre los principales factores asociados a su impacto sobre la salud infantil y materna, se encuentran la cercanía de las viviendas a zonas industriales donde se desechan tóxicos –principalmente en países en los que las regulaciones de la eliminación de tales desechos no existen o no están suficientemente controladas–; y una mayor incidencia de conductas y estilos de vida no saludables en los cuidadores, combinado con la frecuente falta de acceso adecuado a políticas de prevención de educación para la salud (Bradley & Corwyn 2002; Evans et al. 2013). En la actualidad, resulta necesario continuar analizando por qué algunos niños manifiestan más problemas ante ciertos neurotóxicos en lugar de otros; lo cual contribuiría a precisar la efectividad de tratamientos y políticas públicas tanto regulatorias como de intervención (Hubbs-Tait, Nation, Krebs et al. 2005). Asimismo, es necesario aclarar que los efectos y mecanismos mediadores de los agentes neurotóxicos sobre el desarrollo cerebral no están aún establecidos en forma clara (Grandjean & Landrigan 2006).

Por otra parte, en términos neurobiológicos los nutrientes y los factores de crecimiento regulan el desarrollo neural desde la fase prenatal. La rápida tasa de crecimiento que caracteriza al desarrollo cerebral durante las primeras etapas, genera mayor vulnerabilidad ante la insuficiencia nutricional. Por ejemplo, en estudios experimen-

tales con primates no humanos se ha verificado recientemente que la restricción nutricional moderada de las madres durante la última etapa del embarazo, se asocia a diversas alteraciones estructurales y funcionales del sistema nervioso (Antonov-Schlorke, Schwab, Cox et al. 2011). En estudios con seres humanos, desde hace varias décadas diferentes estudios epidemiológicos y neurocientíficos vienen dando cuenta de que mientras todos los nutrientes son importantes para el desarrollo cerebral, las proteínas, las grasas poliinsaturadas, el hierro, el cobre, el zinc, el yodo, los folatos, la colina y las vitaminas A, B6 y B12, tienen influencias importantes en las etapas tempranas (Gómez-Pinilla 2008). Cada uno de ellos se asocia a diferentes períodos sensibles y críticos, algunos de los cuales han sido posibles de identificar –como en el caso del hierro–; mientras que otros aún siguen siendo objeto de investigación (Fuglestad et al. 2012). Estos períodos en los que cada nutriente es más necesario, son aquellos en los que diferentes áreas del cerebro se desarrollan más rápidamente y por lo tanto tienen altos requerimientos de nutrientes. Asimismo, dado que el cerebro no es un órgano homogéneo en su desarrollo, no existe una trayectoria común de organización para cada una de sus áreas o redes neurales. Por ejemplo, las áreas que procesan información sensorial tienden a estabilizarse en su maduración dentro de los primeros dos o tres años de vida; mientras que las que se relacionan con la autorregulación tienden a hacerlo durante la segunda década del ciclo de vida. Es decir, que el desarrollo cerebral no se produce en el contexto de un único período sensible. Por el contrario, diferentes áreas del cerebro, como por ejemplo el hipocampo, el cuerpo estriado, la corteza prefrontal o los procesos como la mielinización, se caracterizan por exhibir picos y trayectorias de crecimiento en diferentes momentos de las primeras dos décadas de vida, cada uno con requerimientos nutricionales específicos. Es decir que el momento de la disponibilidad adecuada o deficitaria de un nutriente, incide sobre la organización y el funcionamiento de distintas redes neurales, y tales impactos pueden variar además según el nivel de análisis que se considere. En otros términos, un mismo déficit nutricional en dos momentos diferentes

del desarrollo cerebral puede generar efectos distintos sobre su organización y funcionamiento a diferentes niveles de análisis. Los picos de crecimiento son también los momentos en los que la deficiencia de un tipo específico de nutriente es más deletérea, particularmente aquellos que sostienen los procesos metabólicos neurales como las proteínas, el hierro y la glucosa. Algunos déficits nutricionales, como por ejemplo el del hierro, se asocian a efectos a largo plazo en la organización estructural y funcional del sistema nervioso. Estos déficits parecen asociarse tanto a cambios en la estructura del sistema nervioso, como a cambios epigenéticos que alteran la regulación de la función cerebral en el tiempo (Wachs et al. 2014). Por último, al igual que en los estudios sobre neurotoxicidad, resulta difícil determinar la contribución específica de cada tipo de nutriente a los diferentes trastornos del desarrollo neural y autorregulatorio, dado que los niños que viven en condiciones de pobreza y que padecen una nutrición inadecuada también suelen carecer de otros recursos. Por ejemplo, no resulta fácil determinar si una condición asociada a un déficit nutricional resulta de éste, o si refleja cuidados prenatales y preventivos inadecuados, fallas para obtener tratamientos médicos adecuados, o el incremento de la exposición a agentes infecciosos (Adler & Newman 2002).

Con respecto al estudio de los efectos de la pobreza sobre la salud infantil, el desarrollo cognitivo y el desempeño académico, éste se inició en los contextos disciplinarios de la psicología del desarrollo, la educación, la demografía y la pediatría durante el siglo XX. En forma sintética, los resultados de estos estudios durante la segunda mitad de este período, mostraron una disminución de los coeficientes de desarrollo motor y mental durante los primeros treinta y seis meses de vida; y una disminución en los coeficientes verbales y de ejecución de pruebas generales de inteligencia en niños de edad preescolar y escolar. Además, se encontró que los niños completaban menos cantidad de años de educación, tenían una mayor incidencia de dificultades de aprendizaje y tasas más altas de ausentismo y abandono escolar (Bradley & Corwyn 2002; Brooks-Gunn & Duncan 1997; Leung & Shek 2011; Lipina & Co-

lombo 2009; McLoyd 1998; Walker Wachs, Grantham-McGregor et al. 2011). Respecto al lenguaje, los estudios actuales en el contexto de estas disciplinas también verifican perfiles de desempeño modulados por el nivel socioeconómico en indicadores de vocabulario, habla espontánea, desarrollo de la gramática y estilos y habilidades de comunicación (Hoff 2003, 2013).

Uno de los sistemas neurocognitivos más explorados durante la última década, es el de los procesos cognitivos de control, que refieren a operaciones mentales que permiten que el procesamiento de la información y las conductas se orienten a fines en forma adaptativa, dependiendo de las contingencias ambientales. Entre los procesos de control más estudiados se encuentran los de atención, control inhibitorio, memoria de trabajo y planificación. En estudios con poblaciones de niños de diferentes edades (infantes, preescolares, escolares), el nivel socioeconómico bajo se asocia a una variación (disminución) en el desempeño en tareas con tales demandas (Farah, Shera, Savage et al. 2006; Lipina, Martelli, Vuelta et al. 2004; Lipina, Martelli, Vuelta et al. 2005, Lipina, Segretin, Hermida et al. 2013; Noble, Norman, Farah et al. 2005; Rhoades, Greenberg, Lanza et al. 2010). Se puede encontrar este resultado desde el primer año de vida. Por ejemplo, Lipina, Martelli, Vuelta et al. (2005) evaluaron el desempeño de niños de 6 a 14 meses, provenientes de hogares con niveles socioeconómicos medios y bajos, en una tarea que evalúa procesos de control inhibitorio y memoria de trabajo (i.e., Anob). De acuerdo a los resultados, la pertenencia a hogares con niveles socioeconómicos bajos modulaba el desempeño en la resolución de tal tarea, de forma que estos niños cometían más errores perseverativos y de estrategias de búsqueda espacial. Recientemente, Rhoades, Greenberg, Lanza et al. (2010), encontraron que la modulación de la pobreza sobre tareas de control inhibitorio, memoria de trabajo y flexibilidad atencional a los 3 años de edad, se asociaba en forma significativa a la calidad de las interacciones entre padres e hijos; mientras que Sarsour, Sheridan, Jutte et al. (2011) encontraron que a los 9 años, se sumaba a lo anterior la capacidad de los ambientes hogareños para

estimular el aprendizaje y el desarrollo cognitivo y socioafectivo de los niños. Recientemente, se realizaron estudios en los que se aplicaron técnicas de potenciales evocados (ERP) para obtener medidas de la actividad cerebral en simultáneo a las del desempeño cognitivo. Por ejemplo, D'Angiulli, Herdman, Stapells et al. (2008) analizaron la influencia del nivel socioeconómico sobre procesamientos de atención selectiva auditiva. Los resultados mostraron que los niños de hogares con niveles socioeconómicos medios atendían selectivamente a la información relevante, mientras que los de hogares con bajos niveles socioeconómicos atendían igualmente a información relevante e irrelevante. Respecto a evidencias del impacto de la pobreza sobre el desempeño neurocognitivo a nivel de la activación neural aplicando técnicas de resonancia magnética funcional, Noble, Wolmetz, Ochs et al. (2006) encontraron una interacción entre el procesamiento fonológico y el nivel de ingreso familiar en la actividad de un área neural involucrada en la lectura (i.e., giro fusiforme) en niños de 6 a 8 años de edad; mientras que Raizada, Richards, Meltzoff et al. (2008) encontraron diferencias debidas a pobreza en el grado de especialización hemisférica en un área cerebral involucrada en la producción de habla, el procesamiento y la comprensión del lenguaje, en niños de 5 años de edad. Otros investigadores aplicaron las mismas técnicas para explorar otros sistemas neurocognitivos, que involucraban a sistemas prefrontales y límbicos. Por ejemplo, Kim, Evans, Angstadt et al. (2013) encontraron niveles bajos de activación prefrontal y menor capacidad de suprimir la reactividad amigdalina ante la presencia de un estímulo que activa al sistema de regulación del estrés o estresor, en adultos con historia infantil de pobreza. Y Sheridan, Sarsour, Jutte et al. (2012) encontraron que la complejidad del ambiente lingüístico en los ambientes de crianza y los niveles de cortisol, se asociaron tanto con el nivel socioeconómico familiar, como con la activación de diferentes áreas de la corteza prefrontal durante la resolución de una prueba de aprendizaje. Finalmente, diferentes investigadores comenzaron a explorar las influencias del nivel socioeconómico sobre la activación de diferentes redes neurales asociadas a diferentes formas de pobreza y los eventos nega-

tivos asociados a ellas, por medio de técnicas de resonancia magnética estructural. Por ejemplo, Rao, Betancourt, Giannetta et al. (2010) analizaron a través de un diseño longitudinal la influencia de las prácticas de crianza parentales y el nivel de estimulación para el aprendizaje de los hogares sobre la morfología cerebral entre la infancia media y la adolescencia. Los resultados del estudio indicaron que mejores prácticas de crianza se asociaron con volúmenes más pequeños del hipocampo a la edad de 4 años. Al mismo tiempo, los niveles de estimulación para el aprendizaje en el hogar no se asociaron con el volumen de tal estructura cerebral. Ambas evidencias sugieren que diferentes aspectos del ambiente de crianza influirían de maneras diversas sobre la organización cerebral en estas etapas del desarrollo.

Asimismo, múltiples estudios realizados desde mediados del siglo XX, consideran a la regulación de la respuesta al estrés como uno de los mecanismos mediadores más importantes del efecto de la pobreza sobre el desarrollo emocional, cognitivo y social, tanto en niños como en adultos (Fernald & Gunnar 2009; Lupien, McEwen, Gunnar et al. 2009; Shonkoff 2010). Las amenazas, los eventos vitales negativos, la exposición a peligros ambientales, la violencia familiar y comunitaria, los procesos de cambio y disolución familiar, las mudanzas, la pérdida de empleo o la inestabilidad laboral y la privación económica persistente, son situaciones cuya probabilidad de ocurrencia aumenta en las condiciones de pobreza (Bradley y Corwyn 2002). Los sistemas neurales que instrumentan esta compleja regulación incluyen al hipocampo, la amígdala y diferentes áreas de la corteza prefrontal. En conjunto, estos sistemas regulan los procesos fisiológicos y conductuales de respuesta al estrés, adaptándose a corto plazo o generando impactos a largo plazo por dificultades en los procesos adaptativos, como en las situaciones crónicas de abuso y maltrato, o bien de pobreza extrema (Shonkoff 2010). Estos procesos regulatorios surgen de la comunicación entre el sistema nervioso central y periférico, y los sistemas inmunológico y cardiovascular. Por una parte, los mecanismos bidireccionales de regulación de la respuesta al estrés son protectores en el sentido de que promueven

adaptaciones en el corto plazo. Por otra parte, estos mecanismos pueden asociarse a desadaptaciones que desgastan al organismo bajo condiciones de estrés crónico, comprometiendo los procesos de recuperación y la salud en general (McEwen & Gianaros 2010).

Por último, durante las últimas dos décadas, la neurociencia cognitiva del desarrollo ha diseñado e implementado una serie de intervenciones orientadas a entrenar procesos autorregulatorios cognitivos para diferentes poblaciones de niños con y sin trastornos en su desarrollo (Lipina 2014a). Las estrategias utilizadas por estas intervenciones proponen, en general, la ejercitación en forma sistemática de procesos cognitivos por medio de actividades con demandas de dificultad creciente. Los procesos entrenados, como por ejemplo atención, control inhibitorio, memoria de trabajo, flexibilidad cognitiva o procesamiento fonológico, son aquellos que la neurociencia cognitiva ha identificado como centrales para el desarrollo cognitivo y socioemocional, y en consecuencia para la adquisición de los primeros aprendizajes escolares en las áreas de lengua y matemática. En comparación con las propuestas de intervención generadas en otros contextos disciplinarios (e.g., psicología del desarrollo, educación), las de la neurociencia contribuirían a generar mayor especificidad en términos del tipo de procesos involucrados (i.e., operaciones cognitivas básicas). Es importante aclarar, que todo tipo de optimización autorregulatoria de las poblaciones infantiles, debería partir de cambios políticos orientados a establecer equidad en las condiciones de desarrollo humano. En tal contexto, los esfuerzos científicos en el diseño de intervenciones para optimizar el desarrollo autorregulatorio, no están orientados a reemplazar lo que como comunidades deberíamos hacer para cuidarnos y protegernos desde la concepción. El objetivo es analizar los niveles posibles de cambio, para alimentar eventualmente el diseño de intervenciones compensatorias, aún sin poder modificar las verdaderas y profundas causas de la desigualdad, para intentar contribuir con construir oportunidades en la adversidad.

Algunas cuestiones epistemológicas para destacar

El conocimiento neurocientífico permite estudiar los efectos de las diferencias socio-económicas en los mecanismos neurobiológicos implicados en las competencias cognitivas, emocionales y de aprendizaje, superando el límite del uso exclusivo de pruebas comportamentales, lo cual permitiría la incorporación de más de un nivel de análisis. Este punto resulta significativo en vistas de arribar a una definición de dichas competencias que sea amplia desde lo conceptual, y operativa desde el punto de vista empírico de la práctica científica; y donde sea tomada en consideración la participación de las dimensiones biológica, psicológica y sociocultural en la generación de las conductas. En consecuencia, se plantea aquí un problema en el orden de lo epistemológico. En tal sentido, el antropólogo Clifford Geertz menciona que la comprensión de lo biológico, lo psicológico y lo sociocultural no se logrará estableciendo una especie de “cadena jerárquica del ser”, que ascienda desde lo físico y biológico hasta lo social y semiótico, siendo cada nivel reducible al nivel inferior (i.e., materialismo). Tampoco se logrará llegar a esta comprensión, si se tratan estos niveles como realidades soberanas y discontinuas conectadas externamente unas con otras (i.e., dualismo). Geertz sugiere tratar estos niveles como realidades “...constitutivas unas de las otras, reciprocamente constructivas...”. Se deberían tratar entonces como “complementos, no como niveles; no como entidades, sino como aspectos” (Geertz 2002:195). Por lo tanto, a través de la caracterización que se haga de la relación establecida entre los tres aspectos antes mencionados, sumado al significado que se otorgue a los resultados obtenidos a través del uso de las herramientas neurocientíficas, podremos dar una respuesta a la pregunta acerca de qué nos aporta de nuevo y distinto la neurociencia a lo que ya venía aportando la psicología en el estudio del desarrollo cognitivo.

Por otra parte, hemos mencionado que los aportes de la neurociencia contribuirían a diseñar modalidades de intervención con un mayor nivel de especificidad. Si vemos esta especificidad en términos de una mayor adecuación de las inter-

venciones a fines específicos, desde un punto de vista ético haría falta incorporar en el discurso neurocientífico una mayor explicitación de cuáles son los valores que movilizan al científico a perseguir dichos fines a través de sus investigaciones. Esto significaría una contribución a la ética de la investigación en neurociencia, y a su vez en un marco más amplio, a la neuroética, por cuanto colaboraría con la identificación de potenciales beneficios y/o peligros de las investigaciones sobre el cerebro, con repercusiones a su vez, en las prácticas profesionales en las distintas disciplinas que vinculan a la neurociencia con la salud. De esta manera, en este terreno de reflexión sobre las propias prácticas, ya no alcanzaría como justificativo para intentar mejorar tal o cual aspecto de la cognición el simple hecho de encontrarse un déficit o desempeño bajo, sino que se daría lugar a las preguntas acerca del por qué, el para qué y el cómo, tomando a la persona como referencia y como fin en sí misma.

Volviendo al plano epistemológico, nos preguntamos si lo que la neurociencia aporta, en términos de una mayor adecuación de las intervenciones, lo hace por su capacidad de encontrar registros (en el sentido de marcas en un órgano) de cambios a nivel neural que guardan una relación tiempo-espacial con los fenómenos mentales. En tal contexto de análisis, consideramos que sería un error pensar que esta mayor adecuación lograda a través de los datos neurocientíficos se basa en un localizacionismo ingenuo que no dé cuenta de los complejos estados relacionales que subyacen a la cognición, las emociones y el aprendizaje en la biología cerebral.

En relación a este punto, Germán Berrios menciona que:

...la cuestión de la “localización cerebral” de los síntomas mentales no está relacionada con el mapeo o la determinación de un “hecho ontológico”, sino con cómo un constructo histórico (relato de una “experiencia subjetiva”) se relaciona con otro constructo (cuerpo). Esto se debe a que, a través de la historia tanto la “experiencia subjetiva” como el “cuerpo” han recibido definiciones variadas (Berrios 2011: 244).

Tomando como base esta idea de Berrios acerca de los síntomas mentales, podemos decir que las competencias cognitivas, emocionales y de aprendizaje, también harían referencia a constructos históricos para los cuales debemos describir el tipo de relación que mantienen con el constructo del cuerpo. Este problema epistemológico vinculado con el significado del dato neurocientífico, da paso a uno de tipo neuroético relacionado con las implicancias éticas, sociales y políticas que tiene la correcta o incorrecta comprensión pública de los datos obtenidos por la neurociencia, acerca del cerebro.

Hechos descriptos por la neurociencia y valores

¿Qué relación podemos establecer entre hechos biológicos y lo que consideramos bueno o malo para el ser humano? El bioeticista Peter Singer nos advierte que a pesar de la imposibilidad de deducir valores a partir de hechos (por ejemplo, pensar que lo *natural* es lo *correcto*; o deducir derechos humanos universales del hecho que seamos mamíferos), es importante: "... Aceptar que existe algo así como una naturaleza humana y tratar de saber más de ésta, de modo que las medidas políticas puedan basarse en los mejores datos disponibles sobre cómo son los seres humanos" (Singer 2000:86). Delimitando esta naturaleza en sus aspectos biológicos, nótese que lo que queda evidenciado es la potencialidad del contexto socioambiental para modificar de alguna manera ciertas características de la biología cerebral lo cual se asociaría a cambios en el funcionamiento motor, cognitivo, emocional, del aprendizaje, etc.

En la cotidianeidad de la vida de los seres humanos, ciertas características de sus entornos están determinadas por factores independientes de la intervención voluntaria de los propios individuos -como por ejemplo, ciertas características del entorno natural-; y otras dependen directamente de la actividad y la voluntad de personas y del funcionamiento de instituciones, que forman parte de los entornos sociales -como por ejemplo, las condiciones de vida asociadas a la pobreza⁵.

5 Mencionemos en este punto las palabras de Thomas Pogge, quien no se ocupa de la relación entre neurociencia

La posibilidad que nos brinda la neurociencia de conocer la repercusión que ciertos mediadores de la pobreza tienen sobre el desarrollo neural y de los potenciales beneficios de ciertas intervenciones, nos debe hacer reflexionar entonces sobre la *responsabilidad* que tienen las personas e instituciones que componen los entornos sociales de los individuos en desarrollo sobre el sostenimiento de la pobreza y las consecuencias de la misma. En tal sentido, los cambios a nivel neural y conductual observados en relación a mediadores de la pobreza, nos inducen a pensar en la *vulnerabilidad* de las personas que viven en esa condición. Cuando hablamos de vulnerabilidad nos referimos a una condición universal de amenaza contra la *integridad*, a un estado de fragilidad, no de daño. Sin embargo, denotar a los dañados como vulnerables lleva a menospreciar su daño. Se debe establecer entonces una clara diferenciación entre vulnerables y vulnerados (Kottow 2008). La sola presencia de la condición de pobreza, ya denota un estado de vulneración de derechos humanos. Sin embargo, conocer los daños efectivamente ocasionados a nivel del sistema nervioso establece aún de forma más categórica dicho estado. Por lo tanto, las responsabilidades en sentido moral de personas e instituciones en relación a la pobreza, serán distintas en el caso de una potencial vulneración (e.g., personas con riesgo de daño neural) o en el de una vulneración efectiva (e.g. personas con daño neural efectivo, aunque no necesariamente irreversible); y por ende, desde un punto de vista jurídico, en la protección y el tipo de reparación a garantizar.

y pobreza, pero sí de señalar las responsabilidades individuales e institucionales sobre el mantenimiento de esta última: "... los ciudadanos y los gobiernos de los países ricos -ya sea intencionalmente o no- están imponiendo un orden institucional global que de manera previsible y evitable reproduce una pobreza extrema y ampliamente extendida. Los menos favorecidos no son simplemente pobres que a menudo mueren por falta de alimentos, sino personas a las que se empobrece y se mata de hambre bajo los esquemas institucionales que compartimos con ellas, y que inexorablemente configuran sus vidas..." (Pogge 2005:255). Pogge habla sobre los ciudadanos y gobiernos de países ricos, sin embargo, también podríamos señalar, en un mismo sentido, las responsabilidades de los ciudadanos y gobiernos de todos los países con capacidad de imponer órdenes institucionales locales que contribuyeran de igual manera a reproducir de alguna manera las condiciones de pobreza

Los datos de la neurociencia en relación a la pobreza y los derechos humanos

¿Qué relación podemos establecer entre los datos neurocientíficos asociados a la pobreza y los derechos humanos? El filósofo Thomas Pogge sostiene con respecto a la pobreza que

... debemos dejar de pensar acerca de la pobreza mundial en términos de ayuda a los pobres... Es obvio que los pobres necesitan ayuda. Pero la necesitan sólo a causa de las terribles injusticias a las que se hallan sometidos (Pogge 2005:39).

Transfiriendo esta idea al terreno de la neurociencia y la pobreza, podríamos pensar que no es la condición biológica asociada a la pobreza descrita por la neurociencia la que determinaría la necesidad de ayuda; si bien esa condición podría establecer en parte el tipo de ayuda necesaria. La necesidad de ayuda, estaría dada con anterioridad por la existencia de una condición injusta previa que es la que genera la condición de pobreza. Es importante destacar este punto, entre otros motivos, previendo la posibilidad de que las alteraciones neurobiológicas pudieran ser consideradas *marcadores biológicos* indispensables para el acceso a determinado tipo de política pública, tendiente a paliar los efectos de la pobreza sobre el desarrollo neural. Por otra parte, sin la intención de caer en un modelo explicativo reduccionista, deberíamos intentar definir qué tipo de relación se podría establecer entre dos realidades (una biológica y la otra perteneciente al plano de lo valorativo) potencialmente vinculables (*constitutiva una de la otra o recíprocamente constructivas*, en los términos previamente señalados de Geertz) como son el desarrollo neural y el *florecimiento humano*. En este sentido, Pogge menciona que los seres humanos tienen vidas florecientes cuando: "... sus vidas son buenas, o valiosas, en el sentido más amplio" (Pogge 2005:46); y propone establecer una diferencia entre componentes y medios para el florecimiento. Por ejemplo, la felicidad o la sabiduría son componentes del florecimiento si y sólo si, son elementos constitutivos del mismo. En tanto que la prosperidad, la educación o la salud son medios para el florecimiento, sí y sólo sí contribuyen

con el aumento de sus componentes. Adoptando esta perspectiva, sostenemos (a pesar de que Pogge no hace mención de este punto) que las funciones neurales plenamente desarrolladas podrían ser vistas como medios para el florecimiento humano. Asimismo, al referirnos a florecimiento debemos hablar entonces de valores. En este sentido, Pogge habla de dos tipos de valores. El *valor personal* es aquel que hace que una vida sea buena para la persona que la vive; mientras que el *valor ético* es el que hace que una vida sea valiosa o éticamente buena en un sentido más amplio. En relación a lo que venimos señalando, los impactos neurales asociados a mediadores de la pobreza pueden, por ejemplo, disminuir el valor personal de una vida, pero no su valor ético. Un ejemplo en este sentido aunque no vinculado directamente con la neurociencia es el caso de las tareas solitarias y serviciales que se realizan por una buena causa y que suelen contribuir al valor ético de una vida, pero no a su valor personal. En síntesis, la perspectiva desde la cual Pogge ve a los derechos humanos implica que,

... el postulado de un derecho humano a X equivale a la exigencia de que, en la medida de lo razonablemente posible, toda institución humana esté diseñada de tal modo que todos los seres humanos afectados por ella tengan un acceso seguro a X (Pogge 2005:67).

En vistas de esta propuesta, nos volvemos a preguntar por qué las evidencias científicas aportadas por la neurociencia en relación a la pobreza son importantes para la ética, y más particularmente para la neuroética. En tal sentido, consideramos que la neurociencia puede: (a) aportar una mejor definición de aquellos objetos de los derechos humanos (e.g., la salud, la educación, el trabajo, la alimentación, el medioambiente seguro, en cuanto elementos que guardan, en algún aspecto, relación con el desarrollo neural y que requieren de una definición precisa en referencia a ese tipo de relación; como cuando se considera el derecho humano a una alimentación adecuada -en este caso la neurociencia nos podría aportar conocimientos necesarios para evaluar la adecuación de dicha alimentación); (b) evaluar las consecuencias de la falta de acceso seguro a los

objetos de los derechos humanos que se verifica en los contextos de pobreza; (c) determinar qué *derechos jurídicos* serían necesarios para la realización del derecho humano a la salud (por ejemplo, *derecho jurídico* al acceso a determinado tipo de alimentación); (d) resaltar la importancia de ciertas prácticas sociales que van más allá de un marco jurídico específico; como es el caso de la solidaridad (en la medida que ésta sirva para morigerar el efecto de la acción de ciertos mediadores de la pobreza sobre el desarrollo neural); y (e) contribuir con establecer las porciones mínimamente adecuadas de atención médica y de oportunidades de educación, en cuanto objetos de derechos humanos, para los cuales ciertos derechos jurídicos correspondientes en la legislación o en la constitución deberían servir para garantizar un acceso seguro (si bien, en este punto, Pogge hace una salvedad al señalar que una sociedad puede estar dispuesta y organizada de manera que todos sus miembros tengan acceso seguro a X —e.g. alimentación adecuada—, a pesar de no tener el derecho jurídico a ello).

¿Cómo influye la pobreza sobre lo que las personas son capaces de ser y hacer?

Desde una perspectiva del desarrollo humano, Sen (1997) define al conjunto de *capacidades* de una persona como, “el conjunto de vectores de realización a su alcance”. Este enfoque de las capacidades apunta a responder a la pregunta acerca de qué es capaz de hacer y de ser cada persona.

Desde otro marco teórico, Chomsky señala en relación a las capacidades:

Quando afirmo que una persona tiene la capacidad de hacer una cosa determinada en un momento dado, quiero decir que de acuerdo con su constitución física y mental en ese momento, no necesita de mayor instrucción, adiestramiento, ni desarrollo físico, para hacer esa determinada cosa, si encuentra las condiciones externas apropiadas (Chomsky 2001:12).

Al respecto, desde una perspectiva moral, se podría considerar que las personas poseen determinado tipo de capacidades, siendo deber de

las sociedades propender a crear las condiciones para el más amplio desarrollo posible de dichas capacidades, como vía para hacer más plenas sus vidas. Sin embargo, este deber moral de propender a la plenitud de la vida parecería entrar en conflicto con la existencia de una condición vital sumamente frecuente y restrictiva como lo es la pobreza.

Sen (1997) también señala que:

Al examinar la faceta de bienestar de una persona se puede prestar atención legítimamente al conjunto de capacidades de la persona y no sólo al vector de realización que ha elegido. Esto tiene el efecto de permitir tener en cuenta las libertades positivas que una persona tiene en un sentido general (la libertad “para hacer esto” o “ser aquello” (Sen 1997: 81).

Sostenemos que si ese conjunto de capacidades se ve reducida por el efecto de ciertos factores mediadores de la pobreza sobre funciones cognitivas básicas, entonces —parafraseando a Sen— serán sus libertades las que también se verán afectadas y: “... la vida buena es, entre otras cosas, también una vida de libertad.” (Sen 1997:83). El deterioro que la pobreza genera, entre otras cosas, en el aspecto del desarrollo neurocognitivo, determinaría entonces, al menos en parte, una potencial merma en las capacidades humanas en base a las cuales el ser humano define su ser y su hacer.

Complementando la propuesta señalada previamente de promover capacidades y vidas más plenas, resulta de interés la propuesta de Chomsky quien sostiene que una tarea a realizar por la sociedad debería ser:

...reconstruir el vínculo entre un concepto de la naturaleza humana que pone toda su capacidad en función de la libertad, la dignidad y la creatividad, y otras características humanas fundamentales e insertarlo en una concepción de la estructura social donde tales propiedades podrían realizarse y donde tendría lugar una vida humana plena de sentido (Chomsky 2010:189).

El enfoque sugerido por Martha Nussbaum (2012), en parte heredero del planteado por Sen, concibe a cada ser humano como un fin en sí mismo y se pregunta por las *oportunidades* disponibles para cada uno de ellos.

Cabe preguntarnos entonces, de qué manera las oportunidades se ven limitadas como consecuencia de la pobreza y sus potenciales efectos sobre el desarrollo neural. Entonces, las capacidades no serían simples habilidades residentes en el interior de una persona, sino que incluirían también las *libertades* o las *oportunidades* creadas por la combinación entre esas facultades personales y el entorno político, social y económico; la autora se refiere a estas libertades como *capacidades combinadas*. Es necesario señalar que la perspectiva adoptada por Nussbaum, nos muestra un enfoque comprometido con el respeto a las facultades de autodefinición de las personas. Nuevamente, debemos hacer notar que las barreras medioambientales impuestas por la pobreza limitan dichas facultades, disminuyendo en consecuencia las oportunidades y los grados de libertad efectiva. Además, este enfoque asigna una tarea urgente al Estado y a las políticas públicas de mejorar la calidad de vida de todas las personas. En forma complementaria, las características o estados de una persona (rasgos de su personalidad, capacidades intelectuales y emocionales, estado de salud) son lo que Nussbaum llama *capacidades internas*. Se trata de rasgos y de aptitudes entrenadas y desarrolladas, en muchos casos en interacción con el entorno social, económico, familiar y político. En tal sentido, es conveniente diferenciar estos estados de las personas, de su *equipamiento innato*. En este contexto de discusión, es posible pensar que la neurociencia podría contribuir con delimitar y caracterizar los componentes de las capacidades humanas (fundamentalmente, las capacidades internas y el equipamiento innato). En tal sentido, para Nussbaum una de las tareas que corresponde a una sociedad que quiera *promover las capacidades humanas más importantes*, es la de apoyar el desarrollo de las capacidades internas, ya sea a través de la educación, de los recursos necesarios para potenciar la salud física y emocional, o de otras muchas medidas. En

consecuencia, la neurociencia estaría en condiciones de colaborar con los esfuerzos de esta promoción al aportar conocimientos en relación al funcionamiento neural y su desarrollo.

Desafíos éticos asociados al estudio de la pobreza humana

La neurociencia enfrenta algunos desafíos éticos específicamente asociados al proceso de construcción de conocimiento en el trabajo con familias y niños en condiciones de pobreza. Entre estos desafíos podemos mencionar: (a) el uso del lenguaje durante las interacciones, que involucra uso de terminología técnica sobre los procedimientos que no son fáciles de comprender y que puede comprometer una toma de decisión verdaderamente autónoma por parte de los niños y sus familias; (b) la comprensión de los consentimientos informados; (c) la ausencia de formación ética en los investigadores con respecto a las nociones de desarrollo y pobreza, que suelen incluir concepciones erróneas como las de la irreversibilidad del impacto de la pobreza sobre el desarrollo cerebral o la asignación de períodos sensibles en forma única a los primeros 1000 días de vida; (d) el tratamiento de las historias traumáticas durante el desarrollo de entrevistas, que en ocasiones pueden ser la primera o única oportunidad para conversar sobre temas críticos para muchas familias en relación a violencia, inseguridad alimentaria o vivienda; y (e) las expectativas que se generan sobre los alcances de las intervenciones orientadas a evaluar plasticidad cerebral y el impacto del entrenamiento cognitivo, a través de la implementación de diferentes tipos de actividades en la escuela y en el hogar, lo cual involucra a cuidadores y maestros (Lipina 2014b).

Conclusión

Los cambios observados a nivel conductual y cerebral asociados a ciertos mediadores de la pobreza ponen en evidencia la cualidad humana universal de vulnerabilidad en tanto posibilidad de alteración a su integridad. Sólo a través del respeto de los derechos humanos se podría paliar dicha vulnerabilidad. En tal sentido, es necesario establecer una clara diferenciación entre personas *vulnerables* y *vulneradas*, de tal mane-

ra de implementar políticas de salud, educación y desarrollo social diferenciadas para cada caso. En tal contexto, la neurociencia es una disciplina que podría aportar conocimientos que ayuden a definir con mayor precisión dicho estatus.

En el Reporte del Comité Internacional de Bioética de la UNESCO sobre no-discriminación y no estigmatización del año 2014, se plantea que estamos llamados a definir un acercamiento más efectivo a clases específicas de sufrimiento (por ejemplo, como los que implica la pobreza y sus consecuencias sobre el desarrollo neural); que parecerían estar entrelazadas con situaciones persistentes de marginalización y pérdida de respeto por la dignidad humana. En consecuencia, cabría plantear dos preguntas en relación al carácter ambivalente que puede tener la neurociencia: (a) ¿cómo habilitaría o aumentaría los riesgos de discriminación y estigmatización?; y (b) ¿cómo podría contribuir con comprender, y tal vez mitigar, los efectos de la discriminación y la estigmatización? (UNESCO 2014). En tal sentido, nos interesa resaltar la importancia de indagar en aquellos valores culturales y actitudes que puedan fomentar y consolidar dicha discriminación.

Asimismo, resulta necesario revisar las agendas de aquellas disciplinas que estudian el fenómeno de la pobreza infantil partiendo de la idea que los impactos son fijos e irreversibles (Akhtar & Jaswal 2013). Ello constituiría una manera productiva de intentar contrarrestar potenciales estigmatizaciones. Por otra parte, ignorar estos aspectos en el diseño de nuevos estudios y en la planificación de las políticas científicas y públicas orientadas a optimizar el desarrollo socio-afectivo e intelectual, podría llevar a que no se tomen en cuenta oportunidades que podrían favorecer al desarrollo humano.

En el caso de la pobreza los datos de la neurociencia pueden ayudar a evidenciar el no cumplimiento de derechos humanos contemplados en las convenciones internacionales (e.g. al poner en evidencia consecuencias sobre el desarrollo neural de la falta de acceso al sistema de salud, a una alimentación adecuada, a estrategias pedagógicas acordes a las necesidades de cada niño, etc.).

Por último, en relación a la pobreza y a la protección de la dignidad de las personas, sostenemos la importancia de resaltar la responsabilidad de las personas y de las instituciones (fundamentalmente del Estado) de actuar promoviendo universalmente oportunidades para el desarrollo de las capacidades humanas, dentro del máximo de sus posibilidades, y la realización de los derechos humanos; considerando en todo momento y en todo lugar al ser humano como un fin en sí mismo.

Parte del contenido de este trabajo fue presentado por los autores en el "II Simposio de Neuroética" (Panel "Pobreza y Cerebro"), organizado en conjunto por el Programa de Neuroética del Centro de Investigaciones Filosóficas, Human Brain Project y el Laboratorio de Neurociencia de la Universidad Torcuato Di Tella. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, 1 y 2 de diciembre de 2014.

Entregado 1-7-2015

Aprobado 27-9-2015

Bibliografía

- ADLER, N.E. & NEWMAN, K., 2002. Socioeconomic disparities in health: Pathways and policies, *Health Affairs*, 21:60-76.
- AKHTAR, N. & JASWALL, V.K., 2013. Deficit or difference? Interpreting diverse developmental paths: An introduction to the special section, *Developmental Psychology*, 49:1-3.
- ANTONOV-SCHLORKE, I., SCHWAB, M., COX, L.A., LI, C., STUCHLIK, K., WITTE, O.W. et al., 2011. Vulnerability of the fetal primate brain to moderate reduction in maternal global nutrient availability, *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 108: 3011-3016.
- BAKERMANS-KRANENBURG, M.J. & VAN IJZENDOORN, M.H., 2011. Differential susceptibility to rearing environment depending on dopamine-related genes: New evidence and a meta-analysis, *Development and Psychopathology*, vol. 23: 39-52.
- BEAVER, K.M., WRIGHT, J.P., DE LISI M. & VAUGHN, M.G., 2012. Dopaminergic polymorphisms and educational attainment: Results from a longitudinal sample of Americans, *Developmental Psychology*, vol. 48: 932-938.
- BERRIOS, G., 2011. Localización cerebral de síntomas mentales, en Berrios G., *Hacia una nueva epistemología de la Psiquiatría*, Ed. Polemos,

- Bs As.: 241-247. Trad. A. Giaccone y M.V. Schmidt.
- BORGHOL, N., SUPERMAN, M., MCARDLE, W., RACINE, A., HALLETT, M., PEMBREY, M. et al., 2011. Associations with early-life socio-economic position in adult DNA methylation, *International Journal of Epidemiology*, 40: 1-13.
- BRADLEY, R.H. & CORWYN, R.F., 2002. Socioeconomic status and child development, *Annual Review of Psychology*, 53: 371-399.
- BRICMONT, J. y FRANK, J. (coord.), 2010. Acerca de la naturaleza humana: justicia contra poder. Entrevista de Noam Chomsky con Michel Foucault en Bricmont J. y Frank J. (coord.), Chomsky y la intelligentsia. La libertad de expresión. Política: teoría y práctica, Ed. Popular, Madrid: 185-205. Trad. Miguel Sautié.
- BROOKS-GUNN, J. & DUNCAN, G.J. 1997. The effects of poverty on children, *Future of Children*, 7: 55-71.
- CHOMSKY, N., 2001. La mente y el cuerpo. En Reglas y representaciones, Ed. Fondo de Cultura Económica, México D.F., México: 11-55. Trad. Stephen Bastien.
- D'ANGIULLI, A., HERDMAN, A., STAPPELLS, D. & HERTZMAN, C., 2008. Children's event-related potentials of auditory selective attention vary with their socioeconomic status, *Neuropsychology*, 22: 293-300.
- D'ANGIULLI, A., LIPINA, S.J., & OLESINSKA, 2012a. Explicit and implicit issues in the developmental cognitive Neuroscience of social inequality, *Frontiers in Human Neuroscience*. doi: 10.3389/fnhum.2012.00254. Recuperado el 20 de junio de 2015. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3434357/pdf/fnhum-06-00254.pdf>
- DAVID, T., GOOUCH, K. & POWELL, S., 2015. The Routledge International Handbook of philosophies and theories of early childhood education and care, New York: Routledge.
- DAVIES, G., ARMSTRONG, N., BIS, J.C., BRESSLER, J., CHOURAKI, V., GIDDALURU, S. et al., 2015. Genetic contributions to variation in general cognitive function: A meta-analysis of genome-wide association studies in the CHARGE consortium (N=53949), *Molecular Psychiatry*, 1: 1-10.
- ESSEX, M.J., BOYCE, W.T., HERTZMAN, C., LAM, L.L., ARMSTRONG, J.M., NEUMANN, S.M. et al., 2013. Epigenetic vestiges of early developmental adversity: Childhood stress exposure and DNA methylation in adolescence, *Child Development*, vol. 84: 58-75.
- EVANS, G.W. & FULLER-ROWELL, T.E., 2013b. Childhood poverty, chronic stress, and young adult working memory: The protective role of self-regulatory capacity, *Developmental Science*, vol. 16: 688-696.
- EVERS, K., 2010. Introducción, en Neuroética, Ed. Katz, Buenos Aires: 11-20. Trad. Víctor Goldstein.
- FARAH, M.J., SHERA, D.M., SAVAGE, J.H., BETANCOURT, L., GIANNETTA, J.M., BRODSKY, N.L. et al., 2006. Childhood poverty: specific associations with neurocognitive development, *Brain Research*, 1110: 166-174.
- FERNALD, L.C.H. & GUNNAR, M.R., 2009. Poverty-alleviation program participation and salivary cortisol in very low-income children, *Social Science & Medicine*, 68: 2180-2189.
- FOX, S.E., LEVITT, P. & NELSON, C.A., 2010. How the timing and quality of early experiences influence the development of brain architecture, *Child Development*, 81: 28-40.
- FUGLESTAD, A.J., RAO, R. & GEORGIEFF, M.K., 2008. The role of nutrition in cognitive development, en Nelson C. A., Luciana M. (Eds), *Handbook of Developmental Cognitive Neuroscience*, The MIT Press, Cambridge MA.
- GEERTZ, C., 2002. Cultura, mente, cerebro/cerebro, mente, cultura, en Reflexiones antropológicas sobre temas filosóficos, Ed. Paidós, Buenos Aires: 191-209. Trad. Nicolás Sanchez Durá y Gloria Liorens.
- GIANAROS, P.J. & HACKMAN, D., 2013. Contribution of neuroscience to the study of socioeconomic health disparities, *Psychosomatic Medicine*, vol. 75: 610-615.
- GÓMEZ-PINILLA, F., 2008. Brain foods: The effects of nutrients on brain function, *Nature Reviews Neuroscience*, vol. 9: 568-578.
- GRANDJEAN, P. & LANDRIGAN, P.J., 2006. Developmental neurotoxicity of industrial chemicals, *Lancet*, 368: 2167-2178.
- HACKMAN, D.A. & FARAH, M. J., 2009. Socioeconomic status and the developing brain, *Trends in Cognitive Sciences*, 13: 65-73.
- HACKMAN, D.A., FARAH, M.J. & MEANY, M.J., 2010. Socioeconomic status and the brain: mechanistic insights from human and animal research, *Nature Reviews Neuroscience*, 11: 651-659.
- HOFF, E., 2003. The specificity of environmental influence: socioeconomic status affects early vocabulary development via maternal speech, *Child Development*, 74: 1368-1378.

- HOFF, E., 2013. Interpreting the Early language trajectories of children from low-SES and language minority homes: Implications for closing achievement gaps, *Developmental Psychology*, 49: 4-14.
- HUBBS-TAIT, L., NATION, J.R., KREBS, N.F. & BELLINGER, D.C., 2005. Neurotoxicants, micronutrients and social environments. Individual and combined effects on children's development, *Psychological Science in the Public Interest*, 6: 57-121.
- KANT, I., 2005. Tránsito de la filosofía moral popular a una metafísica de las costumbres, en *Fundamentación para una metafísica de las costumbres*. Ed. Alianza, Madrid, España, 82-139. Trad. Roberto R. Aramayo.
- KIM, P., EVANS, G.W., ANGSTADT, M., HO, S.S., SRIPADA, C.S., SWAIN, J.E. et al., 2013. Effects of childhood poverty and chronic stress on emotion regulatory brain function in adulthood, *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 110: 18442-18447.
- KISER, D.P., RIVERO, O. & LESCH, K.P., 2015. The epigenetics of neurodevelopmental Disorders in the era of whole-genome sequencing – unveiling the dark matter, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56: 278-295.
- KOTTOW, M., 2008. Vulnerabilidad y protección, en Tealdi JC. (comp.), *Integridad*, en *Diccionario latinoamericano de bioética*. UNESCO/Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia: 333-347.
- LEUNG, J.T. & SHEK, D.T., 2011. Poverty and adolescent developmental outcomes: A critical review, *International Journal of Adolescence Medical Health*, 23: 109-114.
- LIPINA, S.J., 2014a. Biological and sociocultural determinants of neurocognitive Development: Central aspects of the current scientific agenda, en I. PORTYKUS, A. BATTRO, (eds.), *Proceedings of the Working Group Bread and Brain, Education and Poverty*, Academia Pontificia de Ciencias, Vaticano: 1-30.
- LIPINA, S.J., 2014b. Consideraciones neuroéticas de la pobreza infantil, en SALLES, A. & EVERS, K. (eds.), *La vida social del cerebro*, Fontamara, México D.F.: 67-101.
- LIPINA, S.J. & COLOMBO, J.A., 2009. Poverty and brain development during childhood: An approach from cognitive psychology and neuroscience, Washington, DC: American Psychological Association: 24-56.
- LIPINA, S.J. & SEGRETIN, M.S., 2015. Strengths and weakness of neuroscientific investigations of childhood poverty: Future directions, *Frontiers in Human Neuroscience*, doi: 10.3389/fnhum.2015.00053. Recuperado el 20 de junio de 2015. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4324136/pdf/fnhum-09-00053.pdf>
- LIPINA, S.J., MARTELLI M.I., VUELTA B. & COLOMBO, J.A., 2005. Performance on the A-not-B task of Argentinian infants from unsatisfied and satisfied basic needs homes, *Interamerican Journal of Psychology*, 39: 49-60.
- LIPINA, S.J., MARTELLI, M.I., VUELTA, B., INJOQUE RICLE, I., COLOMBO, J.A., 2004. Pobreza y desempeño ejecutivo en alumnos preescolares de la ciudad de Buenos Aires (Argentina), *Interdisciplinaria*, 21:153-193.
- LIPINA, S.J., SEGRETIN, M.S., HERMIDA, M.J., PRATS, L., FRACCHIA, C. & COLOMBO, J.A., 2013. Linking childhood Poverty and cognition: Individual and environmental predictors of non-verbal executive control in an Argentine simple, *Developmental Science*, 16: 697-707.
- LIPINA, S.J., SIMONDS, J., SEGRETIN, M.S., 2011. Recognizing the child in child poverty, *Vulnerable Children and Youth Studies*, 6: 8-17.
- LUPIEN, S.J., MCEWEN, B.S., GUNNAR, M.R. & HEIM, C.; 2009. Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition, *Nature Reviews Neuroscience*, 10: 434-445.
- MCEWEN, B.S. & GIANAROS, P.J., 2010. Central role of the brain in stress and adaptation: Links to socioeconomic status, health, and disease, *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186: 190-222.
- MC. GOWAN, P.O., SASAKI, A., D'ALESSIO, A.C., CYMOY, S., LABONTÉ, B., SZYF, M. et al., 2009. Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse, *Nature Neuroscience*, 12: 342-348.
- MC LOYD, V.C., 1998. Socioeconomic disadvantaged and child development, *American Psychologist*, 53: 185-204.
- MOREIN-ZAMIR, S., SAHAKIAN, B., 2010. Neuroethics and public engagement training needed for neuroscientists, *Trends in Cognitive Sciences*, Vol. 14, N° 2: 49-51.
- NOBLE, K.G., NORMAN, M.F. & FARAH, M.J., 2005. Neurocognitive correlates of socioeconomic status in kindergarten children, *Developmental Science*, 8: 74-87.
- NOBLE K.G., WOLMETZ M.E., OCHS L.G., FARAH M.J. & MCCANDLISS B.D., 2006. Brain-behavior relationships in reading acquisition are

- modulated by socioeconomic factors, *Developmental Science*, 9: 642-651.
- NUSSBAUM, M., 2012. *Crear capacidades. Propuestas para el desarrollo humano*, Paidós, Madrid. Trad. Albino Santos Mosquera, 266 p.
- OBERLANDER, T., WEINBERG, J., PAPSDORF, M., GRUNAU, R. MISRI, S. & DEVLIN, A. M., 2008. Prenatal exposure to maternal depression, neonatal methylation of human glucocorticoid receptor gene (Nr3c1) and infant cortisol stress responses, *Epigenetics*, vol. 3: 97-106.
- OVERTON, W.F., 2006. Developmental psychology: Philosophy, concepts, methodology, en R.M. Lerner (ed.) *Theoretical models of human development*, Volume 1 of the *Handbook of child psychology* (6th ed.), Editor-in-Chief: William Damon; Richard M. Lerner. New York: Wiley: 18-88.
- PNUD, 2010. *Informe sobre Desarrollo Humano 2010: La verdadera riqueza de las naciones*, Nueva York: Naciones Unidas. [Versión electrónica]. Recuperada el 20 de junio de 2015. Disponible en: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2010_es_complete_reprint.pdf
- POGGE, T., 2005. *La pobreza en el mundo y los derechos humanos*, Paidós, Barcelona. Trad. Ernest Weikert García, 348 p.
- RAIZADA, R.D.S., RICHARDS, T.L., MELTZOFF, A. & KUHL, P.K., 2008. Socioeconomic status predicts hemispheric specialization of the left inferior frontal gyrus in young children, *Neuroimage*, 40 : 1392-1401.
- RAO, H., BETANCOURT, L., GIANNETTA, J.M., BRODSKY, N.L., KORCZYKOWSKI, M., AVANTS, B.B. et al., 2010. Early parental care is important for hippocampal maturation: Evidence from brain morphology in humans, *Neuroimage*, vol. 49: 1144-1150.
- RHOADES, B.L., GREENBERG, M.T., LANZA, S.T. & BLAIR, C., 2010. Demographic and familial predictors of early executive function development: Contribution of a person-centered perspective, *Journal of Experimental Child Psychology*, 108: 638-662.
- ROMENS, S.E., MCDONALD, J., SVAREN, J. & POLLAK, S.D., 2015. Associations between early life stress and gene methylation in children, *Child Development*, vol. 86: 303-309.
- ROTH, T.L. & SWEATT, J.D., 2011. Epigenetic mechanisms and environmental shaping of the brain during sensitive periods of development, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52: 398-408.
- ROTH, T.L., LUBIN, F.D., FUNC, A.J. & SWEATT, J.D., 2009. Lasting epigenetic influence of early-life adversity on the BDNF gene, *Biological Psychiatry*, 65: 760-769.
- ROUSSOTTE, F.F., RUDIE, J.D., SMITH, L., O'CONNOR, M.J., BOOKHEIMER, S.Y., NARR, K.L. et al., 2012. Frontostriatal connectivity in children during working memory and the effects of prenatal methamphetamine, alcohol, and polydrug exposure, *Developmental Neuroscience*, vol. 34: 43-57.
- SARSOUR, K., SHERIDAN, M., JUTTE, D., NURU-JETER, A., HINSHAW, S. & BOYCE, W.T., 2011. Family socioeconomic status and child executive functions: The roles of language, home environment and single parenthood, *Journal of the International Neuropsychological Society*, 17: 120-132.
- SEN, A., 1997. *El bienestar y la libertad*. En *Bienestar, justicia y mercado*, Paidós, Barcelona: 62-84. Trad. Damián Salcedo.
- SHERIDAN, M.A., SARSOUR, K., JUTTE, D., D'ESPOSITO, M. & BOYCE, W.T., 2012. The impact of social disparity on prefrontal function in childhood. *PLoS ONE*, doi:10.1371/journal.pone.0035744. Recuperado el 20 de junio de 2015. Disponible en: <http://www.plosone.org/article/fetchObject.action?uri=info:doi/10.1371/journal.pone.0035744&representation=PDF>
- SHONKOFF, J.P., 2010. Building a new biodevelopmental framework to guide the future of early childhood policy, *Child Development*, 81: 357-367.
- SINGER, P., 2000. Una izquierda darwiniana para hoy y mañana, en *Una izquierda darwiniana. Política, evolución y cooperación*. Crítica, Barcelona: 85-89. Trad. Desmouts A.J.
- SPICKER, P., ÁLVAREZ LEGUIZAMÓN, S. & GORDON, D., 2009. *Pobreza, un glosario internacional*, Buenos Aires: CLACSO.
- UNESCO, International Bioethics Committee (IBC), 2014. *Report of the IBC on the Principle of Non-discrimination and Non-stigmatization*. [Versión electrónica]. Recuperado el 20 de junio de 2015. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0022/002211/221196E.pdf>
- WACHS, T.D., GEORGIEFF, M., CUSICK, S. & MCEWEN, B.S., 2014. Issues in the timing of integrated early interventions: Contributions from nutrition, neuroscience, and psychological research, *Annals of the New York Academy of Sciences*, vol. 1308: 89-106.
- WALKER, S.P., WACHS, T.D., GRANTHAM-MCGREGOR, S., BLACK, M.M., NELSON, C.A. et al., 2011. Inequality in early childhood: risk and pro-

tective factors for early child development, *Lancet*, 378: 1325-1338.

WESTERMAN, G., MARESCHAL, D., JOHNSON, M.H., SIROIS, S., SPRATLING, M.W. & THOMAS, M.S.C., 2007. Neuroconstructivism, *Developmental Science*, 10: 75-83.

ZHANG, T.Y. & MEANY, M.J., 2010. Epigenetics and the environmental regulation of the genome and its function, *Annual Review of Psychology*, 61: 439-466.

Modelos teóricos de politização da bioética – Uma revisão da literatura

Theoretical models of bioethics politicization – A literature review

António J. Marques dos Santos*

Resumo

A politização da bioética é uma consequência da sua entrada na esfera pública. Este trabalho mostra a literatura, emergência do tema e a possibilidade de observar diferentes modelos subjacentes ao tema. Este estudo reúne a literatura sobre este tema e logo, através de uma metodologia qualitativa, pretende contribuir para a sua clarificação através da organização dos modelos encontrados. Após consulta das principais bases de dados, recuperamos 21 referências de 2145 listadas. A sua análise deu origem a 7 modelos teóricos explicativos do processo de politização da bioética. A politização da bioética é inevitável. Apesar de ter aparecido nos EUA, esta discussão começa a tomar dimensões noutros países. Apesar de haver modelos já estabilizados, há ainda espaço para outras interpretações. A bioética pública, a sua ligação a questões de saúde pública ganha relevância no âmbito do processo de politização. Todos os modelos se pretendem impor como padrão explicativo.

Palavras chave: bioética, politização, políticas públicas.

Resumen

La politización de la bioética es una consecuencia de su entrada en la esfera pública. Este trabajo hace un repaso de la literatura, su alcance y la posibilidad de mirar diferentes modelos subyacentes al tema. Este estudio reúne la literatura sobre este tema y luego usando una metodología cualitativa busca contribuir a una explicación organizando los modelos encontrados. Previa consulta con las principales bases de datos, se han recuperado 21 referencias de las 2145 listadas. Su análisis ha dado origen a siete modelos teóricos explicativos de la politización de la bioética. La politización de la bioética es inevitable. A pesar de haber aparecido en los EE.UU, esta discusión empieza a tomar relieve en otros países. Aunque hay modelos ya estabilizados, todavía hay espacio para otras interpretaciones. La bioética pública y su conexión con los problemas de la salud pública ganan relieve en el proceso de politización. Todos los modelos están destinados a ser impuestos como modelo explicativo.

Palabras clave: bioética, politización, políticas públicas.

Abstract

The politicization of bioethics is a consequence of its entry into the public sphere. This work shows the literature, the emergency of this issue and the possibility of existing different models. This study brings together the literature on this topic and then through a qualitative methodology is intended to contribute to explain it through the organization of models found. After consulting the major databases, we recovered 21 of 2145 references returned. This analysis has resulted in seven theoretical models of politicization of bioethics. The politicization of bioethics is inevitable. Despite having appeared in the US, this discussion takes dimensions in other countries. Models are not yet firm, creating space for different interpretational frameworks. Public bioethics, their connection to public health issues acquires relevance within the politicization process. All models are intended to be imposed as explanatory pattern.

Keywords: bioethics, politicization, public policy.

Introdução

A politização é um fenómeno intrínseco à bioética; apesar de acontecer com maior ou menor intensidade nos países onde esta se tem instituído,

a verdade é que foi nos EUA que esta discussão tomou dimensões maiores. Há uma condição política na bioética (Irvine 2009); ela concentra em si características e especificidades apetecíveis ao fenómeno da politização. A sua capacidade de

* Mestre em Bioética e Doutorando em Políticas Públicas, Investigador no Instituto de Saúde Ambiental da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; contato: ajmarquesdosantos@gmail.com

chamar à atenção, a proximidade com a política e com os políticos, a exposição pública, a natureza dilemática dos seus temas, mas, sobretudo a sua gradual aproximação a temas da saúde pública e das populações fazem com que haja, cada vez mais, um aproveitamento (indevido ou não) por parte dos políticos e da política. Por se tratar de uma área sensível da sociedade e com capacidade de criar divisões, a natureza dos seus assuntos é propensa a um tipo de politização. A abordagem do tema em torno da politização da bioética é uma dimensão importante e que pode contribuir para uma melhor compreensão quer do tipo de relação que se estabeleceu entre a bioética e as políticas públicas e o tipo de poder que se constituiu em redor da bioética, quer o tipo de agendamento político que tem sido feito dos temas da bioética. No entanto, existem aspectos que não podemos ignorar na abordagem deste assunto, desde logo:

(i) O que se entende por politização? A politização é um termo simples, mas ainda indefinido e impreciso (Irvine 2009). Trata-se de uma ação ou processo de tornar ou destacar algo num contexto político (Oxford English Dictionary). Trata-se de uma ação da política e dos políticos que leva à apropriação de um tema da bioética e que através da sua natureza dilemática o tornam um assunto de escolhas partidárias.

(ii) Características da politização: Primeiro, há um movimento reversível (Brown 2009) e comum a esta temática: o que é politizável também é despolitizável. Este fenómeno aplica-se à bioética na medida em que os temas têm uma origem científica epistémica, posteriormente em função dos interesses e da apropriação política, a sua natureza assume (ou não) um carácter político; porque os dilemas da bioética são sempre entrelaçados com poder e porque quase sempre envolvem conflitos de valores, opiniões ou visões do mundo, a bioética é hoje facilmente politizada (Brown 2009). Segundo, há um carácter temporal associado ao fenómeno de politização da bioética, ou seja, um determinado tema da bioética pode ser durante um período objeto de politização, deixando de o ser noutra período. Terceiro, há uma hierarquia na politização, na medida em que há temas mais propensos ao fenómeno da

politização que outros. Nem todos os temas da bioética precisam ser resolvidos na praça pública; há temas que são indiscutivelmente resolvidos de forma mais adequada no âmbito da relação médico-doente. Em quarto lugar, há um movimento do privado para o público, na medida em que a politização ocorre de forma mais intensa quanto mais ela for objeto de consideração pública. A literatura da politização da bioética está normalmente ancorada em temas suscetíveis à sua politização, tais como: Investigação e Ciência; Tecnologias Reprodutivas; Comissões Nacionais e a nomeação dos seus membros. Em quinto lugar, há um processo diferenciado, na politização da bioética que decorre da natureza e especificidade das suas temáticas. Brown (2009) afirma que este processo diferenciado é protagonizado por alguns ativistas da bioética que se afastaram e saíram das coordenadas da bioética académica. Em sexto lugar, podemos relacionar a politização dos temas da bioética com os países onde eles ocorrem, na medida em há temas da bioética, que são politizados em determinados países e não são em outros países.

(iii) Fundamentos da politização da bioética. A bioética, apesar de ter sido forjada com o cunho das populações, a verdade é que durante algum tempo, não foi essa a trajetória seguida, tendo-se ficado, num registro ligado à relação médico-doente. Apesar de tudo, os assuntos ligados ao estudo das populações entram com maior facilidade na agenda política e como tal, susceptíveis de uma politização mais intensa. A politização pode ainda significar e ser uma consequência, um momento de maturidade da bioética. A política é a forma como o poder é exercido e a bioética, uma vez relacionada com o poder, está condenada a jogar as regras deste jogo. Da mesma forma, e a partir da definição de política como um subconjunto de relações sociais onde as pessoas enfrentam pressão para levar a cabo uma ação colectiva, mediado pelo poder (físico, cultural, económico) podendo este ser exercido direta ou indiretamente através da estruturação da escolha das pessoas, podemos afirmar que o contexto em torno do *policymaking* da bioética se enquadra nesta definição. A literatura oriunda da biopolítica afirma que a bioética é, apesar

de tudo, indissociável da política. A bioética é a continuação das lutas políticas por outros meios (Bishop e Jotterand 2006); o discurso da bioética é cada vez mais político e um exemplo disso é a forma como a linguagem da política entra, cada vez mais, na linguagem da bioética.

(iv) Vantagens e perigos da politização da bioética: Há sempre vantagens e perigos associados à politização da bioética. A literatura faz referência a uma politização positiva e negativa. A politização, se conduzida de uma forma coerente, plural e transparente, pode ajudar na proximidade com as políticas públicas, e a bioética precisa desta proximidade; pode ser mais uma forma de resolução de conflitos ajudando a aliviar tensões na sociedade, dar visibilidade a um problema, na medida em que são questões que na maioria das vezes ficam restritas a um grupo de experts e fechada numa linguagem muito particular. É preciso, por isso, que estes temas assumam uma dimensão pública. A politização é por vezes, a única forma destes temas serem objeto de agendamento e isso pode ser positivo. Por outro lado, há perigos associados à politização da bioética, na medida em que a apropriação pela política subverte habitualmente, a natureza inicial dos temas da bioética.

(v) Há fatores que contribuíram para a politização da bioética nomeadamente, a sua natureza dilemática, o alargamento da agenda da bioética e a cada vez mais crescente preocupação com a saúde pública e saúde das populações; o aproveitamento político de determinados temas a que as elites políticas denominam de “questões fracturantes”; o assumir de uma natureza global e pública, na medida em que, os assuntos e temas da bioética estão cada vez mais perto dos cidadãos; as organizações internacionais da bioética (Conselho Internacional de Bioética) e a elaboração dos principais documentos internacionais da bioética, como por exemplo a Declaração Universal de Bioética e dos Direitos Humanos (UNESCO) e a negociação e procura de consenso entre Estados sobre a redação e a forma final de inclusão dos temas.

(vi) As várias dimensões da bioética e a sua politização: A Bioética assumiu dimensões diversas

em função das áreas de intervenção, tais como: política; pública; clínica; organizacional; académica; há dimensões da bioética com maior propensão ao fenómeno da politização. A bioética em contexto de ação coletiva e bem comum implica um componente inevitavelmente mais politizável. Tal como afirma Irvine (2009) a bioética clínica e académica são as duas dimensões que estão mais afastadas deste fenómeno de politização. No entanto, há temas da bioética clínica, que assumem a natureza de “eventos focalizadores”, como por exemplo, as questões de início e fim de vida, podendo por isso assumir níveis de politização mais elevados.

(vii) Aspectos éticos decorrentes da politização da bioética: não poderíamos nesta abordagem, deixar de alertar para as questões éticas que decorrem da politização da bioética, uma vez que ela tem uma missão específica para com a dignidade humana. A sua politização corre sempre o risco de desviar a sua atenção para questões que desvirtuem a sua natureza inicial e que em última análise podem interferir com a sua missão essencial.

Objetivos e Métodos

Este estudo, qualitativo e exploratório, mais do que se posicionar de forma crítica perante este tema, pretende organizar de forma coerente e sistemática uma literatura específica e ainda dispersa, que tem surgido em torno do tema da politização da bioética. Pretendemos saber por um lado, se é possível sistematizar modelos, padrões e/ou quadros teóricos explicativos que se construíram em torno do fenómeno de politização da bioética e se estes modelos poderão ou não, ajudar a compreender e a explicar a especificidade de determinados fenómenos; por outro lado, se algum dos modelos tem tendência a impor-se na explicação deste fenómeno.

A pesquisa foi efectuada, entre Novembro de 2013 e Janeiro de 2014 e foram utilizadas, as bases de dados MEDLINE, EMBASE, CINAHL, e EUROETHICS, bem como o recurso à pesquisa manual.

Como critérios de exclusão e inclusão, tivemos a preocupação de incluir no nosso estudo todos os

artigos que fizessem referência aos fundamentos essenciais do nosso tema e, por outro lado, aos modelos que se foram construindo em redor dele. Não incluímos nesta revisão, nem a literatura que se refere exclusivamente à realidade particular dos EUA, nem a literatura em torno da bioética e políticas públicas e biopolítica, uma vez que se tratam de realidades próximas, mas diferentes do nosso foco de análise.

Após devolução de 2145 artigos pelas bases de dados referidas foi pedido uma segunda opinião a um expert em bioética, como forma de consenso na inclusão dos artigos que suscitaram dúvidas.

Tratando-se de um trabalho de revisão da literatura, seguimos a metodologia referenciada em

Strech D., Synofzik M. & Marckmann G. (2008) como forma de uniformizar as revisões sistemáticas em bioética.

As 21 referências que compõem a nossa revisão da literatura encontram-se na bibliografia deste trabalho e serão mencionadas nos resultados como suporte explicativo a cada modelo de politização da bioética. A figura 1 mostra o caminho percorrido desde a devolução de 2145 referências até à inclusão final de 21 referências.

A figura 2 mostra as 21 referências recuperadas e que serviram de base à nossa análise.

Gráfico 1

Flow Chart de Avaliação de Relevância Literatura Politização da Bioética



Gráfico 2
Lista de 21 Referências Bibliográficas Recuperadas

- Berger, Sam**, Politics by another name, *American Journal of Bioethics*, 9(2):61-3, 2009 Feb. [Comment]
- Blank, Robert H**, Bioethical decisions: the political context and challenges, *Bioethics Quarterly*, 3(3-4):163-79, 1981 Fall-Winter.
- Brown, Mark B**, Three ways to politicize bioethics, *American Journal of Bioethics*. 9(2):43-54, 2009 Feb
- Caplan, Arthur**, “Who Lost China?” A Foreshadowing of Today’s Ideological Disputes in Bioethics, *Hastings Center Report*, Volume 35, Issue 3, June 2005, pages 12 -13
- Charo, R. Alta**; 2005. Realbioethik. *Hastings Center Report* 35(4): 13–14.
- Charo, R. Alta**; Passing on the Right: Conservative Bioethics is Closer Than It Appears”; *Journal of Law, Medicine & Ethics* (32 J.L. Med. & Ethics 307);
- Cohen, Eric, Kristol, William**, The politics of bioethics, *Human Life Review*. 30(2):7-15, 2004.
- Durante, Chris**, Republicanism in bioethics?, *American Journal of Bioethics*, 9(2):55-6, 2009 Feb. [Comment]
- Duwell, M**, Bioethics and politics--a few critical remarks on current discourse, *Biomedical Ethics*, 3(3):94-7, 1998.
- Garrafa, Volnei**, Expansion and politicization of the international bioethics concept, *Revista Bioética* (Impr.) 2012; 20 (1): 9-20)
- Irvine, Rob**, The political condition of bioethics, *American Journal of Bioethics*, 9(2):63-4, 2009 Feb. [Comment]
- Johnson, Summer**, Welcome to the bioethics presidency, *American Journal of Bioethics*, 9(2):1-2, 2009 Feb. [Editorial]
- Kahn, Jeffrey P**, What happens when politics discovers bioethics?, *Hastings Center Report*, 36(3):10, 2006 May-Jun.
- Magnus, David**, Bioethics and President Obama, *American Journal of Bioethics*, 10(5):1-2, 2010 May. [Editorial]
- Mareiniss, Darren P**, Bioethics, science, and politics, *New England Journal of Medicine*, 351(3):298-300; author reply 298-300, 2004 Jul 15. [Comment]
- Maschke, Karen J**, The federalist turn in bioethics? *Hastings Center Report*, 37(6):3, 2007 Nov-Dec. [Comment]
- McGee, Glenn**, Bioethics for the president and bioethics for the people, *American Journal of Bioethics*, 2(2):1-2, 2002. [Editorial]
- McGee, Summer**, Ideology and politicization in public bioethics, *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 20(1):73-84, 2011 Jan.
- Pellegrino, E. D.** 2006. Bioethics and politics: “Doing ethics” in the public square. *Journal of Medicine and Philosophy* 31: 569–584.
- Schuklenk, Udo**, National bioethics commissions and partisan politics, *Bioethics*, 22(6): ii-iii, 2008 Jul. [Editorial]
- Turner, Leigh**, Politics, bioethics, and science policy, *HEC Forum*, 20(1):29-47, 2008 Mar.

Resultados

Após análise das 21 referências recuperadas, apresentamos 7 modelos teóricos explicativos do processo de politização da bioética. No entanto,

estamos conscientes, como refere Irvine (2009) que os paradigmas de politização da bioética não estão, ainda, estabilizados e este fato leva à criação de espaços interpretativos para novos modelos.

Gráfico 3
Modelos Teóricos de Politização da Bioética

MODELOS	BIBLIOGRAFIA
Modelo 1 Politização "P" maiúsculo	Kahn, Jeffrey P , What happens when politics discovers bioethics? <i>Hastings Center Report</i> . 36(3):10, 2006 May-Jun. Pellegrino, E. D. 2006. Bioethics and politics: "Doing ethics" in the public square. <i>Journal of Medicine and Philosophy</i> 31: 569–584.
Modelo 2 Politização "p" minúsculo	Maschke, Karen J , The federalist turn in bioethics? <i>Hastings Center Report</i> . 37(6):3, 2007 Nov-Dec. [Comment] Pellegrino, E. D. 2006. Bioethics and politics: "Doing ethics" in the public square. <i>Journal of Medicine and Philosophy</i> 31: 569–584. Schuklenk, Udo , National bioethics commissions and partisan politics, <i>Bioethics</i> . 22(6): ii-iii, 2008 Jul. [Editorial]
Modelo 3 Politização decorrente dos modelos políticos: liberalismo; comunitarismo; republicanismo.	Brown, Mark B , Three ways to politicize bioethics, <i>American Journal of Bioethics</i> . 9(2):43-54, 2009 Feb Durante, Chris , Republicanism in bioethics? <i>American Journal of Bioethics</i> . 9(2):55-6, 2009 Feb. [Comment]
Modelo 4 Politização decorrente do aparato governamental	Charo, R. Alta ; Passing on the Right: Conservative Bioethics is Closer Than It Appears"; <i>Journal of Law, Medicine & Ethics</i> (32 J.L. Med. & Ethics 307); Cohen, Eric, Kristol, William , The politics of bioethics, <i>Human Life Review</i> . 30(2):7-15, 2004. Duwell, M , Bioethics and politics--a few critical remarks on current discourse, <i>Biomedical Ethics</i> . 3(3):94-7, 1998. Irvine, Rob , The political condition of bioethics, <i>American Journal of Bioethics</i> . 9(2):63-4, 2009 Feb. [Comment] Johnson, Summer , Welcome to the bioethics presidency, <i>American Journal of Bioethics</i> . 9(2):1-2, 2009 Feb. [Editorial] Magnus, David , Bioethics and President Obama, <i>American Journal of Bioethics</i> . 10(5):1-2, 2010 May. [Editorial] McGee, Glenn , Bioethics for the president and bioethics for the people, <i>American Journal of Bioethics</i> . 2(2):1-2, 2002. [Editorial]
Modelo 5 O Poder, a disputa entre Ideologias e a deturpação de fatos científicos	Blank, Robert H , Bioethical decisions: the political context and challenges, <i>Bioethics Quarterly</i> . 3(3-4):163-79, 1981 Fall-Winter. Mareiniss, Darren P , Bioethics, science, and politics, <i>New England Journal of Medicine</i> . 351(3):298-300; author reply 298-300, 2004 Jul 15. [Comment] McGee, Summer , Ideology and politicization in public bioethics, <i>Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics</i> . 20(1):73-84, 2011 Jan. Turner, Leigh , Politics, bioethics, and science policy, <i>HEC Forum</i> . 20(1):29-47, 2008 Mar.
Modelo 6 Bioética internacional e agendamento	Garrafa, Volnei , Expansion and politicization of the international bioethics concept, <i>Revista bioética</i> (Impr.) 2012; 20 (1): 9-20)
Modelo 7 Temas da bioética	Berger, Sam , Politics by another name, <i>American Journal of Bioethics</i> . 9(2):61-3, 2009 Feb. [Comment] Caplan, Arthur , "Who Lost China?" A Foreshadowing of Today's Ideological Disputes in Bioethics, <i>Hastings Center Report</i> , Volume 35, Issue 3, June 2005, pages 12 -13 Charo, R. Alta ; 2005. Realbioethik. <i>Hastings Center Report</i> 35(4): 13–14.

Modelo 1 – Politização com “P maiúsculo”

O modelo de politização positivo referido por Kahn (2006) remete para um momento crucial que a bioética está a atravessar; muitas personalidades foram atraídas para a bioética pela sua (potencial) ligação à política. Muitos debates neste âmbito eram debates enigmáticos sobre questões muito técnicas. No entanto, o principal elemento que trouxe reconhecimento à bioética foi a sua clarividência, ou seja, a sua capacidade de discernir, explicar elementos complexos para serem colocados na esfera da decisão. É preciso, portanto, que a bioética esteja mais atenta ao fenómeno político. A maturidade na bioética trouxe-lhe uma componente política; a política trouxe-lhe reconhecimento e com reconhecimento vem sempre poder (Caplan 2005). A bioética académica tem um papel e um comprometimento diferente da bioética política, no entanto, elas devem conviver mutuamente. “A bioética convencional e académica está a ser subordinada a critérios políticos” (Kahn 2006). Ainda assim, adverte o mesmo autor, devemos-nos certificar de que as políticas e a política não se tornam uma e a mesma coisa. A politização positiva pode ainda, estar associada, ao agenda-setting como forma de dar visibilidade a uma questão ética urgente. O modelo de politização positiva é sustentado por Kahn (2006) e Pellegrino (2006).

Modelo 2 - Politização com “p” minúsculo”

O modelo de politização negativa está associado à noção apresentada por Maquiavel de interesses individuais e é proposto por Pellegrino (2006). Uma vez colocada em andamento a politização leva a resultados destrutivos: a sua mais valia epistémica e de deliberação racional, argumentação lógica e a construção de um pensamento coerente é substituída por preferências, decisões e ideologias partidárias. A disciplina corre o risco de cortar com a sua raiz primária de legitimidade, perdendo a sua neutralidade e a possibilidade de comunicar a sua teorização académica (Irvine 2009). Uma das formas mais recorrentes de politização negativa é a partidarização; esta tem tendência para subver os temas marcadamente bioéticos para temas políticos. É por isso, cada vez mais usual ouvir referências a uma bioética

de esquerda, bioética de direita, bioética laica, bioética cristã, bem como o papel dos Conservadores e Progressistas, Republicanos e Liberais na bioética, no caso dos EUA. Este modelo de politização pode ser sustentado por diversos autores (Schuklenk 2008; Maschke 2007; Pellegrino 2006).

Modelo 3 - Politização decorrente dos modelos políticos

Liberalismo - Tendo em conta a perspectiva e o modelo político que subjaz à teoria liberalista, o papel principal da bioética, sobretudo no governo dos Conselhos de Bioética é atender às necessidades dos decisores tanto no que diz respeito ao aconselhamento objetivo como no capítulo da autoridade do conhecimento ético. O Conselho, a Comissão de Ética, apresenta elementos de reflexão aos decisores. A bioética liberal modela-se a ela mesma num modelo racionalista e numa visão decisionista da expertise bioética, segundo o qual, os peritos fornecem conhecimento objetivo e neutro, que permite aos não-especialistas perseguir as suas preferências subjetivas. A bioética, nas suas formulações, segundo o liberalismo deve empenhar-se em fornecer objectividade e liberdade de escolha, longe da influência política (Brown 2009).

Comunitarismo - Da mesma forma que acontece com o liberalismo também o comunitarismo tem aparecido sob várias formas nos últimos anos. O comunitarismo aparece por oposição ao liberalismo individual. O agente faz as suas escolhas racionais livres dos constrangimentos sociais. Para os comunitarianos o ser humano é um animal social. Estão comprometidos com as “liberdades positivas” entendidas tanto como um assunto de auto-controle individual e auto-governo coletivo por meio de deliberação participativa. Esta noção está também associada com o humanismo cívico aristotélico e com uma participação virtuosa na comunidade. Uma vantagem que pode surgir desta contextualização comunitária relativamente ao consenso é porque parece facilitar uma maior consciência relativa às dimensões sociais da biotecnologia (Brown 2009).

Republicanismo - Quer os liberais quer os comunitaristas vêm a política através de princípios de ordem social, direitos naturais e da comunidade respectivamente. Da mesma forma que o republicanismo de Maquiavel insiste que a ordem social só pode ser estabelecida pela política, conflito e mudança são características que não podem ser eliminadas da política, também os Republicanos seguidores do modelo de Maquiavel acreditam que o homem só se corrompe na ausência de boas leis. Maquiavel aplica este conceito tanto ao cidadão comum como aos príncipes. Todas as pessoas que não são governadas por leis cometem os mesmo erros que as multidões desgobernadas. Onde os liberais se focam em “liberdades positivas” relativamente à participação cívica, os republicanos vêm liberdade na não dominação, ou seja, no fato de não serem objetos da autoridade arbitrária.

Enquanto os liberais procuram uma minimização das funções do Estado em prol da escolha individual, os republicanos focam-se nas restrições de ideias e interesses permanecendo, em aberto, a contestação pública; estes são os meios necessários para proteger os cidadãos do governo e da sociedade. Também da mesma forma que os liberais reduzem a participação política a eleições e competição entre grupos de interesse e os comunitaristas elevam este aspeto a um elemento chave da vida boa, os republicanos não rejeitam a possibilidade de que a participação pode ter benefícios intrínsecos, tais como a educação ou virtude cívica, também elogiada pelos comunitaristas. A participação política é necessária para evitar dominação. Os republicanos tendem a delegar as decisões em representantes eleitos mas, quando isso ajuda a promover os interesses dos cidadãos.

O Republicanismo destaca a importância das Instituições, bem como as regras e os procedimentos estabelecidos de modo a facilitar a contestação pública ou privada. A principal forma de as instituições republicanas facilitarem a contestação pública é através da forma igualitária como distribuem o poder, ajudando a suprimir conflitos de uns que tenham mais poder que outros. Os liberais distribuem o poder de forma desigual dando mais primazia ao sector privado, deslocando

o poder governamental para os mecanismos de mercado (Warren 1999). Dada a forma como os republicanos facilitam a contestação pública através da distribuição igualitária do poder, eles são relutantes quanto ao estabelecimento de fontes de poder epistémico, incluindo a expertise bioética não sujeita a constrangimentos institucionais para a contestação pública. Esta visão tem implicações no desenho dos Conselhos de Bioética e no seu papel no âmbito da bioética pública. O modelo de politização republicana é criticada por alguns autores entre os quais Durante (2009).

Modelo 4 - Politização decorrente do aparato governamental

Dentro deste modelo apresentamos duas visões distintas através da qual poderá ocorrer uma politização da bioética:

(i) O Poder exercido pelas Elites Políticas - Este modelo de politização acontece quando as elites políticas e grupos de interesse controlam e manipulam as instituições da bioética; e.g. quando os partidos políticos nomeiam ou colocam indivíduos em posições de instituições da bioética e/ou comissões nacionais. Apesar de esta posição ter sido originariamente contextualizada no ambiente político dos EUA, trata-se, no entanto, de um modelo, que se poderia adaptar à realidade europeia. Esta visão é sustentada por Charo (2004).

(ii) O exercício do Poder Top – Down e a supressão de “vozes-chave” – esta visão parte da forma tradicional como é exercido o poder, ou seja: “de cima para baixo” e refere-se concretamente à supressão de lugares e “vozes-chave” dentro da bioética motivada por interesses políticos ou ideológicos; esta visão tem que ver com a influência que determinados atores considerados “influentes” têm no rumo das decisões em bioética nos respectivos países; este modelo apesar de referido por Irvine (2009) pode ser fundamentado em Charo (2004).

Modelo 5 - O Poder, a disputa entre ideologias e a deturpação de fatos científicos

Este modelo acontece por via da deturpação dos fatos científicos através de lutas políticas entre

a ciência e a política e que têm como objetivo o estabelecimento de ideologias. Há uma distorção da originalidade epistémica dos temas da bioética e uma transposição para temas da política e dos políticos. Este modelo é construído em torno dos fatos científicos e das respetivas teorizações. As lutas ideológicas constituem um fator importante na determinação deste modelo. Que pode também ser observado por via da partidarização da bioética e é bem expresso por Blackburn (2004). Trata-se de um tipo de politização decorrente do poder que as ideologias podem exercer sobre as nações (Caplan 2005). Esse autor salienta o papel importantíssimo que a bioética pode exercer como um dos atores centrais na condução das ideologias científicas das nações, bem como as potencialidades da bioética, a sua maturidade, reputação e consolidação como um recurso fundamental para os profissionais de saúde, cientistas, grupos de pressão de pacientes, e sobretudo policymakers. A bioética criou um novo mundo na arena pública, que é tempestuosa, perigosa e imprevisível. A chave para navegar neste mundo, reforça o autor é admitir estes fatos. Este modelo pode ser sustentado por vários autores: Blank (1981), Mareiniss (2004), McGee (2011), Turner (2008).

Modelo 6 – Bioética internacional e agendamento

Este modelo de politização ainda que de uma forma implícita foi tratado por Volnei Garrafa, ator central da Bioética Internacional, sendo actual Presidente da Cátedra de Bioética na UNESCO no Brasil. O modelo foi construído com base nas determinações através das quais se desenha a agenda internacional da bioética e a capacidade que determinados atores e instituições têm na elaboração dessa mesma agenda; este fato constitui uma outra via de politização da bioética. Estes temas passam por um fenómeno de politização, antes de figurarem na agenda internacional da bioética. A elaboração de documentos internacionais da bioética pode comportar um elemento de politização a priori na medida em que se estabelecem a montante, lutas políticas e congregações de esforços no sentido de influenciar a figuração de determinados temas nesses documentos e, por conseguinte, com outra capa-

cidade de agendamento nos diversos estados. Normalmente estas disputas acontecem entre países ricos e países pobres. Este modelo tem vindo a ser teorizado por Garrafa (2012).

Modelo 7 – Temas da Bioéticas

Charo (2005) contribuiu, por duas razões, para evidenciar o modelo, provavelmente, mais comum na politização da bioética: por um lado, há determinados temas que pela sua natureza têm uma capacidade, mais que outros, de constituir um elemento de politização. O autor, através de uma elencagem de temas da bioética real, apela à sua capacidade de politização; por outro lado o autor realça o fato de determinados assuntos da bioética serem mais politizados nuns países do que noutros. Para o autor, da mesma forma que para Aristóteles o Homem é naturalmente um animal político, também a bioética é naturalmente objeto de politização e de política. Modelo sustentado por Berger (2009), Caplan (2005) e Charo (2005).

Conclusões

- (i) A politização da bioética é um assunto inevitável tendo em conta a natureza dilemática e sensível que os seus temas provocam na sociedade. A politização ocorre através do encontro entre a bioética e o poder; ela pode ser positiva ou negativa, em grande medida pela forma como este encontro ocorrer;
- (ii) A discussão em torno da politização da bioética aparece nos EUA e é aqui que esta discussão tem sido feita de forma mais acesa. Apesar de tudo começa a tomar dimensões noutros países, através dos mesmos moldes em que ocorre nos EUA;
- (iii) É possível sistematizar modelos interpretativos, que nos permitem compreender e explicar de forma mais coerente o fenómeno de politização da bioética, havendo ainda espaço para outras reinterpretações.
- (iv) Todos os modelos têm uma coisa em comum: o fato de se querer impor como padrão explicativo. Apesar da maioria dos modelos serem oriun-

dos da realidade norte americana, a verdade é que podem, ser aplicados, a outras realidades;

(v) A bioética pública e a sua cada vez maior ligação a questões de saúde pública e das populações é uma dimensão que tem vindo a ganhar relevância no contexto da politização da bioética;

(vi) A revisão da literatura evidencia a existência de perigos e vantagens na politização da bioética: se por um lado a politização subverte a natureza dos temas da bioética, levando à perda da sua raiz primária de legitimidade, da sua neutralidade, do que realmente traduz para se tornar num assunto da política e dos políticos. Por outro lado, a politização pode dar visibilidade e tornar a bioética num objeto de poder e influência junto das políticas públicas, sobretudo as de saúde.

(vii) A politização pode ser um dos momentos fundamentais no agenda-setting e ao mesmo tempo de visibilidade positiva para as políticas da bioética. Há determinadas questões da bioética que carecem de visibilidade para a sua resolução.

(viii) A politização da bioética, bem como outro elemento da ciência ou da medicina pode ser comparada com a politização de outras práticas sociais, na medida em que o que está em causa é um aproveitamento dos temas por parte da política e dos políticos.

Entregado 28- 9 - 2015
Aprobado 22- 11 - 2015

Bibliografia

- BERGER, S., 2009. Politics by another name, *American Journal of Bioethics*, 9(2):61-3, Feb. [Comment]
- BISHOP, J. & JOTTERAND, F., 2006. Bioethics as Biopolitics, *Journal of Medicine and Philosophy*, 31 (3): 205-2012.
- BLANK, R., 1981. Bioethical decisions: the political context and challenges, *Bioethics Quarterly*, 3(3-4):163-79.
- BROWN, M., 2009. Three ways to politicize bioethics, *American Journal of Bioethics*, 9(2):43-54,
- CAPLAN, A., 2005. Who Lost China? A Foreshadowing of Today's Ideological Disputes in Bioethics, *Hastings Center Report*, Volume 35, Issue 3:12 -13.
- CHARO, A., 2004. Passing on the Right: Conservative Bioethics is Closer Than It Appears, *Journal of Law, Medicine & Ethics*, (32 J.L. Med. & Ethics 307).
- CHARO, A., 2005. Realbioethik, *Hastings Center Report*, 35(4): 13-14.
- COHEN, E. & KRISTOL, W., 2004. The politics of bioethics, *Human Life Review*, 30(2):7-15.
- DURANTE, C., 2009. Republicanism in bioethics? *American Journal of Bioethics*, 9(2):55-6, [Comment]
- DUWELL, M., 1998. Bioethics and politics-a few critical remarks on current discourse, *Biomedical Ethics*, 3(3):94-7.
- GARRAFA, V., 2012. Expansion and politicization of the international bioethics concept, *Revista Bioética (Impr.)*, 20 (1): 9-20.
- GREEN, R., 2006. For richer or poorer? Evaluating the President's Council on Bioethics, *HEC Forum* 18(2): 108-124.
- IRVINE, R., 2009. The political condition of bioethics, *American Journal of Bioethics*, 9(2):63-4, [Comment].
- JOHNSON, S., 2009. Welcome to the bioethics presidency, *American Journal of Bioethics*, 9(2):1-2, [Editorial].
- KAHN, J., 2006. What happens when politics discovers bioethics? *Hastings Center Report*, 36(3):10.
- MAGNUS, D., 2010. Bioethics and President Obama, *American Journal of Bioethics*, 10(5):1-2, [Editorial].
- MAREINISS, D., 2004. Bioethics, science, and politics, *New England Journal of Medicine*, 351(3):298-300, [Comment].
- MASCHKE, K., 2007. The federalist turn in bioethics? *Hastings Center Report*, 37(6):3, [Comment].
- MCGEE, G., 2002. Bioethics for the president and bioethics for the people, *American Journal of Bioethics*, 2(2):1-2, [Editorial].
- MCGEE, S., 2011. Ideology and politicization in public bioethics, *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 20(1):73-84.
- OXFORD ENGLISH DICTIONARY (OED), 2008. Oxford, UK: Oxford University Press. Available at: <http://dictionary.oed.com> .

- PELLEGRINO, E., 2006. Bioethics and politics: "Doing ethics" in the public square, *Journal of Medicine and Philosophy*, 31: 569–584.
- SCHUKLENK, U., 2008. National bioethics commissions and partisan politics, *Bioethics*, 22(6): ii-iii, [Editorial]
- STRECH, D., SYNOFZIK M. & MARCKMANN, G., 2008. Systematic reviews of empirical bioethics, *J Med Ethics*, 34:472–477.
- TURNER, L., 2008. Politics, bioethics, and science policy, *HEC Forum*, 20(1):29-47.

El aborto como cuestión moral. Una perspectiva ético-discursiva

Abortion as a moral question. An Discourse-ethical Perspective

Dorando J. Michelini *

Resumen

Este trabajo parte de la convicción de que la problemática del aborto puede y debe ser tratada desde diferentes perspectivas (médico-biológica, psicológica, social, jurídica, política, religiosa, etcétera), pero que la única forma de obtener normas intersubjetivamente vinculantes respecto de la interrupción voluntaria de la vida humana en el estado inicial de desarrollo, es desde el punto de vista moral. En este sentido, se sostiene que la ética del discurso, en tanto que teoría de la corresponsabilidad solidaria no rigorista, está en condiciones de hacer aportes conceptuales y metodológicos relevantes, tanto en lo que se refiere a la fundamentación de un principio de no interrupción arbitraria de la vida humana en el estadio inicial de desarrollo, como en lo que respecta a la aplicación responsable y no rigorista de dicho principio en un mundo de la vida signado por situaciones no solo contingentes y conflictivas, sino también dramáticas y dilemáticas.

Palabras clave: ética del discurso, aborto, fundamentación, aplicación, responsabilidad solidaria no rigorista

Abstract

This work starts from the conviction that the issue of abortion can and must be addressed from different perspectives (medical-biological, psychological, social, legal, political, religious, etc.), but the only way to obtain binding inter-subjective rules regarding of the voluntary termination of human life in the initial stage of development is from the moral point of view. In this sense, it is argued that discourse ethics, while the theory of non-rigorist joint responsibility, is able to make relevant conceptual and methodological contributions both, with regard to the basis of a principle of non-arbitrary interruption of human life at the initial stage of development and with respect to the responsible and non-rigorist application of such principle in a world marked by situations not only contingent and conflicting but also dramatic and dilemmatic.

Keywords: discourse ethics, abortion, foundation, application, non-rigorist solidary responsibility

Resumo

Este trabalho parte da convicção de que a problemática do aborto pode e deve ser tratada desde diferentes perspectivas (médico-biológica, psicológica, social, jurídica, política, religiosa etc.), mas que a única forma de se obter normas intersubjetivamente vinculantes a respeito da interrupção voluntária da vida humana no estado inicial de desenvolvimento é a partir do ponto de vista moral. Neste sentido, afirma-se que a ética do discurso, enquanto teoria da corresponsabilidade solidária não rigorista, está em condições de fazer contribuições conceituais e metodológicas relevantes tanto no que se refere à fundamentação de um princípio de não interrupção arbitrária da vida humana no estado inicial de desenvolvimento, como no que diz respeito à aplicação responsável e não rigorista de tal princípio em um mundo da vida marcado por situações não só contingentes e conflitantes, mas também dramáticas e dilemáticas.

Palavras-chave: Ética do discurso, aborto, fundamentação, aplicação, responsabilidade solidária não rigorista.

La problemática del aborto ha sido discutida desde distintos puntos de vista (médico, biológico, social, jurídico, político, religioso, etc.), y el debate ha sido -y sigue siendo- amplio y complejo. Las

tesis que expondré e intentaré demostrar son las siguientes: a) sólo desde el punto de vista moral es posible fundamentar la idea de que el aborto, aunque sea socialmente aceptado y jurídico-po-

* Doctor en Filosofía. Investigador Principal del CONICET. Profesor Titular de Ética, Universidad Nacional de Río Cuarto. Presidente de la Fundación ICALE y de la Red Internacional de Ética del Discurso. dmichelini@arnet.com.ar.

líticamente legitimado, es -por principio- una práctica injusta; b) hay situaciones y contextos de interacción en los que el principio moral no es aplicable o su aplicación no es exigible.

En primer lugar presento distintas argumentaciones relacionadas con la práctica del aborto, las cuales, en mi opinión, son insatisfactorias para abordar la fundamentación de la legitimidad / ilegitimidad del aborto (1). Luego realizo una breve presentación de la ética discursiva en tanto que ética de la corresponsabilidad solidaria no rigorista (2). A continuación destaco algunas categorías ético-discursivas que pueden resultar útiles para abordar la problemática del aborto desde un punto de vista moral (3). Finalmente, desde la perspectiva de una ética de la corresponsabilidad solidaria no rigorista, explico las dos tesis mencionadas (4).

1. Argumentaciones relacionadas con la práctica del aborto

Es sabido que hay diversas y divergentes formas de argumentar en relación con la práctica del aborto, cada una con sus *pro* y sus *contra*. En lo que sigue me referiré especialmente a aquellas argumentaciones que refieren al ser personal del feto, a la determinación científicista del ser personal y al derecho de la mujer a abortar, con el fin de mostrar que la primera de ellas es inconsistente; que en la segunda anida una imposibilidad de principio y que la tercera sólo puede ser sostenida con legitimidad moral si se piensa que el feto es solamente una parte del cuerpo de la mujer.

1.1 El ser personal del feto

Entre las argumentaciones más difundidas de oposición y rechazo al aborto se encuentra la que interpreta que, desde la concepción, se está ante la presencia de un *ser personal*. Si bien hay interpretaciones diferentes y divergentes del concepto de persona, una de las más discutidas en relación con la problemática del aborto es aquella que sostiene que hay coincidencia entre *persona* y *ser humano*. Si se sostiene que todo hombre es persona, en razón de que “la naturaleza específica del ser humano es, a la vez, personalidad” (Spaemann, 2007: 67), entonces, el sólo hecho

de pertenecer al género humano es criterio suficiente para determinar el ser personal de los seres humanos (Spaemann, 2007: 217). En esta línea argumentativa -cuestionada, entre otros, por Hoerster (1989) y Singer (1995)- se sostiene que matar *intencionalmente* un feto humano es matar una persona y, por ende, se comete un asesinato. Con ello quedaría demostrada la *ilegitimidad moral* de la práctica del aborto.

Esta forma de fundamentar la *ilegitimidad moral* del aborto no admite ninguna excepción y, por ello, cuando es mantenida en forma radical y consecuente, puede ser caracterizada como *rigorista*: exige respetar la vida del feto siempre y en toda circunstancia, independientemente de las condiciones y las consecuencias de interacción. Dado que el aborto nunca puede ser justificado moralmente, su práctica debe ser siempre penalizada.

Sin embargo, hay quienes objetan que el feto pueda ser considerado una persona “desde el momento de la concepción” (Thomson, 1992: 10) y que, en consecuencia, “el aborto realizado justo al comienzo del embarazo no supone la privación de la vida de una persona” (Thomson, 1992: 32). Otros consideran desafortunada la equiparación de los conceptos de “ser humano” y “ser personal” (Tooley, 1992: 74), puesto que para que una persona tenga derecho a la vida debe “poseer la idea del ‘yo’ como sujeto continuo de experiencias y otros estados mentales, y creer que es en sí mismo una entidad continua” (Tooley, 1992: 78). Dado que ni los fetos, ni tampoco los niños recién nacidos poseen la idea del “yo”, la conclusión que saca Tooley es que “hay excelentes razones para creer que el infanticidio es moralmente permisible en la mayoría de los casos en que se desea” (Tooley, 1992: 101).

Si se tiene en cuenta que generalmente se entiende por persona a un individuo capaz de libertad, razonamiento y comunicación, lo que está en discusión en este tipo de argumentación es justamente la asignación del ser personal a la estructura biológica inicial de la vida humana. La argumentación que equipara la idea de *ser personal* con la de *vida humana inicial* debe afrontar además la objeción de que semejante concepto

de persona remite a presupuestos metafísicos y/o religiosos que no pueden ser corroborados intersubjetivamente, ni a través de la ciencia ni mediante el discurso filosófico. En este sentido, distintas definiciones filosóficas tradicionales del concepto de persona refieren a un ser único, que se distingue por su racionalidad y capacidad comunicativa; si embargo, no puede mostrarse que estas características se encuentren en la estructura biológica inicial de un ser humano.

Se suele sostener asimismo que, desde la concepción, hay no sólo vida humana, sino también *potencialmente* una *persona* humana (Kunzmann, 2006). El argumento de la potencialidad ha sido reiteradamente criticado; ya Aristóteles ha dejado en claro que lo que está en potencia puede ser o no ser. A esta argumentación puede agregarse la siguiente reflexión: la estructura biológica inicial de la vida humana no siempre se desarrolla sin perturbación, y en forma lineal, hasta configurar un individuo de la especie humana, puesto que, por ejemplo, la organización biológica inicial de la vida humana puede convertirse en una mola y no en un nuevo ser de la especie humana. En consecuencia, no puede aseverarse con certeza absoluta que el desarrollo de la vida humana inicial conduzca *necesariamente* a la configuración de un ser personal.

Otra de las argumentaciones que suele utilizarse para debilitar la aseveración de que el aborto implica un *homicidio* es la que sostiene, por ejemplo, que el feto es una persona en potencia, lo que implica necesariamente que no es un ser personal en la *actualidad*. *Potencialmente* muchos ciudadanos argentinos pueden llegar a ser presidente de Argentina, pero de hecho y *actualiter* no lo son. Quienes utilizan este tipo de argumentación en contra de la potencialidad sostienen, en consecuencia, que la eliminación de un feto no implica un homicidio.

Más allá de las críticas que puedan realizarse a las argumentaciones que sostienen que desde la concepción se está ante la presencia de un ser personal, no es posible ocultar, sin embargo, que si se deja de lado la idea de la coincidencia entre ser humano y ser personal, no es fácil determinar desde cuándo un feto humano es o puede

ser considerado persona. La asignación del ser personal en un tiempo futuro resulta arbitraria: ¿Desde qué momento futuro de su desarrollo el feto humano podría ser considerado persona? ¿Quién está en condiciones de determinar ese momento? ¿La medicina? ¿La biología? ¿La filosofía? ¿Una decisión jurídica?

Desde un punto de vista jurídico, por ejemplo, se suele asignar a menudo los mismos derechos al feto que a un recién nacido o que a un adulto capaz de comunicarse y de obrar autónomamente. Sin embargo, esta asignación externa de derechos es insatisfactoria desde un punto de vista ético-filosófico, dado que, desde una perspectiva jurídica, el ser personal sería asignado de forma más o menos *decisionista* y *arbitraria* mediante la declaración de que el feto es un titular de derecho. Finalmente, hay que destacar que la equiparación de la práctica del aborto con un asesinato no deja ninguna alternativa de acción, ni jurídica ni política, que no sea la prohibición y la penalización de cualquier interrupción de la vida humana en el estado inicial de desarrollo.

1.2 La determinación científicista del ser personal

Por *determinación científicista* del ser personal se entiende toda asignación de personalidad moral que se realiza sobre la base del estado de desarrollo biológico del feto. Una posición científicista sería, por ejemplo, la que sostiene lo siguiente: dado que el feto humano en el estadio temprano de desarrollo no experimenta dolor ni posee un sistema neurológico, no habría ningún impedimento -ni moral, ni legal- para realizar el aborto. Esta posición puede ser calificada de *científicista*, porque se pretende dar una respuesta desde la ciencia a un problema -el de la *personalidad moral*- que no pertenece al ámbito científico, sino al dominio de la ética filosófica.

Ahora bien, dado que las diversas teorías filosóficas discuten controvertidamente sobre la determinación del momento en que puede asignarse *personalidad moral* a la vida humana, es necesario precisar lo siguiente: por un lado, no hay duda de que las células sexuales del hombre y de la mujer se funden para dar comienzo a una nueva

vida, con “una constitución genética única (no la del padre, ni la de la madre, ni una mera yuxtaposición de los dos), que a partir de ahí y durante toda su vida [...] determinará sustancialmente los rasgos del individuo” (Finnis, 1992: 141); por otro lado, y como se ha señalado, la determinación de la personalidad moral cae fuera de las competencias del saber científico. Las teorías biologicistas pueden aparecer como pragmáticamente útiles desde un punto de vista jurídico y político, puesto que mencionan instancias del desarrollo biológico de la vida humana a partir de las cuales el feto podría ser tratado como persona (por ejemplo, después del tercer o quinto mes desde la concepción, o a partir del nacimiento), pero estas demarcaciones biológicas ad hoc en el desarrollo de la vida humana inicial de un ser humano, no ofrecen ninguna razón válida para fundamentar la dignidad personal y la vincularidad intersubjetiva del respeto moral que nos debemos los seres humanos, independientemente de las condiciones particulares (biológicas, psíquicas, sociales, etcétera) de los individuos. Ni la biología ni ninguna ciencia empírico-analítica está en condiciones de precisar el concepto ético-filosófico de persona. Dicho de otra forma: a partir de la constatación empírica de un determinado desarrollo biológico del feto no es posible fundamentar normas morales válidas, intersubjetivamente vinculantes, ni para proseguir ni para interrumpir el embarazo.

1.3 El derecho de la mujer sobre su propio cuerpo

Una de las argumentaciones más extendidas de quienes defienden la legitimidad de la práctica del aborto es la que refiere al *derecho* de la mujer a decidir sobre su propio cuerpo. Esta forma de argumentar se presenta a menudo como una práctica progresista, porque -real o supuestamente- empoderaría a la mujer en orden a lograr su realización personal ante una de las tantas situaciones de opresión y violencia de género que están presentes en sociedades *machistas* y *patriarcales*. Ahora bien, este tipo de argumentación presupone que el feto es solamente una parte del cuerpo de la mujer y que, en consecuencia, no tiene intereses, dignidad ni derecho alguno, o, en todo caso, si los tiene, los intereses, la dignidad y el derecho de la mujer tienen prioridad ab-

soluta sobre los del feto. En este sentido, Rodolfo Vázquez sostiene que “penalizar el aborto sería una verdadera violencia contra los derechos de la mujer, y en concreto, contra el derecho de todo individuo a decidir sobre su propio cuerpo, es decir, violenta el derecho a la privacidad de la mujer” (Vázquez, 2009: 105), además de violentar otros derechos de la mujer, como los de autonomía, dignidad e igualdad (Vázquez, 2009: 106). En un sentido similar se pronunció el Estado español al reafirmar “el derecho de todo ser humano, y en particular de las mujeres, al respeto de su integridad física y a la libre disposición de su cuerpo...” (Ley Orgánica del Estado, 2010: 21002). El Artículo 12 de la Ley Orgánica del Estado Español garantiza expresamente “el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en las condiciones que se determinan en esta Ley. Estas condiciones se interpretarán en el modo más favorable para la protección y eficacia de los derechos fundamentales de la mujer que solicita la intervención, en particular, su derecho al libre desarrollo de la personalidad, a la vida, a la integridad física y moral, a la intimidad, a la libertad ideológica y a la no discriminación” (Ley Orgánica del Estado, 2010: 20008).

En mi opinión, lo que es cuestionable en este tipo de argumentaciones no es la afirmación de que la mujer tenga un derecho sobre su propio cuerpo y sobre su vida, sino la aseveración de que también pueda decidir libremente sobre la vida y el cuerpo del feto. Esto solamente es posible si se considera que el feto no es más que una parte del cuerpo de la mujer, o si se supone que la vida humana inicial es solamente una cosa o una mera *estructura celular*. Sin embargo, la ciencia muestra que el feto -por más que dependa transitoriamente, aunque de un modo decisivo del organismo de la mujer para sobrevivir- es una nueva vida humana, con *identidad genética* propia. Esta dependencia de supervivencia que tiene la vida humana en el estadio inicial de desarrollo debe ser interpretada, en realidad, como *interdependencia*, y no como una forma de dependencia desde la cual se pueda fundamentar un derecho absoluto de la mujer para decidir sobre la vida o la muerte del feto.

De acuerdo con lo expuesto, la argumentación que se basa en un derecho absoluto sobre la vida y la muerte del feto puede ser calificada de *decisionista* y *utilitarista*. La mujer actúa en forma *decisionista* cuando, bajo el supuesto de que el feto no es más que una parte de su cuerpo, decide voluntariamente abortar, y esta decisión se toma de forma *monológica* (es decir, teniendo en cuenta exclusivamente intereses subjetivos) y *autárquica* (sin deliberación previa con los afectados, como puede ser, por ejemplo, la pareja). La mujer actúa en forma *utilitarista* cuando instrumentaliza la vida humana y la utiliza sólo como medio para lograr un beneficio o su propio bienestar. En otros términos, actúa de forma utilitarista si, en el momento de evaluar los intereses, los bienes o la felicidad que están en juego en una determinada situación, toma una decisión teniendo en cuenta exclusivamente sus *preferencias* y *deseos*. Si se considera, en cambio, que el feto no es una cosa, una mera estructura biológica o sólo una parte del cuerpo de la mujer, sino una vida humana que merece respeto, la decisión de abortar no sería un derecho, ni tampoco un asunto que compete exclusivamente al arbitrio de la mujer. Expresado brevemente: desde el punto de vista moral, la mujer no posee un derecho absoluto sobre la vida humana inicial, y es *moralmente ilegítimo* que sacrifique la vida del feto apelando a la idea de que tiene derecho sobre él, porque es parte de su cuerpo.

La ratificación legal de un derecho general de la mujer a abortar en *cualquier circunstancia* y sin otro requisito que su decisión de hacerlo puede aparecer, a menudo, como un asunto políticamente correcto: por ejemplo, la interrupción de la vida humana en el estadio inicial de desarrollo podría ser interpretada como un *instrumento eficiente* y una *solución pragmática* para evitar abortos clandestinos. Sin embargo, por el solo hecho de pasar de la clandestinidad a la luz pública, el aborto no se torna una práctica justa.

En síntesis, y en relación con los distintos argumentos clave relacionados con la calificación del aborto como una práctica legítima o ilegítima, quisiera dejar en claro lo siguiente: cuando se trata de justificar la legitimidad o la ilegitimidad morales de la práctica del aborto, las argumenta-

ciones que se apoyan en la equiparación del ser personal con el ser humano, en la potencialidad del feto, en razones de tipo científicista o en una decisión unilateral de la mujer, son inconsistentes y no logran su cometido.

2. La ética discursiva en tanto que ética de la corresponsabilidad solidaria no rigorista

A diferencia de las argumentaciones mencionadas, sostengo que la ética del discurso ofrece un instrumento conceptual y metodológico desde el cual es posible fundamentar tanto la validez intersubjetivamente vinculante de la ilegitimidad moral de la práctica del aborto, como la aplicación responsable de dicho principio en contextos de interacción restringidos por coerciones fácticas y sistémicas. Dicho de otra forma: la práctica del aborto sólo podría ser considerada legítima y aceptable si se lograra mostrar que el feto humano es una cosa o una mera estructura celular; en tal caso, la eliminación de un feto humano no lesiona el principio del respeto mutuo que nos debemos como seres morales. En cambio, si se puede mostrar que la vida humana y la corporalidad son condición de posibilidad de existencia de seres morales, el aborto debería ser considerado -en principio- una práctica *injusta*. En principio significa que hay situaciones en que el principio moral puede no ser aplicado o su aplicación no ser exigible.

2.1 Fundamentación del principio moral

Una teoría moral tiene que cumplir, como mínimo, con dos tareas clave, a saber: en primer lugar, debe suministrar una *fundamentación racional* de la validez de las normas morales, de tal forma que ellas puedan exigir *vincularidad intersubjetiva* para la orientación de la acción (Kuhlmann, 2009). En segundo lugar, una teoría moral no debe descuidar la problemática de la aplicación responsable del principio moral y, en consecuencia, debe contemplar siempre también los condicionamientos que provienen del contexto y de la situación de interacción (Apel, 1988).

La ética del discurso, en su versión pragmático-trascendental, se autocomprende como una

transformación postmetafísica de la ética kantiana: pretende fundamentar, por un lado, mediante una reflexión pragmático-trascendental, tanto la validez universal del principio moral y una corresponsabilidad solidaria primordial universal, como también la fundamentación correcta y adecuada de las normas morales mediante los discursos prácticos (ambas fundamentaciones remiten a la denominada parte “A” de la ética del discurso) (Apel, 1985; De Zan, 2002; Pinzani, 2007). Según un destacado especialista en pragmática trascendental, lo fascinante de la ética del discurso en su versión pragmático-trascendental es que “da la *oportunidad inusual* de resolver definitivamente un problema sustancial de la filosofía, el problema de la fundamentación de la moral” (Kuhlmann, 2008: 131). Por otro lado, la ética discursiva retoma -en la tradición de Hans Jonas (1979), aunque introduciendo importantes modificaciones- el tema de la *responsabilidad*, y reflexiona críticamente sobre la *aplicación responsable del principio moral* en las condiciones históricas situacionales, contextuales e institucionales de interacción (lo que se conoce como parte “B” de la ética del discurso) (Apel, 1988; 1992; Maliandi, 2008). En consecuencia, el cometido de la ética discursiva es doble: no sólo se ocupa de la fundamentación de la legitimidad del principio moral formal (en el sentido de Kant), sino que, en tanto que ética de la corresponsabilidad solidaria no rigorista, toma en cuenta también la moralidad sustancial (en sentido hegeliano) y reflexiona sobre el problema de la aplicación responsable referida a la historia de las normas bien fundamentadas.

La ética del discurso, en su versión pragmático-trascendental, sostiene que, mediante una reflexión estricta sobre las condiciones de posibilidad y validez de la comunicación con sentido, es posible alcanzar una *fundamentación última filosófica* tanto del conocimiento teórico como práctico. Esta instancia última del conocimiento es la *situación argumentativa*. Para cualquier interlocutor que piense o actúe con sentido, la situación argumentativa tiene el carácter de a priori y representa una instancia *racionalmente irrefutable*, puesto que no puede ser impugnada ni cuestionada con sentido, ni eludida sin au-

tocontradicción performativa -esto es: sin poner en cuestión la propia capacidad argumentativa (Apel, 1985, I: 58).

La versión pragmático-trascendental de la ética discursiva sostiene además que “quien argumenta reconoce implícitamente todas las posibles exigencias provenientes de todos los miembros de la comunidad de comunicación, justificables mediante argumentos racionales [...] y, a la vez, se compromete a justificar argumentativamente las exigencias que él mismo presenta a otros hombres. Además, los miembros de la comunidad de comunicación (y esto significa implícitamente todos los seres pensantes) están obligados [...] a tener en cuenta todas las exigencias virtuales de todos los miembros virtuales; es decir, todas las ‘necesidades’ humanas, en la medida que podrían plantear exigencias a los demás hombres” (Apel, 1985, II: 403). Mediante una reflexión pragmático-trascendental estricta es posible reconstruir un principio ético que es inherente a la situación argumentativa, el cual expresa que los disensos y conflictos de intereses deben ser resueltos mediante discursos prácticos orientados al consenso. El principio moral contiene la obligación de “justificar [...] todas las exigencias humanas” (Apel, 1985, II: 403), tanto de los miembros actuales como virtuales de la comunidad ilimitada de comunicación.

El *a priori* trascendental de la comunidad de comunicación, que hace posible tanto la comprensión y el entendimiento, como la legitimidad del conocimiento teórico y práctico, se caracteriza por poseer una doble estructura, a saber: “Quien argumenta presupone ya siempre simultáneamente dos cosas: en primer lugar, una *comunidad real de comunicación*, de la que se ha convertido en miembro mediante un proceso de socialización y, en segundo lugar, una *comunidad ideal de comunicación* que, por principio, estaría en condiciones de comprender adecuadamente el sentido de sus argumentos y de enjuiciar definitivamente su verdad” (Apel, 1985, II: 407). De esta doble pertenencia *a priori* de los argumentantes se deduce una doble exigencia moral que es expresada en los dos siguientes principios regulativos: “En primer lugar, en cada acción y omisión, debemos tratar de asegurar la *supervivencia* del

género humano como comunidad real de comunicación; en segundo lugar, debemos intentar realizar la comunidad *ideal* de comunicación en la *real*. El primer objetivo constituye la condición necesaria del segundo, y el segundo confiere al primero su sentido: el sentido que ya está anticipado en cada argumento" (Apel, 1985, II: 409). Por un lado, la comunidad real de comunicación y la comunidad ideal de comunicación ponen de manifiesto una tensión conflictiva entre lo real y lo ideal; por otro lado, se presupone *a priori* que la relación dialéctica entre ambas comunidades puede ser superada, en la medida que la comunidad real de comunicación tenga como horizonte último la realización de la comunidad ideal de comunicación, y que se tienda a la realización de la comunidad ideal de comunicación en la comunidad real de comunicación.

De acuerdo con lo expuesto, queda claro que los interlocutores discursivos pueden comprobar, mediante una reflexión estricta sobre la situación argumentativa, que son miembros tanto de una comunidad real de comunicación, en la que nos socializamos, como de una comunidad ideal de comunicación, que anticipamos contrafácticamente cada vez que argumentamos en serio -es decir, cada vez que intervenimos en una argumentación con pretensión de validez intersubjetiva, orientada al consenso.

La comprobación reflexiva de esta *doble estructura ineludible e inherente* a todo argumentar en serio, es interpretada como un *hecho de razón* que permite superar el *solipsismo metódico* de la filosofía clásica de la conciencia y avanzar hacia una fundamentación última de la ética; muestra, además, que los seres humanos, en tanto que interlocutores discursivos, somos dependientes de esta doble estructura constitutiva que nos obliga, por un lado, a tomar en cuenta en nuestras acciones y decisiones determinadas *suposiciones necesarias y no contingentes* de la situación argumentativa -pretensiones de *comprensibilidad, verdad, veracidad y corrección* (Habermas, 1971: 110; 1998: 391ss.)- y, por otro lado, a considerar explícitamente los condicionamientos históricos y las implicancias materiales y culturales del mundo de la vida. Los interlocutores discursivos, en tanto que miembros de la comunidad *real* de co-

municación, se perciben, por un lado, como *seres empíricos*, pertenecientes a una comunidad histórica y cultural particular, que usan un determinado lenguaje, poseen determinadas necesidades biológicas, psíquicas y culturales, etcétera; y por otro lado, en tanto que utilizan argumentos con pretensión de validez universal, trascienden los límites contingentes de la comunidad particular de pertenencia y se saben miembros de una comunidad ideal de comunicación.

Esta doble pertenencia comunitaria implica una doble obligación moral, a saber: en nuestras acciones y decisiones debemos orientarnos tanto por las *pretensiones universales de validez*, propias de la comunidad ideal de comunicación, como también por la idea de *cooperar responsable y solidariamente en la satisfacción de las necesidades* propias de los miembros de la comunidad real de comunicación, esto es: de las necesidades de seres empíricos -biológica, psíquica y culturalmente condicionados.

El principio moral de la formación discursiva de consenso, que es la clave de la ética discursiva, funciona como idea regulativa en los *discursos prácticos*, en el sentido de que los argumentantes deben tener en cuenta en sus deliberaciones todas las necesidades que puedan ser articuladas discursivamente, y no deben excluir de la argumentación los intereses legítimos de ningún interlocutor: ni los de aquellos que pueden participar fácticamente -aquí y ahora- en el discurso práctico, ni los de aquellos que ya no pueden argumentar, que aún no pueden argumentar o que, por distintas razones, no pueden hacerlo temporariamente.

2.2 Los discursos prácticos

Los discursos prácticos son procedimientos que los interlocutores discursivos utilizan para tematizar y resolver los problemas concretos relacionados con el cuestionamiento de determinadas pretensiones de validez. Cuando en el mundo de la vida la acción comunicativa se interrumpe o, incluso, se cancela, los interlocutores discursivos pueden intervenir en un discurso práctico para tematizar sus disensos y conflictos, con el fin de lograr un consenso sobre la base de la imparcia-

lidad. Para la ética del discurso, el principio moral no se circunscribe, en sentido kantiano, a que yo pueda querer que la máxima de acción subjetiva se convierta en ley universal, sino que, en vista de la validación de las normas morales, exige de los argumentantes tanto que den su *asentimiento* a los resultados del discurso, como que aprueben las consecuencias directas e indirectas que se siguen del cumplimiento generalizado de la norma consensuada (Apel, 1988: 122s.). Entre los rasgos distintivos del discurso práctico, en tanto que procedimiento racional de resolución de pretensiones de validez cuestionadas, se cuentan los siguientes: la libertad e igualdad de los interlocutores, la exclusión de la violencia -en los discursos prácticos sólo vale la fuerza de los mejores argumentos- (Habermas, 1998: 45), la simetría y la inclusión radical de todos los interlocutores afectados (Michelini, 2008).

La ética del discurso, si bien exige la institucionalización de los discursos prácticos en todos los niveles de interacción, no ofrece una fundamentación de normas materiales ni propone valores sustantivos, y delega la solución de problemas concretos a la responsabilidad de los afectados (o, dado el caso, de sus representantes). En este sentido, la ética discursiva sostiene que, en tanto que miembros de la comunidad *meta-institucional de la argumentación*, hemos reconocido ya siempre -de hecho, o al menos contrafácticamente- una *co-responsabilidad que nos vincula originaria y solidariamente* con todos los otros posibles miembros de una comunidad de argumentación, tanto para la percepción y el reconocimiento de los intereses legítimos como para una evaluación imparcial de los mismos. La ética del discurso, en tanto que ética de la corresponsabilidad solidaria, es así radicalmente inclusiva: toma en cuenta todos los intereses y las necesidades de todos los real o virtualmente afectados.

A diferencia del imperativo categórico, que por sus características de *incondicionalidad y rigurosidad* exige actuar sin tomar en consideración las consecuencias de la acción, y no deja lugar a las excepciones, el principio moral de solución discursiva de disensos y conflictos no es inflexible; el principio moral no debe ser aplicado en forma directa y absoluta en todas las situaciones y los

contextos de acción. Hay situaciones en que el principio del discurso (esto es, la búsqueda de una solución consensuada de los conflictos entre todos los afectados) no es aplicable, o su aplicación no es exigible, porque los interlocutores discursivos deben asumir su responsabilidad, por ejemplo, frente a los sistemas de autoafirmación (como la familia o un partido político). Aquí es donde entra en acción la denominada parte “B” de la ética discursiva, es decir, el principio de aplicación responsable orientado a la tematización de los condicionamientos fácticos y sistémicos.

2.3 La ética discursiva como ética de la corresponsabilidad solidaria no rigorista

En opinión de Apel, con la ética del discurso ha irrumpido la auténtica ‘ética de la responsabilidad’, puesto que “lo decisivo no es la ‘buena voluntad’, sino que lo bueno acontezca” (Apel, 1985, II: 406, nota 111; Michelini, 2011). La ética del discurso se autocompone así como una ética de la responsabilidad o de la corresponsabilidad solidaria. La responsabilidad se articula en distintos niveles: por un lado, hay una responsabilidad de todos los interlocutores discursivos para con todos seres racionales, que Apel denomina *corresponsabilidad primordial*. Este tipo de responsabilidad está anclada en una reflexión pragmático-trascendental y fundamenta la igualdad y reciprocidad de todos los interlocutores discursivos en la comunidad ideal de comunicación.

Además, hay una responsabilidad de los argumentantes en el discurso, la cual remite a la cooperación de los interlocutores discursivos en la fundamentación de las normas morales. En el ámbito del discurso práctico, los interlocutores discursivos son corresponsables en la tarea de comprobar la corrección de las normas morales concretas y de examinar su adecuación a la situación y al contexto de interacción. En el ámbito de la aplicación referida a la historia hay responsabilidades inherentes no solamente a las relaciones individuales y profesionales, sino también a las coerciones fácticas y sistémicas (vinculadas, por ejemplo, con la política, la economía, el derecho positivo, etcétera) y las generadas por la responsabilidad por la institucionalización del discurso

en el mundo de la vida, es decir, en la comunidad real de comunicación.

La ética discursiva afirma que sólo aquellos enunciados que logran superar el filtro del *discurso argumentativo* pueden ser considerados como intersubjetivamente vinculantes. Sin embargo, la exigencia de intervenir en discursos reales tiene, en muchos casos, un precio elevado. Por ejemplo, pagaría un precio muy alto quien pretendiera llevar adelante un discurso orientado al consenso frente a quien sólo obrara estratégicamente o hiciera uso de la violencia, en lugar de aportar buenas razones. En muchas situaciones y contextos no es posible actuar de forma razonable y responsable según el principio ético-comunicativo que exige la solución discursiva de disensos y conflictos. A causa de ello, en algunos casos, la acción "estratégica contra-estratégica" (Kettner, 1992: 346ss.) es no sólo una posibilidad válida, sino también una *obligación moral*, puesto que en el mundo de la vida no siempre están dadas las condiciones de aplicabilidad del principio moral y, a causa de ello, en algunos casos el principio moral puede ser incluso no exigible.

Para aquellas situaciones o contextos en que no están dadas las condiciones mínimas para la determinación de la validez de las normas y su libre seguimiento (por ejemplo, donde aún no esté vigente un estado de derecho), la parte "B" de la teoría ético-discursiva, en tanto que ética de la responsabilidad referida a la historia, propone un *principio de complementación* hermenéutico-teleológico, el cual permite articular la racionalidad ético-comunicativa con la racionalidad estratégica. Este principio -que toma en cuenta los aspectos contextuales y situacionales, y que complementa el principio del consenso universal de la comunidad ideal de comunicación- puede ser explicitado aproximadamente del siguiente modo: *tanta racionalidad comunicativa como sea posible, tanta racionalidad estratégica como sea necesaria* (Apel, 1988: 168; Apel: 1992: 36). La primera parte del enunciado de este principio hace referencia a la exigencia de intervenir *diálogicamente*, en todo lo que sea posible, para la *solución* justa de un disenso o conflicto, mientras que la segunda parte exige actuar con *responsabilidad* en vista de consecuencias que pueden

poner en juego cuestiones básicas vitales (como la supervivencia y la autoafirmación de los individuos). Esto último puede implicar que los individuos suspendan parcialmente la racionalidad comunicativa y hagan un uso provisorio legítimo de la racionalidad estratégica, actuando contra-estratégicamente.

En vista de que el principio formal-deontológico en algunos casos puede *no ser aplicable* y, en otros, *no ser exigible*, la ética discursiva se autocomprende como una ética de la corresponsabilidad solidaria *no rigorista*. Claro está que, abandonar parcial y provisoriamente el principio discursivo tampoco es una decisión enteramente monológica, puesto que tiene que sostenerse -de alguna manera, y aunque sea en forma limitada- en un discurso práctico, es decir: no se trata de una acción *arbitraria*, sino de una decisión que puede ser legitimada con buenas razones en el contexto de la comunidad ilimitada de comunicación. El principio formal-deontológico desempeña siempre el papel de una idea regulativa para la práctica y la toma de decisiones de los interlocutores discursivos. Dicho de otro modo: aún en aquellas circunstancias difíciles, en las que sea necesario apelar al auxilio de la racionalidad estratégica, hay que interactuar en el sentido de la articulación responsable de la comunidad ideal de comunicación con la comunidad real de comunicación, esto es: no se debe abandonar nunca el principio de resolución consensual de conflictos como último horizonte de interacción para el logro de decisiones justas.

3. Categorías ético-discursivas útiles para abordar la problemática del aborto

En sus intervenciones argumentativas, los interlocutores discursivos hacen necesariamente -de forma explícita, o contrafácticamente- dos tipos de presuposiciones. Por un lado, realizan ciertas *idealizaciones*, como las siguientes: se reconocen como interlocutores libres e iguales, con los mismos derechos; aún en situaciones de disenso y conflicto pueden llegar a un entendimiento razonable; reconocen que nadie debe ser *excluido* de la comunidad ilimitada de comunicación; para alcanzar un consenso deben renunciar al uso de

cualquier tipo de la violencia, etcétera. Por otro lado, los interlocutores discursivos *presuponen necesariamente* que son seres finitos e interdependientes, que poseen un cuerpo (Maliandi, 1998) y están sujetos a las consiguientes necesidades materiales, que son seres biológica, psicológica y culturalmente condicionados, que poseen aspiraciones e intereses diversos, etcétera.

Teniendo en cuenta estas suposiciones que explícita o implícitamente reconocen los interlocutores discursivos, en tanto que miembros de la comunidad ideal y de la comunidad real de comunicación, es posible determinar algunas categorías lógico-teóricas y bio-psico-sociales de utilidad para abordar luego la problemática del aborto.

3.1 Categorías lógico-teóricas

3.1.1 La idea de persona interpretada como interlocutor discursivo

El concepto de persona suele utilizarse para hacer referencia tanto a personas *humanas* como *no-humanas*. En el marco de la teología cristiana se habla, por ejemplo, de personas divinas, comunicativas pero no corporales, mientras que Singer sostiene que es posible considerar a determinados animales como personas (Singer, 1995: 145).

La ética del discurso interpreta que las “personas *humanas*” son seres *lingüística y comunicativamente competentes*. En tanto que capaces de lenguaje y comunicación, las personas pueden desempeñarse como seres *dialógicos e interlocutores discursivos*. A diferencia del desempeño dialógico que los interlocutores ponen en práctica cuando interactúan con sentido y de modo más o menos razonable en el mundo de la vida, sin que se cuestionen las pretensiones de validez que se elevan en cada caso, el *desempeño discursivo* implica una *interacción reflexiva*, en la que los argumentantes tematizan las pretensiones de validez cuestionadas, y deben estar dispuestos a dar, recibir y exigir razones que sean accesibles a todos los afectados. El desempeño discursivo implica además que los afectados deben no sólo asentir las normas que orientarán la interacción, sino también poder aceptar libre y responsable-

mente las consecuencias previsibles del seguimiento general de la norma aceptada como válida.

3.1.2 Inclusión radical

Los interlocutores discursivos presuponen que los discursos prácticos son el único procedimiento apto para la interpretación adecuada de las aspiraciones, las necesidades y los intereses de los argumentantes, así como el único medio para resolver de forma justa los disensos y conflictos, puesto que los discursos prácticos son radicalmente inclusivos: ningún interlocutor -real o virtual- debe ser excluido de la comunidad de argumentación, ni ningún interés de los argumentantes debe ser desconocido sin buenas razones (Velasco, 2013: 70ss.). La inclusión radical de todos los argumentantes asegura que las normas de interacción que deben seguir los interlocutores discursivos posean legítimamente una pretensión de validez intersubjetiva, porque provienen de la voluntad autónoma de los participantes en el discurso y remiten a su corresponsabilidad solidaria.

3.1.3 Corresponsabilidad solidaria universal

Corresponsabilidad solidaria universal significa que los interlocutores discursivos poseen una responsabilidad no sólo personal o profesional, sino también de todos para con todos los argumentantes y para con toda necesidad o todo interés legítimo. La corresponsabilidad solidaria implica que todos los interlocutores deben tratarse como iguales, comprometerse en la institucionalización de discursos prácticos orientados al consenso para dirimir de forma justa todos los asuntos relevantes que los afecten, y hacerse cargo, tanto de contribuir a la transformación de la realidad en el sentido expresado en el principio regulativo de la realización de la comunidad *ideal* de comunicación en la comunidad *real* de comunicación, como de colaborar responsablemente en la implementación de la estrategia emancipatoria de supervivencia del género humano.

3.2 Presupuestos bio-psico-culturales

Quienes participan en un discurso práctico y reflexionan de forma estricta sobre los presump-

tos de la situación argumentativa presuponen necesariamente no sólo condiciones lógico-formales, sino también condiciones *bio-psico-culturales*, entre las cuales se cuentan, por ejemplo, todas las necesidades relacionadas con la supervivencia biológica y la vida social. Los interlocutores discursivos pueden determinar fehacientemente en un discurso práctico que uno de los presupuestos básicos para poder desempeñarse como tales es la *vida humana*. En efecto, la vida humana representa una condición necesaria, aunque no suficiente, para que los seres humanos puedan desempeñarse como seres lingüística y comunicativamente competentes y, en última instancia, como seres morales.

La *corporalidad* es asimismo relevante desde un punto de vista moral, puesto que es condición existencial de posibilidad para la adquisición de aquellas cualidades lingüísticas y lógico-formales que tornan posible el desempeño argumentativo de los interlocutores discursivos. Sin la estructura bio-psico-social, características de la corporalidad humana, los interlocutores discursivos no podrían intervenir en un discurso práctico como argumentantes y, por ende, no podrían autocomprenderse reflexivamente como seres morales. Además, la estructura bio-psico-social de la vida humana y del cuerpo humano hace que los interlocutores discursivos se perciban como seres finitos, sujetos a condicionamientos biológicos, psicológicos y sociales en el marco de una comunidad ilimitada de comunicación.

4. Los presupuestos teórico-metodológicos de la ética discursiva y la cuestión del aborto

En lo que sigue, quisiera abordar dos cuestiones fundamentales en relación con la articulación de los presupuestos teórico-metodológicos de la ética del discurso y su relevancia para una reflexión moral sobre la problemática del aborto. Estas cuestiones se refieren a que, desde una perspectiva ético-discursiva, es posible fundamentar, por un lado, el principio moral de no interrupción de la vida humana inicial y, por el otro, la *legitimidad* de la *no-aplicabilidad* o *no-exigibilidad* de dicho principio en determinados contextos y situaciones de interacción. Ambas fundamentaciones las

presento y explico en las dos tesis siguientes, a saber:

a) La interrupción *arbitraria* de la vida humana en el estadio inicial de desarrollo -independientemente de que dicha práctica sea socialmente aceptada y esté legitimada jurídica y políticamente- es, por principio, una práctica *injusta*.

b) El principio moral que exige no interrumpir arbitrariamente la vida humana en el estadio inicial de desarrollo no debe ser aplicado en forma rigorista, puesto que hay condicionamientos históricos -situacionales y contextuales- que pueden acotar o impedir su aplicación directa e irrestricta, o hacer que el principio no sea exigible.

4.1 El aborto como práctica injusta

De acuerdo con las características señaladas en la parte "A" de fundamentación de la ética del discurso, puede afirmarse que la interrupción *arbitraria* de la vida humana en el estadio inicial de desarrollo es -por principio- una práctica injusta, por las siguientes razones.

Dado que quien argumenta reconoce todas las exigencias virtuales de todos los miembros (actuales o virtuales) de la comunidad ilimitada de comunicación que pueden justificarse mediante argumentos, los interlocutores discursivos que efectivamente pueden participar en un discurso práctico están obligados moralmente "a tener en cuenta todas las exigencias virtuales de todos los miembros virtuales" (Apel, 1985, II: 403). En este sentido, la interrupción arbitraria de la vida humana en devenir implica excluir de forma *irreversible* de la comunidad ilimitada de comunicación a algunos interlocutores virtuales.

Además, dado que los interlocutores discursivos presuponen en sus intervenciones tanto una comunidad real como una comunidad ideal de comunicación, los argumentantes están obligados moralmente no sólo a realizar la comunidad *ideal* de comunicación en la comunidad real de comunicación, sino también a "asegurar la *supervivencia* del género humano" (Apel, 1985, II: 409) en tanto que comunidad *real* de comunicación. En el contexto de la teoría ético-discursiva, la acción de asegurar la supervivencia del género humano

tiene un carácter *emancipatorio*: quienes participen en un discurso práctico son responsables de asegurar las condiciones de vida de *todos* los interlocutores discursivos, tanto *actuales* como *virtuales* (Böhler, 2013).

En síntesis, desde los parámetros teórico-metodológicos de la ética discursiva y en vista de aquellas instancias que los argumentantes presuponen -conciente o inconcientemente- cada vez que intervienen en un discurso práctico, los interlocutores discursivos pueden percatarse reflexivamente que la vida humana en devenir no debe ser interrumpida *arbitrariamente*, puesto que es *conditio sine qua non* de la existencia de interlocutores discursivos y de una comunidad de seres morales. Cuidar y conservar la vida humana en devenir y las condiciones económicas, sociales y culturales que permiten su desarrollo es un deber moral de todo interlocutor discursivo. La interrupción *arbitraria* de la vida humana en el estadio inicial de desarrollo debe ser considerada -por principio- una práctica *injusta*. Un ejemplo de interrupción arbitraria de la vida humana inicial sería la determinación autárquica y decisionista de una mujer que decide abortar sin aportar buenas razones para ello y sin consulta previa a otros afectados (por ejemplo, a la pareja), en caso que ello sea factible y que, del mismo modo, no haya buenas razones para evitar o suspender esta consulta.

4.2 *Corresponsabilidad solidaria no rigorista*

La ética del discurso sostiene que los condicionamientos histórico-culturales y las situaciones personales que se dan en la comunidad *real* de comunicación pueden acotar o incluso impedir la aplicación responsable del principio moral, reconocido como universalmente válido e intersubjetivamente vinculante. En los casos en que la aplicación del principio moral se vea afectado por dichos condicionamientos, los interlocutores discursivos pueden actuar de forma estratégica, sin lesionar la *validez* del principio moral.

Los interlocutores discursivos saben que el principio moral no debe ser aplicado con todo rigor, en toda situación y en todo contexto; pueden per-

cibir reflexivamente que hay situaciones y contextos en que el principio puede *no ser aplicable* en forma simple y directa, o que su aplicación puede *no ser exigible*. Al tomar en cuenta no sólo la exigencia del principio moral formal, inherente a la comunidad *ideal* de comunicación, sino también los condicionamientos histórico-culturales y situacionales de su aplicación en el marco de la comunidad *real* de comunicación, los interlocutores discursivos actúan en el horizonte de una ética de la *corresponsabilidad solidaria no rigorista*. Esto significa que ellos interpretan la dialéctica entre la orientación ideal y la realización concreta de las normas morales del siguiente modo: aunque el principio moral nunca pierde su validez y siempre debe ser tenido en cuenta como horizonte último de la acción (aún en las circunstancias que no pueda ser aplicado o su aplicación no sea exigible), hay situaciones y contextos en que el principio moral no sólo no puede, sino que incluso *no debe* ser aplicado.

Relacionado con la problemática del aborto, desde la ética del discurso en tanto que teoría ética de la corresponsabilidad solidaria no rigorista puede sostenerse que, en determinadas circunstancias y contextos de interacción, el principio que exige no interrumpir voluntariamente la vida humana en el estadio inicial de desarrollo puede no ser aplicable, o su aplicación no ser exigible.

Un caso de *no-aplicabilidad* del principio moral estaría dado, por ejemplo, si un gobierno, por razones de Estado, no permitiera tener más que un hijo, y que violar tal disposición implicara para la mujer que corra peligro su vida o que sea severamente penalizada. Enfrentada a tales condiciones, la mujer que decida abortar no lesionaría la validez del principio moral, porque decide y actúa en el marco de una situación de *aplicabilidad restringida*.

Un ejemplo de *no-exigibilidad* del principio moral estaría dado en el caso de que una mujer, a causa de una enfermedad grave, tuviera que optar entre salvar su vida o la del feto. En tal caso, el principio moral que obliga a no interrumpir *arbitrariamente* la vida humana en el estadio inicial de desarrollo *no es exigible*, aunque la mujer puede decidir legítimamente, por convicción pro-

pia, continuar con el embarazo aún a costa de su vida.

Todo ello tiene también consecuencias para la cuestión jurídica de la despenalización: en algunos casos, la despenalización estaría justificada, pero no podría justificarse moralmente una despenalización general y sin restricciones de cualquier interrupción voluntaria de la vida humana en el estadio inicial de desarrollo. Si bien los ejemplos mencionados no son casos extraños a la realidad que percibimos a diario en el mundo de la vida, es sabido que a menudo las situaciones en la vida cotidiana son más complejas y conflictivas, casi siempre dramáticas y no pocas veces dilemáticas. En vista de la realización de la comunidad ideal de comunicación en la real, todo ello no nos dispensa de la exigencia moral de contribuir responsable y solidariamente en la transformación de las condiciones fácticas halladas, que hacen no aplicable o no exigible el principio moral.

En síntesis: La realización de *discursos prácticos* con la participación de todos los afectados, como procedimiento para la tematización pertinente de problemas particulares y la resolución justa de disensos y conflictos específicos relacionados con la interrupción de la vida humana en el estado inicial de desarrollo, tal como lo propone la ética del discurso, sigue siendo, en mi opinión, una de las propuestas teóricas más racionales y razonables que podemos tener a la vista los miembros corresponsablemente solidarios de la comunidad ilimitada de comunicación cuando se trata de fundamentar y aplicar el principio moral en situaciones y contextos históricos signados por la incertidumbre, la finitud y la conflictividad.

Entregado 12-12-2014

Aprobado 7-2-2015

Bibliografía

- APEL, K-O., 1985. La transformación de la filosofía, T. 2, Taurus, Madrid.
- APEL, K-O., 1988. Diskurs und Verantwortung. Das Problem des Übergangs zur postkonventionellen Moral, Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- APEL, K-O., 1992. Diskursethik vor der Problematik von Recht und Politik, en APEL, K-O. und KETTNER, M. (eds), Zur Anwendung der Diskursethik in Politik, Recht und Wissenschaft, Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- BÖHLER, D., 2013. Was heißt und wo beginnt Menschenwürde? en BÖHLER D. Verbindlichkeit aus dem Diskurs. Denken und Handeln nach der sprachpragmatischen Wende, Karl Alber, Freiburg-München, pp. 529-538.
- LEY ORGÁNICA DEL ESTADO, 2010. Boletín Oficial del Estado Español, Núm. 55, jueves 4 de marzo de 2010, Sec. I, pp. 21001-21014. Recuperado el 1 de octubre de 2014. Disponible en: www.boe.es/boe/dias/2010/03/04/pdfs/BOE-A-2010-3514.pdf
- DE ZAN, J., 2002. Panorama de la ética continental contemporánea, Akal, Madrid.
- FINNIS, J., 1992. Pros y contras del aborto, en Finnis J. et al. (eds), Debate sobre el aborto. Cinco ensayos de filosofía moral, Cátedra, Madrid, pp. 108-142.
- HABERMAS, J., 1971. Vorbereitende Bemerkungen zu einer Theorie der kommunikativen Kompetenz, en HABERMAS, J. und LUHMANN, N., Theorie der Gesellschaft oder Sozialtechnologie - Was leistet die Systemforschung? Suhrkamp, Frankfurt am Main, pp. 101-141.
- HABERMAS, J., (1998). Teoría de la acción comunicativa, T. I: Racionalidad de la acción y racionalidad social, Taurus, Madrid.
- HOERSTER, N., (1989). Ein Lebensrecht für die menschliche Leibesfrucht?, en Juristische Schulung, nro. 29.
- JONAS, H., 1979. Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilization, Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- KETTNER, M., 1992. Bereichsspezifische Relevanz. Zur konkreten Allgemeinheit der Diskursethik, en APEL, K-O. und KETTNER, M. (eds), Zur Anwendung der Diskursethik in Politik, Recht und Wissenschaft, Suhrkamp, Frankfurt am Main, pp. 317-348.
- KUHLMAN, W., 2008. Discursos breves e irrebasabilidad, en MICHELINI, D. J.,
- KUHLMAN, W. y DAMIANI, A. (eds), Ética del discurso y globalización. Corresponsabilidad solidaria en un mundo global e intercultural, Ediciones del ICAI, Río Cuarto, pp. 131-141.
- KUHLMAN, W., 2009. Unhintergebarkeit. Studien zur Transzendentalpragmatik, Königshausen-Neumann, Würzburg.

- KUNZMANN, P., 2006. Ist Potentialität relevant für den moralischen Status des menschlichen Embryos? en HILBERT K, MIETH D (eds), Kriterien biomedizinischer Ethik. Theologische Beiträge zum gesellschaftlichen Diskurs, Herder, Freiburg im Breisgau, pp. 16-30.
- MALIANDI, R., 1998. El apriori corporal en Apel, en ROVALETTI, M.L. (ed), Corporalidad. La problemática del cuerpo en el pensamiento actual, Lugar Editorial, Buenos Aires, pp. 161-168.
- MALIANDI, R., 2008., La presunción de aplicabilidad y el espíritu de la ética discursiva, en MICHELINI, D. J., KUHLMAN, W. y DAMIANI, A. (eds), Ética del discurso y globalización. Corresponsabilidad solidaria en un mundo global e intercultural, Ediciones del ICALE, Río Cuarto, pp. 143-158.
- MICHELINI, D. J., 2008. Discurso y solidaridad, en MICHELINI, D. J., KUHLMAN, W. y DAMIANI, A. (eds), Ética del discurso y globalización. Corresponsabilidad solidaria en un mundo global e intercultural, Ediciones del ICALE, Río Cuarto, pp. 113-130.
- MICHELINI, D. J., 2011. Que lo bueno acontezca. Ensayos sobre pragmática trascendental y ética discursiva, El Aleph, Buenos Aires.
- PINZANI, A., 2007. Jürgen Habermas, Beck, München.
- SINGER, P., 1995. Ética práctica, 2da. Edición, Cambridge University Press, Cambridge.
- SPAEMANN, R., 2007. Ética, política y cristianismo, Ediciones Palabra, Madrid.
- THOMSON, J. J., 1992. Una defensa del aborto, en FINNIS J. et al. (eds), Debate sobre el aborto. Cinco ensayos de filosofía moral, Cátedra, Madrid, pp. 9-32.
- TOOLEY, M. 1992. Aborto e infanticidio, en FINNIS J. et al. (eds), Debate sobre el aborto. Cinco ensayos de filosofía moral, Cátedra, Madrid, pp. 69-107.
- VÁZQUEZ, R., 2009. Algo más sobre el aborto, en FLORES J. (ed.), Foro sobre la despenalización del aborto. Respuesta social frente a las controversias constitucionales, UNEAM, México.
- VELASCO, J. C., 2013. Habermas, Alianza, Madrid.

Solidaridad relacional: una manera de abordar el derecho a la asistencia sanitaria

Relational solidarity: a way to approach the right to healthcare

*Ricardo Páez Moreno**

Resumen

La atención de la salud es un derecho humano consignado en la legislación de los países democráticos, cuya concreción en la práctica tiene varias limitaciones, sobre todo en países de mediano o bajo ingreso. No obstante México pertenece a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, los distintos indicadores revelan que tiene uno de los niveles más bajos en la atención de la salud. La bioética ha abordado este problema principalmente desde el cumplimiento del derecho a la asistencia sanitaria. Sin embargo, hacen falta abordajes bioéticos complementarios al de los derechos, más cercanos a la vida diaria y los contextos de las personas, que contribuyan a conseguir el acceso a la atención de la salud, tales como el de solidaridad. A partir de un enfoque relacional de solidaridad o de solidaridad política, que tome en cuenta tres distintos niveles de solidaridad: el interpersonal, las prácticas grupales y las manifestaciones institucionales o legales; y tres aspectos clave en las relaciones humanas: las prácticas, los conocimientos y los factores emotivos o emocionales, este trabajo plantea un modo complementario de acceder al derecho a la asistencia sanitaria y una posible aplicación.

Palabras clave: solidaridad, justicia, derecho a la asistencia sanitaria, autonomía, estado.

Abstract

Health care is a human right that is included in the legislation of democratic countries. In practice, however, the application of these laws has several limitations, especially in countries of low- to middle-income. Even though Mexico belongs to the Organisation for Economic Co-operation and Development, various indicators show that this country has one of the poorest levels in health care. Bioethics has addressed this problem mainly based on the fair distribution of scarce resources. However, new bioethical approaches complementary to human rights are needed, closer to the daily life and context of people, such as solidarity. This study approaches the problem from a relational approach of solidarity or political solidarity, taking into account three different tiers: interpersonal level, group practices and contractual and legal manifestations; and three key aspects in human relations: practices, knowledge, and emotional or emotive factors. It also proposes a complementary way to access the right to health care, as well as a possible application.

Keywords: solidarity, justice, right to healthcare, autonomy, state.

Resumo

A assistência à saúde é um direito humano estabelecido na legislação dos países democráticos, o qual, na prática, tem várias limitações, especialmente em países de baixa e média renda. Ainda que o México pertença à Organização para a Cooperação Econômica e Desenvolvimento, os diferentes indicadores mostram que tem um dos níveis mais baixos nos cuidados em saúde. A Bioética tem abordado este problema, principalmente, quanto ao direito de assistência à saúde. No entanto, são necessárias novas abordagens bioéticas complementárias aos direitos humanos, mais próximas da vida diária e dos contextos individuais, tais como a solidariedade. A partir de uma abordagem relacional de solidariedade ou de solidariedade política, levando em consideração três diferentes níveis: interpessoal, práticas de grupo e manifestações institucionais ou legais; e três aspectos-chave nas relações humanas: práticas, conhecimentos e fatores emotivos ou emocionais, este estudo propõe uma forma complementar de acesso ao direito à saúde e uma possível aplicação.

Palavras-chave: solidariedade, justiça, direito a cuidados de saúde, autonomia, estado.

* Doctor en bioética. Profesor y tutor del Programa de Maestría y Doctorado en Bioética, Universidad Nacional Autónoma de México. ricardomps@gmail.com.

Introducción

El derecho a la asistencia sanitaria es una de las conquistas de la humanidad que se remonta al surgimiento del Estado de Bienestar. Está consignado en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU 1948), y garantizado por la máxima legislación mexicana en el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (SEGOB 2014). Sin embargo, es un derecho que está aún distante de ser cumplido, sobre todo en los países de mediano o bajo ingreso. En México existen entre 20 y 25 millones de mexicanos sin protección de la salud (INSP 2012). Una de las principales razones es el bajo presupuesto destinado a este rubro, siendo uno de los más bajos de la OCDE (OECD 2014). No obstante el Seguro Popular ha contribuido a aumentar las cifras de cobertura, las intervenciones que ofrece son muy limitadas.

Una de las principales líneas de reflexión bioética de este problema ha sido la justa distribución de recursos, cuya fundamentación radica en la exigencia individual del derecho a la asistencia sanitaria (Páez 2002). El sujeto de dicha reivindicación es la persona autónoma y libre, capaz de tomar conciencia y exigirlo. Sin embargo, el abordaje desde los derechos olvida las relaciones establecidas por los sujetos y los contextos que condicionan mucho de su actuar. La autonomía está limitada por varios factores ajenos al sujeto que si no son tomados en cuenta, se configura a manera de reclamos parciales que no alteran las relaciones injustas establecidas por los sistemas económicos o políticos que hacen que mucha gente no tenga acceso a la atención de su salud (Baylis, Kenny y Sherwin 2008; Solomon 2013).

Una manera alternativa de acceder al derecho a la asistencia sanitaria es la solidaridad. Si bien la solidaridad ha sido poco trabajada en la bioética, el reporte realizado por el Nuffield Council on Bioethics (Prainsak y Buyx 2013) es de gran relevancia al respecto, al ofrecer un concepto operativo de solidaridad en tres niveles de acción: el interpersonal, el de prácticas colectivas o grupales y el institucional o de normas contractuales. Tiene que ver con prácticas compartidas que reflejan un compromiso personal o colectivo para

llevar los “costos” (financieros, sociales, emocionales u otros) de asistir a otros. Sin embargo, la solidaridad vista desde el ángulo relacional o político, considera además otros importantes aspectos de las relaciones humanas, tales como las prácticas concretas, lo emocional o afectivo y los conocimientos. El primer aspecto tiene que ver con el lugar de ubicación, las relaciones y los compromisos entablados. El segundo, con las disposiciones emotivas que se dan cuando una comunidad tiene satisfechas por el Estado sus necesidades básicas y ha sido educada al respecto, por ejemplo, lealtad, reciprocidad, confianza, etc. (Krishnamurthy 2013). También aquellas disposiciones que surgen naturalmente como producto de la cultura de ciertos pueblos, aunque éstos vivan en condiciones de explotación. Tal es el caso de la unión, la lealtad y la confianza existente en los pueblos originarios de México. El tercero se relaciona con la toma de conciencia de aquellos factores por los que una población es sometida a desventajas de manera sistemática (o los llamados determinantes sociales de la salud), y por lo tanto se pregunta desde qué áreas y a qué colectivos es más importante atender (Powers y Faden 2006; Commission on Social Determinants of Health 2008).

El objetivo de este trabajo de demostrar cómo la solidaridad, particularmente la relacional o política, es un camino alternativo y complementario a la exigencia del cumplimiento del derecho a la asistencia sanitaria. Esto sobre todo en lugares como México, donde aún existen importantes carencias en el cumplimiento de este derecho, en buena parte condicionada por factores estructurales de injusticia subyacentes. Para ello se partirá de una serie de datos sobre el incumplimiento del derecho a la asistencia sanitaria en México. Se presentará el abordaje bioético basado en derechos con sus aportes y límites. En seguida se planteará la solidaridad relacional como un camino alternativo y complementario. Finalmente se presentarán algunas propuestas para la concreción de esta última.

En países como México donde el tejido social ha sido sumamente lacerado por diversos factores estructurales, es del todo importante construir la solidaridad a partir de prácticas a diversos nive-

les y desde factores emocionales y cognitivos, en vistas a ayudar al cumplimiento del derecho a la asistencia sanitaria.

1. Datos sobre el incumplimiento del derecho a la asistencia sanitaria en México

Las grandes instituciones que han proporcionado salud a la mitad de la población mexicana son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que tiene aproximadamente 48 millones de afiliados, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que atiende a cerca de 11 millones de personas, y los organismos homólogos de los gobiernos estatales con aproximadamente 1.5 millones de derechohabientes. Petróleos Mexicanos y el Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas son regímenes especiales de seguridad social y atienden a 1.5 millones de personas. Toda esta población puede clasificarse como asegurada. El resto de población no asegurada, es atendida por el Sector Salud a través del Sistema de Protección Social en Salud. Los sistemas Estatales de Salud, el programa IMSS - Oportunidades, así como diversas instituciones federales proveen servicios a la población no asegurada. La población total con acceso a servicios públicos de salud es de casi 78 millones de personas. El resto de la población se atiende con servicios privados (PNUD 2011). En cifras relativas, se tiene que la cobertura en el 2010 se estimaba en 80% de los cuales 38% correspondían al IMSS, 9% al ISSSTE, 2% a PEMEX, 2% a las Fuerzas Armadas y 3% a los Seguro Médico Privados. El restante 20% se supone cubierto por la Secretaría de Salud mediante cuotas de recuperación.

Aunque era una meta del gobierno federal para el 2012, México no ha logrado alcanzar la cobertura universal, y menos aún de calidad. El Seguro Popular¹ ha logrado disminuir los gastos empobrecedores en salud sobre todo en la población no asegurada, pero está muy lejos de equipararse con la seguridad social. Este seguro cobra una

cuota de inscripción y se limita a 255 servicios médicos y 285 medicamentos. Las intervenciones médicas que ofrece tienen un carácter básicamente preventivo, sin dirigirse a tratar las enfermedades responsables de la morbilidad y mortalidad de la población. Y por último, representa una sobrecarga para los actuales servicios públicos de salud, que además de la política de abandono y desabasto que se ha tenido hacia estos, ahora tienen que solventar la atención del Seguro Popular. Todo esto sin adentrarse en el problema financiero que representa (Sánchez y Palomino 2005).

Según cifras del Consejo Nacional para la Evaluación de las Políticas Públicas de Desarrollo Social del 2012, en el espacio de los derechos sociales en México, había 86.9 millones de personas con alguna privación social, es decir, tres de cada cuatro ciudadanos. La carencia que más afectó a la población nacional fue la relacionada con el acceso a la seguridad social, pues 71.8 millones de personas (tres de cada cinco) presentaron esta privación: 31.8 millones de mexicanos no tuvo acceso a servicios de salud, ni públicos ni privados (CONEVAL 2012). Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, la cobertura de protección de la salud llega a cerca de 79% de mexicanos (INSP 2012). De manera general, la cobertura del 90 % que anunció el gobierno federal quedó reducida a un 48.3 % de los costos de hospitalización, medicinas y rehabilitación, debido al desembolso que los mexicanos tienen que erogar para pagarse su salud (Díaz 2012).

Ateniéndose a las cifras, la crisis del sistema de salud mexicano es evidente, el cual se caracteriza por tener los porcentajes más bajos entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) en cuanto a recursos destinados por el Estado para el sostén y mejoramiento de los servicios en salud:

- Desde 1960, México ha experimentado uno de los aumentos más grandes en cuanto a la expectativa de vida en la OCDE. Sin embargo, la esperanza de vida al nacer permaneció en 74.4 años en el 2012, poco más de cinco años por debajo del promedio de la OCDE.

1 Esquema de aseguramiento público que opera por una cuota social proveniente de la federación y de los estados, así como una cuota familiar. Ofrece una serie de beneficios siempre y cuando estén dentro de la cobertura otorgada.

- El gasto en salud de México es del 6.2% del PIB, y el gasto promedio es del 9.3%; y el gasto por persona en salud fue de 1048 USD en 2012 comparado con el promedio de la OCDE que es de 3484.
- El gasto de bolsillo fue de 45.2 por ciento del gasto en salud, comparado con 19 por ciento de la OCDE.
- La cantidad de médicos por mil habitantes en 2012 fue de 2.2, comparada con la cifra de 3.2 de la OCDE.
- El número de camas disponibles en los hospitales para el cuidado intensivo de la salud fue de 1.6 por cada mil habitantes en el 2012, frente al promedio de la OCDE de 4.8 camas por cada mil habitantes (OECD 2012).

Además desde una mirada crítica, el derecho a la asistencia sanitaria ha sido vulnerado por varios factores: el insuficiente presupuesto destinado por el Estado a este rubro, el modelo no unificado de sistema de atención sanitaria en el que cada institución realiza las funciones básicas de financiamiento, organización y administración de consumo y provisión de salud (PNUD 2011), y por las reformas emprendidas por el sistema neoliberal con el fin de hacer más eficiente a la seguridad social (Homedes y Ugalde 2009; Tamez, Bodek y Eibenschutz 1995), pero que sólo han logrado irla entregando progresivamente al sector privado, sin aumentar su eficiencia y calidad de servicio.

En base a los datos anteriores, puede concluirse que la atención de la salud es un derecho humano muchas veces incumplido en México. No obstante la seguridad social y la Secretaría de Salud ofrecen un importante porcentaje de cobertura, la tendencia es a cubrir a la población sin atención sanitaria a través del Seguro Popular, cuya atención dista mucho para ser calificada como cumplimiento del derecho a la asistencia sanitaria.

2. El abordaje bioético de los derechos: aportes y limitaciones

Desde el punto de vista teórico, los derechos humanos han sido un recurso muy utilizado para fundamentar el derecho a la salud o a la atención

de la salud. Los derechos humanos tienen su origen a lo largo de la historia: de manera remota en las culturas griega y romana, y de manera próxima en las propuestas histórico-utópicas del derecho natural de los ilustrados. La Declaración de Virginia, en 1776, y sobre todo la Declaración francesa de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, de 1789, suponen las primeras concreciones programáticas dentro del marco jurídico. En los estados de derecho liberales, el derecho a la asistencia sanitaria tiene su fundamento en las ideas iusnaturalistas que dan lugar a la formulación de la primera generación de derechos humanos (civiles y políticos), que prescribe que al hombre le asiste por naturaleza el derecho a la salud y la integridad física. En este contexto el derecho a la salud es visto de manera negativa, considerándose que existe con anterioridad al contrato social y a la formulación de leyes positivas, que deberían tenerlo en cuenta y protegerlo. El estado liberal asume una actitud minimalista frente a la iniciativa privada de los particulares, de la que dependerá la efectividad de los derechos naturales protegidos, tales como el derecho a la atención médica.

En la segunda mitad del siglo XIX, bajo la influencia del pensamiento social marxista, se desarrolla el movimiento obrero que aboga por los derechos de segunda generación (económicos, sociales y culturales), que se sustentan de forma positiva y no negativa para que puedan hacer factibles los derechos civiles y políticos. En conformidad con lo anterior, el derecho a la atención médica deberá depender de la iniciativa estatal y no de la privada.

Frente al valor de la privacidad en la atención médica que dominaba a finales del siglo XIX, el derecho positivo a la asistencia médica adquiere su primera materialización práctica de peso con el triunfo de la Revolución Socialista y la iniciativa tomada por el estado soviético de desarrollar un sistema de salud que respondiera a las demandas del movimiento obrero y su ideología. En el sistema comunista los servicios médicos debían ser ofrecidos de manera gratuita a cada cual según sus necesidades. En el sistema capitalista se irá creando la necesidad de socializar también la medicina para que responda a las demandas

de atención sanitaria de sus fuerzas productivas, dando origen a la asistencia médica pública —a través de entidades de beneficencia, seguridad social y seguro médico— y la medicina preventiva del siglo XX. Estos logros adquieren expresión jurídica internacional en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y los pactos firmados posteriormente para su observancia. Se reconoce el derecho de toda persona a la salud y se reconocen las medidas que deberán tomar los estados firmantes para hacerlo efectivo.

Después de estas iniciativas internacionales, se han sucedido otras que han sido sustantivadas por organizaciones sanitarias de carácter internacional y regional, como la Organización Mundial de la Salud, la Asociación Médica Mundial, el Consejo de Europa y la Organización Panamericana de la Salud. No obstante, la situación sanitaria de dos terceras partes del planeta prueba que las políticas de salud de la mayoría de los estados del hemisferio distan mucho de haber cumplido lo pactado, notándose grandes diferencias entre los países de alto y los de mediano o bajo ingreso. La perpetuación de un orden internacional injusto y la imposición del sistema neoliberal de manera global, obstaculizan grandemente el cumplimiento del derecho a la asistencia sanitaria. En los países de mediano o bajo ingreso, los programas en salud están distantes de cumplirse de manera universal y con estándares de dignidad. Es por ello la imperiosa necesidad de desarrollar el derecho a la asistencia médica tomando como base la observancia de los derechos humanos de tercera generación (derecho a la autodeterminación de los pueblos, derecho al desarrollo, derecho al medio ambiente sano, derecho a la paz) sustentados en el valor de la solidaridad humana (Martínez 2008).

Muchos abordajes al problema de la falta de asistencia sanitaria han estado centrados en la óptica de los derechos, heredado de la ética clínica y la ética de la investigación, y consonante con la cultura dominante moral y política en el mundo anglosajón. El problema con el enfoque en los derechos individuales, es que permite a los investigadores y políticos por igual, ignorar el contexto social y político como fuente de riesgos aumentados de enfermedad (Venkatapuram, Bell

y Marmot 2012). Los derechos colectivos relacionados con la justicia distributiva que se ocupa de la distribución de bienes cuantificables, ignoran a veces ciertas situaciones de desigualdad que ocasionan, en la vida real, que muchas personas se queden sin atención de la salud, tales como pertenecer a alguna etnia explotada, no tener acceso a la educación, pertenecer a algún grupo social marginado o estigmatizado, etc. Los abordajes basados en derechos de tercera generación y a la luz de la solidaridad son los más novedosos y es necesario desarrollarlos desde un enfoque contextual.

Los individuos son inseparables de sus comunidades y contextos, y los intereses de ambos están interrelacionados. Una noción relacional de la persona, tiene que ver con la membresía a determinados grupos como fuente de identidad. Si un grupo pertenece a los sistemáticamente desaventajados, sus miembros encontrarán muchas estructuras sociales o determinantes sociales de la salud que sistemáticamente reforzarán la desventaja. Estos tendrán menos oportunidades en la vida que otros grupos y estarán más propensos a la discriminación y a ser estereotipados. El enfoque relacional hace ver, no sólo que todos están conformados socialmente, sino también recuerda que no todos están conformados como iguales.

El enfoque relacional tiene que ver con las necesidades en salud de comunidades y poblaciones a través de acciones tomadas a nivel social o político. Como tales, requieren un concepto de persona que reconoce y responde a su naturaleza situada económica, política y socialmente. Abordajes contextuales desde la justicia social, permiten analizar por qué determinado colectivo está sometido siempre a desventajas de todo tipo, incluso teniendo cobertura de asistencia sanitaria, o qué desigualdades importan más y tienen sometida a una población (Powers y Faden 2006). Así por ejemplo, México según el PNUD es un país de alto nivel de desarrollo, y pertenece a los países de la OCDE. Su macro economía es estable. Sin embargo la desigualdad es una nota central y de muy larga historia, causante de muchos de sus problemas actuales.

Las interacciones entre las personas son constitutivas de éstas al grado que no pueden considerarse los intereses individuales al margen de los de su comunidad. En salud, el bienestar (o desventaja) de algunos es el resultado del bienestar (o desventaja) de otros. Así, la distribución de la asistencia sanitaria necesita integrar una comprensión relacional de las personas que esté atenta a los caminos en que los patrones de discriminación o privilegio sistemático operan en términos de éxitos y actividades de salud pública.

La autonomía relacional (Baylis, Kenny y Sherwin 2008) sostiene el hecho de que las personas son inherentemente sociales y están situadas social, política y económicamente, dentro de enclaves sociales, que desarrollan sus intereses y valores en conversación con otros seres política y económicamente situados. Más que pretender que los individuos puedan tomar decisiones “libres” de influencias externas, la autonomía relacional promueve a poner atención de aquellos tipos de fuerzas que pueden delinear las decisiones individuales. Al evaluar el grado de autonomía presente en un caso dado, es necesario determinar si el contexto promueve o mina las oportunidades de autonomía. Las decisiones personales dependen de las opciones disponibles a las personas, y tales opciones a veces son determinadas por políticas adoptadas por las sociedades en que viven (Solomon 2013).

El abordaje relacional conduce a ver las múltiples y variadas formas en que las opciones políticas en competencia afectan las oportunidades disponibles para los miembros de los diferentes grupos sociales. Permite ver cómo la autonomía de algunos puede darse a expensas de las demandas de justicia de otros.

3. Solidaridad relacional

La solidaridad es un término tan antiguo como la civilización romana, aunque fue retomado a partir de la Revolución francesa como una forma alternativa de fraternidad. La *solidarité* llegó a ocupar un lugar central en el movimiento de los trabajadores de los orígenes tardíos del siglo XIX, siendo el origen del uso histórico del término en formas relacionadas con el movimiento, tales como las

agrupaciones contra la discriminación en base a la raza o el sexo, o aquellas orientados hacia varios aspectos de la salud (Butler 2012). Sin embargo, el término ha sido utilizado de manera muy diversa, lo que ha ocasionado una vaguedad en su definición y una confusión entre sus ámbitos normativo y descriptivo (Pensky 2008). Por lo tanto, se acude en este trabajo a la siguiente definición operativa de solidaridad en bioética, producto de un excelente estudio del Nuffield Council on Bioethics: *prácticas compartidas que reflejan un compromiso colectivo para llevar los costos (financieros, sociales, emocionales u otros) de asistir a otros* (Pranisack y Buyx 2011).

El enfoque de la solidaridad más común ha sido el desarrollado por los liberales, para quienes la persona antecede a sus fines, es decir, los individuos tienen la capacidad de cuestionar sus relaciones hasta el punto de separarse de ellas si así lo desean: el individuo libre de vínculos, de compromisos y elector de sus fines y objetivos vitales. La solidaridad de corte liberal es entre desiguales, y genera dependencia paternalista. Es un compromiso voluntario y supererogatorio. Y en definitiva, está desligado de la justicia y los derechos humanos (Martínez 2004).

Sin embargo, la solidaridad entendida de manera relacional tiene que ver con el lugar donde cada uno se encuentra ubicado, cuáles son sus relaciones y compromisos, con quiénes y con qué se haya uno identificado. Es una idea de libertad situada capaz de tomar en cuenta el “formar parte” de ciertas prácticas compartidas. En el contexto de la salud pública, la solidaridad relacional tiene que ver con incorporar las necesidades en salud de los más desaventajados social y económicamente.

Un concepto relacional de solidaridad a partir de un concepto relacional de persona, esquiva todo tipo de exclusión y se dirige a expandir la categoría de “nosotros” por la de “todos nosotros”. Lo que importa es un interés compartido en la sobrevivencia, seguridad y protección, un interés que puede ser efectivamente perseguido por la búsqueda de bienes públicos y a través de los esfuerzos para identificar y deshacer las complejas redes de privilegio y desventaja que sostie-

nen y alimentan una división de “nosotros” contra “ellos”.

La solidaridad tiene el papel de promover los bienes públicos para la salud (por ejemplo, el conocimiento científico o el control de enfermedades comunicables y de la resistencia a antibióticos). No se considera a la salud como un bien público en sí. La solidaridad relacional si es vista desde el corazón del proyecto de salud pública, y desde las preocupaciones de la justicia social y la autonomía relacional, tiene un gran reto moral: el triunfo en su labor depende críticamente de nuestra voluntad y capacidad de dismantelar los patrones existentes de privilegio y desventaja, patrones profundamente entremezclados en nuestras estructuras y políticas públicas.

La solidaridad relacional está íntimamente ligada con la solidaridad política, puesto que esta última tiene que ver con las relaciones concretas establecidas entre los propios ciudadanos. Supone una serie de sentimientos, conocimientos y acciones, en torno a la identificación colectiva, el respeto mutuo, la confianza recíproca, la lealtad y el apoyo mutuo. Se trata de un sentimiento a favor del bien común, de tener una misma causa. Implica el conocimiento de formar una identificación colectiva. Supone haberse tejido en base a acciones de lealtad y confianza, equidad y respeto. A nivel descriptivo, la justicia requiere que las instituciones sociales y políticas estén estructuradas de tal manera que éstas promuevan la solidaridad política. Éstas pueden ser el estado o tradiciones comunitarias encarnadas en estructuras organizativas básicas propias de los pueblos originarios: comisariados, fiscales, agentes de salud, comités para la conservación de la ecología, la lengua y las costumbres, etc. Y a nivel normativo, es necesario construir este tipo de relaciones para que se desarrolle la solidaridad.

Sin embargo, si no se está en una relación de solidaridad política con los propios ciudadanos, o si se les mira como distintos o desconectados de uno mismo, es probable el retiro de la vida pública y el encierro en uno mismo, generando ciudadanos menos motivados en la cooperación social que es esencial para lograr un orden social justo. La solidaridad política es afectada negativamente

cuando las instituciones y las prácticas no educan a la ciudadanía en la confianza, el respeto, la igualdad, y peor aún si generan exclusión, discriminación, o incluso atropellan a la ciudadanía (Krishnamurthy 2013).

En México, la solidaridad está en niveles muy bajos, según el estudio realizado en el otoño de 2010 por la revista Nexos para medir las aspiraciones de los mexicanos en relación a algunas dimensiones de la sensibilidad nacional que tienen que ver con la solidaridad política (Escalante 2011). Se trató de un estudio cualitativo con entrevistas a gente de todas las edades, los niveles socioeconómicos y ocupacionales, y en todas las regiones del país; y cuantitativo bajo una encuesta aplicada a 1794 hogares. Entre los principales resultados, una primera constatación es el profundo individualismo: en proporción abrumadora los mexicanos creen en sí mismos más que en el país donde viven. Todo o casi todo lo esperan de su propio esfuerzo, poco o nada de la calidad política, económica o social de la nación que han construido².

A falta de un sueño común o una visión solidaria que vincule los destinos individuales³, los mexicanos tienden a poner sus sentimientos de pertenencia en la familia. La apuesta al propio esfuerzo y el refugio en la familia⁴ como mundo nuclear, dibuja, con fuertes trazos, la imagen de un ciudadano que desconfiaba correlativamente de

2 86% dijo no tener aspiraciones colectivas sino individuales; 63% contestó que el esfuerzo personal es más importante que el de todos como país, y que “cada quien jala por su cuenta”; y el 37% que se trabaja en equipo. El 61% reveló que hace lo que le beneficia aunque no sea a favor del país. En relación a la percepción del país, el 56% lo considera como “un barco a la deriva”, y el 62% que va por mal camino.

3 Dentro de las aspiraciones individuales, la primera es el bienestar material; tener educación y acceso a la salud se respondió como prioridad en 14 y 10% respectivamente; las aspiraciones colectivas tales como desear que al país le vaya mejor, fueron afirmativas en un 9% y ser un buen ciudadano en un 1%. Las aspiraciones deseadas para el país son distintas a las proporciones de vida próspera que anhelan para sí mismos: una vida política de mayor calidad implícita en las aspiraciones de tener un país “seguro, sin violencia” (36%), “sin corrupción” y con buen gobierno (14%), que “cuida el medio ambiente” (3%), y con igualdad de derechos (1%).

4 81% declaró que su familia estaba en sus intereses antes que su país.

sus elites dirigentes, en particular del gobierno⁵, y mira hacia el país con un sentido crítico que incluye el resentimiento de creerlo un país rico y no haber recibido suficiente de él⁶. La confianza casi irrestricta en sí mismo y la desconfianza radical en el estado y sus instituciones arrojan el perfil de lo que provocativamente se ha llamado “un liberal salvaje”, queriendo decir con ello que se está frente a un ciudadano que no reconoce en el fondo otro ethos que el del bienestar personal y familiar, ni otro derecho que el de resolver su vida con los medios a su alcance, perjudiquen estos o no a su comunidad y a su nación.

Lo anterior revela una serie de fracturas que impiden la solidaridad política: entre las aspiraciones individuales y las colectivas, entre la seguridad hallada en la familia y el poco interés por el bien común, entre el deseo de bienes materiales individualmente y el deseo de un buen gobierno para el país, entre la riqueza del país y su mala distribución.

Los mexicanos, como se ve, están divididos en sus percepciones. El reto para los líderes del país: articular un sueño común, conciliar aspiraciones individuales y colectivas, hacer explícito el puerto al que se quiere llegar, que necesariamente deberá atender la satisfacción de aspiraciones individuales y de calidad de la vida cotidiana (Escalante 2011:45).

4. Posibles caminos para tejer solidaridad relacional

La definición operativa de solidaridad (Pranisack y Buyx 2011) consta de tres niveles, comenzando por una conceptualización de cómo los individuos se involucran en practicar la solidaridad. Se organizan en una jerarquía de institucionalización, con el primer grado a nivel interpersonal y el más informal, y el tercer nivel más institucional y más formal-legal. Los individuos no son considerados como entidades dadas y claramente

unidas, como en el enfoque liberal, sino como personas cuyas identidades, intereses y preferencias emergen de las relaciones con otros, es decir, bajo una perspectiva más comunitaria. Consecuentemente la solidaridad puede ser vista como algo que es una necesidad innata y característica de la gente, no algo supererogatorio. Luego entonces las relaciones en este modelo no son vistas de manera independiente, sino como parte de la persona. Si bien Pranisack y Buyx no consideran los aspectos emotivos y conceptuales de la solidaridad, faltando entonces el motivo por el cual se relacionan entre sí las personas o los grupos (lealtad, confianza) o las razones para hacerlo (abolir determinada relación injusta) (Krisnamurthy 2013), su modelo sirve para clasificar los distintos niveles de intervención solidaria, en los cuales se incluirán también estos aspectos. Los tres niveles son: interpersonal, de prácticas grupales y de manifestaciones contractuales y legales; y semejante a la del universo liberal, comunitarista y socialdemócrata de la solidaridad (Martínez 2004). Dado el descrédito institucional y las insuficiencias en la práctica del estado mexicano en la atención de sus deberes públicos, la solidaridad tendrá que ver sobre todo con las relaciones establecidas en los primeros dos niveles.

El nivel interpersonal de solidaridad puede tomar varias formas: la conciencia de estar asociado con otros por elección, por destino u otras circunstancias. Así, entra la libertad en acción, en tanto por determinado motivo se elige hacerse solidario con otro u otros a quienes se decide ayudar. Se puede hacer propio el destino de otro(s) similares a quienes se presta ayuda, en al menos algún aspecto. La solidaridad no es tal si no está acompañada por actos, esto es, la manifestación externa de la voluntad de sobrellevar los costos de asistir a otros. Y también por sentimientos de confianza, empatía y lealtad hacia otros. A su vez, por la claridad de ayudar a salir a otro de una determinada situación injusta.

Es necesario que los profesionales de la salud conscientes y dispuestos a la solidaridad, contribuyan a educar la narrativa de los pacientes u otros colegas en vistas a la progresiva toma de conciencia de la necesidad y oportunidad de ha-

5 Hay un descrédito generalizado en el gobierno: la suma de rubros relacionados con la exigencia de buen gobierno da un 78%.

6 Aunque 68% piensa que México tiene los medios para salir adelante, 70% considera que no ha recibido su parte de la riqueza que tiene el país.

cerse solidarios con otros. Por ejemplo, orientar a la toma de conciencia que la asistencia sanitaria no es una bondad del estado o las instituciones de salud, sino un derecho que necesita ser atendido. Ante el individualismo reinante o la tendencia a encontrar la solución en el ámbito familiar, el primer nivel de solidaridad se genera en la proximidad con el otro en un contexto de respeto con el fin de recuperar la palabra, generar confianza, ofrecer testimonios personales de lealtad que hagan ver que asociados, es posible salir adelante de carencias de atención sanitaria a las que está sometida la población -aún aquella que tiene cobertura de parte de la medicina pública-. Pero también, tomar conciencia que la atención de la salud es un derecho humano que debe ser atendido y puede ser exigido y no paliado por supuestas instituciones filantrópicas. Tal es el caso del Teletón, evento destinado a recaudar fondos para crear centros de rehabilitación infantil en los que se otorga tratamiento gratuito a niños con diferentes discapacidades, que tiene la finalidad oculta de deducir impuestos al gran monopolio que los patrocina al atribuirse los donativos recaudados y justificarlos como propios. Esta y otras más son maneras que encubren la falta de cumplimiento del derecho a la asistencia sanitaria en México (Páez y Reyes 2014).

Esto recupera la dimensión social y política del ser humano a través de la expresión de pensamiento y sentimiento, experiencia y estructura, que se verbaliza en un relato expresado en una conversación continua, cara a cara, a través de la cual se va construyendo el compromiso cívico. Crear capital social se desarrolla a través de una continua, prolongada e intensa conversación entre dos personas o entre pequeños grupos. Se requiere un contacto persona a persona a lo largo del tiempo para construir la confianza y la comprensión mutua que caracteriza a las relaciones que son la base del capital social. Además, el capital social es necesariamente un fenómeno local, porque se define por medio de conexiones entre personas que se conocen unas a otras (Blanco 2013).

Esta proximidad puede darse en la relación entre profesional de la salud-paciente, o paciente-paciente. Ante los grandes tiempos de espera que

tiene que soportar la gente en la medicina pública para tener una consulta o una intervención diagnóstica o terapéutica, retardo que en muchas ocasiones provoca pérdida de oportunidades curativas, la tendencia es solucionar el problema en lo individual a través del gasto de bolsillo, perdiendo el pequeño ahorro familiar para pagarse la atención de la salud. Se trata de verbalizar la necesidad con otro, tomar conciencia del derecho a ser atendido y exigirlo en diversos ámbitos.

La solidaridad a nivel colectivo o de prácticas grupales puede ser descrita como manifestaciones de un compromiso colectivo de llevar los costos de asistir a otros que están unidos por medio de una situación o causa compartida. Esta es la forma más prominente de solidaridad. La gente que comparte una situación participa de ciertos riesgos o logros positivos que emergen de, o definen una situación. O comparte los logros alcanzados por la lucha en favor de ciertos derechos, así como las respectivas cargas o contrariedades. Presupone igualmente sentimientos de lealtad, confianza, reciprocidad, y tener clara la causa injusta contra la que se hace solidario el grupo. Aquí se ve nuevamente cómo la solidaridad conduce a exigir el derecho a la asistencia sanitaria.

Un ejemplo consistiría en unirse entre pacientes para exigir a las autoridades del centro de salud la justa atención de su necesidad. Probablemente no esté en sus manos lograrlo, pero el conjunto de reclamos a diversos niveles de autoridades presionará para que éstas busquen caminos para solucionar la necesidad. Las redes sociales están cada vez más a la mano de la población y son un recurso efectivo para hacer presión social. Dicha unión pide echar lazos de lealtad y equidad entre el grupo para evitar dividirse cuando se ofrezcan favores particulares, los cuales se deberían rechazar por solidaridad. Si se van logrando pequeños éxitos que se puedan instituir como práctica normativizada, se habrá llegado hasta el tercer nivel de solidaridad o de prácticas institucionales que idealmente puedan positivizarse.

El tercer nivel se da si los principios y valores solidifican no sólo en normas sociales sino que se manifiestan en normas contractuales u otras

normas legales que construyen tejido social. Se trata de la más dura y firme forma de solidaridad.

Conclusión

Ante el problema de la falta de atención de la salud, la solidaridad relacional o política es un abordaje bioético complementario al basado en el derecho a la asistencia sanitaria. Además de retar a la generación de formas creativas de atención de la necesidad en salud, la práctica solidaria genera conciencia, construye lazos de relación entre la sociedad, y puede llegar incluso a instituir prácticas institucionales. Ante la crisis de atención a la salud vivida en México, la solidaridad relacional puede convertirse en una respuesta a través del fomento de la lealtad, la confianza, la conciencia crítica y la construcción de diversas concreciones de tejido social.

Entregado 12- 3 - 2015

Aprobado 2- 6 - 2015

Bibliografía

- BAYLIS, F., KENNY, N.P. & SHERWIN, S., 2008. A Relational Account of Public Health Ethics, *Public Health Ethics*, Vol 1, No 3:196-209.
- BUTLER, S., 2012. A dialectic of cooperation and competition: solidarity and universal health care provision, *Bioethics*, Vol 26, No 7:351–360
- BLANCO, A., 2013. ¿Y quién es mi prójimo? Una relectura de la solidaridad en la sociedad actual, *Sal Terrae*, Vol 101/7, No 180:649-661.
- COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, 2008. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. WHO [Versión electrónica]. Recuperada el 31 de julio de 2015. Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/
- CONEVAL - Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2012. Informe de pobreza en México 2012. CONEVAL [Versión electrónica]. Recuperada el 22 de febrero de 2015. Disponible en: http://www.coneval.gob.mx/Informes/Pobreza/Informe%20de%20Pobreza%20en%20Mexico%202012/Informe%20de%20pobreza%20en%20M%C3%A9xico%202012_131025.pdf
- DÍAZ, U., 2012. Pagan los mexicanos doble por salud, *Periódico Reforma*, Sección Primera. [Versión electrónica]. Recuperada el 22 de febrero de 2015. Disponible en: <http://www.reforma.com/aplicacioneslibre/preacceso/articulo/default.aspx?id=50030&v=5&po=4&urlredirect=http://www.reforma.com/aplicaciones/articulo/default.aspx?id=50030&v=5&po=4>
- ESCALANTE, F., 2011. El mexicano ahorita: Retrato de un liberal salvaje, *Nexos*, 1 de Febrero, 42-49.
- HOMEDES, N. & UGALDE, A., 2009. Twenty-Five Years of Convoluting Health Reforms in Mexico, *PLoS Medicine*, Vol 6, No 8. [Versión electrónica.] Recuperada el 22 de febrero de 2014. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2719806/>
- INSP - Instituto Nacional de Salud Pública, 2012. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, INSP [Versión electrónica]. Recuperada el 22 de febrero de 2015. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
- KRISHNAMURTHY, M., 2013. Political Solidarity, Justice and Public Health, *Public Health Ethics*, Vol 6, No 2:129-141.
- MARTINEZ, J., 2004. El sujeto de la solidaridad: una contribución desde la ética social cristiana, en: VILLAR A. y GARCÍA-BARÓ M. (ed.), *Pensar la solidaridad*. Ed. Universidad Pontificia Comillas, Madrid, pp. 47-114.
- MARTÍNEZ, J.A., 2008. Derecho a la asistencia médica, en TEALDI J.C. (comp), *Diccionario Latinoamericano de Bioética*, Ed. UNESCO, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, pp. 247-249.
- OECD – Organisation for Economic Cooperation and Development, 2014. OECD Health Data 2012. How does Mexico Compare, OECD. [Versión electrónica]. Recuperada el 22 de febrero de 2015. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-MEXICO-2014.pdf>
- ONU – Organización de las Naciones Unidas, 1948. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Organización de las Naciones Unidas. [Versión electrónica]. Recuperada el 22 de febrero de 2015. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- PÁEZ, R., 2002. La medicina y la justicia, en ALONSO, J., AGUILAR, L.A. y LANG, R. (comp), *El futuro del Estado social*, Ed. Universidad de Guadalajara, ITESO y Goethe Institut, Guadalajara, México, pp. 271-301.

- PÁEZ, R. y REYES, L.F., 2014. Violencia y salud, en LEON, F.J., LEÓN, D. y NAVARRETE, V., (comp), Bioética para la toma de decisiones, Parte 1, Ed. Federación Latinoamericana de Instituciones de Bioética (FELAIBE), Santiago de Chile, pp. 418-432.
- PENSKY, M., 2008. The ends of solidarity. Discourse theory in ethics and politics, State University of New York Press, New York.
- PNUD - Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2011. Informe sobre desarrollo humano. Equidad del gasto público: derechos sociales universales con subsidios focalizados, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, México. [Versión electrónica]. Recuperada el 22 de febrero de 2015. Disponible en: http://planipolis.iiep.unesco.org/upload/Mexico/Mexico_NHDR_2011.pdf
- POWERS, M. & FADEN, R., 2006. Social Justice, Oxford University Press, New York.
- PRAINSAK, B. & BUYX, A., 2011. Solidarity. Reflections on an emerging concept in bioethics, Nuffield Council on Bioethics, London.
- SÁNCHEZ, M., PALOMINO, B., 2005. La salud en México: algunas consideraciones actuales, Mundo Siglo XXI, Vol 1, No 2:35-44.
- SEGOB - Secretaría de Gobernación, 2014. Congreso de la Unión. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Secretaría de Gobernación, México, XX edición impresa.
- SOLOMON, S., 2013. Protecting and respecting the vulnerable: existing regulations or further protections? Theor Med Bioeth, Vol 34, No 1:17-28.
- TAMEZ, S., BODEK, C. y EIBENSCUTZ, C., 1995. Lo Público y lo Privado: las Aseguradoras y la Atención Médica en México. Cuadernos de Saú-de Pública, Vol 11, No 4:579-587.
- VENKATAPURAM, S., BELL, R. & MARMOT, M., 2012. The right to sutures: social epidemiology, human rights, and social justice, Health and human rights, Vol 12, No 2:3-16.

Bioética y propiedad intelectual. Debates actuales en torno de las patentes sobre los Medicamentos de Alto Costo (MAC)

Bioethics and intellectual property. Current debates about patents on High Cost Medicines (HCM)

*María Sol Terlizzi **

Resumen

La falta de acceso a medicamentos afecta profundamente la salud de las personas. A su vez, el acceso a los medicamentos está vinculado a los mecanismos de protección de las innovaciones e invenciones farmacéuticas, como las patentes. Hace poco más de una década, la discusión estaba focalizada en el rol que las patentes jugaban en el acceso a los medicamentos esenciales, como los antirretrovirales para tratar el VIH/SIDA. En la actualidad, el eje está puesto en un conjunto específico de medicamentos que representan un porcentaje cada vez mayor del gasto en salud en todo el mundo, llamados Medicamentos de Alto Costo (MAC). El objetivo de este artículo es presentar críticamente los debates actuales en torno del acceso a los MAC, en especial los relacionados con el derecho de patentes, y esbozar algunos lineamientos que puedan conducir a un mejor acceso a ellos bajo el actual sistema internacional de propiedad intelectual.

Palabras clave: propiedad intelectual, patentes farmacéuticas, medicamentos de alto costo (MAC), problemas éticos, acceso a medicamentos.

Abstract

The lack of access to medicines deeply affects the health and life of people and it has been addressed by bioethics and others disciplines for decades. In turn, access to medicines is closely related to the mechanisms of protection of pharmaceutical innovation and inventions, such as patents. A decade ago, the discussion was mainly focused on the role that patents played in access to essential medicines, such as antiretrovirals to treat HIV/AIDS. At present, the attention is placed in a reduced and specific set of drugs that represent a growing health spending across the world, namely High Cost Medicines (HCM). The aim of this paper is to present critically the current debates around access to HCM, especially those that are related with the Patent Right, and to outline some ways that may lead to better access to HCM under the current intellectual property system.

Keywords: Intellectual property, pharmaceutical patents, high cost medicines (HCM), ethical issues, access to medicines.

Resumo

A falta de acesso a medicamentos que afeta profundamente a saúde das pessoas é uma questão abordada pela bioética e outras disciplinas ao longo de décadas. Por sua vez, o acesso aos medicamentos está relacionado com os mecanismos de proteção das invenções e inovações farmacêuticas, tais como patentes. Há pouco mais de uma década, a discussão centrou-se no papel que as patentes têm no acesso aos medicamentos essenciais, incluindo anti-retrovirais para o tratamento de HIV/aids. No presente, o eixo está em um conjunto específico de medicamentos que representam uma parte crescente dos gastos com saúde em todo o mundo, chamado de Medicamentos de Alto Custo (MAC). O objetivo deste artigo é apresentar criticamente os debates atuais sobre o acesso a MAC, especialmente os relacionados com a lei de patentes, e delinear algumas diretrizes que podem levar ao melhor acesso a eles, no atual sistema internacional de propriedade intelectual.

Palavras-chave: propriedade intelectual, patentes farmacéuticas, medicamentos de alto custo (MAC), questões éticas, acesso aos medicamentos.

* Profesora en filosofía de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Becaria doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Maestranda en Propiedad Intelectual (FLACSO). Investigadora y docente del Programa de Bioética y del Programa de Derecho y Bienes Públicos de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO Argentina). solterlizzi@gmail.com, solterlizzi@flacso.org.

1. Introducción

La falta de acceso a medicamentos afecta profundamente la salud y la vida de las personas, y es un tema que es abordado por la bioética y otras disciplinas desde hace décadas. A su vez, el acceso a los medicamentos está estrechamente vinculado a los mecanismos de protección de las innovaciones e invenciones farmacéuticas, como las patentes.

Hace poco más de una década, la discusión estaba focalizada fundamentalmente en el rol que jugaban las patentes en el acceso a los medicamentos esenciales, como los antirretrovirales para tratar el VIH/SIDA. En la actualidad, el eje está puesto en un conjunto reducido y específico de medicamentos que representan un porcentaje cada vez mayor del gasto en salud en todo el mundo —en especial en América Latina— llamados Medicamentos de Alto Costo (MAC).

Los MAC son medicamentos para atender condiciones crónicas catastróficas (por su impacto económico) o enfermedades raras o poco frecuentes, y dado que se trata de medicamentos novedosos, muchos de ellos están patentados. En la Argentina, al igual que en el resto del mundo, el gasto en MAC representa un poco más del 10% del gasto total en medicamentos, y registra un crecimiento acelerado (Tobar 2012)¹. En América Latina, los medicamentos son hasta 300% más costosos que en los países desarrollados².

El altísimo costo de esta clase de medicamentos hace que su cobertura sea realizada con recursos públicos y del seguro social en el mejor de los casos y que no exista cobertura alguna en el peor de los escenarios.

1 En Argentina, las enfermedades oncológicas son las que conllevan mayores gastos en medicamentos, seguidas por el VIH/SIDA y la fibrosis quística (FQ). Para el tratamiento de las tres enfermedades suele requerirse el uso de algún MAC; en el tratamiento de la FQ, en el 55% de los casos se utiliza dos MAC que representan en promedio \$296.000 por paciente por año; para el resto (45%), el costo anual por paciente es de \$76.197 (Hamilton 2011).

2 Por ejemplo, las variaciones de precios entre Argentina y Chile oscilan entre un 15% y un 123%, según un relevamiento realizado por la Asociación Agentes de Propaganda Médica de Argentina (AAPM-RA 2011) sobre diez MAC seleccionados con diferentes formulaciones y posologías. Esta brecha se agudiza más aún si se compara los precios de Argentina con los de España: en este caso la diferencia va del 35% al 303% (AAPM-RA 2011).

Al mismo tiempo, la preocupación por el acceso a este tipo de medicamentos crece entre científicos/as, académicos/as y la opinión pública. Por ejemplo, un centenar de expertos/as en Leucemia Mieloide Crónica (LMC) elaboraron recientemente un documento en el cual cuestionan el elevadísimo precio de las nuevas drogas para tratar esta dolencia y el potencial impacto negativo sobre los y las pacientes y las políticas de salud pública (AA.VV. 2013). Algo similar sucede con los medicamentos de tercera generación para tratar el VIH/SIDA, cuyos costos elevados —producto de las patentes— son motivo de reclamo por parte de organizaciones como Médicos Sin Fronteras (Médicos Sin Fronteras 2013). Adicionalmente, cada vez es más frecuente encontrar en plataformas online como Change.org peticiones de individuos que solicitan la cobertura de algún medicamento costoso por parte de su obra social o prepaga, o que promueven iniciativas para modificar leyes con el objetivo de incrementar el acceso a la salud o a los medicamentos. Estas peticiones son firmadas por miles de personas provenientes de distintas partes del mundo que se involucran en la problemática y que muchas veces alcanzan resultados favorables.

En este contexto, toda sociedad democrática debe confrontar la tensión ética entre las exigencias correspondientes al derecho a la salud y los derechos de propiedad intelectual³, y buscar un balance apropiado entre el fomento a la innovación⁴ y la actividad económica, la asignación de

3 Esta tensión ha sido explorada desde diferentes perspectivas e incluso fue reconocida en numerosas oportunidades por la OMS, la OMC y laOMPI. Ver por ejemplo Organización Mundial de la Salud 2012; Organización Mundial de la Salud 2006; Organización Mundial de la Salud, Organización Mundial de la Propiedad Intelectual y Organización Mundial del Comercio 2012; Organización Mundial del Comercio y Organización Mundial de la Salud 2002.

4 El fomento a la innovación es la columna vertebral del principal argumento para justificar la propiedad intelectual en general y las patentes en particular. Según este argumento, de corte económico, la existencia de un derecho de exclusiva incentivaría a los inventores, y especialmente a la industria farmacéutica, a investigar y desarrollar nuevos productos, quienes sin esos incentivos no producirían lo necesario, puesto que cualquiera podría aprovecharse de lo producido por ellos (free-riding). Esta investigación y su posterior desarrollo redundarían en beneficio de las sociedades, que se encontrarían con medicamentos nuevos. Con esto, se alcanzaría el nivel óptimo (eficiente) de innovaciones y el desarrollo económico sería estable. Desde esta perspectiva, existe un trade off entre la protección de

responsabilidades y la distribución justa de recursos sociales.

El objetivo de este trabajo es presentar críticamente los debates actuales en torno del acceso a los MAC, en especial los relacionados con el derecho de patentes, y esbozar algunos lineamientos que puedan conducir a un mejor acceso a ellos bajo el actual sistema internacional de propiedad intelectual. Para ello, (2) presentaré el contexto internacional en el que se ubican los MAC, prestando especial atención al impacto que pueden tener las patentes sobre el acceso a esta clase de medicamentos. Luego, (3) analizaré el problema del acceso a los MAC desde el punto de vista del derecho a la salud y (4) compararé las características particulares de los MAC con las de los medicamentos esenciales. Esta comparación permitirá (5) reconocer los problemas éticos asociados a los MAC y acotar el problema del acceso a los MAC a una subclase de estos: los de eficacia comprobada y con utilidad terapéutica. Finalmente, (6) retomaré la cuestión del acceso a los MAC y su vínculo con las patentes y presentaré (7) algunas propuestas para mejorar el acceso a aquellos MAC identificados en la sección previa. Por último (8), esbozaré algunas conclusiones.

2. El acceso a los medicamentos en el nuevo escenario internacional: MAC, patentes y mercado

El acceso a medicamentos esenciales y a nuevos medicamentos es una cuestión que afecta profundamente la salud y la vida de las personas, quienes pueden verse compelidas a vivir con una baja calidad de vida, o incluso pueden fallecer a causa de la falta de acceso a los medicamentos⁵.

la invención y su difusión o, en otros términos, entre los intereses del inventor y los de la sociedad. Y son los distintos mecanismos jurídicos que regulan las invenciones los encargados de orientar este balance hacia uno u otro de los polos (Terlizzi 2011).

5 Según estadísticas de 2008, casi 2 billones de personas carecen de acceso a medicamentos esenciales. Además de la falta de acceso, la inequidad en el acceso sigue siendo el rasgo fundamental de la situación farmacéutica global (Hunt y Khosla 2008). Estadísticas más recientes muestran que en los países de bajos y medianos ingresos existe una escasez de medicamentos en el sector público, que es el encargado de proveer a las personas más pobres las drogas necesarias para su salud. En esos países, solo el 57% de una selección de medicamentos genéricos

Al mismo tiempo, está estrechamente vinculado a los mecanismos de protección de las invenciones del campo farmacéutico, tales como las patentes, las cuales están reguladas como productos del comercio. El derecho de patentes, si bien es un derecho territorial, está sujeto desde 1994 a los estándares de protección mínimos establecidos en el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) de la Organización Mundial del Comercio (OMC 1994)⁶, también conocido como TRIPS, por sus siglas en inglés. Este acuerdo significó un cambio de escenario institucional que permitió consolidar el vínculo entre la propiedad intelectual (PI) y los regímenes de comercio iniciado unas décadas antes. Con él, se instauró una nueva arquitectura internacional de la PI bajo la cual los países se comprometían a respetar requisitos mínimos para su protección. En el caso de las patentes, los cambios más relevantes fueron la obligación de proteger productos y procesos farmacéuticos⁷ y la extensión de la protección a un piso de 20 años⁸.

está disponible en el sector público, lo que puede llegar a solo un 3%. Además, aun el costo de los medicamentos genéricos más baratos puede hacer que tratamientos comunes queden fuera del alcance de personas con bajos ingresos. Quienes padecen enfermedades crónicas suelen ser los más perjudicados. A pesar de que existen tratamientos efectivos para esas afecciones, sigue sin haber un acceso universal a ellos (OMS 2013).

6 Hasta mediados de la década de 1990, el derecho de patentes se hallaba solo en aquellos estados que reconocían su existencia y aunque internacionalmente regía el Convenio de París administrado por la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI), solo imponía normas generales y no era vinculante. (Organización Mundial de la Propiedad Intelectual 1883). Pero con la firma del Acuerdo ADPIC se trasladó el lugar en donde debían decidirse las normas sobre propiedad intelectual desde la OMPI hacia la OMC (The Corner House 2004).

7 Esta obligación se manifiesta en la cláusula de no discriminación (art. 27.1). Esta prohíbe excluir ciertos productos o procesos del patentamiento por motivos relacionados con el origen de la rama industrial de la cual procede la invención. El ejemplo paradigmático son los medicamentos. Antes del Acuerdo ADPIC, la protección de medicamentos no existía en muchos países. Un estudio de la OMPI de 1988 informó que de los 98 miembros de la Convención de París, 49 excluían de la protección a los productos farmacéuticos y 44, los métodos o tratamientos (The Corner House 2004:23). En la Argentina, en donde regía la ley 111 de 1864, se excluía expresamente de la patentabilidad las composiciones farmacéuticas (art. 4) [productos farmacéuticos], pero no los procedimientos para su preparación. Después de firmar el Acuerdo ADPIC, en 1995 reemplazó la ley 111 por la ley 24481, en la que sí se reconoce la protección de productos.

8 Por ejemplo, en Argentina antes del Acuerdo ADPIC las patentes eran otorgadas por 5, 10 y 15 años según el mé-

A comienzos de la década del 2000, debido a la epidemia del VIH/SIDA y a los altos precios de las medicinas patentadas para el tratamiento de la enfermedad, se produjo un profundo debate⁹ a nivel mundial que giró en torno al acceso a los medicamentos por parte de los habitantes de todo el mundo, en especial de los países pobres, y al rol que las patentes jugaban en ello (Terlizzi 2011). Se sostenía que los derechos de propiedad intelectual (DPI) no podían estar por encima del derecho a la salud de las personas. Esta situación culminó en el año 2001 con la Declaración de Doha (OMC 2001). En ella se reconoce la gravedad de los problemas de salud pública que afligen a los países en desarrollo y menos adelantados. A la vez, se admite la importancia de la protección de la PI para el desarrollo de nuevos medicamentos y reconoce la preocupación por los efectos que esta tiene en los precios de las medicinas¹⁰.

Gracias a estos debates, a las campañas de distintas ONG y a los esfuerzos gubernamentales y de cooperación internacional, el acceso a los medicamentos esenciales, entre ellos los del VIH/SIDA, ha mejorado notablemente en las últimas décadas en gran parte del mundo. Aunque, claro está, aún sigue siendo un grave problema para los países con menores recursos¹¹.

rito del invento y la voluntad del solicitante (ley 111 art. 5). Después del Acuerdo, la protección se estableció en un piso de 20 años. Algo similar ocurrió en el resto de los países.

- 9 Entre otras causas, este debate surgió de algunas ambigüedades del propio Acuerdo, pero también de demandas presentadas contra Brasil y Sudáfrica por parte de la industria farmacéutica y de los gobiernos de los países desarrollados.
- 10 Concluye sosteniendo que el Acuerdo ADPIC “no impide ni deberá impedir que los miembros adopten medidas para proteger la salud pública” y que debería ser interpretado de acuerdo con esta afirmación (OMC 2001).
- 11 Según las Estadísticas Sanitarias Mundiales de la OMS de 2013, casi la mitad de los 194 países encuestados tienen acceso en el sector público a menos de la mitad de los medicamentos esenciales que necesitan para otorgar atención sanitaria básica a sus poblaciones. Esta escasez de medicamentos en el sector público obliga a las personas a acudir al sector privado, en donde los precios llegan a ser 16 veces más altos (OMS 2013). Asimismo, un estudio realizado en Delhi, India, cuyo objetivo era determinar el precio, la disponibilidad y asequibilidad de 50 medicamentos esenciales tanto en el sector público como en el privado, demuestra que, a pesar de tener precios razonables en comparación con los precios internacionales de referencia (IRP, por sus siglas en inglés), la disponibilidad de dichos medicamentos en el sector público —que ofrece gratuitamente la medicina a los sectores más pobres— es muy baja (Kotwani 2013). Estudios que

A diferencia de esto, el acceso a los MAC —en gran medida debido a su alto costo producto del patentamiento— es limitado y depende de las políticas de salud pública de cada país. En América Latina, solo Venezuela, Colombia, Brasil, Uruguay, Ecuador, Cuba, Costa Rica y Argentina disponen de algún mecanismo —específico o general— de provisión de al menos ciertos MAC. Dentro de este grupo de países, algunos cuentan con programas especiales para su cobertura, como el Fondo Nacional de Recursos de Uruguay, mientras que otros los proveen a través del Plan Médico Obligatorio, como es el caso de Argentina. Lamentablemente, en el resto de los países de la región la provisión es escasa o inexistente (Hamilton; Lifschitz; Tobar 2010). Además, el debate sobre esta clase de medicamentos es incipiente¹² y no cuenta hasta la fecha con regulaciones especiales a nivel global.

Adicionalmente, existe una fuerte presión por parte de la población —promovida en muchos casos por la industria farmacéutica— para que el estado se haga cargo de su cobertura. Por ejemplo, solamente en San Pablo, Brasil, se registraron en un solo año, el 2006, 2927 acciones judiciales que solicitaban acceso a los MAC (Chieffi; Barata 2010). En la provincia de Buenos Aires de la República Argentina se registró una situación similar para el mismo período: más de 2000 solicitudes (Marín; Polach 2011). Aunque pareciera tratarse de un problema regional, los países europeos tampoco están exentos de las acciones judiciales para acceder a costosos tratamientos¹³.

Por todo ello, se torna necesario profundizar el debate en torno a esta clase de medicamentos en vistas de mejorar su acceso. Una manera

incluyen mayor cantidad de países pero con una selección más reducida de medicamentos también llegan a conclusiones similares (Din Babar; Lessing; Mace; Bissell 2013).

- 12 En Latinoamérica, la Organización Panamericana de la Salud se ha ocupado del tema (OPS 2009). En el ámbito académico, Federico Tobar es uno de los autores que más trabaja sobre el tema (Tobar; Hamilton; Lifschitz 2011; Tobar 2012).
- 13 Por ejemplo, en abril de 2013 el Tribunal Superior de Justicia de Galicia obligó al Servicio Gallego de Salud a financiar el tratamiento de una persona que padece Hemoglobinuria Paroxística Nocturna (HPN), que incluye un fármaco cuyo principio activo es el eculizumab, cuyo costo asciende, al menos, a 300.000 euros anuales por persona (Visozo 2013).

de hacerlo es analizando las causas de esa carencia. Aunque existen múltiples causas —tales como infraestructura inadecuada para producir y distribuir fármacos, escasez de recursos por parte del estado y bajo poder adquisitivo de los/as ciudadanos/as, entre muchísimas otras—, una de las más relevantes es la existencia de patentes sobre esos productos. Por un lado, quienes necesitan acceder a esos medicamentos y los organismos encargados de su provisión —obras sociales, prepagas, hospitales públicos, etc.— abogan por el cumplimiento del derecho a la salud. Por otro lado, quienes desarrollaron esos productos, reclaman el respeto por los derechos de patentes que tienen. Esta tensión entre las exigencias correspondientes al derecho a la salud y los derechos de propiedad intelectual no es nueva. Sin embargo, presenta algunas particularidades. Una primera aproximación a esta tensión pone de manifiesto que las patentes sobre los MAC se presentan como barreras poderosas para el acceso a ellos y que, por tanto, las respuestas a esta tensión tienen que estar orientadas a disminuir el impacto negativo que conllevan las patentes, ya sea a través de la utilización de mecanismos actualmente existentes —como las licencias obligatorias, las importaciones paralelas— o apelando a las ventajas que ofrecen sistemas alternativos de protección, como los premios. Sin embargo, como argumentaré en lo que resta de este trabajo, esta aproximación es parcialmente errónea. Para demostrarlo, en las próximas secciones me ocuparé en primer término (3) del derecho a acceder a los medicamentos en el marco del derecho más general a la salud; en segundo término (4) compararé las características de los medicamentos esenciales con las de los MAC. Esta comparación permitirá (5) esclarecer algunos problemas éticos presentes en el debate sobre acceso a los MAC. Sin el abordaje de estas cuestiones, el análisis del alcance de las patentes sobre esta clase de medicamentos puede tornarse demasiado estrecho.

3. Los MAC y el derecho a la salud

Como señalé más arriba, el acceso a medicamentos esenciales y a nuevos medicamentos afecta profundamente la salud y la vida de las personas, y es una cuestión que puede ser de vida o muer-

te en muchos casos. El derecho a acceder a los medicamentos forma parte del derecho más general a la salud, entendido este como el derecho a gozar del grado máximo de salud, el cual incluye una atención oportuna de la salud, de calidad, asequible y aceptable. El derecho a la salud es un derecho humano fundamental ampliamente reconocido por los estados, los organismos internacionales y los propios individuos. Los estados lo han incorporado en sus constituciones y han adherido a instrumentos regionales e internacionales de derechos humanos que lo incluyen¹⁴. Sin embargo, el debate teórico¹⁵ con respecto a su fundamentación continúa vigente, más aún cuando se trata de determinar cuál es el alcance de este derecho: si incluye solo los cuidados básicos o abarca también los últimos tratamientos disponibles. Dado el incremento en los costos de la atención de la salud en las últimas décadas, los estados —principales responsables por la observancia de este derecho— encuentran dificultades para dar pleno cumplimiento a ese derecho. En el caso que estamos analizando, cabe preguntarse si el derecho a la salud comprende el derecho a acceder a los medicamentos esenciales o incorpora además el derecho a acceder a los MAC. Una respuesta posible la podemos encontrar en la interpretación que hace el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en el cual se expresa que toda persona tiene el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y se establecen las medidas que deberán adoptar los Estados Partes para asegurar la plena efectividad de ese derecho (UN 1966). De acuerdo a este documento, los elementos que componen el derecho a la salud son: la *disponibilidad*, referida a los establecimientos, bienes y servicios de

14 Entre los instrumentos internacionales más importantes cabe destacar la Declaración Universal de Derechos Humanos (art. 25); el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (art. 12); la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (art. 12); la Convención sobre los Derechos del Niño (art. 24) y la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (art. 5). De los instrumentos regionales, cabe mencionar la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (artículo XI) y el Protocolo de San Salvador (art. 10).

15 Para un recorrido por las principales discusiones éticas y filosóficas sobre el derecho a la salud ver Vidiella (2000).

salud —incluye los factores determinantes básicos de la salud, como el agua potable, personal médico capacitado, establecimientos, etc.—; la *accesibilidad*, tanto física como económica y a la información, sin discriminación alguna; la *aceptabilidad*, vinculada al respeto por la cultura de las personas, minorías y pueblos; y la *calidad* de los bienes, servicios y establecimientos, desde el punto de vista médico y científico (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales 2000).

A pesar de que los estados tienen la obligación de asegurar la plena efectividad del derecho a la salud, en el Pacto y otros instrumentos de derechos humanos se reconoce que los estados cuentan con recursos limitados para garantizar un cumplimiento pleno del derecho a la salud. Por tal motivo, se sostiene que este derecho está sujeto a una *realización progresiva*. Esto significa que los estados tienen la obligación de avanzar lo más eficaz y expeditamente posible hacia la realización plena de ese derecho, aunque su cumplimiento no tiene que ser inmediato. Además de esto, el Pacto impone *obligaciones mínimas* que sí han de ser de cumplimiento inmediato, entre las que se encuentra la obligación de facilitar el acceso a los medicamentos esenciales. De manera que el derecho a la salud comprende el acceso a ambos tipos de medicamentos: esenciales y MAC, pero solo el acceso a los primeros es objeto de una realización plena e inmediata. El acceso a los MAC, por muy necesarios que sean, dependerá entonces de los esfuerzos y posibilidades de los estados.

4. Los MAC y los medicamentos esenciales

Para entender mejor la lógica de esta distinción, y aún más para fundamentarla, es necesario comparar las características de los medicamentos esenciales con las de los MAC. Esto no solo nos permitirá justificar el carácter progresivo de satisfacción del derecho a acceder a los MAC sino también develar algunos problemas éticos presentes en el debate sobre el acceso a ellos.

Hágase el siguiente experimento: pregúntele a unas cuantas personas no versadas en cuestiones de salud qué creen que son los medica-

mentos esenciales. Una vez recabadas algunas respuestas, es probable que se encuentre con una definición de la siguiente naturaleza: “Los medicamentos esenciales se refieren a drogas que son fundamentales para tratar una determinada dolencia, y cuya carencia pondría en peligro la vida o la salud de la persona que la padece”. Esta definición, por muy intuitiva que parezca, no se corresponde en un todo con la definición utilizada en la literatura sobre el tema. La OMS define los medicamentos esenciales como aquellos que “cubren las necesidades de atención de salud prioritarias de la población. Su selección se hace atendiendo a la prevalencia de las enfermedades y a su seguridad, eficacia y costo-eficacia comparativa”¹⁶. Teniendo en cuenta los contextos particulares de los sistemas de salud existentes, los medicamentos esenciales deben estar *disponibles* en todo momento, en *cantidades suficientes*, en las formas farmacéuticas apropiadas, con una *calidad* garantizada, y a un *precio asequible* para las personas y para la comunidad. Así, esta definición de medicamentos esenciales antes que referir a un individuo particular que necesita de un medicamento vital para estar sano, toma como eje la salud de la población; y los criterios para demarcar los medicamentos esenciales de los no esenciales incluyen consideraciones epidemiológicas, terapéuticas y económicas. De acuerdo con esta definición, la mayoría de los MAC no pueden ser incluidos dentro de la categoría de medicamentos esenciales. Sin embargo, algunos de los MAC se han incluido dentro de las listas de medicamentos esenciales, en especial algunas drogas para tratar el VIH/SIDA. Que los MAC no sean incluidos dentro de esta categoría se debe a varias razones:

16 Página web de la OMS, http://www.who.int/topics/essential_medicines/es/ [Recuperado el 5 de noviembre de 2014]. Desde 1977, la OMS elabora una Lista Modelo de los Medicamentos Esenciales que se actualiza cada dos años cuyo fin es orientar a los estados para la selección de aquellas medicinas que debieran suministrar a su población. La primera lista incluía 208 medicamentos esenciales; actualmente la lista incluye 340 medicamentos para tratar enfermedades prioritarias como el paludismo, el VIH/SIDA, la tuberculosis, los trastornos de la salud reproductiva y las enfermedades crónicas como el cáncer y la diabetes. Página web de la OMS, http://www.who.int/features/factfiles/essential_medicines/es/index.html [Recuperado el 5 de noviembre de 2014]

- Primero, porque no cubren las necesidades de atención de salud prioritarias de la población, dado que muchos de ellos son para tratar enfermedades con baja prevalencia, como la Fibrosis Quística, la Hemoglobinuria Paroxística Nocturna o la Vasculitis Granulomatosa, por poner solo algunos ejemplos.
- Segundo, porque la seguridad y eficacia de algunos de ellos no está garantizada. En algunos casos se desconocen los efectos adversos y otros constituyen tratamientos experimentales (Tobar; Hamilton; Lifschitz 2011).
- Tercero, los análisis comparativos de costo-eficacia muestran que el balance entre los costos de la provisión y la eficacia terapéutica es negativo en muchos casos, como sucede con algunos tratamientos para tratar diferentes tipos de cáncer¹⁷.

De esta manera, las características propias de los MAC justifican el carácter progresivo —y no inmediato— de la obligación estatal de satisfacer el derecho a acceder a esta clase de medicamentos: puesto que no cubren las necesidades de atención sanitaria prioritarias de la población; no son lo suficientemente seguros y eficaces y no son costo-eficaces, no hay razón para invertir esfuerzos económicos y de otra índole para garantizar un acceso inmediato, razones que sí existen para garantizar el acceso expedito a los medicamentos esenciales. Desde el punto de vista de la salud pública, entonces, es razonable la distinción entre medicamentos esenciales y MAC tanto como lo es la preeminencia de la cobertura de los primeros sobre los últimos.

5. Problemas éticos en el acceso a los MAC

Sin embargo, aunque fundamentales, los medicamentos esenciales no satisfacen las necesida-

des de salud de todas las personas, algunas de ellas necesitarán de otros medicamentos que no entran dentro de esta categoría, por ejemplo, de algún MAC. Lo que da lugar a problemas éticos de envergadura. En términos generales, podemos observar que son las características¹⁸ mismas de los MAC las que ponen de manifiesto un problema ético que está presente en gran parte de las cuestiones vinculadas a la salud: cómo distribuir los recursos. La distribución de bienes y servicios de salud involucra tanto criterios de justicia como fármaco-clínicos y económicos. Determinar los criterios para distribuir justamente los recursos, en especial cuando son escasos, es importante para determinar las políticas de salud en general y de acceso a los medicamentos en particular. Aquí la escasez es una escasez artificial generada por el monopolio de las patentes sobre muchos MAC.

Específicamente, de la primera característica de los MAC surge el problema de la distribución justa de bienes sociales. ¿Es justo invertir grandes volúmenes de dinero para cubrir unos pocos tratamientos de alto costo cuando puede destinarse ese dinero a una gran cantidad de tratamientos más baratos y cuya prevalencia es mayor? ¿Es justo dejar librado al mercado o a la buena suerte la salud de los individuos? Así, dependiendo de cuál es el criterio de justicia que elijamos (a cada uno según la necesidad, a cada quien lo que se merece, a todos por igual, etc.) vamos a tener diseños institucionales diversos. En tal sentido, no todos los criterios de justicia apoyarían una cobertura total y completa de los MAC.

De acuerdo con la segunda característica, cabe preguntarse si es ético promover el acceso a medicamentos cuya eficacia y seguridad no están garantizadas. Es entendible que las personas recurran a tratamientos experimentales cuando no tienen otra opción disponible —incluso se puede entender por qué los laboratorios fomentan su consumo— lo que no tiene un fundamento del mismo peso es que los estados tomen esa misma postura.

17 Por ejemplo, el tratamiento convencional del cáncer de pulmón no microcítico está compuesto por quimioterapia clásica combinada y erlotinib (un MAC). Los estudios sobre la eficacia comparativa de este MAC indican que su aplicación arroja beneficios limitados en cuanto a supervivencia, mostrando solo una diferencia de 60 a 90 días en comparación con los tratamientos clásicos y sin presentar mejoras en la calidad de vida de las personas (Marín; Polach 2011:169).

18 Estas características son: no tratan las enfermedades de mayor prevalencia en la población, su seguridad y eficacia no está totalmente comprobada y no son costo-eficaces.

Con respecto a la tercera característica, surge la pregunta de cuáles serían las razones para promover la distribución de medicamentos que no demuestran ser mejores con respecto a los tratamientos tradicionales para tratar una dolencia, más aún cuando su costo es mucho más elevado. A veces, y esto sucede con varios medicamentos para el cáncer¹⁹, la mejora en la calidad de vida o la extensión de la expectativa de vida es ínfima en relación a los miles de dólares que cuesta el tratamiento, dinero que podría utilizarse para satisfacer necesidades más básicas de la población²⁰. Algunos autores (Marín y Polach 2011; Tobar, Hamilton y Lifschitz 2011; Tobar 2012) se refieren al vínculo eficacia/costo-efectividad con el término “utilidad terapéutica”. Este término expresaría de un modo más claro la relación entre la eficacia terapéutica y el costo de la droga, cuyo balance positivo orientaría las acciones hacia la compra, distribución, etc.²¹. Al igual que con los criterios

de justicia, la elección de determinados criterios clínicos y económicos para distribuir medicamentos conlleva distintas políticas regulatorias.

6. ¿Son las patentes una barrera en el acceso a los MAC?

Habiendo ubicado a los MAC en el contexto del derecho a la salud y habiendo delineado sus características fundamentales y los problemas éticos asociados a ellos, podemos volver a la cuestión del acceso a los MAC y su vínculo con las patentes.

Al tratarse de medicamentos novedosos, la mayoría de los MAC están patentados, con lo cual su precio es muy elevado. Los altos costos hacen que el acceso a dichas drogas sea difícil o imposible. Asimismo, los estados deben procurar su provisión progresiva en orden a satisfacer el derecho a la salud de sus poblaciones. Sin embargo, teniendo en cuenta las características y los problemas de los MAC reseñados previamente, no todos ellos deberían formar parte de las políticas nacionales de producción y/o distribución de medicamentos suministrados por los estados, sino solo aquellos que demuestren ser seguros y más eficaces²² que los medicamentos previamente existentes para la misma dolencia y que además sean costo eficaces.

Así las cosas, podemos ver que las patentes se constituyen como una barrera al acceso a *ciertos* MAC, pero no a todos: los que presentan seguridad y eficacia comprobada y son costo-eficaces. Es en ellos en los que deberían concentrarse los esfuerzos para mejorar el acceso. Desde el punto de vista del individuo que padece una enfermedad, cualquier potencial alivio a sus síntomas proveniente de un MAC, por más ínfimo o eficaz que sea, se constituye en una razón de peso para

sarrollar medicamentos nuevos y accesibles para todas las personas. Este fondo está basado en un complejo esquema de pago por rendimiento, medido de acuerdo al impacto que tiene la medicina en la salud; de modo que se compensa solo a quienes presentan una mejora sustantiva en relación a los medicamentos existentes (Hollis y Pogge 2008).

22 El caso paradigmático de alta eficacia comprobada que puede encontrarse en la literatura es el de un MAC como el imatinib para tratar la Leucemia Mieloide Crónica (LMC), cuyo uso negativiza la expresión de la patología y mejora notablemente su pronóstico (Marín; Polach 2011:169).

19 Uno de los tantos ejemplos que pueden mencionarse al respecto es el de la nueva droga para tratar el cáncer de colon avanzado, Zaltrap, del laboratorio Sanofi. Se trata de una droga de segunda generación que debe utilizarse junto con otras tres drogas conocidas. El costo de ella — sin tener en cuenta las otras 3— es de 11.000 dólares por mes y la sobrevivencia alcanzada con su uso es de 42 días. Dado que ya existe una droga anterior con características similares y cuyo costo es de 5000, y dados los escasos beneficios terapéuticos para los pacientes, Leonard Slatz, director del Grupo de Oncología Gastrointestinal del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, de EE.UU., recomendó al centro no comprar dicha droga, recomendación que fue aceptada, aunque con sorpresa (Hall 2013).

20 Algo similar sucede con las nuevas vacunas. Cuando un estado decide incorporar una vacuna al calendario oficial y soportar la provisión gratuita, es porque previamente realizó un análisis de costo/beneficio. Pero este análisis puede ser incompleto, cuando no sesgado por otros intereses. Por ejemplo, la decisión de incorporar al calendario oficial la vacuna para prevenir el Virus del Papiloma Humano (VPH) es cuestionable, toda vez que destina recursos al suministro de una vacuna de limitado alcance en la cobertura (en Argentina se aplica la bivalente) y que implica altos costos para el estado. Esos fondos podrían destinarse a los programas de prevención y detección precoz así como a los programas de salud sexual y reproductiva, tanto en el ámbito de atención de la salud como en el ámbito educativo, lo cual permitiría no solo evitar contraer VPH sino también VIH y otras ETS. A la vez, destinar recursos a la atención de otros aspectos como la mala alimentación, la insuficiente atención médica o el hábito de fumar —dado que estos son factores de riesgo para que el virus mute hacia el cáncer— permitiría mejorar la salud y calidad de vida de las personas más allá del VPH.

21 En una línea similar, podemos pensar la eficacia y la utilidad en términos de impacto general en la mejora de la salud, como es la propuesta de Hollis y Pogge del Fondo Internacional de Salud (FIS). Este fondo es un complemento del sistema de patentes, cuyo objetivo es incentivar la investigación en enfermedades relevantes y de-

reclamar su cobertura. Sin embargo, desde el punto de vista de un análisis de salud pública, no hay razones —basadas en criterios de justicia o fármaco-clínicos— para una cobertura absoluta e indiscriminada de todos los MAC.

7. Propuestas para mejorar el acceso a los MAC

En las secciones anteriores intentamos delimitar el impacto que las patentes pueden tener en el acceso a los MAC: sobre un conjunto delimitado de ellos —los que presentan seguridad y eficacia comprobadas, y que además son costo-eficaces— las patentes se constituyen como una barrera al acceso difícil de franquear. Es en estos casos en los cuales deben focalizarse los intentos por mejorar el acceso.

Aunque no podemos tratar la cuestión de la cobertura de acuerdo a la prevalencia de la enfermedad (primera característica de los MAC) y sus problemas éticos asociados (de justicia distributiva) porque un tratamiento adecuado requeriría presentar y defender un criterio de justicia —basado quizás en un modelo de justicia—, lo cual excede los objetivos de este trabajo, podemos señalar, sin embargo, que el impacto de las patentes sobre MAC para tratar enfermedades que no son prevalentes es aún mayor que sobre MAC para tratar las enfermedades cuya atención es prioritaria. Cuanto menos frecuente sea la dolencia, menor atención estatal tendrá y, por tanto, mayor será el impacto sobre el bolsillo del individuo. Establecido esto, podemos mencionar someramente cuáles son los caminos posibles para incrementar el acceso a los MAC. Entre las mejoras propuestas, se destaca la implementación de políticas regulatorias del mercado de medicamentos, algunas vinculadas a la PI —promoción de la competencia genérica, uso de licencias obligatorias y de importaciones paralelas— y otras relacionadas con los precios —control y negociación de precios, compras consolidadas (Tobar, 2012). Asimismo, se propone crear seguros para enfermedades catastróficas que incluyan una consideración particular hacia la distribución de MAC (Van der Kooy; Pezzella 2014).

Debido a la extensión y objetivos de este trabajo, no podemos entrar en detalles. Baste mencionar que cada uno de estos instrumentos presenta ventajas y desventajas, y que puede funcionar mejor o peor de acuerdo al contexto de cada país. Por ejemplo, un país con capacidad suficiente para producir públicamente medicamentos que además posee gran cantidad de habitantes y cierto poder de negociación a nivel regional e internacional, tendrá más éxito en la implementación de políticas que promuevan la competencia en el mercado de medicamentos —a través de la fabricación de medicamentos genéricos— y en la negociación de precios y compras anticipadas de grandes volúmenes que otro país que no posee esas características. Sea cual sea el conjunto de medidas que tomen los estados, deberían estar orientadas a ampliar el acceso únicamente a aquellos MAC que mejoren efectivamente la calidad de vida de la población y de los bienes y servicios de salud. Hacer esto no es más que respetar, proteger y promover el derecho a la salud de todas las personas, acciones que constituyen las obligaciones mínimas de los estados en relación al derecho a la salud en tanto derecho humano.

Una de las obligaciones de los estados en relación al derecho a la salud que no es muy analizada en la literatura sobre el tema es la obligación de proteger la salud pública frente a las demandas del mercado. Esta obligación implica un compromiso de negociar acuerdos —regionales e internacionales— y sancionar leyes que no afecten la salud pública. Por ejemplo, uno de los acuerdos más controvertidos que se está negociando actualmente es el Acuerdo de Asociación Transpacífico²³ (TPP, Trans Pacific Trade Agreement), que incluye doce países —desarrollados y en desarrollo— y contiene disposiciones sobre PI con estándares mucho más altos que los acordados en el Acuerdo ADPIC y que puede tener

23 Hasta el 13 de noviembre de 2013, el borrador del tratado había permanecido en el más absoluto secreto. Sin embargo, Wikileaks logró filtrar el capítulo de propiedad intelectual confirmando que el borrador estaba orientado a los intereses de la industria farmacéutica (Wikileaks 2013). Casi un año después, Wikileaks volvió a sacar a la luz un segundo borrador del acuerdo, en el que se pone de manifiesto la posición extrema de Japón y EE.UU. en relación a la protección de la PI (Wikileaks 2014).

graves consecuencias sobre el acceso a la salud de las poblaciones involucradas²⁴.

Otra de las obligaciones de protección de la salud pública frente a los avances del mercado es la de garantizar una utilización plena y efectiva de los márgenes de maniobra disponibles en el Acuerdo ADPIC y la Declaración de Doha.

Por último, cabe mencionar que los laboratorios también tendrían alguna responsabilidad en el respeto del derecho a la salud y del derecho al acceso a los medicamentos —esenciales o MAC—, responsabilidad que está empezando a ser analizada (Hunt y Khosla 2008; Moon 2013) y reconocida por las empresas. Muchas de las grandes compañías farmacéuticas comenzaron a implementar programas de responsabilidad social que incluyen políticas de donación de drogas, descuentos a países en desarrollo, cesión gratuita de patentes, etc. con el fin mejorar el acceso a los medicamentos²⁵. Aunque estas acciones son loables y pueden incidir positivamente en el acceso a los MAC, determinar claramente cuáles son esas obligaciones y cómo se diferencian de las obligaciones estatales no es tarea sencilla²⁶.

8. Conclusiones

El aumento en los costos de los medicamentos novedosos pone nuevamente de manifiesto la tensión entre el derecho a la salud y a gozar de

los beneficios científicos por parte de las personas y las comunidades y los DPI de los laboratorios. Y el hecho de que el medicamento sea al mismo tiempo una mercancía y un bien social hace que esta tensión tenga en los dos lados de la balanza actores e intereses diversos. Evidentemente las empresas farmacéuticas defienden sus DPI, abogando por su cumplimiento; mientras que los individuos y las comunidades defienden su derecho a acceder a una atención de su salud efectiva y de calidad. Los estados (pero también las instituciones globales) son los encargados de balancear esos derechos, aunque con una prerrogativa superior hacia la protección de la salud de las personas. En la actualidad, se puede observar una preeminencia del medicamento como mercancía, lo cual manifiesta una postura excesivamente económica y miope, más aún cuando es sostenida —voluntaria o involuntariamente— en sus prácticas por quienes deberían atender al medicamento como bien social.

Si el vínculo entre PI y comercio afianzado con el Acuerdo ADPIC abrió el debate sobre el acceso a los medicamentos esenciales, hoy es necesario que una discusión similar se produzca en torno del acceso a los MAC, cuyos elevados precios son resultado de la protección por patentes en la mayoría de los casos. Pero también es importante avanzar hacia una distinción al interior de los MAC que permita discriminar entre aquellos que merecen ser candidatos para el suministro público de aquellos que no tienen el mérito suficiente para serlo, esto es, entre los medicamentos que presentan seguridad y eficacia comprobada y son costo-eficaces y aquellos que no lo son. Esta distinción no es fácil de llevarse a cabo, pero permite anclar mejor el debate en torno de las potenciales soluciones o mejoras en relación a su acceso. Esperamos haber contribuido en algo a ello.

Este trabajo fue posible gracias a la beca doctoral otorgada por el CONICET (2010-2015). Las opiniones expresadas en este trabajo son personales y no coinciden necesariamente con las políticas de FLACSO, CONICET o UBA. Una versión preliminar de este artículo fue presentada en

24 Al respecto, la organización Médicos Sin Fronteras elaboró una carta abierta instando a los países participantes en el TPP a "no negociar con la salud". (Médicos Sin Fronteras 2013).

25 Desde que existe un "ranking" de empresas (Access to medicines index) en relación a estas políticas, la cantidad y calidad de estas propuestas ha mejorado (Access to Medicine Foundation 2012). En general, los laboratorios realizan este tipo de actividades con la entrega y/o distribución de medicamentos esenciales o en situaciones de pandemia o brotes de enfermedades de alcance global, como está sucediendo en estos momentos con el brote del virus del ébola. En relación a este, tanto las vacunas como los medicamentos que están siendo testeados, comenzaron a ser objeto de negociación entre las farmacéuticas y algunos gobiernos u organizaciones no gubernamentales, con el fin de que los tratamientos y vacunas estén disponibles a precios asequibles para quienes lo necesiten (Saez 2014).

26 Tanto Hunt como Ruggie, representantes de la UN Human Rights Council, han tratado de establecer las responsabilidades de las empresas en relación a los derechos humanos. Pero para el caso del derecho a la salud y del derecho al acceso a los medicamentos parecen no ser muy esclarecedoras (Moon 2013).

el 12th World Congress of Bioethics, organizado por la International Association of Bioethics (IAB). México, México D. F., 25-28 de junio de 2014. Agradezco a la Dra. María Florencia Santi por la lectura de las versiones anteriores.

Entregado 28 – 12 - 2014

Aprobado 7 – 4 - 2015

Bibliografía

- AA.VV., 2013. The price of drugs for Chronic Myeloid Leukemia (CML); a reflection of the unsustainable prices of cancer drugs: from the perspective of a large group of CML experts, *Blood journal*, 2013, Vol. 121, N° 22: 4439-4432. Disponible en <http://dx.doi.org/10.1182/blood-2013-03-490003> [Recuperado el 5 de noviembre de 2014].
- AAPM-RA., 2011. Medicamentos de Alto Costo, *Revista IEPS*, Agosto de 2011: 14-23. Disponible en http://apm.org.ar/informes/08-08-01_Revista-IEPS-2do-informe-investigacion.pdf [Recuperado el 5 de noviembre de 2014].
- AMF-Access to Medicine Foundation, 2012. The access to medicine index 2012, Holanda: Access to Medicine Foundation. Disponible en <http://www.accesstomedicineindex.org/sites/2015.atmindex.org/files/2012-access-to-medicine-index-clickable.pdf> [Recuperado el 5 de noviembre de 2014].
- CHIEFFI, A. L. & BARATA, R., 2010. Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos, *Revista de Saúde Pública*, 2010, 44(3), 421-429. Disponible en http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102010000300005&script=sci_abstract&lng=es [Recuperado el 5 de noviembre de 2014].
- CESCR-Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 2000. Observación General N° 14 adoptada en su 22 período de sesiones del 25 de abril al 12 de mayo de 2000. Disponible en http://conf-dts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos_hum_Base/CESCR/00_1_obs_grales_Cte%20Dchos%20Ec%20Soc%20Cult.html#GEN14 [Recuperado el 5 de noviembre de 2014].
- DINBABAR, Z., LESSING, C., MACE, C. & BISSELL, K., 2013. The Availability, Pricing and Affordability of Three Essential Asthma Medicines in 52 Low— and Middle—Income Countries. *PharmacoEconomics*, Springer, 2013, Suiza: 1179-2027. Disponible en <http://link.springer.com/article/10.1007/s40273—013—0095—9#> [Recuperado el 5 de noviembre de 2014].
- HALL, S., 2013. The cost of living, *New York Magazine*, 20 de octubre de 2013. Disponible en: <http://nymag.com/news/features/cancer—drugs—2013—10/> [Recuperado el 5 de noviembre de 2014].
- HAMILTON, G., 2011. El caso de la Fibrosis Quística. Soluciones para medicamentos de alto costo, *Revista IEPS*, Agosto de 2011: 30-32. Disponible en http://www.ieps.com.ar/es/informes/Revista-IEPS_2011-08.pdf [Recuperado el 5 de noviembre de 2014].
- HAMILTON, G., LIFSCHITZ, E. y TOBAR, F., 2010. Respuestas de los países para promover el cceso a los medicamentos de alto costo, en FNR-FONDO NACIONAL DE RECURSOS (2010). Política y gestión de la cobertura de medicamentos de alto costo. Relevamiento de la experiencia internacional y respuesta del Fondo Nacional de Recursos, Publicación técnica N° 13. Montevideo: FNR. Disponible en http://www.federicotobar.com.ar/nf_pdf2/Politica%20y%20gestion.pdf [Recuperado el 5 de noviembre de 2014].
- HOLLIS, A. & POGGE, T., 2008. The Health Impact Fund: Making New Medicines Accesible for All, Incentives for Global Health. Disponible en http://healthimpactfund.org/wp-content/uploads/2012/11/hif_book.pdf [Recuperado el 5 de noviembre de 2014].
- HUNT, P. y KHOSLA, R., 2008. El derecho humano a los medicamentos, Original en inglés. Trad. Leah Tandeter. *Sur, Revista internacional de derechos humanos*, Año 5, Número 8, São Paulo, 2008, 100-119. Disponible en <http://www.surjournal.org/esp/conteudos/pdf/8/abregu.pdf> [Recuperado el 5 de noviembre de 2014].
- KOTWANI, A., 2013. Where are we now: assessing the price, availability and affordability of essential medicines in Delhi as India plans free medicine for all, *BMC Health Services Research* 2013, 13: 285. Disponible en <http://www.biomedcentral.com/1472—6963/13/285> [Recuperado el 5 de noviembre de 2014].
- NACIÓN ARGENTINA, 1864. Ley de Patentes de Invención y Modelos de Utilidad DE 1864, Ley pub. N° 111. Buenos Aires, Argentina.
- NACIÓN ARGENTINA, 1995. Ley de patentes de invención y modelos de utilidad, Ley pub. N° 24481. Buenos Aires, Argentina: Boletín oficial de Argentina (Sept, 20). Disponible en <http://www.infoleg.gob.ar/infolegInternet/ane-xos/35000-39999/35001/texact.htm> [Recuperado el 5 de noviembre de 2014].
- MARÍN, G. y POLACH, M., 2011. Medicamentos de Alto Costo: análisis y propuestas para los países del MERCOSUR, *Revista Panamericana*

- de Salud Pública, 2011, 30 (2): 167-176. Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v30n2/v30n2a09.pdf> [Recuperado el 5 de noviembre de 2014].
- MSF-Médicos Sin Fronteras, 2013. Untangling the web of antiretroviral price reductions, 16th Edition. Disponible en http://d2pd3b5abq75bb.cloudfront.net/2013/09/11/10/25/44/896/MSF_Access_UTW_16th_Edition_2013.pdf [Recuperado el 5 de noviembre de 2014].
- MSF-Médicos Sin Fronteras, 2013. Carta abierta de MSF a los países participantes en el TPP: No negocien con la salud, Ginebra, 15 de julio de 2013. Disponible en http://www.msfacecess.org/sites/default/files/MSF_assets/Access/Docs/Access_Letter_MSFTPPOpenLetterGeneral_SPN.pdf [Recuperado el 5 de noviembre de 2014].
- MOON, S., 2013. Respecting the right to access to medicines: implications of the UN Guiding Principles on Business and Human Rights for the Pharmaceutical Industry, Health and Human Rights, 15 (1): 32-43. Disponible en: <http://www.hhrjournal.org/2013/10/03/respecting-the-right-to-access-to-medicines-implications-of-the-un-guiding-principles-on-business-and-human-rights-for-the-pharmaceutical-industry/> [Recuperado el 5 de noviembre de 2014].
- NOVENA CONFERENCIA INTERNACIONAL AMERICANA, 1948. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, Adoptada en la IX Conferencia Internacional Americana en 1948 en Bogotá. Disponible en <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/declaracion.asp> [Recuperado el 5 de noviembre de 2014].
- ONU-Naciones Unidas, 1989. Convención sobre los Derechos del Niño, Adoptada por la Asamblea General en 20 de noviembre de 1989. Disponible en <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx> [Recuperado el 5 de noviembre de 2014].
- ONU-Naciones Unidas, 1979. Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, Adoptada por la Asamblea General el 18 de diciembre de 1979. Disponible en <http://www.cnm.gov.ar/LegInternacional/ConvencionEliminacionTodasFormasDeDiscriminacionContraLaMujer.pdf> [Recuperado el 5 de noviembre de 2014].
- ONU-Naciones Unidas, 1966. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Adoptado por la Asamblea General el 16 de diciembre de 1966. Disponible en <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx> [Recuperado el 5 de noviembre de 2014].
- ONU-Naciones Unidas, 1965. Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, Adoptada por la Asamblea General el 21 de diciembre de 1965. Disponible en <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CERD.aspx> [Recuperado el 5 de noviembre de 2014].
- ONU-Naciones Unidas, 1948. Declaración Universal de Derechos Humanos, Adoptada por la Asamblea General el 10 de diciembre de 1948 en París. Disponible en <http://www.un.org/es/documents/udhr/> [Recuperado el 5 de noviembre de 2014].
- OEA- Organización de Estados Americanos, 1988. Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales "Protocolo de San Salvador". Disponible en <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html> [Recuperado el 5 de noviembre de 2014].
- OMC- Organización Mundial del Comercio, 2001. Declaración relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la salud pública, adoptada el 14 de noviembre de 2001 por la cuarta Conferencia Ministerial de la OMC, celebrado en Doha (Qatar). Disponible en https://www.wto.org/spanish/thewto_s/minist_s/min01_s/mindecl_s.htm [Recuperado el 5 de noviembre de 2014].
- OMC- Organización Mundial del Comercio, 1994. Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio. Disponible en http://www.wipo.int/treaties/es/text.jsp?file_id=305906 [Recuperado el 5 de noviembre de 2014].
- OMC- Organización Mundial del Comercio y OMS- Organización Mundial de la Salud, 2002. Los acuerdos de la OMC y la salud pública. Disponible en https://www.wto.org/spanish/res_s/booksp_s/who_wto_s.pdf [Recuperado el 5 de noviembre de 2014].
- OMPI- Organización Mundial de la Propiedad Intelectual, 1883. Convenio de París para la protección de la propiedad industrial. Disponible en http://www.wipo.int/treaties/es/text.jsp?file_id=288515 [Recuperado el 5 de noviembre de 2014].
- OMS- Organización Mundial de la Salud, 2013. Estadísticas Sanitarias Mundiales de 2013. Disponible en http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf. [Recuperado el 5 de noviembre de 2014].
- OMS- Organización Mundial de la Salud, 2012. Investigación y desarrollo para atender las necesidades sanitarias de los países en desarrollo: fortalecimiento de la financiación y coordinación mundiales. Informe del Grupo consultivo de expertos en investigación y desarrollo: finan-

- ciación y coordinación, Ginebra, Suiza: OMS. Disponible en http://www.who.int/phi/CEWG_Report_ES.pdf [Recuperado el 5 de noviembre de 2014].
- OMS- Organización Mundial de la Salud, 2006. Salud Pública, Innovación y Derechos de Propiedad Intelectual: Informe de la Comisión de Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública. Disponible en <http://www.who.int/intellectualproperty/documents/thereport/SPPublicHealthReport.pdf> [Recuperado el 5 de noviembre de 2014].
- OMS- Organización Mundial de la Salud, OMPI- Organización Mundial de la Propiedad Intelectual y OMC- Organización Mundial del Comercio, 2012. Promoting Access to medical technology and innovation. Intersections between public health, intellectual property and trade, Ginebra, Suiza:
- OMS, OMPI y OMC. Disponible en http://www.wipo.int/edocs/pubdocs/en/global_challenges/628/wipo_pub_628.pdf [Recuperado el 5 de noviembre de 2014].
- OPS-Organización Panamericana de la Salud, 2009. El acceso a los Medicamentos de Alto Costo en la Américas: contexto, desafíos y perspectivas, Washington D.C.: OPS. Área de Tecnología, Atención de la Salud e Investigación. Proyecto de Medicamentos Esenciales y Productos Biológicos (THR/EM). Disponible en: <http://ssi.campusvirtualsp.org/argentina/files/2010/06/Informe-MAC-OPS.pdf> [Recuperado el 5 de noviembre de 2014].
- OMS, 2014. Página web, http://www.who.int/features/factfiles/essential_medicines/es/index.html [Recuperado el 5 de noviembre de 2014].
- OMS, Página web, http://www.who.int/topics/essential_medicines/es/ [Recuperado el 5 de noviembre de 2014].
- SAEZ, C., 2014. Ebola vaccine candidates centre of attention; clinical trials, IP negotiations start, Intellectual Property Watch, Ginebra, 21 de octubre de 2014. Disponible en http://www.ip-watch.org/2014/10/21/ebola-virus-candidates-centre-of-attention-clinical-trials-ip-negotiations-start/?utm_source=IP-Watch+Subscribers&utm_campaign=25075ac175-DAILY_SUMMARY&utm_medium=email&utm_term=0_b78685696b-25075ac175-352130497 [Recuperado el 5 de noviembre de 2014].
- TERLIZZI, M.S., 2011. El lugar de la ética en el debate contemporáneo sobre propiedad intelectual: acceso a medicamentos y datos de prueba clínicos, Perspectivas Bioéticas, FLACSO, Año 16, Nro. 31, segundo semestre de 2011, pp. 43-64. Disponible en https://www.academia.edu/6395978/El_lugar_de_la_%C3%A9tica_en_el_debate_contempor%C3%A1neo_sobre_propiedad_intelectual_acceso_a_medicamentos_y_datos_de_prueba_cl%C3%ADnicos [Recuperado el 5 de noviembre de 2014].
- THE CORNER HOUSE, 2004. Who Owns the Knowledge Economy? "Political Organising behind the TRIPs", Breafing 32: The Corner House. Disponible en <http://www.thecornerhouse.org.uk/resource/who-owns-knowledge-economy> [Recuperado el 5 de noviembre de 2014].
- TOBAR, F., 2012. En busca de un remedio para los Medicamentos de Alto Costo en Argentina, Fármacos, Boletín electrónico latinoamericano para fomentar el acceso y el uso adecuado de medicamentos, 2012, 15 (2): 73-77. Disponible en <http://www.saludyfarmacos.org/wp-content/files/may2012.pdf> [Recuperado el 5 de noviembre de 2014].
- TOBAR, F., HAMILTON, G. y LIFSCHIITZ, E., 2011. Políticas públicas para promover el acceso a Medicamentos de Alto Costo (MAC), Revista IEPS, Agosto de 2011: 26-29. Disponible en http://www.ieps.com.ar/es/informes/Revista-IEPS_2011-08.pdf [Recuperado el 5 de noviembre de 2014].
- VAN DER KOOY, E. y PEZZELLA, H., 2014. La necesidad de un seguro de enfermedades catastróficas, CISalud, Año XIV, N° 12, marzo-mayo de 2014, pp. 33-36. Disponible en http://issuu.com/cisalud/docs/cisalud_mzo_14 [Recuperado el 5 de noviembre de 2014].
- VIDIELLA, G., 2000. El derecho a la salud, Buenos Aires, Eudeba.
- VISOZO, S., 2013. La justicia obliga a Galicia a pagar el tratamiento de una dolencia rara, El país, 9 de septiembre de 2013. Disponible en http://ccaa.elpais.com/ccaa/2013/09/09/galicia/1378725736_808354.html [Recuperado el 5 de noviembre de 2014].
- WIKILEAKS, 2013. Wikileaks Release of Secret Trans-Pacific Partnership Agreement (TPP), Advanced Intellectual Property Chapter for All 12 Nations with Negotiating Positions (August 30 2013 consolidated bracketed negotiating text). Disponible en <https://wikileaks.org/tpp/#start> [Recuperado el 5 de noviembre de 2014].
- WIKILEAKS, 2014. Wikileaks Release of Secret Trans-Pacific Partnership Agreement (TPP), Second Release Intellectual Property Chapter for All 12 Nations with Negotiating Positions (May 16 2014 consolidated bracketed negotiating text). Disponible en <https://www.wikileaks.org/tpp-ip2/> [Recuperado el 5 de noviembre de 2014].

TESTIMONIOS

Rigoberta Menchú

Activista de los derechos humanos de Guatemala (Chimel, Uspatán, 1959 -). Rigoberta Menchú nació en una numerosa familia campesina de la etnia indígena maya-quiché. Su liderazgo al frente de las luchas sociales en el ámbito nacional e internacional, fue reconocido en el año 1992 con el Premio Nobel de la Paz, siendo hasta ese momento la persona más joven en recibir este reconocimiento. Su infancia y su juventud estuvieron marcadas por el sufrimiento de la pobreza, la discriminación racial y la violenta represión con la que las clases dominantes guatemaltecas trataban de contener las aspiraciones de justicia social del campesinado.



Desde muy joven se involucró en las luchas reivindicativas de los pueblos indígenas y campesinos lo que le valió persecución política y el exilio. En el año 1979 fue miembro fundador del Comité de Unidad Campesina -CUC- y de la Representación Unitaria de la Oposición Guatemalteca -RUOG-, de la que formó parte de su dirección hasta 1992. Para escapar a la represión se exilió en México, donde publicó su autobiografía en 1983. Recorrió el mundo con su mensaje y consiguió ser escuchada en las Naciones Unidas. En el año 1988 regresó a Guatemala protegida por su prestigio internacional, para continuar denunciando las injusticias y fue detenida. En esas circunstancias conoció a Nineth Montenegro, quien a través de la organización Grupo de Apoyo Mutuo -GAM- y la presión de miles de estudiantes universitarios, ayudó a que la liberaran.

Tuvo una participación activa en la ONU, asistiendo a las sesiones anuales de la Comisión de Derechos Humanos, a las sesiones de la Comisión de Prevención de las Discriminaciones y Protec-

ción de las Minorías y fue parte del grupo de trabajo sobre poblaciones indígenas

En 1992 la labor de Rigoberta Menchú fue reconocida con el Premio Nobel de la Paz. También con el premio de la UNESCO "Educación para la Paz" en el año 1990, la condecoración "Legión de Honor en el máximo grado de Comandante", recibida de manos del presidente francés Jacques Chirac el 20 de junio de 1996 y el premio Príncipe de Asturias de Cooperación Internacional en el año 1998. Se ha hecho acreedora de más de 30 Doctorados Honoris Causa, en distintas universidades del mundo, incluyendo la Universidad de San Carlos de Guatemala, en el año 1996. Su compromiso con Guatemala la llevó a participar activamente en la firma de los Acuerdos de Paz entre la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca -URNG- y el Gobierno de Guatemala y posteriormente acepta la invitación para constituirse como "Embajadora de Buena Voluntad de los Acuerdos de Paz", puesto que desempeñó hasta el año 2007, Su posición le permitió actuar como mediadora en el proceso de paz entre el gobierno y la guerrilla iniciado en los años siguientes.

Junto con sus colaboradores más cercanos constituyeron la Fundación Vicente Menchú que posteriormente toma el nombre de Fundación Rigoberta Menchú Tum, de la que es presidenta y a través de la cual ha apoyado a las poblaciones más necesitadas con proyectos de educación, productivos y de infraestructura.

La Dra. Menchú Tum ha sobresalido por su compromiso con la justicia impulsando a través de su Fundación diversos casos que buscan el acceso a la justicia para las víctimas del genocidio come-

La Dra. Menchú Tum ha sobresalido por su compromiso con la justicia impulsando a través de su Fundación diversos casos que buscan el acceso a la justicia para las víctimas del genocidio come-

tido en Guatemala, así como la defensa de las víctimas de discriminación y racismo.

Rigoberta Menchú Tum tiene en su haber la publicación de varios libros, tales como “Me llamo Rigoberta Menchú y así me nació la conciencia”, libro testimonial publicado en 1983, que ha sido traducido a más de doce idiomas y ha merecido decenas de reconocimientos internacionales, el libro “La nieta de los Mayas” publicado en el año 1998 y en los últimos años ha publicado los libros para niños: “Li Mi'n, una niña de ChimeI” y “El Vaso de Miel”.

Algunos textos

Selección de textos del libro editado por Elizabeth Burgos, *Me llamo Rigoberta Menchú y así me nació la conciencia*, Siglo XXI, México, 1985.

Todo niño nace con su nahual. Su nahual es como su sombra. Van a vivir paralelamente y casi siempre es un animal el nahual... el nahual es un representante de la tierra, un representante de los animales y un representante del agua y del sol. Es como una persona paralela al hombre. Se le enseña al niño que si se mata un animal el dueño de ese animal se va a enojar con la persona, porque le está matando al nahual. Cada día tiene un nahual. Si el niño nació el día miércoles, entonces para ese niño, todos los miércoles son su día especial. Por ejemplo, su nahual sería una ovejita. El nahual está determinado por el día del nacimiento. A los jóvenes, antes de casarse, se les da la explicación de todo esto. Entonces sabrán ellos, como padres, cuando nace su hijo, qué animal representa cada uno de los días. Pero, hay una cosa muy importante. Los padres no nos dicen a nosotros cuál es nuestro nahual cuando somos menores de edad o cuando tenemos todavía actitudes de niño. Sólo vamos a saber nuestro nahual cuando ya tengamos una actitud fija, que no varía porque ya se sabe que esa es nuestra actitud y que esa actitud no varía, puede ser a los nueve como a los diecinueve o veinte años. Sólo nuestros

papás saben qué día nacimos. O quizá la comunidad porque estuvo presente en ese tiempo. Pero ya los demás vecinos de otros pueblos no sabrán nada. Sólo sería cuando llegamos a ser íntimos amigos... Todos los reinos que existen para nosotros en la tierra tienen que ver con el hombre y contribuyen al hombre. No es parte aislada el hombre; que hombre por allí, que animal por allá, sino que es una constante relación, es algo paralelo. Podemos ver en los apellidos indígenas también. Hay muchos apellidos que son animales. Por ejemplo, Quej, caballo. Nosotros los indígenas hemos ocultado nuestra identidad, hemos guardado muchos secretos, por eso somos discriminados... Para nosotros es bastante difícil muchas veces decir algo que se relaciona con uno mismo porque uno sabe que tiene que ocultar esto hasta que garantice que va a seguir como una cultura indígena, que nadie nos puede quitar. Por eso no puedo explicar el nahual pero hay ciertas cosas que puedo decir a grandes rasgos. Yo no puedo decir cuál es mi nahual porque es uno de nuestros secretos. (El Nahual:39-42)

En ese tiempo bajamos juntos, con los vecinos, con los hijos de los vecinos, y así bien alegres. Llegamos a la finca y con una amiga de la comunidad y nos tocó corte de algodón... Un día con ella que era una catequista, siempre andábamos juntas porque éramos muy amigas, y mi amiga se intoxicó con la fumigación del algodón. Entonces, tuvimos que enterrarla entre todos en la finca... Para la comunidad, mi amiga era una gente muy importante. La querían mucho. Desde ese tiempo, no sé, pero yo me sentía desgraciada en la vida porque pensaba qué sería de la vida de uno cuando fuera grande... Siempre había visto llorar a mi madre, muchas veces escondida, pues nunca nos enseñaba cuando ella tenía grandes penas. Pero siempre la encontraba llorando en la casa o en el trabajo. Yo

tenía un miedo a la vida y me decía, qué será cuando yo sea más grande. Y esa amiga me había dejado muchos testimonios de su vida. Me decía que nunca se iba a casar porque si se casaba implicaría tener hijos y tener hijos, le costaría ver un hijo morir de hambre o de sufrimiento o de enfermedad... Cuando murió mi amiga, yo decía, nunca me voy a casar, como ella dijo que nunca se casaba. Sólo por no pasar todas las penas que tendría que pasar... Muchas veces decía yo: me dedicaré quizás a trabajar en el altiplano, aunque pase hambre pero no bajaré a la finca, ya que yo le tenía un odio a la finca. Precisamente porque mi amiga, allí se murió, mis dos hermanos se han muerto allí. Uno de mis hermanos, me contaba mi madre, se murió de intoxicación también y otro de mis hermanos, que yo vi morir de hambre, de desnutrición. Me acordaba de todos los momentos de mi madre, a quien yo veía sudar y trabajar y nunca se arrepentía. Seguía trabajando. Muchas veces no tenía nada. Llega un mes y decía, no tenemos ni un centavo. ¿Qué vamos a hacer? Eso me daba tanta cólera y yo decía, ¿pero qué más se puede hacer en la vida? Para mí no había ninguna salida para que yo no viviera lo mismo que viven todos, que sufren todos. Yo estaba preocupadísima... Yo decía, por qué no quemamos todas estas cosas para que no vengan a trabajar la gente aquí. Yo tenía odio hacia la gente que fumigó. Yo pensaba que eran culpables, ¿por qué echaban el veneno si habíamos gente allí? ...Y mi mamá lloraba y yo le decía: ¡ay, mamá, yo no quiero vivir! ¿Por qué no me mataron cuando era niña? ¿Ahora cómo es posible que vivamos? Mi mamá me regañaba y me decía de no hablar cuentos. Pero para mí no eran cuentos. Eran cosas muy serias. Después me acerqué a los curas. Me recuerdo que no sabía hablar el castellano. No podía expresarme con ellos. Pero yo los veía como buenas gentes. Yo tenía muchas ideas pero sabía que no podía llegar a decir todas mis ideas. Yo

deseaba un día poder leer o escribir o hablar el castellano. Eso le decía a mi papá, yo quiero aprender a leer. Tal vez cuando uno lee, sea diferente. Entonces mi papá me decía, ¿quién te va a enseñar? Tienes que aprenderlo por tus medios, porque yo no los tengo. No conozco colegios, tampoco te podría dar dinero para un colegio. Entonces yo le decía, si platicas con los padres quizá me pueden dar una beca.

Y me decía mi papá, en eso si que no estoy de acuerdo contigo porque tratas de salir de nuestra comunidad, de alejarte y buscarte lo que te conviene más. Entonces, tratarías de olvidarte de lo que hay en común. Si te vas, sería de una vez. Te apartas de nuestra comunidad y yo no te apoyaría. Mi papá tenía una gran desconfianza de las escuelas, de todo eso. Entonces me ponía como ejemplo de que muchos de nuestros primos han sabido leer y escribir, pero no han sido útiles para la comunidad.

Tratan de apartarse y de sentirse diferentes cuando saben leer y escribir. Todo eso me explicaba mi papá. Yo decía, “no, yo quiero aprender” y seguía y seguía. Llegó un momento en que bajamos por última vez a la finca. Por supuesto, fue en otra finca. Uno de los terratenientes pedía a mi papá que yo fuera sirvienta de él. Mi papá decía no. “Esas son cosas malas. Te van a tratar mal como nosotros nunca te tratamos. Yo no sería capaz de aguantar que mi hija esté sufriendo en otro lado; mejor sufrimos juntos.”... Yo les aseguro que cualquier gente de mi comunidad, analfabeta, que la mandaran analizar un párrafo de la Biblia, aunque sólo lo lean o lo traduzcan en su lengua, sabrá sacar grandes conclusiones porque no le costará entender lo que es la realidad y lo que es la distinción entre el paraíso afuera, arriba o en el cielo, y la realidad que está viviendo el pueblo. Precisamente nosotros hacemos esto, porque nos sentimos cristianos y el deber de un cristiano es pensar cómo hacer que exista el reino de

Dios en la tierra, con nuestros hermanos. Sólo existirá el reino cuando todos tengamos qué comer. Cuando nuestros hijos, nuestros hermanos, nuestros papás no se tengan que morir de hambre y de desnutrición. Eso sería la gloria, un reino para nosotros porque nunca lo hemos tenido. (Muerte de su amiga intoxicada por la fumigación en la finca: 113-117)

Ese día mi hermano iba con otra muchacha para otra población cuando lo agarraron. Entonces la muchacha y la mamá de la muchacha siguieron los pasos de mi hermano. Desde el primer momento le amarraron las manos atrás, lo empezaron a empujar a puros culatazos. Caía mi hermano, no podía defender la cara... Caminó como dos kilómetros a puros culatazos, a puros golpes. Entonces amenazaron a la muchacha y a la madre... le dijo a la señora que si se quedaban iban a ser torturadas como él porque él era comunista, un subversivo, y los subversivos tenían que morir con los castigos que merecen. Es una historia increíble. Toda la cara la tenía desfigurada por los golpes, de las piedras, de los troncos, de los árboles, mi hermano estaba todo deshecho... De allí dejaron que las señoras se fueran. Lo dejaron allí. Cuando llegó al campamento, apenas caminaba, ya no podía caminar. Y la cara, ya no veía, en los ojos, habían entrado hasta piedras, en los ojos de mi hermanito. Llegó en campamento lo sometieron a grandes torturas, golpes, para que él dijera dónde estaban los guerrilleros y dónde estaba su familia. Qué era lo que hacía con la Biblia, por qué los curas son guerrilleros. Ellos acusaban inmediatamente la Biblia como un elemento subversivo y acusaban a los curas y a las monjas como guerrilleros. Le preguntaron qué relación tenían los curas con los guerrilleros. Qué relación tenía toda la comunidad con los guerrilleros... Mi hermano llevaba torturas de todas partes en su cuerpo, cuidando muy bien las arterias y las venas para que

puddiera aguantar las torturas y no se muriera... Cuando oímos, el 23 de septiembre, que los militares sacaron boletines por diferentes aldeas... que tenían en su poder tantos guerrilleros y que en tal parte iban a hacer el castigo para los mismos. .. Nos fuimos, pues, desde las once de la mañana de ese día 23, para Chajul. Logramos atravesar grandes partes de la montaña a pie... Como a las ocho de la mañana estábamos entrando al pueblo de Chajul. Los soldados tenían rodeado el pequeño pueblo. Había unos quinientos soldados. Habían sacado a todas las gentes de sus casas, amenazándolas de que si no iban a presenciar el castigo, les tocarían las mismas torturas o los mismos castigos... Empezaron a volar por helicóptero encima de la aldea para que no vinieran los guerrilleros. Era su temor. Y abrió el mitin el oficial. Me recuerdo que empezó a decir que iban a llegar un grupo de guerrilleros que estaba en su poder y que les iba a tocar un pequeño castigo. Es un pequeño castigo porque hay castigos más grandes, dice, van a ver el castigo que va a haber. ¡Eso es por ser comunistas! ¡Por ser cubanos, por ser subversivos! ...Mi madre casi tenía cien por ciento seguro que su hijo iba a llegar allí. Todavía yo dudaba, pues, porque yo sabía que mi hermano no era criminal como para sufrir todos esos castigos. .. Mi mamá va reconociendo al hermanito, a su hijo, que allí iba entre todos. Los pusieron en fila. Unos, casi, casi estaban medio muertos o casi estaban en agonía... El caso de mi hermanito, estaba muy torturado y casi no se podía parar... Nadie podía salir del círculo del mitin. Todo el mundo estaba llorando. Yo, no sé, cada vez que cuento esto, no puedo aguantar las lágrimas porque para mí es una realidad que no puedo olvidar y tampoco para mí es fácil contarlo. Mi madre estaba llorando. Miraba a su hijo. Mi hermanito casi no nos reconoció. O quizá... Mi madre dice que sí, que todavía le dio una sonrisa, pero yo, ya no vi eso, pues eran monstruos. .. Entonces

vienen los soldados y cortan con tijeras la ropa desde los pies hasta arriba y quitan la ropa encima de los cuerpos torturados. Todos llevan diferentes torturas. El capitán se concentró en explicar cada una de las torturas. .. Ya después, ...los pusieron en filas. El oficial llamó a los más criminales...los "Kaibiles", y éstos se encargaron de echarles gasolina a cada uno de los torturados. Y decía el capitán, "éste no es el último de los castigos, hay más, hay una pena que pasar todavía. Y eso hemos hecho con todos los subversivos...y si eso no les enseña nada, entonces les tocará a ustedes vivir esto. Es que los indios se dejan manejar por los comunistas".... Entonces los pusieron en orden... y el ejército se encargó de prenderles fuego a cada uno de ellos. Muchos pedían auxilio. Parecían que estaban medio muertos cuando estaban allí colocados, pero cuando empezaron a arder los cuerpos, empezaron a pedir auxilio... pero el pueblo, inmediatamente cuando vio que el ejército prendió fuego, todo el mundo quería pegar, exponer su vida, a pesar de todas las armas... Ante la cobardía, el mismo ejército se dio cuenta que todo el pueblo estaba agresivo. Hasta en los niños se veía una cólera, pero esa cólera no sabían cómo demostrarla. Entonces, inmediatamente el oficial dio orden a la tropa que se retirara. Todos se retiraron con las armas en la mano y gritando consignas como que si hubiera habido una fiesta. Estaban felices. El pueblo levantó sus armas y corrió al ejército. Inmediatamente salieron. Porque lo que se temía allí era una masacre. Llevaban toda clase de armas. Incluso los aviones encima volaban. De todos modos, si hubiera un enfrentamiento con el ejército, el pueblo hubiera sido masacrado. Pero nadie pensaba en la muerte. Yo, en mi caso, no pensaba en la muerte, pensaba en hacer algo, aunque fuera matar a un soldado. Muchos del pueblo salieron inmediatamente a buscar agua para apagar el fuego y nadie llegó a tiempo. .. Lo que uno pensaba era que a los indígenas ya

la desnutrición los mata. Y cuando apenas los padres nos pueden dar un poco de vida y hacernos crecer con tanto sacrificio, nos queman en esta forma. Salvajemente. (Tortura y muerte de su hermanito quemado vivo junto con otras personas delante de los miembros de la comunidad y familiares: 198-208)

Yo no soy dueña de mi vida, he decidido ofrecerla a una causa. Me pueden matar en cualquier momento pero que sea en una tarea donde yo se que mi sangre no será algo vano sino que será un ejemplo más para los compañeros. El mundo en que vivo es tan criminal, tan sanguinario, que de un momento al otro me la quita. Por eso, como única alternativa, lo que me queda es la lucha, la violencia justa, así lo he aprendido en la Biblia. Eso traté de hacerle comprender a una compañera marxista que me decía que cómo quería hacer la revolución siendo cristiana. Yo le dije que toda la verdad no estaba en la Biblia, pero que tampoco en el marxismo estaba toda la verdad. Que ella debía aceptar eso así. Porque tenemos que defendernos en contra de un enemigo, pero al mismo tiempo, defender nuestra fe como cristianos, en el proceso revolucionario y, al mismo tiempo estamos pensando que después del triunfo nos tocarán grandes tareas como cristianos en el cambio. Yo sé que mi fe cristiana nadie me la va a quitar. Ni el régimen, ni el miedo, ni las armas... Lo opté, también, como contribución a la guerra popular del pueblo. Que el pueblo, como mayoría, seamos los que hagamos el cambio. Y yo sé y tengo confianza que el pueblo es el único capaz, las masas son las únicas capaces de transformar la sociedad. Y no es una teoría nada más. Opté por quedarme en la ciudad o en la población, porque, como decía, hubiera tenido oportunidad de portar el arma, pero en cambio, aportamos en diferentes formas y todo va hacia un mismo objetivo. Esa es mi causa. Como

decía anteriormente, mi causa no ha nacido de algo bueno, ha nacido de algo malo, de algo amargo. Precisamente mi causa se radicaliza con la miseria que vive mi pueblo. Se radicaliza por la desnutrición que he visto y que he sufrido como indígena. La explotación, la discriminación que he sentido en carne propia. La opresión,

no nos dejan celebrar nuestras ceremonias, y no nos respeten en la vida tal como somos. Al mismo tiempo, han matado a mis seres más queridos y yo tomo también entre los seres más queridos, a los vecinos que tenía en mi pueblo, y así es que mi opción por la lucha no tiene límites, ni espacio (El exilio:266-275). Paris 1982

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

La Revista Redbioética/UNESCO es una publicación bianual que aspira a constituirse en un espacio de debate en el ámbito de la bioética de Latinoamérica y el Caribe, a partir de la difusión de perspectivas regionales y del tratamiento de sus problemas significativos. Se aceptarán para su publicación trabajos originales de investigación teórica o en campo, así como revisiones y puestas al día, comentarios de libros y trabajos, entrevistas y cartas al editor. Los comentarios sobre noticias y novedades en el área de la bioética serán bienvenidos en el blog de la Revista.

La revista intenta abarcar una mirada amplia del campo de la bioética, incluyendo las áreas de la salud (tanto la individual como la pública), los dilemas planteados por los desarrollos tecnológicos y su introducción en nuestra región, los avances de la genética y sus derivaciones, los problemas del medio ambiente y el desarrollo económico y social, así como el conflicto cultural entre sus planteos tradicionalmente economicistas y otras miradas integrales históricamente vigentes en el área, tales como las de los pueblos originarios. Resulta evidente de esta breve enumeración que los aspectos jurídicos y políticos estarán presentes en el análisis en una región inmersa en procesos de cambio por momentos vertiginoso, y cuyas realidades políticas y jurídicas deben adaptarse a estas dinámicas intrínsecamente conflictivas. Es así que las perspectivas filosóficas y socioantropológicas deberán enmarcar y analizar a fondo los datos de una realidad compleja y acuciante.

Dado el carácter transdisciplinario de la bioética esperamos que los trabajos estén escritos en un lenguaje lo menos especializado posible, que sea accesible a cualquier lector bien informado.

Se adoptarán dos estilos de número para la revista. En el primero (clásico), se publicarán trabajos originales enviados por los autores sobre temas libres de su elección. En el segundo (temático), se solicitará a uno o más autores trabajos sobre un tema de significativa importancia determinado por el Equipo Editorial, los que luego serán sometidos

a una ronda de debate y comentario, siendo publicada la totalidad de los materiales aceptados. La revisión por pares será un requisito aplicado a la totalidad de los trabajos publicados, (con excepción de contribuciones o conferencias).

Los trabajos originales no deberán haber sido enviados a otra revista para su publicación en forma simultánea, y en caso de haber sido parcialmente presentados o publicados en Actas de reuniones científicas esto deberá ser aclarado con cita de la presentación y/o publicación original.

ESPECIFICACIONES PARA INGRESAR EN EL PROCESO DE REVISIÓN POR PARES.

Especificaciones

1. Los trabajos originales deberán tener una extensión de hasta 8000 palabras, con las fuentes bibliográficas enumeradas al final del texto, pudiendo contener notas de comentario al pie de página. Deberán ser enviados exclusivamente por correo electrónico en tamaño A4, Documento Word (.doc o .docx) u Open Office Writer (.odt), letra Verdana tamaño 10 con interlineado de 1,5. Las reseñas no deberán pasar de las 1.000 palabras incluyendo título y notas.
2. Título del artículo centrado en letra normal utilizando mayúscula/minúsculas según corresponda, sin subrayar ni en negrita.
3. Autor/es: nombre y apellido en el margen izquierdo, con nota final (del tipo*) indicando título, cargo, lugar de trabajo y/o pertenencia institucional, dirección de correo electrónico, y fecha de envío del artículo. Esta nota debe ir colocada inmediatamente después del cuerpo del texto principal y antes de las notas, las que estarán numeradas a partir de 1, si las hubiera.
4. Resúmenes en idiomas español, inglés y portugués, de hasta 150 palabras cada

1. uno, en letra Verdana tamaño 9 con interlineado 1,5. Incluir la traducción del título del artículo y cinco (5) palabras clave en los tres idiomas, en mayúscula/minúsculas y separadas con comas. Palabras Clave: Vih/Sida, consentimiento informado, inducción indebida, pobreza, enfermedad crítica, etc.
2. Subtítulos en margen izquierdo, en mayúscula/minúsculas, sin subrayar ni negritas.
3. Los cuadros, gráficos, fotos e ilustraciones deben enviarse en archivo separado (formatos TIF, JPG o PNG) numerados según orden de aparición en el texto (el cual debe indicar claramente su ubicación e incluir el epígrafe correspondiente).
4. Las transcripciones textuales de autores al igual que las entrevistas y citas de cuadernos de campo, que no superen las tres líneas se mantendrán en el cuerpo principal del texto, entre comillas y sin itálicas ni negritas. En caso de referencias mayores a tres líneas, se presentará separada del cuerpo principal del texto con un espacio al comenzar y otro al terminar, entre comillas, sin utilizar itálicas ni negritas.
5. Las citas bibliográficas serán colocadas en el cuerpo principal del texto y deben mantener la forma de referencia siguiente: (Apellido autor, año). Ejemplo: (González, 2010). En el caso de cita textual incluir página/s. Ejemplo: (Goldschmitt, 1988:49). En caso de más de una cita se ordenará cronológicamente por año de publicación del más antiguo al más reciente. Ej.: (González, 1998, 2001). Igual criterio se utilizará en caso de ser trabajos del mismo año, utilizando las letras, a, b, c, etc. Ej.: (González, 2001a) (González, 2001b). En caso de tratarse de más de tres autores, se citará solo a los tres primeros y se agregará y col. ó et al.
6. La bibliografía debe colocarse al final del artículo sin sangrías y por orden alfabético, sin numeración, referenciando únicamente aquella citada en el artículo (si resulta necesario especificar otros datos –edición

original, modificaciones en las ediciones, etcétera– deberá añadirse al final de la cita correspondiente). No se utilizará el formato “Citas al final” del programa Word.

- **Artículos de revistas** deben seguir el formato: Apellido de autor en mayúsculas, inicial del nombre en mayúsculas, año, título del trabajo citado, nombre de la revista, volumen, número, paginación.

Ejemplos: VIDAL S. 2010. Bioética y desarrollo humano: una visión desde América Latina. Revista Redbioética/UNESCO. Año 1, Vol 1, No 1, 112-134.

- **Los libros** se citarán: Apellido de autor en mayúsculas, inicial del nombre en mayúsculas, año, título, edición si la hubiere, editorial, lugar, paginación.

Ejemplos: JURY, W A, GARDNER H W. 1991. Soil Physics. John Wiley & Sons, New York, 328 p.

- **Capítulo de libro** Apellido del autor, inicial del nombre en mayúsculas, año, título del capítulo. En: autor(es) del libro con mayúscula (o Director o compilador si corresponde), título, editorial, ciudad, páginas.

Ejemplos: MORALES J, CUCUZZA F. 2002. Biografías apócrifas en bioética. En GOSTIONIZ J (comp), Escritos de bioética, Ed. Sanjuaninas, San Juan, Argentina, pp. 123-164.

- **Citas de documentos y/o declaraciones institucionales.** Las citas de documentos y/o declaraciones de instituciones nacionales o internacionales (OMS, UNESCO, CONICET, etc) se harán colocando la sigla o acrónimo de la institución en mayúsculas, el año, el título y la URL de la que puede ser recuperada, según el siguiente modelo:

Ejemplos: CEPAL. 2002. Globalización y desarrollo Social. Secretaría ejecutiva. [Versión electrónica]. Recuperada el 28 de agosto de 2003. Disponible en: http://www.eclac.cl/publicaciones/SecretariaEjecutiva/3/LC_G2157SES293/Globa-c10.pdf

Si la edición citada fuera impresa se deberá consignar el lugar de edición como en el caso de los libros.

Siempre que sea posible se agregará la URL de la página web en la que se pueda acceder al artículo.

Revisión editorial

Los trabajos presentados según las especificaciones serán revisados en primera instancia por el Editor Ejecutivo (u otro integrante del Equipo Editorial) para determinar si son apropiados para su publicación en la Revista, lo cual ocurrirá en un lapso de 7 días. En caso de aprobación serán enviados a dos revisores externos, los que en base a su mérito y en el plazo de 20 días deberán determinar su recomendación de: a) Publicación sin modificaciones; b) No publicación; c) Publicación con modificaciones, las que serán sugeridas por los revisores. En el último caso los autores podrán acceder o no a las modificaciones sugeridas, quedando la decisión final sobre la publicación en manos del Equipo Editorial. Todo el proceso de revisión se llevará a cabo en forma anónima tanto para el autor como para los revisores, y se guardará la confidencialidad que el mismo requiere.

En el caso de los números temáticos los comentarios sobre el trabajo original serán enviados a un único revisor externo, preferentemente uno de los dos que revisó el trabajo original que está siendo comentado.

El Equipo Editorial podrá solicitar contribuciones especiales a autores destacados, caso en el cual su aprobación para la publicación quedará a discreción del Equipo, sin revisión por pares revisores externos. Estos trabajos se publicarán en la sección de Contribuciones Especiales, y no en la de Artículos Originales.

Las conferencias y/o ponencias en congresos y reuniones científicas que sean evaluadas como adecuadas para la revista por el Editor y/o el Equipo Editorial se publicarán sin ser previamente revisadas por pares externos.

Investigaciones con seres humanos

La publicación de artículos que contengan resultados de investigaciones sobre seres humanos, está condicionada al cumplimiento de los principios éticos expresados en la Declaración de Helsinki <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>, la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO, y de las legislaciones específicas del país en el cual fue realizada la investigación. El acuerdo con los lineamientos internacionales de Protección a Seres Humanos, deberá constar en un párrafo que especifique la obtención del consentimiento informado de los participantes en el reporte de investigación, así como la revisión y aprobación por el Comité de Ética que corresponda.

ADHESIÓN

Esta revista adhiere a los requisitos éticos establecidos en el Uniform Requirements for Manuscripts del International Committee of Medical Journal Editors (http://www.icmje.org/manuscript_1prepare.html), sin adoptar necesariamente las mismas normas técnicas editoriales, destinadas exclusivamente a trabajos en el área biomédica.

CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE PUBLICACIÓN

Cuando el trabajo haya sido aceptado para su publicación se deberá enviar una carta firmada por todos los autores y/o autoras que incluya: a) Nombre/s y apellido/s, en el orden establecido para la publicación, mencionando el título de máxima jerarquía académica de cada autor/a; b) Nombre completo de la institución de referencia, aclarando la pertenencia de cada autor/a; c) El nombre del/la autor/a responsable de la correspondencia y dirección de correo electrónico; d) Mención de

que se trata de un trabajo original que no ha sido publicado; e) Que no ha sido remitido simultáneamente a otra publicación; f) Que en caso de ser publicado el artículo, transfieren los derechos de publicación a la Revista Redbioética/UNESCO; g) Que convienen en que la Revista Redbioética/UNESCO no comparte necesariamente las afirmaciones que manifiestan los autores en el artículo.

CONFLICTO DE INTERESES

Existe conflicto de intereses cuando un autor (o la institución a la que pertenece), par revisor, o editor, tiene relaciones personales o financieras que influyen inadecuadamente sesgando sus acciones (estas relaciones se conocen también como lealtades divididas o duales, competencia de intereses, o compromisos dobles). Estas relaciones van desde las carentes de importancia hasta otras con gran potencial para influir en los juicios, pero no todas representan verdaderos conflictos de intereses. El conflicto de intereses puede existir más allá de que una persona crea o no que esa relación afecta su juicio científico. Las relaciones financieras (relación de dependencia, consultorías, propiedad de acciones, cobro de honorarios y tareas de peritaje o testimonio experto), son los conflictos de intereses más fácilmente identificables y los que con mas probabilidad pueden afectar la credibilidad de la revista científica, los autores, y la ciencia misma. Sin embargo, puede haber conflictos por otras razones, tales como relaciones personales, competitividad académica, o pasión intelectual.

Comite Internacional de Editores de Revistas Medicas (ICMJE, International Council of Medical Journals Editors)

La presente declaración debe ser enviada por todos los autores por separado. Incluirá de igual modo a editores y pares revisores, quienes deben aguzar su percepción para excusarse de intervenir cuando la situación así lo requiera.

Declaración de conflicto de intereses

Cada uno de los/as autores/as deberá llenar por separado este formulario:

1) En relación con el trabajo que ha enviado para su publicación: ¿tiene algún conflicto de intereses para manifestar?

NO

SI

2) En caso de que considere que sí lo tiene, por favor especifique tipo y causa del mismo (esta declaración se incluirá al final del trabajo publicado):

Título del trabajo:

Fecha de envío:.....

Firma del autor/a:

Envíe este formulario firmado y escaneado a revistaredbioetica@unesco.org.uy

Lista de verificación

Por favor, verifique cuidadosamente esta lista de requisitos editoriales y envíela junto con el trabajo para publicar. **Estos requisitos son indispensables para que el trabajo ingrese al proceso editorial.**

Item	SI	NO
1. Este es un trabajo original y no ha sido enviado simultáneamente a otra revista para su publicación		
2. Si el trabajo ha sido presentado y/o publicado parcialmente en Actas de reuniones científicas esto está aclarado en el mismo		
3. El trabajo está en documento .doc - .docx - .odt , letra Verdana, tamaño 10, interlineado 1,5		
4. Título centrado, letra normal, con mayúsculas/minúsculas, sin subrayar ni negrita		
5. Autor/es: nombre y apellido completos con llamada tipo *		
6. Llamada tipo * indicando título, cargo, lugar de trabajo y/o pertenencia institucional, dirección de correo electrónico, y fecha de envío del artículo, inmediatamente después del cuerpo del texto principal y antes de las notas y/o bibliografía		
7. Resúmenes en idiomas español, inglés y portugués, de hasta 150 palabras cada uno, en letra Verdana tamaño 9 con interlineado 1,5. Incluir la traducción al inglés del título del artículo y cinco (5) palabras clave en los tres idiomas, en mayúscula/minúsculas y separadas con comas		
8. Subtítulos en margen izquierdo, en mayúscula/minúsculas, sin subrayar ni negritas. Subtítulos en margen izquierdo, en mayúscula/minúsculas, sin subrayar ni negritas.		
9. Cuadros, gráficos, fotos e ilustraciones enviados en archivo separado (formatos TIF, JPG o PNG) numerados según orden de aparición en el texto		
10. Citas bibliográficas serán colocadas en el cuerpo principal del texto y deben mantener la forma de referencia siguiente: (Apellido autor, año). Ejemplo: (González, 2010). En el caso de cita textual incluir página/s. Ejemplo: (Goldschmitt, 1988:49). En caso de más de una cita se ordenará cronológicamente por año de publicación del más antiguo al más reciente. Ej.: (González, 1998, 2001). Igual criterio se utilizará en caso de ser trabajos del mismo año, utilizando las letras, a, b, c, etc. Ej.: (González, 2001a) (González, 2001b). En caso de tratarse de más de tres autores, se citará solo a los tres primeros y se agregará y col. ó et al.		
11. Bibliografía al final del artículo sin sangrías y por orden alfabético, sin numeración, referenciando únicamente aquella citada en el artículo		

Item	SI	NO
<p>1. Artículos de revistas siguen el formato: Apellido de autor en mayúsculas, inicial del nombre en mayúsculas, año, título del trabajo citado, nombre de la revista, volumen, número, paginación.</p>		
<p>2. Libros están citados: Apellido de autor en mayúsculas, inicial del nombre en mayúsculas, año, título, edición si la hubiere, editorial, lugar, paginación.</p> <p>Ejemplo:</p> <p>JURY, W A, GARDNER H W. 1991. Soil Physics. John Wiley & Sons, New York, 328 p.</p>		
<p>3. Los capítulos de libro están citados: Apellido del autor, inicial del nombre en mayúsculas, año, título del capítulo. En: autor(es) del libro con mayúscula (o Director o compilador si corresponde), título, editorial, ciudad, páginas.</p> <p>Ejemplo:</p> <p>MORALES J, CUCUZZA F. 2002. Biografías apócrifas en bioética. En GOSTIONIZ J (comp), Escritos de bioética, Ed. Sanjuaninas, San Juan, Argentina, pp. 123-164.</p>		
<p>4. Las citas de documentos y/o declaraciones de instituciones nacionales o internacionales (OMS, UNESCO, CONICET, etc) se han hecho colocando la sigla o acrónimo de la institución en mayúsculas, seguido por el nombre institucional, el año, el título y la URL de la que puede ser recuperada, según el siguiente modelo:</p> <p>CEPAL - Comisión Económica para América Latina. 2002. Globalización y desarrollo Social. Secretaría ejecutiva. [Versión electrónica]. Recuperada el 28 de agosto de 2003. Disponible en: http://www.eclac.cl/publicaciones/SecretariaEjecutiva/3/LCG2157SES293/Globa-c10.pdf</p> <p>Si la edición citada era impresa se consignó el lugar de edición como en el caso de los libros.</p> <p>De ser posible se agregó la URL de la página web en la que se pueda acceder al artículo.</p>		
<p>5. Se adjunta la declaración de conflicto de intereses</p>		
<p>6. Se adjunta la carta de cesión de derechos de autor</p>		

Oficina Regional de Ciencias de la UNESCO
para América Latina y el Caribe

Luis Piera 1992, Piso 2
Montevideo 11200, Uruguay
www.unesco.org/montevideo
montevideo@unesco.org

tel. (598) 2413 2075
fax (598) 2 413 2094