

# MEDICINA Y ÉTICA

Revista Internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica

2008/3

La bioética: el punto de vista del *outsider* -  
Paternidad y *Gender*: ¿Qué tipo de adopción para el niño? -  
Por una bioética sin adjetivos. Bioética, interdisciplinariedad  
y sociedad plural - Medically assisted nutrition and  
hydration in end-stage dementia: burdens and benefits  
of surgically-placed gastrostomy tubes



UNIVERSIDAD ANÁHUAC  
VINCE IN BONO MALUM™

Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud  
Facultad de Bioética  
Universidad Anáhuac

*Facoltà di Medicina e Chirurgia*  
dell'Università del Sacro Cuore, Roma

# MEDICINA Y ÉTICA

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

Dirección y Administración:  
Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac  
Lomas Anáhuac s.n. Col. Lomas Anáhuac  
Huixquilucan, Edo. de México, C.P. 52786  
Tels. 5328-8074, 5627-0210 (Ext. 7205 y 7146)  
Email: ehamill@anahuac.mx

Dirección y Redacción en Roma, Italia:  
Centro di Bioetica della Facoltà di Medicina e Chirurgia  
dell'Università del Sacro Cuore  
Tel 06/33054960. Fax: 06/3051149

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

México: 150 pesos; América Latina: \$75 U.S. Dls;  
Otros países: \$85 U.S. Dls.

El importe de la suscripción se realizará con cheque  
a nombre de Investigaciones y Estudios Superiores, S.C.  
Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac  
Universidad Anáhuac. Apartado Postal 10-844, México D.F. 11000

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

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

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

# 3

VOLUMEN XIX NÚMERO 3 JULIO-SEPTIEMBRE DEL 2008

## MEDICINA Y ÉTICA

**Revista internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica**

---

### *Italia*

#### *Dirección*

Adriano Bausola - Leonardo Ancona - Alessandro Beretta  
Anguissola - Carlo Caffarra - Enzo Delorenzi - Angelo Fiori  
Giuseppe Morgante - Elio Sgreccia

*Director Responsable:* Angelo Fiori

*Director:* Elio Sgreccia

*Comité científico:* Evandro Agazzi - Leonardo Antico - Adriano Bompiani  
Vincenzo Cappelletti - Ignacio Carrasco de Paula - Numa Cellini  
Francesco Introna - Gonzalo Miranda - Pietro Quattrocchi  
Angelo Serra - Dionigi Tettamanzi

### *México*

*Director responsable:* Dr. José Kuthy Porter

*Director:* Dr. Óscar J. Martínez González

*Coordinadores Editoriales:* Dr. José E. Gómez Álvarez y Dra. Martha Tarasco Michel

*Traductor y corrector:* Lic. Jesús Quiriarte

*Corrector de redacción:* Lic. Vicente Pérez Solsona

*Composición tipográfica:* Tipografía computarizada

*Comité Editorial:* Dra. Virginia Aspe Armella (Univ. Panamericana), Lic. Antonio Cabrera (Univ. Anáhuac), Mtro. Rafael García Pavón (Univ. Anáhuac), Dra. Ana Marta González (Univ. de Navarra), Dr. Javier Marcó Bach (Univ. de Santiago de Compostela), Dr. José Miguel Serrano Ruiz-Calderón (Univ. Complutense de Madrid), Dra. Martha Tarasco Michel (Univ. Anáhuac), Dra. María Dolores Vila-Coro (Catedrática de Bioética de la UNESCO), Mtro. Carlos Lepe Pineda (Univ. Anáhuac).

# ÍNDICE

EDITORIAL .....	191
La bioética: el punto de vista del <i>outsider</i> <i>Warren T. Reich</i> .....	197
Paternidad y <i>Gender</i> : ¿Qué tipo de adopción para el niño? <i>Manuela Sina</i> .....	219
Por una bioética sin adjetivos. Bioética, interdisciplinariedad y sociedad plural <i>Rodrigo Guerra López</i> .....	245
Medically assisted nutrition and hydration in end-stage dementia: burdens and benefits of surgically-placed gastrostomy tubes <i>Johanna Valiquette</i> .....	259
Reseña bibliográfica <i>José Enrique Gómez Álvarez</i> .....	273

# EDITORIAL

## Embriones híbridos

Compartimos la consternación de Mons. Elio Sgreccia, Presidente de la Academia Pontificia Para la Vida, al enterarnos de que el Parlamento Británico ha decidido permitir la creación de embriones híbridos de seres humanos y animales. Los diputados británicos aprobaron el uso de embriones híbridos, creados mediante la introducción de ADN humano en óvulos de animales, lo que de acuerdo a la propuesta debería promover el desarrollo de la medicina.

La propuesta es particularmente grave desde el punto de vista bioético, puesto que atenta contra la dignidad del hombre. Es un intento de fecundación entre dos especies que hasta hoy día estaba prohibida por todas las leyes de fecundación artificial. No obstante, es cierto que esta nueva ley exige que una vez utilizados sean destruidos a los catorce días de su desarrollo y que de ninguna manera sean implantados en el útero de una mujer.

Imaginemos por un momento que estos embriones fueran donados y dejados con vida, lo que podría dar lugar a monstruosidades o provocar infecciones antes desconocidas. El hecho de que de estas células pudieran fabricarse medicamentos para controlar la enfermedad de Parkinson o el Alzheimer, es una hipótesis que todavía no tiene fundamento.

No olvidemos que también la actividad científica es “humana” y que debe estar íntimamente relacionada con la recta conciencia y, desde luego, inmersa de los imperativos bioéticos relacionados con la investigación científica. La permisividad y la superficialidad en este renglón de la ciencia podrían ocasionar consecuencias nefastas, atentando contra la dignidad del hombre y en contra de la “humanidad” entendida en su sentido más amplio.

*Dr. José Kuthy Porter  
Director Emérito*



## Criterios para los colaboradores de “*Medicina y Ética*”

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

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

SINGER, Peter. Una vida ética. Escritos. Trad.: Pablo de Lora Del Toro. Ed. Taurus, Madrid, 2002, p. 57 (inglés: Writings of an ethical life, 2000).

9. En el caso de las revistas el modo será el siguiente: APELLIDO DEL AUTOR, Nombre del autor. "título del artículo", *Título de la revista*, volumen, número, (mes, año), página. Por ejemplo:

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

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

**Facultad de Bioética  
Universidad Anáhuac  
Dr. José Enrique Gómez Álvarez, Coordinador Editorial  
Apartado Postal 10 844  
C.P. 11000, México, D.F.  
Email: [jegomez@anahuac.mx](mailto:jegomez@anahuac.mx)**

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



# La bioética: el punto de vista del outsider\*

Warren T. Reich\*\*

## Resumen

*A cuarenta años del inicio del fecundo diálogo entre las ciencias de la vida y los estudios humanísticos, que el nacimiento de la bioética ha hecho posible, se advierte la necesidad de evaluar algunos aspectos –entre los cuales las posibilidades futuras de la bioética, y también su origen– desde un punto de vista particular: el del outsider. Se trata de aceptar el reto, para nuestra identidad moral, de trasladar la atención del estudio de casos particulares, del punto de vista del insider, al estudio de problemas en los extremos de la disciplina. El outsider intelectual desafía a la bioética convencional, examinando los eventos reprobables de nuestro tiempo, permitiendo de este modo valorar, a veces repensándolas y reformulándolas, las responsabilidades de nuestras disciplinas normativas. Un ejemplo en este sentido es dado por un profesor de anestesia de la Universidad de Harvard: Henry Beecher que saliendo de la frontera de la profesión médica se interesó por la condición de vulnerabilidad de los sujetos de experimentación denunciando*

\* Texto de la “Lectio magistralis” pronunciada en ocasión del Doctorado “Honoris Causa” en Filosofía teórica, moral y política, conferido a Warren T. Reich por la Universidad degli Studi di Macerata el 3 de mayo de 2007.

\*\* Distinguished Research Professor of Religion and Ethics, Theology Department; Profesor Emeritus of Bioethics, School of Medicine, Georgetown University, Washinton D.C. (E-mail: [wreich1@attglobal.net](mailto:wreich1@attglobal.net)).

los numerosos experimentos en los cuales los pacientes no habían dado un consentimiento o que no habían sido advertidos de los riesgos.

Otros filósofos y científicos han superado, como Beecher, los límites de la bioética convencional, profundizando en los así llamados “problemas de frontera”: la responsabilidad de ofrecer o no los cuidados necesarios, médicos y sociales, a los refugiados desesperadamente en busca de asilo; el cuidado de las víctimas de la tortura.

Este modo de identificar las cuestiones ha sido afrontado con frecuencia por filósofos y teólogos que están de acuerdo en la necesidad de ampliar el alcance de las preguntas que la bioética afronta, para enriquecer su discusión y análisis.

Esta experiencia de “outsider” permite a los estudiosos ofrecer respuestas racionales a la sociedad, desarrollando al mismo tiempo una ética pública creíble enriqueciendo el contenido y la reflexión de aquella que en los años 70 ha sido definida como “el estudio de las dimensiones morales de toda conducta humana, en el área de las ciencias de la vida y de la salud”.

## Summary

### **Bioethics: the point of view of the outsider**

*Forty years from the beginning of the rich dialogue between life sciences and human studies, introduced by bioethics, we feel the necessity of a deeper evaluation of some aspects related to bioethics, among others the future possibilities, the origin, in a particular perspective: that of the outsider. It is to move the attention from the special case study, in the perspective of the insider, to the study of issue related to the “border bioethics”. The intellectual outsider challenges the conventional bioethics. He takes the deplorable events of our time and allows a further and deeper evaluation, recalling or sometimes reformulating,*

*the responsibilities of normative disciplines. In this direction, an example has been given by Henry Beecher, Anaesthesia Professor at the University of Harvard, in 1996. Going out of the ranks of the medical profession, he was interested in the vulnerability condition of experimental subjects; he denounced the numerous experimentations where the patients did not give their consent or had not been informed about the risks.*

*Other philosophers and scientists went beyond, as Beecher, the borders of the conventional bioethics, examining in detail the so called "border issues": for example, the responsibility to offer the necessary cares, medical and social, to the refugees desperately searching for kindergarten; the care of the torture victims.*

*This experience of "outsider" gives the possibility to offer rational answers to the society, developing, at the same time, a believable public ethics, also enriching bioethical contests and reflections, defined, in the 70s, as "the study of the moral dimension of each human conduct, in the field of the science of life and health".*

*Palabras clave:* bioética, ética.

*Key words:* bioethics, ethics.

## **El nacimiento de la bioética en los Estados Unidos**

La bioética, que puede ser definida brevemente como la ética de las ciencias de la vida, es un sector de estudio y de actividades académicas y privadas que se remonta a hace cuarenta años. En consideración de su edad, de su rápido crecimiento a nivel internacional y de las amplias posibilidades de sus ramificaciones sociales e intelectuales, ha llegado el momento oportuno de valorar algunos aspectos concernientes a su origen, su naturaleza y sus posibilidades futuras. (Cuando hablo de bioética, siendo conciente de las diferencias que existen de

un país a otro, me refiero principalmente a la experiencia de las comunidades académicas de bioética de los Estados Unidos, que han ejercido una gran influencia en los países de ultramar).

A los años 60 se remontan los pasos iniciales que han conducido a la formación del movimiento de la bioética, que, sin embargo, se delinea como una precisa actividad intelectual entre 1969 y 1971, cuando la palabra “bioética”, un extraño neologismo, aparece por primera vez en la literatura americana. Algunos importantes estudiosos de bioética evitan todavía usar este término, prefiriendo los términos de ética biomédica, ética médica y ética sanitaria, mientras otros consideran su actividad simplemente como filosofía moral o teología moral en el ámbito de las ciencias de la vida. Para todos estos estudiosos, sin embargo, la palabra “bioética” indudablemente permanece el símbolo unificante de esta área de investigación. Una de las ventajas de esta extraña palabra, que une los dos términos griegos *bios* y *ethike*, es que ella remite inmediatamente a un estrecho diálogo entre las ciencias de la vida y los estudios humanísticos.

La bioética ha suscitado un grande e inmediato interés al inicio de los años setenta, cuando los estudiosos –principalmente los teólogos, desde siempre *outsiders* en el mundo de la ciencia, de la medicina y de las políticas públicas– fueron de improviso invitados a asumir el papel público de intelectuales para discutir cuestiones más urgentes del mundo de la biomedicina. Además, el continuo interés de la prensa llevó la bioética a la atención de la opinión pública. En su estadio inicial, la bioética se interesó en las cuestiones morales más controvertidas y problemáticas del momento que versaban sobre las tecnologías biomédicas, entre las cuales las experimentaciones sobre la persona, la fecundación *in vitro*, la modificación del comportamiento, los trasplantes de órganos y la despersonalización de las relaciones con la clase médica y con las estructuras hospitalarias. En un segundo estadio, la bioética comenzó a ocuparse de los “viejos” problemas morales, aún fuertemente controvertidos, como el aborto, la eutanasia y los derechos de los animales, mientras en un tercer estadio ha dirigido su atención a los problemas que emergían con el paso de los años, en particular la muerte cerebral, la maternidad sustitutiva, la terapia genética y la ingeniería genética.

Creo, sin embargo, que las definiciones de bioética usadas más comúnmente no sean correctas, en cuanto relacionan la bioética en modo demasiado directo a las tecnologías biomédicas más recientes. La primera definición oficial de bioética, que en los años setenta se vuelve la definición más usada en ámbito académico, describía la bioética como el estudio de las dimensiones morales de toda conducta humana en el área de las ciencias de la vida y de la salud.<sup>1</sup> Es importante que el interés por los problemas más dramáticos de la bioética no impida considerar con atención los problemas cotidianos como el cuidado de los menores retrasados mentalmente o las luchas por cuidados a domicilio, así como los problemas globales, como el control demográfico y la atención al ambiente, puestos todos sobre el mismo plano de la ética de las ciencias de la vida.

Se han publicado dos historias de la bioética, importantes y precisas —una por Albert Jonson<sup>2</sup> y la otra por David Rothman<sup>3</sup>, pero la aparición de una obra más reciente ha provocado en el campo de la bioética una ocasión de reflexión sin precedentes. John Evans, profesor de la Universidad de California de San Diego, ha publicado un libro en el cual el campo de la bioética es examinado según el punto de vista de un *outsider*— en su caso, el de un sociólogo interesado en la bioética en cuanto objeto de investigación sociológica.<sup>4</sup> Evans ha propuesto un análisis crítico del modo en el cual este campo de investigación se ha desarrollado, ofreciendo análisis empíricos y conceptuales sobre la base de un estudio basto y documentado, conducido sobre debates públicos que trataban de ingeniería genética humana.

Su análisis conceptual más consistente ha comprendido la distinción hecha por Max Weber entre la racionalidad formal y sustancial. Como explica Evans, una argumentación o bien, un serio análisis es considerado formalmente racional “si se preocupa de valorar el mejor medio para conseguir un objetivo generalmente compartido, pero frecuentemente malentendido, o una serie definida de objetivos”.<sup>5</sup> Según Evans, cuya finalidad era solamente examinar la documentación bioética en relación con las propuestas de estrategias genéricas, la bioética evidenciaba una racionalidad formal, es decir una forma de racionalidad “sutil”, típica de cálculos de costos/beneficios y análisis de riesgos/beneficios. La racionalidad sustancial, por otro lado, es “densa”: trata de valores, finalidades y modos de vivir típicamente pro-

puestos por los teólogos. Evans sostiene que los teólogos, en cuanto exponentes de una racionalización sustancial, han sido reemplazados por su inicial papel directivo en bioética, por bioeticistas, mayormente filósofos, llamados a traducir la racionalización sustancial en un discurso formalmente racional. Se ha insistido sobre esta traducción, sostiene Evans, porque las agencias gubernamentales que habían comisionado las investigaciones tenían necesidad de argumentaciones formalmente racionales para su funcionamiento.

Podemos criticar el análisis propuesto por Evans en muchos puntos – recordando, por ejemplo, la acción de filósofos y teólogos que han ofrecido continuamente racionalizaciones sustanciales, aún si estas contribuciones han sido por lo general evitadas por quien controlaba el funcionamiento de las estrategias públicas de bioética. Nos convence, sin embargo, su conclusión de que la bioética se ha rápidamente caracterizado por un modo “agudo” de razonar, y creemos que esto se haya verificado no sólo por la ética de la investigación, examinada por Evans, sino también por la ética clínica. Aunque sí, al final, han sido escuchadas muchas voces de bioética –que sostenían, por ejemplo, una bioética fundada sobre una ética de la virtud, o de la acción, o de los cuidados– por muchos decenios la bioética se ha basado totalmente sobre un número de principios escandalosamente exiguo –autonomía, justicia, no maleficencia, beneficencia–<sup>6</sup> y los autores que estaban a favor de un método basado sobre los principios han sido criticados por haber proveído un escaso fundamento histórico e intelectual de los mismos principios.

### **El papel del *outsider* en bioética**

Cuando los estudiosos de bioética comenzaron a protestar contra el dominante modelo “agudo” de la bioética a favor de una bioética más variada y sustancial,<sup>7</sup> algo estaba sucediendo en la cultura bioética misma: aunque no era la primera vez, la voz del *outsider* comenzaba a ser escuchada. En esta *Lectio doctoralis* quiero proponer la idea que la bioética se ha basado, y tiene todavía la necesidad de basarse, sobre el punto de vista del *outsider*, si debe existir una rama útil y vital del conocimiento. El concepto del *outsider* es frecuentemente utilizado

como una metáfora que nos ayuda a corregir nuestro modo de ver, pero debemos también reconocer que es un término impreciso que se presta a una variedad de aplicaciones diversas.

Para dejar claro el significado de *outsider*, con un ejemplo ajeno al mundo de la filosofía, podemos tomar en consideración un *outsider* en sentido artístico, el novelista inglés Joseph Conrad. Nacido en Polonia, Conrad asumió la ciudadanía inglesa, comenzó a escribir en lengua inglesa hacia los treinta y cinco años, llegó a ser un importante literato inglés, célebre por su “romanticismo” y por la ironía de sus cuentos y novelas. Basó algunas de sus historias más famosas sobre las experiencias que había vivido en el curso de su larga carrera de hombre de mar –por ejemplo, *Lord Jim* y *The Níger of Narcissus*– y en sus viajes al África Central, durante los cuales fue testigo de horribles atrocidades, que dan cuenta de lo que es quizá su mejor novela, *The Herat of Darkness*.<sup>8</sup> En un creciente interés por la actividad de los escritores ingleses contemporáneos de él, favorecido especialmente por la amistad de Henry James, Conrad escribió un relato titulado *The Return*, en el cual buscó adentrarse en el mundo privado de la sociedad inglesa. Conrad, sin embargo, se dio cuenta que ninguna revista habría publicado la historia. Esta experiencia “le hizo entender que en Inglaterra sería siempre un *outsider* y que su trabajo sería aquel de escribir historias dramáticas sobre los nativos de los países que había conocido (...)”, porque “sus editores y los lectores no querían que escribiese de nativos ingleses en su propia tierra”.

Lo que es de particular interés en relación al nuevo papel y a la identidad aparentemente más limitada, descubiertos por Conrad en modo tan doloroso, fue que esta experiencia le hizo entender que él tenía una voz única e influyente precisamente como *outsider* consciente de su condición de extranjero. Esta condición le permitió desarrollar una voz que habla con gran fuerza y a un pueblo de cosas que de otra manera no habría podido probablemente apreciar, en cuanto que era la voz que narraba las historias dramáticas “de los nativos de los países que había conocido”, una voz que ampliaba el mundo de los ingleses “más allá de sus más domesticados salones”.<sup>9</sup> Por su estilo narrativo, sus personajes anti-heróicos, el simbolismo fascinante de las debilidades humanas, él tuvo un impacto duradero sobre los lectores y sobre los principales escritores de la literatura inglesa. Pagó, sin

duda, un precio por su nueva identidad de *outsider* —el sentimiento de culpa por haber abandonado su Polonia nativa y el temor que sus conacionales no lo hubiesen ya respetado.<sup>10</sup> Conrad ha descrito su propio papel con palabras que lo hacen asemejarse a aquello del filósofo-outsider. En el prefacio de *The Níger of Narcissus* (1897) escribió que deseaba “a través del poder de la palabra escrita, hacerles sentir, hacerles oír, hacerles sentir... antes que nada, hacerles ver. Esto y nada más, y es todo. Si lo lograré, encontrarán... ánimo, consuelo... y, quizá, aquel rescoldo de verdad que han olvidado pedir”.<sup>11</sup>

Conrad fue efectivamente un artista-*outsider* porque creía en el papel de la maravilla, pero aquello de que se maravillaba, por y con sus lectores, implicaba, en su caso, que experimentase maravillas precisamente como un outsider. Aristóteles ha enseñado que la filosofía inicia con la maravilla y esto quiere decir que el filósofo, como el artista, debe alguna vez encarnar el papel de quien enseña a los estudiantes, o incluso a un público más basto, qué cosa significa maravillarse. Tal vez me pregunto: ¿Dónde está la maravilla en la ética contemporánea? ¿Los filósofos morales prestan suficiente atención en experimentar maravilla en relación al orden y al caos, a la belleza y a la repulsión de opciones y acciones morales? Para asumir esta función, pienso que el filósofo deba ser, en ocasiones, capaz de asumir el punto de vista del outsider. Los estudiosos de la ética están constantemente impelidos a permanecer insider, aplicándose día tras día en el ofrecer soluciones a los problemas y métodos de razonamiento para aquellas soluciones. ¿Cuántas veces los filósofos que se ocupan de la ética de la eutanasia se maravillan de la cultura del morir, antes de ofrecer argumentos sobre cómo se debería morir? Sin duda, existen filósofos que tal vez condividen con nosotros su maravilla respecto a la vida, a la salud, al morir y al futuro genético de los seres humanos. Creo, sin embargo, que sea necesario que aparezcan con más frecuencia, al menos en este momento, outsiders, que se maravillen, aún desde una cierta distancia, de toda la experiencia de la vida. Temo que, con menoscabo de la bioética, se experimente demasiada poca maravilla en relación a la vida, a la salud, y al morir.

Un buen ejemplo del papel del *outsider* en la bioética se encuentra en las posiciones asumidas por Henry Beecher, Profesor de Anestesia de la Universidad de Harvard, que en 1966 ha desempeñado un papel

primordial en la creación del sector de la investigación bioética, con la simple publicación de un artículo “Ethics and Clinical Research”. En el artículo, Beecher salió de los límites de la profesión médica y asumió el papel del *outsider* profético, presentando, en una importante revista médica, veintidós casos de experimentaciones, en las cuales los investigadores pusieron en peligro “la salud o la vida de los pacientes”, que no habían sido informados sobre los riesgos o que no habían dado su autorización.<sup>12</sup> En la lista de los investigadores biomédicos acusados había muchos colegas del Profesor Beecher, el cual valerosamente sostiene que la capacidad de decisión sobre la eticidad de la investigación debía pasar del médico-investigador al paciente, según el principio del consentimiento informado. A pesar de que los principios del consentimiento habían sido ya fijados en 1966, éstos venían ampliamente ignorados incluso en las principales universidades y en las agencias gubernamentales. Los médicos-investigadores que conducían las investigaciones sobre seres humanos muy probablemente debían referirse a algunos “auspicios vagamente codificados” o a “principios indefinidos como *primum non nuocere*”.<sup>13</sup> Uno de los colegas de Beecher, Jay Katz, un profesor de Derecho de la Universidad de Yale y eminente pionero de la bioética de los Estados Unidos, refirió que cuando Beecher publicó su revelador artículo, “sabía que con su publicación habría hecho enojar a muchos colegas”. Katz rindió homenaje a Beecher, llamándolo un hombre de notable valor moral”,<sup>14</sup> una virtud, podríamos agregar, típica del *outsider* profético.

Así, yo considero a Beecher como un *outsider* en sentido profesional y ético en cuanto, como lo antiguos profetas, se alejó de parámetros de sus colegas de investigaciones clínicas, revelando al público sus comportamientos no éticos y requiriendo a la profesión médica mostrar más respeto por la condición de vulnerabilidad de los pacientes, que los investigadores querían usar para el mejoramiento de los cuidados médicos y el beneficio de pacientes futuros.<sup>15</sup> Si el término *outsider* es tomado no en sentido profético, sino de pertenencia, Beecher es un insider en cuanto continuó sirviendo a su profesión y sus objetivos. En verdad, declaró que para realizar la ética del futuro que estaba persiguiendo, él, en la práctica, sostenía y animaba, más allá de la necesidad del consentimiento informado, la presencia de “un in-

vestigador conciente, apasionado y responsable”.<sup>16</sup> Su advertencia ética, quedaba claramente como la de un *outsider* profético.

### **El punto de vista del *outsider* en la bioética actual: el cuidado de los refugiados**

En la fase inicial de la bioética, Beecher no está solo como *outsider*; su postura es característica de otros *outsider* –científicos, teólogos y filósofos– que han mostrado un considerable valor y originalidad en el superar los confines y crear algo nuevo. Análogamente, la bioética del futuro deberá, siempre más, trascender los confines entre *insider* y *outsider*, porque, de otro modo, su visión moral será demasiado restringida. Todavía más importante, si no ensancha su visión, la bioética y los otros sectores de la ética práctica, fracasarán en su responsabilidad pública de perseguir la búsqueda de la sabiduría en la vida social. Esto puede requerir, por parte de la bioética, una mayor atención a los problemas que son considerados generalmente “en el extremo” de la moralidad pública, fuera de los límites acostumbrados y seguros de la bioética académica, e incluso más allá de los conocidos conceptos y métodos utilizados en la propias disciplinas. Quisiera ofrecer tres ejemplos significativos de aquello que en el futuro, la bioética deberá asumir de tales “problemas de frontera”, claramente más allá de los cómodos límites de los argumentos normalmente tratados, aunque forman parte de la ética de la salud, de la medicina y de las ciencias de la vida.

Uno de estos problemas se refiere a la responsabilidad o no de ofrecer los cuidados necesarios, médicos y sociales, a los refugiados, desesperadamente en busca de asilo. En 2001 en Australia se verificó un caso famoso, cuando el capitán de un barco noruego, el Tampa, en respeto de las leyes marítimas, salvó personas en dificultad conduciéndolas a salvo a la isla más cercana, la isla de Christmas, en territorio australiano. Por su esfuerzo, el capitán recibió los más altos honores civiles en Noruega y reconocimientos de las organizaciones navales de todo el mundo. “Australia, por su parte, amenazó con denunciar al capitán Rinnan por haber introducido personas ilegalmente”.

Algunos días antes de las elecciones federales de noviembre de 2001, el primer ministro australiano, John Howard, asumió una posición que “ayudó al gobierno Howard a ganar las ... elecciones”. La retórica del gobierno federal sostenía “que Australia tenía el derecho soberano de proteger sus confines; el derecho de decidir quién debía venir a Australia y en qué circunstancias; (y) que el capitán del Tampa estaba amenazando con infringir el derecho de soberanía de Australia”.<sup>17</sup>

El mismo interrogante se repropone en otras partes de mundo: ¿No tienen los outsider, aquí entendidos como extranjeros, es decir, verdaderos refugiados en busca de asilo, ningún derecho moral de ser asistidos por una nación extranjera y por sus ciudadanos? O, en otras palabras, ¿tienen los habitantes de una nación la responsabilidad de comportarse como buenos vecinos, ofreciendo protección y sustento compasivo a un número razonable de refugiados, o está reservada a la soberanía de una nación la responsabilidad de la elección moral de excluir cualquier solicitante? ¿No debería la bioética, que ha dado enorme relieve al problema de la distribución interna de los beneficios sanitarios a todos los miembros de una nación, poner más atención a los requerimientos de los refugiados?

La primera observación sobre la solicitud de asilo por parte de los refugiados se refiere al papel del rostro del refugiado. La enseñanza de Emmanuel Levinas es actualmente bien conocida en filosofía moral: el rostro del otro me llama a la respuesta; el rostro expresa mandato ético de hacerse cargo del otro.<sup>18</sup> Cuando veo el rostro del otro me vuelvo vulnerable a su misma vulnerabilidad, me hago, al menos hasta un cierto punto, receptivo al reclamo ético del otro.<sup>19</sup> ¿Logra la nación del anfitrión potencial, o quien la representa, ver el rostro de quien pide con angustia?

En relación a este problema, encontramos un notable punto de reflexión ética en el drama de Eurípides “Los Heráclidas”, que trata de unos niños en busca de asilo.<sup>20</sup> El problema moral implícito en esta tragedia era si Atenas, una ciudad-estado extranjera, pudiese o debiese ofrecer asilo a los niños expatriados fugitivos de Argo, la ciudad en la cual habían sido condenados a muerte. Después de la muerte de Heracles, Yolao, su amigo de confianza, tomó la responsabilidad de hacerse cargo de hijos de Heracles. Mandado al exilio junto con ellos, se vio obligado a buscar asilo de ciudad en ciudad. Cuando Yolao lle-

gó a perorar su dramática petición de asilo a Demofonte, rey del Ática, que habría debido decidir si conceder el permiso a los niños y a él mismo de vivir en Atenas, pidió al rey y a los presentes mirar atentamente los rostros de aquellos niños. Yoloao dijo: “Mírenlos ahora, pero mírenlos. ¿Cómo podrían permitirles ser arrancados por la fuerza? Al fin, el rey concedió el asilo por una serie de consideraciones, en particular, por la vergüenza que caería sobre Atenas si se hubiese sabido que la ciudad había violado el sagrado derecho de refugio a quien lo había solicitado a los dioses; pero parecería verosímil que la visión de los niños hubiese tenido su influencia sobre la motivación de la vergüenza. En modo opuesto, el gobierno australiano ha logrado impedir la visión de los niños del barco, afirmando falsamente que no eran dignos de ser vistos, porque sus padres los habían arrojado a propósito de la barca para conquistar la simpatía de los socorristas. Una actitud de compasión es mostrada más prontamente hacia los necesitados, si estos se hacen visibles en un modo significativo, ya sea en persona, que con la ayuda de eficaces instrumentos comunicativos.

La segunda observación se refiere directamente a cuanto la bioética puede aprender de esta situación que entra en la ética política de atender al *outsider* extranjero en busca de asilo. Quisiera sostener que la respuesta ética más convincente en este tipo de situación es aquella del interés simpático, basado en una tradición filosófica y humanística de simpatía, unida a la idea humanística y filosófica de cuidados e interés.<sup>21</sup> Creo que las teorías de la justicia liberal con su compromiso característico de imparcialidad y sus presupuestos universalistas —que han dominado en la bioética y más en general en la filosofía moral— no sean adecuadas para resolver problemas como estos. Es necesario que la ética del cuidado del *welfare* esté más atenta a los sentimientos y a las emociones, como la simpatía, y también a cómo las argumentaciones racionales que se refieren al bien o al cuidado de las personas puedan generarse bajo el impulso de los sentimientos.<sup>22</sup> Las emociones tienen un papel crucial en los presupuestos culturales y psicológicos del juicio moral. Nuestras normas, que nos llaman, o nos impulsan a ofrecer asistencia y a no realizar el mal a los otros, están fundamentalmente ligadas a nuestras respuestas emotivas que nos llevan a asistir o a hacer el mal a nuestros semejantes en circunstancias dadas.<sup>3</sup> Una vez creado un contexto de interés simpático —quizá, según

la líneas sugeridas por los filósofos Stephen Darwall y Martha Nussbaum— podemos encontrar un ulterior apoyo en los derechos humanos institucionalmente garantizados y en las tradiciones de justicia social y solidaridad. Además, se pueden fijar límites en relación al número de los refugiados admitidos, recurriendo a una lista racional de posibles beneficiarios; esta lista, naturalmente, debería estar legítimamente influenciada por sentimientos de solidaridad.<sup>24</sup> Si en el caso de inmigrantes desesperados en busca de asilo el mejor acercamiento es aquel basado en la simpatía, quiero poner en evidencia como argumento principal que la bioética y las disciplinas filosóficas ligadas a ella deben prestar más atención a la experiencia del *outsider* desesperado y necesitado, y a las potenciales respuestas emotivas y racionales de las cuales son capaces los observadores responsables. En este caso, la bioética no solamente no tendrá la capacidad de desarrollar una ética pública creíble en relación a aquellos que recorren el mundo en busca de protección y de cuidados. Aprenderá, también, de esta “experiencia de outsider” cómo ofrecer una mejor respuesta racional a los miembros de su propia sociedad.

### **El punto de vista del *outsider* en la bioética actual: el cuidado de las víctimas de la tortura**

Otro ejemplo instructivo y al mismo tiempo inquietante de la “bioética de frontera” se refiere a la ética médica de la tortura. La bioética debería mirar más de cerca y sistemáticamente a la actitud ética de médicos, enfermeros y psicólogos implicados en la tortura de prisioneros, en la mal afamada prisión de Abu Ghraib en Iraq y en la de Guantanamo Bay en Cuba, por aquello que el ámbito ampliado de la bioética puede aprender de los eventos y de los documentos que a ella se relacionan. Los métodos de tortura o de abusos equivalentes a torturas infligidos en aquellas prisiones incluían el aislamiento prolongado y la privación del sueño, la obligación de asumir posiciones corporales dolorosas, violencias físicas, el uso de las fobias de los detenidos y el control punitivo de las funciones más íntimas de la vida. Muchas de estas acciones “producían en los prisioneros un estrés muy intenso que a su vez les llevaba a la desesperación, a una ansia incon-

trolable y al desplome de la autoestima. En ocasiones surgían visiones y alucinaciones”.<sup>25</sup> Emergió el problema moral cuando resultó claro que algunos médicos, enfermeros y psicólogos clínicos habían participado en estos abusos, ayudando a programar las técnicas de tortura o a desestabilizar las condiciones de salud de los prisioneros, permaneciendo callados, al entregar “las víctimas de la tortura a la custodia de los verdugos. En lugar de detener la tortura, tácitamente la favorecían (...)”.<sup>26</sup>

En tales circunstancias, el deber de los médicos y de los demás profesionistas, ligados a la misma ética profesional, es claro. Antes que nada, deben proveer el tratamiento médico necesario para todos, sin considerar el hecho que –o presumir que– aquellos son enemigos implicados en acciones destructivas en relación con las personas que ahora son responsables de sus cuidados. Un texto importante y relevante desde el punto de vista histórico es el documento sobre las leyes de guerra redactado por el filósofo austriaco Franz Lieber en 1863 a petición del Presidente Abraham Lincoln durante la Guerra Civil americana; un documento que ha influenciado, posteriormente, la creación de la convención de Ginebra sobre la leyes de guerra. El artículo 76 de aquel documento, que hoy está comprendido en la legislación internacional y es aplicable a los prisioneros en cuestión, establece: “Los prisioneros de guerra serán (...) tratados con humanidad”. El artículo 80 establece que “(...) (La) actual ley de guerra ya no permite el uso de cualquier tipo de violencia sobre los prisioneros para extorsionar informaciones deseadas (...)”<sup>27</sup> Me refiero a este argumento, que la mayor parte de los estudiosos consideraría probablemente “en el extremo” de la ética médica, porque querría que el ámbito de la bioética tuviese una dimensión más general. Creo que estos casos y los documentos que los tratan deberían estimular una renovada atención al principio de humanidad, citado en el código aquí mencionado. El sentido de humanidad no es muy utilizado en la filosofía moral contemporánea, si bien tenga una larga tradición, antiguamente asociada a la filantropía (como amor por los seres humanos). La bioética puede aprender de la ética médica de la tortura la importancia y la relevancia de la idea, del sentimiento y de la virtud de la humanidad. Además, creo que la bioética tenga el deber de examinar situaciones en las cuales la ética insider del oficial médico pueda, o incluso deba

oponerse, a veces, a las órdenes de los superiores que han implementado estrategias nacionales que prevén la tortura y abusos equivalentes. Tal oposición moral pondría a prueba, al menos en teoría, la fuerza moral que vincula la profesión médica a una ética de humanidad y de beneficencia, en virtud de la fidelidad del juramento de Hipócrates, según el cual el médico “adopte (...) medidas a favor del bien de los enfermos (...); (y) los proteja del mal y de la injusticia”.<sup>28</sup> Es interesante notar, a propósito, que los médicos militares están ya obligados por las leyes internacionales –se podría decir, en tácita aplicación del principio de humanidad– a “hacer todo lo posible para no permitir a los carceleros de cometer ulteriores abusos” en el contexto de una prisión. Podría también ser que el principio moral de humanidad en medicina –una ética interna a la profesión médica– nos ayude a descubrir, una vez más, la necesidad del sentimiento de humanidad en las más variadas situaciones humanas. Y quizá, también, que esta misma virtud de humanidad pueda hacer más convincente el discurso de los derechos humanos internacionales.

Debemos poner más atención al concepto y a la virtud de la humanidad, no sólo en medicina,<sup>29</sup> sino también en filosofía moral.<sup>30</sup> Steven Miles, en su libro sobre la complicidad de los médicos en las torturas, sostiene que este argumento está caracterizado por la lucha que el alma de la medicina asume con el requerimiento de corresponsabilidad de los abusos de los pacientes en nombre de la soberanía nacional.<sup>31</sup> Si esto es verdad, entonces la humanidad que se impone en un contexto de deshumanidad debería tener un lugar central en la investigación responsable y en la enseñanza de la bioética.

### **El mejoramiento tecnológico y el arte de vivir**

Carl Elliott, filósofo de la medicina, y médico, ha publicado un libro que está provocando un vasta discusión en los Estados Unidos.<sup>32</sup> *Better Than Well: American Medicine Meets the American Dream* trata del uso invasivo de las “tecnologías mejorativas”, consideradas por una perspectiva externa al mundo de la bioética. En su libro, Elliott reconoce que los americanos hacen uso de las tecnologías mejorativas más que cualquier otra población del mundo: medicinas que alteran el

humor como el Prozac, las inyecciones de Botox para quitar las arrugas, los implantes del seno, las medicinas que aumentan la duración de la atención, la cirugía de los órganos sexuales, la liposucción y la cirugía cosmética en varias partes del cuerpo, incluidas las intervenciones en el rostro, el cuerpo y el trasplante de cabello. Desde una posición externa al campo de la bioética, Elliott se sitúa como crítico de la cultura de las prácticas mejorativas y afirma que los métodos de la bioética no son una ayuda en la discusión de estos problemas.<sup>33</sup> El profesor Elliott explica que la ciencia ha proveído los medios para alcanzar aquello que muchos consideran un “mejoramiento personal”; pero se pregunta si esas modificaciones físicas y psicológicas deban ser vistas más precisamente como cambios de identidad. Él pone en evidencia con cuánta frecuencia las personas se refieran al concepto de identidad y autenticidad para justificar las alteraciones físicas y psicológicas (tiene necesidad de la tecnología para “ser sí mismas”) y se pregunta, también, por qué buscamos estos mejoramientos para realizarnos a nosotros mismos, con modalidades fuertemente influenciadas por el conformismo cultural. No juzga los mejoramientos como moralmente equivocados en sí mismos, pero ofrece una reflexión estimulante sobre el por qué la ciencia sea utilizada para dar forma a nuestra identidad personal y por qué la cultura americana “impela tan pesadamente a los ciudadanos a modificarse química y físicamente para realizar una identidad ideal”.<sup>34</sup>

Las convincentes reflexiones de Elliott sobre las nuevas identidades que las personas buscan con la ayuda de la tecnología médica y el sistema social de los valores con los cuales se conforman, requieren un acercamiento filosófico a estos problemas, que puede ser llamado la filosofía como arte de vida. En nuestros tiempos, la filosofía es comúnmente vista como una actividad intelectual hecha por especialistas que ejercitan su competencia principalmente en las universidades o en otros institutos de alta especialización. Pero recientemente algunos filósofos, como Foucault, Hadot y Nehamas han llamado la atención sobre el significado que la filosofía tenía en la antigüedad griega y romana y en algunos filósofos de aquel tiempo –la filosofía entendida como un modo de vivir dirigido a la búsqueda de la sabiduría. Este acercamiento requiere el paso a un autoanálisis basado sobre el cuidado del yo y del alma, caracterizado por la pregunta socrática si este-

mos más interesados a la propia alma que al resto de las cosas. Esta nueva dirección que ha también llamado la atención sobre el arte de vivir de los Estóicos, que está gozando de un significativo renacimiento. Mucho más debe ser hecho para restaurar una filosofía del arte de vivir –ni es de menor importancia la necesidad de descubrir la filosofía del arte de vivir que se encuentra ampliamente en la historia del pensamiento religioso.

¿Qué significa esto en el futuro de la bioética? En el pasado la bioética ha puesto mucha atención a las grandes teorías filosóficas, cada una de las cuales se basaba sobre un particular principio unificante, ya sea que prospectase el máximo bien y el más grande beneficio –los acercamientos utilitarísticos y consecuencialísticos– o el conformismo con una ley prescrita para todos los seres racionales –el acercamiento kantiano. La aplicación de estas teorías, a su vez, presuponía que la primera pregunta fundamental de filosofía moral y de bioética fuese: “¿Qué cosa debo hacer?”– que, a su vez, presuponía que la moralidad se interesase solamente por deberes hacia los otros. Pienso, ahora, que la ética debe iniciar con estas preguntas: ¿De qué cosa me ocupo mayormente? ¿De qué cosa se han ocupado mayormente los sabios del pasado y cómo han vivido su vida? ¿En nuestros actuales contextos sociales, qué cosa nosotros cuidamos más o cómo esto ha condicionado nuestra sociedad? En términos de categorías éticas, la búsqueda del arte de vivir nos invita a fundar la moralidad sobre la educación en las virtudes, en el contexto de una ética del responder (responsabilidad) a las demandas del mundo real. De este modo, el interés se dirigiría más a la construcción de una identidad moral, en el sentido quizá de las virtudes cardinales de Platón (prudencia, justicia, fortaleza y templanza), y no a la justificación de deberes. Como los antiguos filósofos que tendían al amor por la sabiduría como modo de vida, nosotros podemos descubrir algunas de las actividades morales que ellos acostumbraban practicar para favorecer un buen arte de vivir, por ejemplo el desapego personal, la instrucción pública por parte de hombres sabios y el ejercicio de poner en discusión la comprensión de sí y de los otros. De este modo podemos descubrir una ética apropiada no sólo para el uso de las tecnologías mejorativas, sino también para muchas otras decisiones bioéticas, como la identidad de todo miembro de las profesiones asistenciales.

Este acercamiento a la ética requiere el desarrollo de un arte de vivir que se vale de las contribuciones provenientes del mundo premoderno, moderno y postmoderno. No obstante las promesas no cumplidas del pasado, a causa de un difuso sistema de pensamiento y de convicciones, soy optimista en relación al futuro, junto a aquellos que toman en serio el cuidado del alma, que es el punto de partida de este acercamiento.

### Observaciones conclusivas

En este ensayo he usado el término *outsider* –una palabra elástica que reenvía a muchos significados– como una metáfora para comprender una variedad de puntos de vista que “no se adaptan” a los solos esquemas de la sociedad y de las disciplinas humanísticas. Creo que sea una metáfora útil para analizar la historia, las funciones y el futuro de la bioética.

Por ejemplo, seleccionar casos problemáticos de discusión que sean de interés para los estudiantes es desde hace tiempo práctica común en la enseñanza de la bioética y en la preparación de textos de bioética y de ética aplicada. Pero, tal vez, es importante trasladar la atención de nuestros estudiantes más allá de los casos un poco abstractos de los libros de texto a los eventos que han tenido la fuerza suficiente para impulsar un entera clase de profesionistas, o una nación, o una disciplina para reafirmar, tal vez dolorosamente, su ética y sus prioridades. La referencia a los problemas al extremo de una disciplina, como la tortura de los prisioneros y el rechazo de aquellos que buscan asilo, no sólo nos atrae intelectualmente, sino propone un desafío a nuestra identidad moral, mientras nos impone un examen de la historia de la filosofía y de la religión para descubrir las raíces de una ética creíble. Ha sido frecuentemente el *outsider* intelectual que ha desafiado la bioética convencional a tomar en consideración qué cosa nos podrían enseñar los eventos reprobables de nuestros tiempos sobre las responsabilidades de nuestras disciplinas normativas.

Un importante filósofo de nuestros días ha recientemente escrito un libro sobre la experiencia de *outsider* y sus efectos sobre el trabajo filosófico en ética. Raymond Geuss de la Universidad de Cambridge

en *Outside Ethics* describe cómo los filósofos en los cuales está mayormente interesado –entre los cuales están Kierkegaard, Hegel, Marx, Nietzsche, Adorno y Heidegger– “pueden ser difícilmente incluidos en los contextos circunscritos que hoy reservamos normalmente a la “ética filosófica”, no obstante el hecho que “se han, en cierto sentido, profundamente interesado en la vida humana en sus aspectos prácticos”. Esto los ha impulsado a considerar que la ética filosófica, como está constituida ahora, sea “una disciplina estructurada en torno a preguntas y a respuestas relativas a un círculo de problemas más bien restringido”. Y esto explica por qué los mayores filósofos en los cuales se interesa aparezcan “banales, desviantes o excéntricos”: no se interesaban al limitado número de cuestiones hoy reducibles a la forma dominante de cuestiones filosóficas. Así, hay algo que aprender de aquellos filósofos, deberíamos comenzar a rechazar la idea de que la pregunta “¿Qué cosa debería hacer?” sea fundante de la ética filosófica. De aquí la elección del término “outside” del título, “*Outside Ethics*”.<sup>35</sup>

El mismo modo de identificar las cuestiones ha sido afrontado por los filósofos de la religión y por los teólogos, muchos de los cuales han tenido una notable influencia en el desarrollo de los estadios iniciales de la bioética. También ellos han lamentado la limitación de las preguntas que la bioética afronta –la cual ha sido una de las causas mayores de la marginación de los estudiosos de religión– respecto al perfil dominante de la bioética.

Tal vez, en el curso de la historia del pensamiento, ha aparecido una nueva idea –o una idea formulada en modo nuevo en el contexto intelectual del tiempo– que ofrece una luz intelectual y moral para aquel tiempo, útil como punto focal para reconsiderar gran parte del discurso moral. Estas ideas fructíferas, además, son frecuentemente introducidas por *outsider* o por grupos de *outsider*. Recientemente el más grande de estos grupos de *outsider* en la historia del pensamiento occidental –las mujeres intelectuales– ha introducido una idea, surgida de su propia experiencia como mujeres, aunque no exclusivamente de ellas, que, según yo, pertenece a esta categoría. Me refiero al concepto de dependencia, propuesto por las filósofas americanas Susan Okin, Joan Toronto y Eva Feder Kittay. La idea de dependencia se refiere inmediatamente a la idea de la vulnerabilidad, expuesta en la fi-

losófia continental, en modo particular, por Jürgen Habermas, Emmanuel Lévinas y Paul Ricoeur. Este grupo de ideas innovadoras de dependencia y de vulnerabilidad, que ha provocado una total reconsideración de los requisitos de equidad, justicia y cuidados, tiene la posibilidad de producir los mayores cambios en la totalidad del campo de la bioética: desde el modo en el cual formula las preguntas a la revisión de sus principios, precisamente como ha sucedido, más en general, en el campo de la filosofía política.<sup>36</sup> Si se considera en qué forma las ideas de vulnerabilidad y de dependencia han sido excluidas, obstinadamente, por la ciencia, por la filosofía y por la ética post-iluministas, creo que sea de particular importancia que todos aquellos que se interesen en una buena comprensión de la ética y del arte de vivir reserven una atención especial al futuro trabajo filosófico de los grupos-*outsider* que han llevado estas ideas al interior del discurso moral.

En todo caso, espero que mis reflexiones sobre este argumento animarán al menos a algunos oyentes a poner atención a las voces de los *outsider* que, a veces, nos hablan con la más grande energía sobre los problemas morales más urgentes de nuestros días, desafiándonos a revisar nuestras prioridades intelectuales y morales, e indicándonos cómo la bioética y los demás sectores del análisis ético puedan enriquecerse de sus maneras, tal vez inusuales, de hablar.

## Referencias bibliográficas

<sup>1</sup> Reich W.T. Introduction en Id (ed.). *Encyclopedia of Bioethics*. New York: Free Press, Macmillan; 1978: p. XIX.

<sup>2</sup> Josen AR. *The Birth of Bioethics*. New York: Oxford University Press; 1998.

<sup>3</sup> Rothman D. *Strangers at the Bedside*. New York: Basic Books; 1991.

<sup>4</sup> Evans JH. *Playing God? Human Genetic Engineering and the Rationalization of Public Bioethical Debate*. Chicago: University of Chicago Press; 2002.

<sup>5</sup> Baker R. On Being a Bioethicist: A Review of John H. Evans, *Playing God? Human Genetic Engineering and the Rationalization of Public Bioethical Debate*. *American Journal of Bioethics* 2002; 2: 65-69. Entre las críticas surgidas sobre el libro de Evans, considero la de Baker la más útil y perspicaz.

<sup>6</sup> El principal trabajo de este tipo ha sido aquel de T.L. Beauchamp y J.F. Childress (Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press; 1979).

<sup>7</sup> Una de las discusiones más profundas de este problema ha sido ofrecida por E.R. DuBose,

R Hamel y L.J. O'Connell (DuBose ER, Hamel R, O'Connell LJ (eds.). *A Matter of Principles? Ferment in U.S. Bioethics*. Valley,

<sup>8</sup> Cfr. Stape J.H (ed.). *The Cambridge Companion to Joseph Conrad*. New York: Cambridge University Press; 2006.

<sup>9</sup> Tóibín C. Review of "A Thousand Years of Good Prayers" by Yiyun Li (New York: Random House). *The New York review of Books* 2006; 19: 50-53, p.50.

<sup>10</sup> *Ibid.*, p.53.

<sup>11</sup> Cfr. "Joseph Conrad" en Wikipendia (acceso del 20.03.2007, en: [http://en.wikipedia.org/wiki/Joseph\\_Conrad](http://en.wikipedia.org/wiki/Joseph_Conrad)).

<sup>12</sup> Beecher HK. *Ethics and Clinical Research*. *New England Journal of Medicine* 1966; 274 (24): 1354-1360.

<sup>13</sup> Katz J. "Ethics and Clinical Research" Revisited: A Tribute to Henry K. Beecher. *Hastings Center Report* 1993; 23 (5): 31-38.

<sup>14</sup> *Ibid.*, p.32.

<sup>15</sup> Tóibín. Review of "A Thousand Years of..."

<sup>16</sup> Beecher. *Ethics and Clinical...*, p. 1360.

<sup>17</sup> Burnside J. *Australia's Treatment of Asylum Seekers: The View from Outside*. A speech at Parliament House, Victoria, en World Refugee Day, July 8, 2003 (acceso del 20.03.2007, en: <http://www.smh.com.au/articles/2003/07/17/1058035124325.html>). Se vea también Marr D, Wilkinson M. *Dark Victory*. Sidney: Allen & Unwin; 2002.

<sup>18</sup> Aarnes A. *The Other's Face* en Jadalén H, Vetlesen AJ (eds.). *Closeness: An Ethics*. Oslo/Stockholm/Copenhagen: Scandinavian University Press; 1997: 20-25.

<sup>19</sup> Levitas E. *Otherwise Than Being, or, Beyond Essence*. Pittsburg, PA: Duquesne University Press; 1998.

<sup>20</sup> Eurípides. *The Children of Heracles* en *Id. Orestes and Other Plays*. London: Penguin; 1972, 101-139.

<sup>21</sup> Cfr. Reich WT *Providing Public Care: The Role of Sympathetic Concern*. *Bioethics Outlook* 2003; 14 (3): 1-12.

<sup>22</sup> Para un argumento análogo cfr. Darwall S. *Welfare and Rational Care*. Princeton, NJ: Princeton University Press; 2004. Para un análisis de la tradición que abre el tema de la simpatía en esta dirección cfr. Taylor C. *Sympathy: A Philosophical Analysis*. Houndmills and New York: Palgrave Macmillan; 2002.

<sup>23</sup> Cfr. Nussbaum M. *Upheavals of Thought: The Intelligence of Emotions*. New York: Cambridge University Press; 2001.

<sup>24</sup> Algunas de estas razones son discutidas en: Brown PG, Shue H (eds.). *Boundaries: national Autonomy and Its Limits*. Lanham, Maryland: Rowman & Littlefield; 1981.

<sup>25</sup> Bloche MG, Marks JH. *Doing Unto Others as They Did Unto Us*. *The New York Times* (November 14, 2005) (acceso del 16.09.2006, en: <http://www.nytimes.com/2005/11/14/opinion/14blochemarks.html?ex=1158465600&en=6e1e1c2b7ac73a000&ci=5070>). El prof. Bloche, un físico que es docente de derecho en la Georgetown University, es un autorizado experto que trabaja en torno a la intersección entre derecho y bioética.

<sup>26</sup> Cfr. Bloche MG. *After Abu Ghraib; Physician, Turn Thyself In*. *The New York Times* (June 10, 2004) (acceso del 16.09.2006, en: <http://query.nytimes.com/gst/fullpage.html?sec=health&res=9807EEDB1730F933A25755C0A9629C8B63>). Para un análisis más profundo cfr.: *Id. When Doctors Go to War*. *New England Journal of Medicine* 2005; 352 (14): 1497-1499; *Id. Marks JH. Doctors and Interrogators at Guantanamo Bay*. *New England Journal of Medicine* 2005; 353 (1): 6-8.

<sup>27</sup> *Instructions for the Government of Armies of the United States in the Field*. Prepared by

Francis Lieber, LL.D., promulgated as General Orders No. 100 by President Lincoln, 24 Abril 1863. Adjutant General's Office, 1863, Washington 1898: Government Printing Office (Acceso del 20.03.2007, en: <http://www.yale.edu/lawweb/avalon/lieber.htm#sec3>).

<sup>28</sup> "Oath of Hippocrates" en Reich WT (ed.). *Encyclopedia of Bioethics*. New York: Simon & Shuster Macmillan: 1995: 2632.

<sup>29</sup> Gregory J. *Lectures on the Duties and Qualifications of a Physician*. London: W. Strahan and T. Cadell; 1772 (repr. en McCullough LB (ed.). *John Gregory's Writings on Medical Ethics and Philosophy of Medicine*. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic Publishers; 1998: 161-245.

<sup>30</sup> Smith A. *The Theory of the Moral Sentiments*. London: A. Millar; 1790 (first published 1759).

<sup>31</sup> Milles SH. *Oath Betrayed: Torture, Medical Complicity, and the War on Terror*. New York: Random House; 2006.

<sup>32</sup> Elliott C. *Better Than Well: American Medicine Meets the American Dream*. New York: W.W. Norton; 2003.

<sup>33</sup> En un volumen precedente, Elliott ha sostenido que gran parte del debate en ética médica es desviante, en cuanto basado sobre un malentendido de la relación entre la moralidad y nuestros comportamientos. Cfr. Elliott C. *A Philosophical Disease: Bioethics, Culture and Identity*. New York: Routledge; 1999. En esta obra Elliott ha invocado una mayor confianza en el modelo ofrecido por la producción del último Wittgenstein.

<sup>34</sup> Szpir M. Review of "Carl Elliott, *Better Than Well: American Medicine Meets the American Dream*". *American Scientist Online* 2003 (acceso del 01.03.2007. en: <http://www.americanscientist.org/BookReview/TypeDetail/assetid/21990>).

<sup>35</sup> Geuss R. *Outside Ethics*. Princeton, NJ and Oxford, UK: Princeton University Press; 2005: 40-41.

<sup>36</sup> Para una discusión en torno a estas ideas y a sus fuentes outsider, cfr Reich WT. "Vulnerabilità" en Russo G. (coord.). *Bioetica sociale*. Leumann (Turín): Ellenici; 2004.

# Paternidad y *Gender*: ¿Qué tipo de adopción para el niño?

Manuela Sina\*

## Resumen

*Esta contribución nace de la exigencia de recuperar cuanto la comunidad científica conoce relativo a la cuestión de la adopción por parte de parejas homosexuales, en un momento histórico en el cual el tema de la filiación está asumiendo una posición política y social de particular relieve. Paternidad y filiación son dimensiones complementarias y fundamentales de la existencia humana, que necesitan ser comprendidas y reconocidas para poder ser defendidas.*

*A diferencia de la paternidad naturalmente variable y tradicionalmente entendida, la propuesta de un contexto evolutivo caracterizado por figuras homoparentales, requiere de las ciencias psicológicas comprender por una parte si sea posible definir las funciones paterna y materna en modo totalmente ajeno de la sexualidad vivida y de la corporeidad en la cual ellas se encarnan, por otra si sea posible individualizar en este tipo de contexto evolutivo aquello que mejor tutela el crecimiento y el bienestar psicológico del niño. No parece superfluo recordar que esto es de hecho el principal objetivo que la adopción por su misma naturaleza persigue.*

\* Psicóloga, candidata al Doctorado en Investigación Bioética, Facultad de Medicina y Cirugía "A. Gemelli", Universidad Católica del Sacro Cuore, Roma (E-mail: [m.sina2007@yahoo.it](mailto:m.sina2007@yahoo.it))

*Se ha intentado en este estudio liberar el campo de las presiones ideológicas y de las posibles interferencias políticas, que perturban la evolución crítica del saber en este campo, para aclarar los términos de la cuestión desde un ángulo estrictamente psicológico. El objetivo del trabajo es por tanto el de ofrecer un análisis crítico de las principales investigaciones que a partir de los años setenta han sido elaboradas ya sea sobre el desarrollo psicosexual, como sobre el significado de la generatividad.*

*Parece, a quien ha conducido esta revisión, que el crecimiento del debate relativo a tal argumento no esté sostenido por una adecuada consideración de las principales necesidades psicológicas infantiles, a las cuales la sociedad está llamada a responder por medio de la adopción, y que la preocupación de promover nuevos contextos de crecimiento no esté acompañada de una adecuada reflexión sobre las dimensiones intrapsíquicas y relacionales implicadas en los procesos de desarrollo psicosexual del niño.*

*Aún no tratando en esta sede las relevantes cuestiones de antropología filosófica a las cuales inevitablemente este estudio se abre, de la revisión aquí propuesta emerge que las ciencias humanas, no obstante que ofrecen preciosas ocasiones de enriquecimiento de nuestra conciencia sobre el hombre, no pueden sin embargo, por su propia naturaleza, responder a los interrogativos filosóficos que similares temas presentan. Incluso en ámbito psicológico es así posible revelar que el deficiente reconocimiento del límite de la ciencia lleva siempre consigo el riesgo de presuponer resueltos problemas ético-antropológicos fundamentales y de asentir a persuasiones, aguas arriba de los resultados científicamente observados, para orientar las conclusiones científicas mismas.*

## Summary

### **Parenthood and Gender: what kind of adoption for the child?**

*This contribution arises from the need to recover what the scientific community knows about the matter of adoption by same-sex partners, in an historic moment that place the parentage in a social and political prominent position.*

*Parenting and filiation are complementary and fundamental dimensions of human existence, that need to be understood and recognized to be supported.*

*Unlike naturally matched and traditionally intended parenthood, the proposal of a home environment characterized by homo-parental figures solicits psychological sciences to understand firstly if it is possible to define maternal and paternal functions regardless of the real sexuality and body in which they take forma, and secondly if it is possible to consider this kind of environment to one that best provides to the psychological development and wellbeing of the child. It doesn't seem superfluous to remember that this is, as a matter of fact, the main works, concerning both the psychosexual development and the psychological meaning of generation, that have been conducted since the seventies of the past century.*

*The scholar, who has led this review, has the impression that the growing debate related to this issues is not always supported by an adequate consideration of the main children's psychological needs, that society is called to answer through adoption, and finds that the concern to promote new developmental contexts is not always accompanied by an appropriate consideration about the relational and intra-psyche dimensions involved in the psychosexual development of the child.*

*Even if not treating the relevant questions pertaining to the philosophical-anthropology domain, that the study inevitably elicits, it emerges that the human sciences do offer precious opportunities to enrich our knowledge about human being, but*

*they cannot, for their proper nature, answer to the philosophical questions that such themes present.*

*It derives that even in the psychological field it is possible to notice that failing to recognize and crossing the limits of science always brings about the risk to presume the related ethical and anthropological problems already solved, and to allow persuasions to orient the scientific conclusions from up-river of the scientifically observed results.*

*Palabras clave:* paternidad, filiación, género, adopción, desarrollo psicosexual, presiones ideológicas.

*Key words:* parenting, filiation, gender, adoption, psychosexual development, ideological pressures.

## La cuestión

Quiriendo tratar el argumento desde un punto de vista meramente psicológico parece más fructuoso detenerse a reflexionar no tanto sobre quién tenga o no el derecho de adoptar, cuanto más bien sobre las condiciones que hacen posible, a quien lo deseé, contribuir a expresar auténticamente aquella fuerza psicosocial que Erik Erikson<sup>1</sup> ha llamado cuidado y que representa un forma de positiva evolución de la tendencia adulta a la generatividad. Parecería de inmediata evidencia que si la adopción es cuidado, y objeto del cuidado es el niño, la misma psicología no debería ocuparse de ninguna otra cosa si no de individualizar las principales necesidades evolutivas a las cuales el adulto, con la adopción del niño, se empeña a responder. Charlotte Patterson lo reconoce cuando afirma con vigor: “¿Qué tipo de ambiente doméstico tutela mejor el crecimiento y el *adjustment* psicológico del niño? No hay cuestión más central en el campo de la investigación sobre el desarrollo infantil”.<sup>2</sup>

Con demasiada frecuencia los términos de la cuestión corren el riesgo de invertirse en una sociedad en la cual “los puntos de referen-

cia se vuelven siempre más inciertos y la unión matrimonial tiende a hacerse inestable”.<sup>3</sup> Es necesario reconocer con la psicoterapeuta Paola Binetti el nuevo significado de garante<sup>4</sup> que el hijo viene a asumir para la pareja ahora que “el vínculo de la filiación es el único en el cual invertir en modo cierto y continuo”,<sup>5</sup> al punto que las mismas parejas homosexuales solicitan obtenerlo por medio de la fecundación artificial heteróloga.

En el afrontar cuestiones relacionadas con la paternidad se vuelve importante contextualizar la creciente demanda<sup>6</sup> de niños, sobre los cuales el actual “comercio”<sup>7</sup> de hijos se funda, para no arriesgar confundir lo que parece ser más el síntoma de una nueva fragilidad social, que el signo de una reciente recuperación de conocimiento a favor del más auténtico significado de la filiación. Bien visto “cuanto más se vuelve el hijo el sello requerido por la pareja, se vuelve más problemática la dinámica de la pareja” y esto se hace todavía más evidente precisamente donde “paradójicamente parece que sea el hijo a generar la pareja y no viceversa”, donde la presencia del hijo se vuelve “*conditio sine qua non* para sentirse legitimados como pareja”.<sup>8</sup>

Una primera mirada a la literatura psicológica parece sugerir que la misma comunidad científica se encuentra al momento no sólo muy lejana del ofrecer una respuesta compartida en relación a la para nada nueva cuestión, sino que ella está muy perturbada en esta su búsqueda de nuevas “presiones ideológicas (que) limitan la maduración intelectual en este campo”.<sup>9</sup>

En la reciente revisión de Judith Stacey y Timothy Biblarz los autores, después de haber hecho la reseña de los principales estudios hasta ahora realizados sobre la identidad sexual y sobre el desarrollo de los niños criados por parejas homosexuales, observan como Patterson, que “todas las investigaciones publicadas reivindican no haber encontrado diferencias entre la sexualidad de niños educados por padres homosexuales y aquella de niños criados por padres no homosexuales”, pero, alejándose de la posición de esta última, revelan que “ninguno de los estudios que reporta tales resultados intenta explicar un tan implausible resultado”.<sup>10</sup>

Xavier Lacroix, analizando estos estudios, no logra evitar preguntarse qué cosa signifique “no tener más problemas que los demás”; de hecho “la problemática exclusivamente comportamentalista y utilita-

ria de las investigaciones induce a responder: la capacidad de adaptarse a los escenarios complejos de los adultos”.<sup>11</sup> La pregunta en cuestión para él, filósofo que se ha valido en su último libro de la ayuda de psicólogos, psiquiatras y expertos de la familia, “no es: ¿los niños tienen la capacidad? Sino más bien: ¿Cuáles son las condiciones que les proporcionan la oportunidad de desarrollar óptimamente todas las dimensiones de su humanidad? Entre estas dimensiones, figura la adquisición de la identidad sexuada y del ordenamiento sexual. Y nosotros sabemos claramente cuánto la una y el otro se deben al hecho de que el niño crezca en el seno de una relación que contemple un hombre orientado hacia una mujer y una mujer orientada hacia un hombre”.<sup>12</sup>

También los psicólogos de la revisión más arriba citada reconocen que “es difícil concebir una teoría creíble sobre el desarrollo sexual que no se espere que el niño educado por padres homosexuales presente una incidencia en algún modo mayor de deseo, comportamiento e identidad homoerótica respecto a hijos de padres heterosexuales”.<sup>13</sup> Aún temiendo “el peligro político de señalar el hecho que recientes estudios indican que una más elevada proporción de niños con padres homosexuales tiende a actividades homosexuales”, porque consideran que no sea “ni honestidad intelectual ni sabiduría política basar una reivindicación de justicia sobre bases que puedan ser empíricamente falsificadas”,<sup>14</sup> ellos subrayan que si la mayor parte de las investigaciones<sup>15</sup> se concentra sobre dimensiones socio-psicológicas de bienestar, *adjustment* y calidad de relaciones padre-hijo, “menos investigaciones han explorado cuestiones, como el *gender* de los niños, sus preferencias y sus comportamientos sexuales, por lo cual son más fuertes las bases teóricas para esperarse diferencias”. Tanto más que dos estudios por ellos citados parecen confirmar que “el *gender* y la identidad sexual de los padres interactúan para crear específicos procesos familiares cuyas consecuencias para los niños tienen todavía que ser estudiadas”.<sup>16</sup>

Contra tales perplejidades, Patterson, que con tanto ardor había subrayado la importancia de individualizar el ambiente doméstico ideal para el crecimiento del niño, se limita a indicar como “acercamiento prometedor el focalizarse sobre el significado de los procesos más que sobre el de la estructura familiar. Por lo cual variables es-

tructurales como la orientación sexual de los padres podrían en definitiva ser vistas como menos importantes en la mediación del desarrollo del niño”.<sup>17</sup> Por tanto, aún reconociendo que los datos disponibles son aún limitados y que ninguno de los estudios publicados ha empleado medidas observacionales o diseños longitudinales, parece caer en un apresuramiento poco científico en el concluir que “si, como parece ser, ni los padres, ni los hijos en las familias homosexuales corren algún riesgo específico (...) en definitiva parejas y padres gay y lésbicas podrán ser vistas como parejas y padres como los otros, y las políticas podrán ser orientadas a proteger sus legítimos intereses”.<sup>18</sup>

Si Stacey y Biblarz<sup>19</sup> temen que el reivindicar igualdad de derecho a la paternidad sobre la base de una indemostrada no-diferencia entre paternidad hetero y homosexual no sea una política sabia, Eric Rofes<sup>20</sup> muestra aprensión por la posible ineficacia a largo plazo de la “estrategia política” de ligar la homosexualidad a una imagen conforme a los criterios de la cultura heterosexual con el fin de tener derechos adoptivos, mientras Stephen Hicks,<sup>21</sup> coherentemente con la perspectiva lesbo-feminista en la cual se coloca, individualiza en la heterosexualidad el principio organizador político y social en los servicios sociales dependientes de la adopción y muestra fuerte preocupación por el riesgo de una heterosexualización de la homosexualidad (*good-lesbian/bad-lesbian*).

Aquello que preocupa a quien escribe es más bien el evidente desequilibrio de atención que se advierte en relación con las estrategias políticas en total desventaja de un sereno clima de investigación científica. Para tratar con la debida cautela cuestiones tan delicadas y relevantes para el bienestar psíquico de la sociedad entera (tendencias adultas generativas y desarrollo infantil) parece importante recuperar un lenguaje científico claro y un espacio de pensamiento independiente de las sucesivas utilidades políticas que frecuentemente sobre él se insertan.

Antes de preguntarnos si el sexo y el *gender* de los padres puede influir en el desarrollo de la identidad del niño, se intentará aclarar lo que indican las palabras “sexo” y “*gender*”, verdaderas protagonistas del debate actual en relación con la adopción por parte de parejas homosexuales.

## Los términos de la cuestión: sexo y *gender*, entre naturaleza y cultura

Como William Meissner reconoce, en su articulada revisión de estudios psicoanalíticos sobre el *gender*, “ha habido una proliferación de vocablos estrechamente relacionados y de algún modo sobrepuestos en el ámbito de la identidad de género”.<sup>22</sup> Seguir al autor en el esfuerzo de aclarar y orientarse en esta variedad de términos puede ayudar a comprender cuán poco manejable sea moverse en una trama compleja de conceptos, indisolublemente ligados con frecuencia entre ellos, que a su vez evocan y reenvían a la complejidad de la realidad en cuestión.

No parece necesario, por tanto, adentrarse en disquisiciones de expertos en los trabajos para notar con Joan Acker que, si bien la palabra *gender* se haya vuelto en los últimos decenios parte integrante del lenguaje cotidiano de las ciencias sociales, “no hay un modo común de concebir su significado”. Lo que maravilla es que este término, aún derivando gran parte de su éxito del movimiento feminista y del concomitante esfuerzo por individuar los procesos sociales relacionados a una clasificación sexual –que tal movimiento considera responsable de una sistemática y difundida subordinación de las mujeres por un lado, y de dominio por parte del hombre por el otro– no presenta mayor claridad “ni siquiera en los estudiosos feministas”.<sup>23</sup>

Dos son las principales acepciones del término individualizadas por Greer Litton Fox y Velma McBride Murry. Una primera y originaria acepción entendía el *gender* como “un producto de procesos sociales y una representación de significados culturales de masculinidad y feminidad”.<sup>24</sup> En esta acepción “sexo significa naturaleza y *gender* cultura (...) sexo y *gender* eran conceptos como interdependientes pero claramente distintos. El *gender* era social, por tanto variable y sujeto a cambio, mientras el sexo representaba las esenciales e inmutables diferencias físicas en la humana reproducción”.<sup>25</sup> Así definido, el *gender* claramente se distingue del sexo que “significa diferencia entre cuerpo femenino y varonil, como los genitales externos, la producción de hormonas, ovarios y esperma. Estas diferencias definen las categorías binarias de hombre y mujer y sirven como signo de que una persona pertenece a una u otra categoría”.<sup>26</sup> Tal distinción permite

interpretar las diferencias empíricamente reveladas entre hombre y mujer no sólo como “una evidencia de las diferencias biológicas o esenciales entre los sexos, sino *también* (cursiva mía) como un reflejo de los procesos de *gender* sociocultural y político”.<sup>27</sup> Una segunda acepción ha ido poco a poco sobreponiéndose a la primera: *gender* está por “rol social caracterizado por un distinto y bien integrado complejo de actitudes y comportamientos”.<sup>28</sup>

Es evidente que ambas interpretaciones de los términos miran a separar contextualmente las componentes biológicas y fisiológicas de aquellas culturales, la perspectiva de *gender* como rol reconoce más de la perspectiva socioconstruccionista una relación entre sexo y género, en cuanto la identificación de ciertas características físicas (sexo) y comportamentales (*sex-typed behavior*) queda en este caso a la base del proceso de categorización social (*gender-role*).

Acker no vacila en declarar la propia insatisfacción respecto a esta segunda acepción del término: “para mí y para otros esta distinción entre sexo y género se vuelve problemática”.<sup>29</sup> Su preocupación es la misma de Linda Thomson y Alexis Walker. En su revisión sobre los estudios de género en ámbito familiar. Ellos revelan que “infaltablemente los estudiosos de la familia piensan en el *gender* como a una propiedad individual (variable sexo) o como a un rol de género”, por esto “sexo o género son variables que están para indicar un algo, pero no estamos nunca seguros de qué cosa ese algo exactamente sea”.<sup>30</sup>

Si es verdad que “pocos investigadores negarían que las diferencias biológicas entre los sexos contribuyen al menos en parte al desarrollo de la tipificación sexual” y que “no en menor medida, la considerable variabilidad a través de las culturas, los ambientes, los individuos, la edad, y los períodos históricos indican que muchos aspectos de la tipificación sexual son adquiridos,”<sup>31</sup> o bien si no se logra reconocer la contribución tanto de la naturaleza como de la cultura como fundamentales para el desarrollo de la tipificación sexual, ¿qué cosa impide a quienes sostienen las dos diferentes acepciones, de encontrar un acuerdo sobre la definición y sobre una clara utilización de los términos?

Parece que la ambigüedad aleje una pregunta tan espinosa como central. Es la pregunta que Karin Martin, en un estudio relativo al desarrollarse de la opinión médica sobre la homosexualidad, ha tenido

el mérito de poner en evidencia: “¿Cuál es la relación entre sexo y *gender*?”. En otras palabras: ¿cuál es la relación entre naturaleza y cultura en el ámbito de la categorización sexual? La única respuesta a la cual el autor parece llegar es una admonición a investigadores y teóricos a fin que contextualicen atentamente la cuestión del momento que “*gender* y sexualidad pueden ser usados para que uno controle al otro en diferentes modos en los diferentes momentos históricos”.<sup>32</sup>

La monición a la contextualización induce a observar que en los años setenta la división en dos géneros, basada sobre las diferencias biológicas de los seres humanos, era vista como una entre las más naturales categorías de la identidad. Además la distinción entre diferencias anatómicas hombre-mujer basadas sobre el sexo y significados socialmente determinados atribuidos a tales categorías (*gender*) fue promovida por el feminismo para demostrar que a causa de que el dominio machista no estaba basado sobre la biología, sino culturalmente impuesto, podía ser cambiado.<sup>33</sup> Se vuelve claro que la interpretación biopsicosocial de la palabra *gender* como rol, confiriendo un mayor sentido de continuidad entre los componentes naturales del sexo y aquellos culturales de *gender*, no puede crear problemas a Acker y a esta corriente socio-política.

La ambigüedad terminológica en este ámbito parece más el efecto-polvo de un campo de batalla político que el espejo de una dificultad de conceptualización, que una estrategia funcional al mantenimiento de condiciones que no hacen ágil el proceder del conocimiento científico de los componentes biológicos (sexo) y culturales (género) de la sexualidad y de su interacción.

Si la confusión que circunda tal distinción teórica no ha acarreado beneficios al progreso científico, ella ha resultado indudablemente funcional no sólo a las exigencias del movimiento feminista, sino también al transgenderismo, otro movimiento político-cultural que a partir de los años ochenta ha iniciado a luchar por promover una visión de la identidad de género no coincidente con la identidad sexual dual “hombre/mujer” fisiológicamente fundada, sino como un *continuum* a cuyos extremos estarían los conceptos culturales de “hombre” y “mujer”, sobre cuya base reivindicar el derecho de toda persona a posicionarse en cualquier punto intermedio: transexual, homosexual o bisexual que sea.

Como reconoce Eve Sedgwick, “haber iniciado a teorizar el *gender* y la sexualidad como ejes de análisis distintos, si bien íntimamente ligados, ha sido, ciertamente, un gran paso adelante para el reciente pensamiento lesbo y gay”;<sup>34</sup> la distinción teórica parece para este autor asumir todo su valor por el hecho que representa un primer paso políticamente estratégico hacia “la *decisión* de remover la homosexualidad del DSM-III”, que pudo cumplirse en 1980 “sólo bajo intensas presiones por parte de *activistas gay fuera de la profesión* (cursiva mía)”.<sup>35</sup>

A diferencia de Linda Thomson, que ve en la perspectiva de género “una alternativa al acercamiento de la diferencia sexual”,<sup>36</sup> parece más bien poder concluir que tal alternativa actualmente parece ser más políticamente auspiciada, que científicamente fundada. El por qué emergerá de un rápido análisis del *corpus* de conciencia que la comunidad científica, a pesar de todo, ha logrado madurar en ámbito psicológico.

### **Las teorías del desarrollo de la identidad sexual y de género**

Una de las primeras dimensiones sociales que los niños notan es el sexo. “Hombre” y “mujer” son ‘categorías naturales’ dicotómicas, exhaustivas y perceptivamente salientes que son enfatizadas por adultos y coetáneos. Dado que al interior del mundo del niño existen diferencias comportamentales generalmente observables entre los sexos, el conocimiento de categorías de género es frecuentemente útil para predecir el comportamiento de hombres y mujeres. Todos estos factores pueden contribuir a la difusión de la estereotipación de género del niño”.<sup>37</sup>

El estudio monográfico *The development of sex typing in middle childhood*, del cual se ha tomado la cita, evidencia que hay creciente consenso entre los investigadores sobre el hecho que ningún cuadro teórico parece tener en cuenta todos los aspectos de la categorización sexual y que las teorías biológicas del aprendizaje social y del desarrollo cognitivo pueden todas ayudar a explicar el desarrollo de la caracterización sexual, cada una con un diverso poder explicativo según la edad del niño o del específico aspecto de la caracterización sexual

que de vez en vez es investigado. Al examinar cuánto se conoce corrientemente del desarrollo de la tipización sexual en edad infantil, se afirma que “la categorización sexual es vista en una óptica multidimensional que comprende varias áreas como estratos, roles, ocupaciones, características físicas y relaciones sociales, cada una a su vez compuesta de componentes cognitivos (...), como de componentes afectivos”.<sup>38</sup>

Entre los componentes cognitivos son indicadas las etiquetas de género, que el niño parece ya utilizar en torno a los tres años; la constancia de género, que se considera ser adquirida entre los tres y los siete años; la utilización de etiquetas de género para hacer inferencias sobre los otros y el desarrollo de una siempre mayor flexibilidad en la utilización de categorías y de estratos de personalidad ligados al género, que no parecen emerger antes de la edad escolar. Entre los componentes afectivos son recordados el preferir juegos y comportamientos sexualmente caracterizados (*sex-typed toys* y *same sex behaviors*), el escoger (a partir de los dos-tres años de vida) compañeros de juego del propio sexo y el considerar el propio sexo mejor del opuesto.

Como los mismos autores subrayan, falta en este ámbito una teoría integrada del desarrollo, capaz de tener en cuenta todos estos aspectos en modo de esclarecer “si variables ambientales tienen un efecto permanente sobre actitudes y preferencias o si simplemente influyen el grado en el cual se desarrolla la caracterización sexual”; ellos consideran por tanto que sean necesarios “estudios que exploren contemporáneamente el efecto de las influencias cognitivas y ambientales sobre la caracterización sexual”.<sup>39</sup>

Al momento, las *Cognitive-Developmental Theories*, *Social Learning Theories* y *Gender Schema Theories* permanecen como las tres principales orientaciones. Aún reconociendo la importancia de los componentes cognitivos y ambientales, estas orientaciones difieren entre sí en el énfasis que atribuyen a uno más que al otro componente.

En las *Cognitive-Developmental Theories* el acento se pone sobre la “natural tendencia” de los “niños a clasificar las personas sobre la base del género, en cuanto obvia y concreta dimensión. Ellos aprenden las propiedades de sus roles masculinos y femeninos observando la asociación de atributos físicos, actividades y estratos con ambas categorías masculinas y femeninas de género”.<sup>40</sup> De esto deriva la aten-

ción a los principales procesos cognitivos a través de los cuales el niño llega a definir la propia categorización de género: observación, imitación, identificación. El aprendizaje de los estereotipos culturales de género asume particular relieve en el promover la tipización del comportamiento sexual del niño, sobre la base de los notables mecanismos sociales de identificación con el *in-group* y de diferenciación del *out-group*. La maduración cognitiva del niño es considerada fundamental para el desarrollo de categorías de género funcionales para captar las características definitorias en modo suficientemente constante y al mismo tiempo flexible.

David Perry, Adam White y Louise Perry, habiendo demostrado en un estudio que “las preferencias caracterizadas sexualmente preceden el conocimiento de los estereotipos sexuales”,<sup>41</sup> declaran preferir una *Cognitive Social Learning Theory* que, aún teniendo en la debida consideración los aspectos cognitivos en las diversas fases de edad, no vea necesariamente los estereotipos sexuales preceder y orientar también las más precoces manifestaciones de preferencias sexuales, pero sepa reconocer también la existencia de otros mecanismos. Los procesos de moldeamiento y de refuerzo que un niño deba experimentar en el propio proceso de crecimiento, por ejemplo, son mecanismos que asumen, en la perspectiva de las *Social Learning Theories*, una dimensión prioritaria respecto al estado cognitivo general o a la conciencia de los estereotipos culturales. Propia de tal orientación es el subrayar el ambiente al interior del cual crece y se desarrolla la identidad de género del niño, que es concebida como aprendizaje de comportamientos sexuales caracterizados (*sex-typed behaviors*).

En fin “las teorías de los esquemas de género demuestran la medida en la cual los factores sociales han recibido un creciente reconocimiento en la teorías «cognitivas» sobre la tipificación sexual”;<sup>42</sup> aún permaneciendo teorías cognitivas, ellas ponen en mayor relieve aquellas diferencias individuales que los factores ambientales concurren a determinar en la construcción de los esquemas mentales de género. Tales diferencias podrían “referirse a la historia de refuerzos y moldeamientos a los cuales el individuo ha sido expuesto o a factores específicos del ambiente en el cual está inserto. Podremos predecir qué patrones familiares, como el grado de diferenciación de roles sexua-

les entre los padres podría predecir el uso del *gender* y las redes asociativas conexas a él en el procesar las informaciones y ejercitar elecciones personales (...). Parecería que el aprendizaje de los roles sexuales sea un fenómeno universal basado sobre una precoz tendencia a clasificar de acuerdo con las dimensiones de género. La utilización de la dimensión de género por elecciones y decisiones personales, parece sin embargo diferir entre los individuos y podría ser relacionada a una historia de aprendizajes y factores ambientales”<sup>43</sup>

El estrecho entrelazarse de los componentes cognitivos, que se refieren a la clasificación de las informaciones relativas al *gender*, con las componentes afectivas, que se refieren al sentido de pertenencia a una específica categoría de género<sup>44</sup> asume particular evidencia en un reciente estudio en el cual Kenneth Zucker *et al.*<sup>45</sup> revelan una particular asociación entre déficit de constancia de género y aquello que todavía el DSM IV reconoce ser un disturbo de identidad de género en el niño.

Observación de características asociadas al sexo, innata tendencia humana a categorizar, desarrollo cognitivo, edad, mecanismos de identificación con el *in-group* (*same sex*) y diferenciación con el *out-group* (*opposite sex*), aprendizaje por imitación, moldeamiento y refuerzo: estos elementos parecen ser todos determinados por el desarrollo de la identidad de género del niño. Es al mismo tiempo también verdad que “la contribución de factores biológicos en los primeros procesos de tipificación sexual no puede ser excluida”<sup>46</sup> y, con Harry Munsinger y Adele Rabin, es importante recordar que “el pequeño ser humano no es simplemente un receptor pasivo de fuerzas socializantes. A través de la diferenciación gonádica prenatal y el sucesivo influenciamiento hormonal, se establece una red neural que predispone un bebé varón a responder a estímulos diversos respecto a la bebé mujer. De acuerdo con esto son los estudios los que demuestran una precocísima manifestación de diferencias sexuales en la vida infantil mucho antes que se realice la socialización.”<sup>47</sup>

En continuidad con cuanto hasta aquí se ha expuesto, se revelan también las recientes consideraciones de Meissner que, después de haber definido la identidad de género “la experiencia interna de sí como *gender*”<sup>48</sup> y haber analizado de un punto de vista psicoanalítico la cuestión, se limita a reconocer con extrema claridad y simplicidad

“la rica complejidad de los conceptos ligados al género y la articulada interacción de naturaleza y cultura en la formación de los aspectos de la identidad de género. La identidad personal es”, de hecho, “un concepto complejo que se refiere a la persona como un todo y que implica una compleja integración de influencias intrapsíquicas y extrapsíquicas combinadas entre sí en un sentido de personal experiencia de sí y continuidad en el tiempo, y que caracteriza al individuo como un ser humano único que se relaciona irrepetiblemente con una específica comunidad social y cultural. La identidad de género es parte integrante y vital de la identidad personal (...). El *gender* antes que nada está radicado en el cuerpo físico desde el momento que tal cuerpo es un cuerpo con una anatomía genital identificativa. La persona como sí es sinónimo equivalente al sí corpóreo, desde el momento que el sí, es en sí encarnado, y como tal el sí corpóreo es la fuente y el agente de toda la actividad de la persona, incluidas las acciones conscientes e inconscientes, como también las acciones físicas y aquellas que consideramos mentales.”<sup>49</sup>

Por tanto parece posible concluir con este autor que existen serios argumentos, incluso desde punto de vista psicoanalítico, para considerar los conceptos relativos al género originariamente basados sobre el sí corpóreo, si bien no exclusivamente ligados a él.

### **Las conclusiones: padres y gender entre el principio de placer y el principio de realidad**

Como un reflejo de cuanto hasta ahora se ha expuesto, asumiendo la perspectiva de la paternidad, los modelos teóricos disponibles más que contradecirse, parecen también en este caso sugerir la importancia de perseverar en la búsqueda de una integración de los mecanismos individualizados por cada uno. Si el *parent-equivalent model* subraya que la estrecha correspondencia entre actitudes, valores y comportamientos lleva las influencias que los padres tienen sobre sus hijos a asemejarse, el *same-sex model* hace resaltar el rol que el padre del mismo sexo desempeña en los procesos de identificación y de moldeamiento social, mientras el *differential effects model*,<sup>50</sup> eviden-

cia las diversas esferas de influencia del padre y de la madre sobre el desarrollo del niño.

Ninguna investigación parece suficiente para demostrar la superioridad de un modelo teórico sobre otro, pero todos juntos parecen contribuir a recoger algunos aspectos de aquellos mecanismos transgeneracionales que intervienen sobre el complejo proceso de desarrollo del niño.

Contrariamente a quien declara que la paternidad, la maternidad y la infancia son meras construcciones sociales<sup>51</sup> existen numerosas investigaciones que confirman el valor intrínsecamente positivo de la presencia de ambas figuras paternas, masculina y femenina, para el desarrollo del niño y evidencian las carencias conexas a una estructura familiar que no contemple ambas.<sup>52</sup> Muchas otras investigaciones revelan diferencias relacionadas al sexo en múltiples aspectos de la relación padres-hijos.<sup>53</sup> Estas, unidas a la dificultad de encontrar argumentos que permitan individualizar quién entre los padres del mismo sexo o del sexo opuesto logre, solo, sostener mejor el desarrollo del niño,<sup>54</sup> parecen probar más la bondad psicológico-evolutiva de la estructura familiar tradicionalmente concebida y biológicamente fundada, que la neutralidad de su ser así “variada”.

Para el niño, la exclusión de la diferencia sexual de la relación paternal no puede representar una amenaza a la “posibilidad de moverse en un contexto más amplio y completo que considera la diferencia entre hombre y mujer como fuente de enriquecimiento y desarrollo (...). La paternidad es mucho más que las distintas y a veces contrapuestas funciones materna y paterna, porque presupone una real capacidad de amor, de un amor de entrega desinteresada, abierto al otro, a la *alteridad* (cursiva mía)”.<sup>55</sup>

Joyce McDougall<sup>56</sup> considera que el psicoanálisis puede ofrecer una contribución específica al estudio de las aberraciones en la identidad de género así como a los conflictos psíquicos relativos a la identidad sexual de rol. Gracias a la aportación de esta disciplina, desde siempre atenta a la relación triangular/edípica,<sup>57</sup> resulta de hecho “evidente que la adquisición de un seguro sentimiento de identidad sexual y personal requiere una serie de lutos en función a renunciar al deseo de poseer (aquello que es diferente de mí). Estos pasos madurativos no se consiguen sin esfuerzo ni sacrificio”.<sup>58</sup> El reconocimiento

de la propia monosexualidad parece no poder evitar el paso por aquello que la autora llama “el imposible deseo de ser y de tener ambos sexos”.<sup>59</sup> Su pensamiento traducido en una terminología psicoanalítica más clásica, subraya la importancia para el niño de superar su bisexualidad psíquica originaria, su omnipotencia infantil, para poder conseguir una sexualidad propiamente genital y madura. La autora, si bien no niega la traumaticidad del descubrimiento de la diferencia entre los sexos, que como toda diferencia es en sí misma fuente de ansiedad, admite su valor madurativo. Inevitablemente, la mirada se traslada sobre las relaciones primarias que sostienen tal maduración en el niño y así ella no puede evitar reconocer que “algunos niños reciben más ayuda por parte de sus padres respecto de otros en el llevar a cumplimiento el trabajo de luto (...). Cuando los padres pueden ser reconocidos en su individualidad, en sus separadas identidades sexuales, y complementariedad genital, entonces la escena primaria internalizada (...) se vuelve una adquisición psíquica que ofrece al adulto niño el derecho a su lugar en la constelación familiar, a su cuerpo, a su sexualidad”.<sup>60</sup> Ya recordaba Donald Winnicott que “el adulto experimenta gran dificultad en crecer si no abandona cuanto ha conseguido en los primeros estadios de su desarrollo”<sup>61</sup> y nada parece oponerse más que la omnipotencia infantil a su maduración y a su desarrollo hacia la genitalidad.

En su valoración crítica de la teoría sexual freudiana Franco Fornari muestra que “el descubrimiento de la sexualidad infantil, si por una parte ha creado vínculos y conexiones del todo inesperados entre sexualidad infantil y sexualidad adulta, por otra ha nublado el significado de sexualidad adulta”.<sup>62</sup> Según el autor, el “presupuesto para evitar la confusión entre sexualidad infantil y sexualidad adulta, que frecuentemente aflora en el pensamiento freudiano”,<sup>63</sup> consistiría precisamente en la individualización de la distintiva generatividad de la segunda, en virtud de la cual la sexualidad madura sería más propiamente definible genital respecto a aquella defectiva que la precede. El paso de este estadio todavía pregenital a una genitalidad más madura estaría representado por el abandono de un impulso ilusoriamente omnipotente de apropiación, centrado sobre el genital total, a favor de un impulso de acoplamiento fundado sobre el reconocimiento de la “contraparte genital cogenerante”<sup>64</sup> y sobre el interés común del in-

tercambio recíproco; “la lucha por la genitalidad parece por tanto ser la lucha contra el principio del placer por el principio de la realidad”.<sup>65</sup> El proceso de maduración que conduce hasta el impuso de acoplamiento equivaldría, por tanto, a la renuncia de aquellos mecanismos ilusorios de posesión omnipotente y gratificación instantánea, en favor de un más realista reconocimiento de la propia y ajena carencia, que conduce a una recíproca necesidad de pertenencia. Y en efecto sólo “la receptividad recíproca no implica la pasividad que se contraponen a la actividad, sino que es más bien algo que se integra con la entrega recíproca”.<sup>66</sup>

Sólo un modelo que reconozca en la diferencia sexual la premisa para una relación de intercambio total parece de verdad capaz de expresar la recíproca contribución, simultáneamente activa y pasiva, de ambos partners. Un modelo como aquel que Fornari ofrece en *Genitalidad y Cultura* aparece verdaderamente “el único modelo teórico que permita llegar a la constitución de la feminidad en total condición de igualdad con la virilidad”.<sup>67</sup> Sin deber ni siquiera disminuir la unicidad de la libido postulada por Sigmund Freud, sería el cuerpo, en la concreción biológicamente masculina o femenina, a hacer prevalecer “aquello que realmente se es sobre aquello que inconscientemente se fantasea ser”,<sup>68</sup> atribuyendo así a la libido aquellas específicas cualidades masculinas o femeninas que permiten la realización del intercambio genital maduro.

Si, por tanto, “la genitalidad une la experiencia de excedencia a la experiencia de carencia”<sup>69</sup> y representa la más plena expresión “de un sujeto parcial que tiene necesidad de otro sujeto parcial”<sup>70</sup> ¿quién mejor que dos padres que la encarnan en toda su plenitud podría sustentar al niño en el proceso evolutivo que a ella conduce? ¿Sin este sustento “en qué modo los muchachos y la muchachas de hoy llegarán a ser los padres y las madres del mañana?”<sup>71</sup> ¿Cuál cultura pre-genital e ilusoriamente omnipotente puede esperar ser verdaderamente generativa sin alcanzar un estadio genital propiamente adulto en el cual al principio del placer, cualquiera que sea, se substituya el principio de realidad?

La *Enciclopedia de Psicoanálisis*<sup>72</sup> define examen de realidad a aquel proceso que, permitiendo al sujeto distinguir los estímulos pro-

venientes del mundo externo, de los estímulos internos, le impide confundir lo que el sujeto percibe de aquello que se representa solamente, confusión que sería el origen de la alucinación. No lograr percibir la externa realidad sexual como especificidad de la relación paternal significa abandonarse a la alucinación de nuevas representaciones internas de *gender* en la cuestión de la adopción.

Como claramente muestran Paul Cameron y Kirk Cameron,<sup>73</sup> tal alucinación parece sostenida más por la utilización del niño por afirmación de naturaleza política que por la búsqueda de su efectivo bien. En su investigación extendida a un conjunto *random* de 9,129 adultos americanos (de los cuales 5,182 pertenecen a seis diferentes ciudades), ellos demuestran que, cualquiera que sea el mecanismo, existe un grado de correlación entre homosexualidad de los padres y la homosexualidad de los niños, que tener un padre homosexual parece aumentar el riesgo de incesto con un padre con un factor de cerca de 50 y que los niños educados por homosexuales serían más frecuentemente psicológica y socialmente insatisfechos respecto a su *gender*. Desde el momento en que existen evidencias<sup>74</sup> de una clara asociación entre comportamientos suicidas, desórdenes psiquiátricos y homosexualidad en los jóvenes, parece no menos que obligatorio preguntarse si colocar el crecimiento psicosexual del niño al interior de un ambiente que refuerce la orientación homosexual, sea verdaderamente procurar su bien psicológico. Sabiendo que entre las variables familiares negativamente relacionadas al desarrollo de un adecuado sentido de pertenencia (o sea de aquella necesidad humana fundamental ligada a confianza, apoyo, seguridad y bienestar de base) existen la homosexualidad, el incesto y la separación, ¿cómo se puede declarar interesado en el bienestar psíquico del niño si no se desea aclarar, antes de tomar cualquier tipo de posición, cuanto ha emergido de esta investigación y otras que afirman la presencia en la parejas homosexuales de una más marcada tendencia a la separación?<sup>75</sup>

¿Verdaderamente “la investigación en este tema es a tal punto rigurosa, probatoria y definitiva para autorizar una persona o una asociación profesional a desprestigiar la opinión común o tradicional? Nos parece que la objetividad de la investigación sobre la paternidad homosexual deba ser abierta a considerables cuestiones. La mayor parte si no todos los estudios han sido realizados y referidos por simpatici-

zantes del movimiento homosexual, han sido diseñados sobre ejemplares de conveniencia, y proyectados con medidas no claramente ligadas a las reales objeciones de la sociedad respecto a la paternidad homosexual”.<sup>76</sup> Cualquiera capaz de postergar cualquier tipo de inmediata gratificación política o personal, huya de un cuidadoso examen de la realidad, lleva al «Es» al lugar donde estaba el «Yo», procediendo e invitando a proceder en una dirección cultural ciertamente inversa a aquella que también en ámbito psicológico es reconocida como terapéutica y evolutiva. “Si el aparente es tal sólo respecto a la realidad; donde la realidad sea abolida, el aparente, el representado, el psicógeno, no puede sino adquirir él mismo el carácter de realidad”:<sup>77</sup> es evidente que sólo eludiendo un cuidadoso examen de la realidad psicosexual, puede encontrar espacio una representación de *gender* de ese, totalmente ajena.

Cuanto hasta aquí se ha considerado pone indudablemente relevantes cuestiones de antropología filosófica. Las consideraciones de Sofía Vanni Rovighi pueden ayudar ulteriormente a reconocer que las ciencias humanas no tienen, por su misma naturaleza, la capacidad de sustituir en esto a la filosofía, de hecho; “como la física moderna no ha sustituido *toda* la filosofía natural de los antiguos, así las ciencias humanas no agotan todo lo que se puede decir sobre el hombre (...). Las ciencias humanas, que si bien enriquecen inmensamente nuestra concepción del hombre, no resuelven los problemas de fondo sobre el hombre: no nos dicen por ejemplo si (...) el inconsciente freudiano se deje prevalecer o no. Estos problemas no son resueltos por las ciencias humanas, sino que son problemas filosóficos”.<sup>78</sup> Hay de hecho problemas “que aquellas ciencias no resuelven, pero que sus promotores presuponen resueltas” y “persuaciones aguas arriba de los resultados de aquellas ciencias, y que frecuentemente orientan sus conclusiones: son las persuaciones que implican valoraciones, y más precisamente valoraciones morales (...). Ahora, es imposible justificar una valoración sin tener una concepción del hombre”.<sup>79</sup> Quien escribe por tanto no puede sino reenviar al adecuado análisis de las cuestiones antropológicas que el argumento tratado inevitablemente suscita.

## Referencias bibliográficas

- <sup>1</sup> Erikson EH. *The Life Cycle Completed. A Review*. New York: Norton; 1982 (trad. it. *I cicli della vita. Continuidad y Cambios*. Roma: Armando; 1984).
- <sup>2</sup> Patterson JC. *Children of lesbian and gay parents*. Child Development 1992; 63 (5): 1025-1042, p. 1025. Esta y las sucesivas traducciones de fragmentos en lengua inglesa están a cargo de quien escribe.
- <sup>3</sup> Binetti P. (coordinador). *Una historia atormentada. El deseo de maternidad y paternidad en las parejas estériles*. Roma: Ediciones Científicas Ma.Gi.; 2006; 34.
- <sup>4</sup> *Ibid.* Se vean, en particular, las palabras de la autora: “el hijo se hace el garante de un vínculo que de por sí puede también ser rechazado, pero que la presencia del hijo muestra ser real y vinculante”.
- <sup>5</sup> *Ibid.*
- <sup>6</sup> Scambi E. Rossi G (Coord.). *¿Familia “generativa” o familia “reproductiva”?* Milán: Vita e Pensiero; 1999.
- <sup>7</sup> Spar DL. *Maternità, scienza, affari: le regole del mercato*. Harvard Business School Publishing Corporation: Sperling & Kupfer Editores; 2006.
- <sup>8</sup> Binetti. *Una storia tormentata...*, pp. 34-35.
- <sup>9</sup> Stacey J, Biblarz TJ. (How) does the sexual orientation of parents matter? American sociological Review 2001; 66 (2): 159-183, p. 160.
- <sup>10</sup> *Ibid.*, p. 163.
- <sup>11</sup> Lacroix X. *In principio la differenza. Omosessualità, matrimonio, adozione*. Milán: Vita e Pensiero; 2006; 120.
- <sup>12</sup> *Ibid.*, p. 54.
- <sup>13</sup> Stacey, Biblarz. (How) does the sexual orientation of..., p. 163.
- <sup>14</sup> *Ibid.*, p. 178.
- <sup>15</sup> American Psychological Association. *Lesbian & Gay Parenting*. Washinton; 2005 (acceso del 26.03.2007, en: <http://www.apa.org/pi/parent>).
- <sup>16</sup> Stacey, Biblarz. (How) does the sexual orientation of..., p. 176.
- <sup>17</sup> Patterson JC. *Family relationships of lesbians and gay men*. Journal of Marriage and the family 2000; 62 (4): 1052-1069, p. 1065.
- <sup>18</sup> *Ibid.* Se vea a tal propósito también: Rekers G. *Review of research on homosexual parenting, adaptation and Foster parenting* (acceso del 03.04.2007, en: <http://www.narth.com/does/RationalesBasistinal0405.pdf>); American Psychological Association Council of Representative. *Resolution on Sexual Orientation, Parents & Children* (28-30.07.2004) (acceso del 11-04-2007. En <http://www.apa.org/pi/lgbp/policy/parents.html>).
- <sup>19</sup> Stacey, Biblarz. (How) does the sexual orientation of...
- <sup>20</sup> Rofes E. *Inocence, perversion and heather's two mommies*. Journal of Gay, Lesbian, and Bisexual Identity 1998; 3 (1): 1-25.
- <sup>21</sup> Hicks S. “Good lesbian, bad lesbian...”: regulating heterosexuality in fostering and adoption assessments. Child and family social work 2000; 5: 157-168.
- <sup>22</sup> Meissner SJ. *Gender Identity and the Self: I. Gender formation in General and in Masculinity*. Psychoanalytic Review 2005; 92 (1): 1-27, p. 2. Se vean también los siguientes pasajes: “La identidad sexual (designación extrínseca de sí como hombre o mujer heterosexual, homosexual, bisexual, transexual o ambigua (¡así!)) puede ser distinta de la *identidad de género* (la experiencia interna del propio ser como *gendered*, como una parte integral de la identidad del propio ser que crece contextualmente en ello). El concepto de identidad de gé-

nero ha sido a su vez subdividido en *core gender identity* y *gender-role identity*. La *core gender identity* ha sido originalmente descrita por Stoller (1985) como un inmutable sentido de ser un niño o una niña que se consolida hacia el final del segundo año de edad; está estrechamente unida al sustrato biológico y ofrece una elección binaria de hombre hacia mujer, una definición del Sí como femenino o masculino. Person e Oversey (1983) han añadido la *gender-role identity*, entendiéndolo con éste término un sentido interior de sí como varonil o femenino, y como multideterminado por componentes biológicos, sociológicos y psicológicos” (*ibid.*): “Las bases del concepto de género se han trasladado, por tanto, de su originaria referencia biológica hasta aquella de una categoría social originaria y significativa. Hay una creciente tendencia a pensar el *gender* más como una dimensión dinámica y contextualmente determinada, y abierta a influencias sociales y culturales, que como una disposición personal estable. La estabilidad de la *core gender identity* entendida como un aspecto de la organización de sí, se opone a la variabilidad propia del concepto de *gender role identity*, y tal diferenciación tendrá importantes implicaciones en el proceso de integración de la identidad del Sí” (*ibid.*, p. 3.) “La distinción y tensión entre identidad de género y rol de género llegan a concluirse en términos de una distinción entre el Sí como social y el Sí social. Desde el momento que el *gender* es una categoría social relevante, el Sí como social modela el propio sentido de identidad en relación a las expectativas (...) sociales y a los requerimientos del rol. Tales influencias socialmente relevantes contribuyen por tanto de algún modo al modelamiento de la identidad de género pero no la determinan completamente, desde el momento que la identidad de género en una tal organización de Sí deriva también de otras determinantes fuentes internas al Sí. El Sí social, por otro lado, como el Sí espejo de los teóricos sociales, refleja en una modalidad camaleónica o como-sí el contexto social imponga cualquier cosa. Esta última perspectiva es conforme con aquellos modos de ver el sí como reflejo en múltiples y fluidas identidades, mientras el sí como social refleja un modo de ver el sí como relativamente constante e intrínsecamente unificado, capaz aún de interactuar en modo adaptativo con el propio ambiente social” (*ibid.*, pp. 7-8).

<sup>23</sup> Acker J. *From sex roles to gendered institutions*. Contemporary Sociology 1992; 21 (5): 565-569, p. 565.

<sup>24</sup> Fox GL, McBride Murry V. *Gender and families: feminist perspectives and family research*. Journal of Marriage and the Family 2000; 1160-1172, p. 1164.

<sup>25</sup> Acker J. *From sex roles to...*, p. 565.

<sup>26</sup> *Ibid.*, p.565.

<sup>27</sup> Fox, McBride Murry. *Gender and families: feminist perspectives...*, p. 1165

<sup>28</sup> *Ibid.*, p. 1163.

<sup>29</sup> Acker. *From sex roles to...*, p. 565.

<sup>30</sup> Thomson L, Walker JA. *Gender in families: women and men in marriage, work, and parenthood*. Journal of Marriage and the Family 1989; 51 (4): 845-871, pp. 864-865; se vea también: Meissner SJ *Gender Identity and the Self: II Femininity, Homosexuality, and the theory of the Self*. Psychoanalytic Review 2005; 92 (1): 29-66. En particular, el ejemplo referido en las páginas 49 y 50: “Mientras el feto está todavía *in utero*, el sexo puede ser determinado y la asignación del sexo puede suceder. Esto pone en movimiento el primer paso de socialización (reacción de los padres), junto con el sucesivo curso de influencias sociales y ambientales. La *core gender identity* es por tanto un producto de la naturaleza (anatomía sexual) y la cultura (influencias de socialización por parte de los padres y *caretakers*)”.

<sup>31</sup> Serbin LA, Powlishta KK, Gulko J. *The development of sex typing in middle childhood*. Monographs of the Society for Research in Child Development 1993; 58 (2): pp. i-vi y pp. 1-95, p. 11.

- <sup>32</sup> Martin KA. *Gender and sexuality: medical opinion on homosexuality, 1900-1950*. Gender and Society 1993; 7 (2): 246, p. 255.
- <sup>33</sup> Keating AL. *Gender en An Enciclopedia of Gay, Lesbian, Bisexual, Transgender, and Queer Culture*. Chicago; 2002 (acceso del 26.03.2007, en <http://www.glbtc.com/literature/gender.html>).
- <sup>34</sup> Sedgwick EK. *How to bring your kids up gay*. Social Text 1991; 29: 18-27, p. 20.
- <sup>35</sup> *Ibid.*
- <sup>36</sup> Thomson L. *Conceptualizing gender in marriage: the case of marital care*. Journal of Marriage and the Family 1993; 55 (3): 557-569, p. 558.
- <sup>37</sup> Serbin LA, Powlishta KK, Gulko J. *The development of sex typing...*, p. 1.
- <sup>38</sup> *Ibid.*, p. 2.
- <sup>39</sup> *Ibid.*, p. 21.
- <sup>40</sup> Serbin LA, Spralkin C. *The salience of gender and the process of sex typing in three-to-seven-year-old children*. Child Development 1986; 57 (5): 1188-1199, p- 1188.
- <sup>41</sup> Perry GP, White JA, Perry LC. *Does early sex typing result from children's attempts to match their behavior to sex role stereotypes?* Child Development 1984; 55 (6): 2114-2121, p. 2119.
- <sup>42</sup> Serbin LA, Powlishta KK, Gulko J. *The development of sex typing...*, p. 13.
- <sup>43</sup> Serbin, Sprolkin. *The salience of gender and the process of sex typin...*, p. 1198.
- <sup>44</sup> *Ibid.*
- <sup>45</sup> Zucker KJ, Bradley SJ, Kuksis M y Al. *Gender constancy judgements in children with gender identity disorder: evidence for a developmental lag*. Archives of Sexual Behavior 1999; 28 (6): 475-502.
- <sup>46</sup> Perry, White, Perry. *Does early sex typing result from children's attempts...*, p. 2119.
- <sup>47</sup> Munsinger H, Rabin A. *A family study of gender identification*. Child Development 1978; 49 (2): 537-539, p. 539.
- <sup>48</sup> Meissner. *Gender Identity and the Self: I...* p. 2.
- <sup>49</sup> Meissner SJ. *Gender Identity and the Self: II Femininity, Homosexuality, and the theory of the Self*. Psychoanalytic Review 2005; 92 (1): 29-66, pp. 49-50; para una definición de *core gender identity* se vea el texto referido en la nota 21.
- <sup>50</sup> O'Brian M, Fishbein HD, Ritchev PN. *Intergenerational transmission of prejudice, sex role stereotyping, and intolerance*. Adolescence 2004; 39 (155): 407-426, p.410.
- <sup>51</sup> Walker AJ, McGraw LA. *Who is responsible for responsible fathering?* Journal of Marriage and the Family 2000; 62 (2): 563-569.
- <sup>52</sup> Véanse en orden cronológico: Ang RP. *Fathers do matter: evidence from an asian school-based aggressive sample*. The American Journal of Family Therapy 2006; 34:79-93; Cabrera NJ, Tamis-LeMonda CS, Bradley RH y Al. *Fatherhood in the Twenty First Century*. Child Development 2000; 71 (1): 127-136; Coley LR. *Children's socialization experiences and functioning in single-mother households: the importance of fathers and other men*. Child Development 1998; 69 (1): 219-230; Cooksey EC, Fondell MM. *Spending time with his kids: effects of family structure on father's and children's lives*. Journal of Marriage and the Family 1996; 58 (3): 693-707; Thomas G, Farrel PM, Barnes GM. *The effects of single-mother families and nonresident fathers on delinquency and substance abuse in black and white adolescents*. Journal of Marriage and the Family 1996; 58 (4): 884-894; Amato PR *Father-Child relations, mother-child relations, and offspring psychological well-being in early adulthood*. Journal of Marriage and the Family 1994; 56 (4): 1031-1042; Thomson E, McLanahan SS, Braun Curtin R. *Family structure, gender, and parental socialization*. Journal of Marriage and the Family 1992; 54 (2): 368-378; Ambert A-M. *Differences in children's be-*

havior toward custodial mothers and custodial father. *Journal of Marriage and the Family* 1982; 44 (1): 73-86; Bartz KW. *Selected childrearing tasks and problems of mothers and fathers*. The Family Coordinator 1978; 27 (3): 209-214.

<sup>53</sup> Se vean en orden cronológico: Smetana GJ, Metzger A, Gettman Dc y Al. *Disclosure and secrecy in adolescent-parent relationship*. *Child Development* 2006; 77: 201-217; Rosenthal D, Senserrick T, Feldman S. *A typology approach to describing parents as communicators about sexuality*. *Archives of Sexual Behavior* 2001; 30 (5): 463-480; Cohen J. *Parents as educational models and definers*. *Journal of Marriage and the Family* 1987; 49: 339-351; Koblinsky S, Atkinson J. *Parental plans for children's sex educations*. *Family Relations* 1982; 31 (1): 29-35; Gilbert LA Hanson GR, Davis B. *Perceptions of parental role responsibilities: differences between mothers and fathers*. *Family Relations* 1982; 31 (2): 261-269; Stoneman Z, Brody GH. *Two's company tree makes a difference: an examination of mother's and father's speech to their young children*. *Child Development* 1981; 52 (2): 705-707; Fagot Bi. *The influence of sex of child on parental reactions to toddler children*. *Child Development* 1978; 49 (2): 459-465; Weinraub M, Frankel J. *Sex differences in parent-infant interaction during free play, departure, and separation*. *Child Development* 1977; 48 (4): 1240-1249.

<sup>54</sup> Véanse en orden cronológico: Powell BD, Powell B. *Do children in single-parent households fare better living with same-sex parents?* *Journal of Marriage and the Family* 1993; 55 (1): 55-71; Powell B, Downey DB. *Living in single parent households: an investigation of the same-sex hypothesis*. *American Sociological Review* 1997; 62 (4): 521-539.

<sup>55</sup> Righetti PL, Sette L. *Non c'è due senza tre. Le emozioni dell'attesa dalla genitorialità a la prenatalità*. Turín: Bollati Boringhieri; 2000: 55

<sup>56</sup> McDougall J. *The many faces of eros. A psychoanalytic exploration of human sexuality*. London: Free Association Books Ltd; 1995.

<sup>57</sup> Meissner SJ. *Gender Identity and the self*. *Psychoanalytic Review* 2005; 92(1): 1-66; Williamson M. *The importance of fathers in relation to their daughters psychosexual development*. *Psychodynamic Practice* 2004; 10 (2): 207-219.

<sup>58</sup> McDougall, *The many faces of eros...*, p. XI.

<sup>59</sup> *Ibid.*, p. X

<sup>60</sup> *Ibid.* pp. XI-XII.

<sup>61</sup> Winnicott DW. *The family and Individual Development*. London: Penguin Books; 1965 (trad. it. *La famiglia e lo sviluppo dell'individuo*. Roma: Armando; 1968: 64).

<sup>62</sup> Fornari F. *Genitalidad y cultura*. Milán: Feltrinelli; 1977: 45.

<sup>63</sup> *Ibid.*, p. 61.

<sup>64</sup> *Ibid.*, p. 60.

<sup>65</sup> *Ibid.*, p. 52

<sup>66</sup> *Ibid.*, p. 231.

<sup>67</sup> *Ibid.*, p. 108.

<sup>68</sup> *Ibid.*, p. 109.

<sup>69</sup> *Ibid.*, p. 231

<sup>70</sup> *Ibid.*, p. 118.

<sup>71</sup> Cabrera, Tamis-LeMonda, Bradley y Al. *Fatherhood in the...*, p. 130.

<sup>72</sup> Laplanche J. Pontalis J-B. *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: Presses Universitaires de France; 1967 (trad. it. *Enciclopedia della psicoanalisi*. Roma-Bari: Gius. Laterza & Figli; 2000).

<sup>73</sup> Cameron P, Cameron K. *Homosexual parents*. *Adolescence* 1996; 31 (124): 757-777.

<sup>74</sup> Fergusson DM. *Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people?* Archives of General Psychiatry 1999; 56: 876-880. Se vean también las numerosas investigaciones a este respecto realizadas en adultos entre las cuales: Sandfort TGM, De Graaf R, Bul R y Al. *Same-sex behavior and psychiatric disorders*. Archives of General Psychiatry 2001; 58: 85-91; Herrell R, Goldberg J, True WR y Al. *Sexual orientation an suicidality. A co-twin control study in adult men*. Archives of General Psychiatry 1999; 56: 867-874.

<sup>75</sup> Kurdek LA. *Differences between partners from heterosexual, gay, and lesbian cohabiting couples*. Journal of Marriage and the Family 2006; 68: 509-528.

<sup>76</sup> Cameron, Cameron. *Homosexual...*, p. 57. Se vea a este propósito también: Rekers G, Kilgus M. *Studies of homosexual parenting: a critical review*. Reglut University Law Review 2002; 14 (2): 343-384 (acceso del 3.4.2007, en: [http://www.cdu/acad/schlaw/academies/lawreview/articles/14\\_2Rekers.pdf](http://www.cdu/acad/schlaw/academies/lawreview/articles/14_2Rekers.pdf))

<sup>77</sup> Musatti CL. *Trattato di Psoanalisi*. Turín: Bollati Boringhieri; 1995: 216-217.

<sup>78</sup> Vanni Rovighi S. *Appunti de antropología filosófica*. Milán: Vita e Pensiero; 1978: 13-14.

<sup>79</sup> Id. *Uomo e natura. Appunti per una antropologia filosófica*. Milán: Vita e Pensiero; 1980: 7-8.



# Por una bioética sin adjetivos. Bioética, interdisciplinariedad y sociedad plural\*

Rodrigo Guerra López\*\*

## Resumen

*El autor se enfrenta con la pregunta de los fundamentos de la Bioética en una sociedad plural y los objetivos que ésta debería perseguir. Contrario a la línea de pensamiento corriente que considera a la Bioética como una ciencia neutral y un mero instrumento para alcanzar un consenso intersubjetivo acerca de ciertos planteamientos –incluso usando un lenguaje libre de un contenido axiológico– el autor propone la necesidad de concebir a la Bioética como racional y razonable.*

*Lo anterior puede ser logrado superando la oposición entre una bioética laica y una bioética Católica, con respecto a una antropología normativa, usando una biofilosofía rigurosa estando abierta ésta a la Revelación y a la Teología y, globalmente, un fundamento personalista.*

\* XIII Congreso Internacional de Escuelas de Medicina de Universidades Católicas, Pontificia Universidad Católica de Chile, 20 de abril de 2007.

\*\* Doctor en Filosofía por la Academia Internacional de Filosofía en el Principado de Liechtenstein, Director del Centro Karol Wojtyła para la Investigación Social Avanzada, Miembro del Comité de Bioética de la Conferencia del Episcopado Mexicano, Miembro de la Academia Pontificia Pro Vita; Miembro del Sistema Nacional de Investigadores del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (México) (correo electrónico: [rodrigox@prodigy.net.mx](mailto:rodrigox@prodigy.net.mx)).

## Summary

### For a bioethics without adjectives

*The author deals with the question of the foundation of Bioethics in a plu-ralistic society, considering the aims that it should pursue. Contrary to the thought streams that consider it as neutral science and a mere instrument to reach an intersubjective consent on some questions –also using a language free forma axiological content– the author proposes the necessity of con-ceiving Bioethics as rational and reasonable.*

*This can be realized overcoming the opposition between a lay and a catholic Bioethics, referring to a normative anthropology, using a rigorous “biophilosophy”, being open to the Revelation and Theology and, overall, a personalistic foundation.*

*Palabras clave:* personalismo, biofilosofía, antropología.

*Key words:* personalism, biophilosophy, anthropology.

## Introducción

En un ensayo elaborado hace poco más de un año intenté mostrar la necesidad de pensar en una “Bioética sin adjetivos”.<sup>1</sup> Con este término pretendí evidenciar la importancia de construir una bioética rigurosamente fundada ante la tendencia ilustrada y post-ilustrada de concebir este saber como un cierto arte para lograr consensos en la discusión pública sobre asuntos biomédicos.

En aquella ocasión, Tristram Engelhardt era mencionado por su servidor, como uno de los ejemplos más elocuentes de reducción de la bioética a técnica para el consenso debido a que justamente en una de sus obras más conocidas nos muestra que los trabajadores sanitarios han de vivir en “dos mundos morales”:<sup>2</sup> por una parte, en el mundo de sus convicciones personales que les permiten justificar, en ocasio-

nes, aún comportamientos virtuosos y hasta heroicos en la práctica médica; y por otro lado, en el mundo de la vida pública, en el que las convicciones morales privadas no se pueden “justificar en términos seculares generales con una autoridad moral secular general y canónica para todos”.<sup>3</sup> De esta manera, Engelhardt, exhorta a que el profesional de la salud se autocomprenda como un “burócrata y geógrafo de valores”, es decir, como una persona que sabe cómo proceder ante “extraños morales” que piensan distinto a él, sin lastimar su libertad y promoviendo lo que mejor responda a los intereses de los pacientes.<sup>4</sup> Para lograr este objetivo será preciso que todos los involucrados en estas cuestiones aprendamos a hablar en “una *lingua franca* neutral para una sociedad pluralista secular”.<sup>5</sup>

La solución que ofrece Engelhardt me parece desafortunada. Ante las múltiples valoraciones y convicciones que convergen en el seno de la sociedad actual ¿una *lingua franca* neutral es la vía para lograr una bioética racional y razonable a la altura de los desafíos actuales? Soy de la opinión que no. No basta encontrar un cierto conjunto de valores seculares más o menos aceptables por todos para desde ellos intentar construir los límites éticos de las prácticas biomédicas, no basta construir un lenguaje más o menos formal (es decir, sin contenidos particulares) para, desde esa asepsia comunicativa, edificar una bioética auténticamente operativa para los agentes sanitarios. Ambos elementos son relevantes en cierto grado, no hay que descartarlos como factores que participan en la construcción de la bioética. Sin embargo, no son ingredientes suficientes.

### **Necesidad de una bioética racional y razonable**

¿Por qué no bastan estos elementos? Porque, como decíamos en el texto referido, todos sabemos bien que existe la posibilidad de lograr consensos y acuerdos, entre dos o más personas, respecto de acciones particularmente perversas. Por otra parte, una *lingua franca* neutral, esterilizada de contenidos axiológicos particulares, fracturada de las convicciones que alimentan la vida privada, tendería a volverse éticamente irrelevante si fuese posible construida. Por otra parte, algunos pensamos que este experimento, en sí mismo considerado, es imposi-

ble, debido a que el habla se inscribe al interior del conjunto de actos libres, y por ende, se encuentra cargada de suyo por contenidos morales de diversa índole. Hasta un lenguaje puramente formal, como el propio de la matemática, al momento de utilizarse por un sujeto humano, comporta la realización de un acto libre, que si bien no lo afecta en su contenido eidético particular, si lo hace en tanto que acción realizada por un sujeto conciente, es decir, en tanto que *actus personae*. Cuando la hipotética *lingua franca* no está referida a contenidos matemáticos sino precisamente a construir normas que orienten de manera efectiva el actuar moral, no vemos cómo sería posible liberada de una determinada axiología, de una determinada antropología, de una determinada ontología, al menos, implícita.

Sin embargo, con esto dicho, no queremos descalificar todo el planteamiento realizado por Engelhardt. Es importante reconocer que éste autor como muchos otros se encuentran en la búsqueda de una presentación adecuada de una ética para la práctica biomédica o de una ética para la tecnociencia que pueda ser considerada auténticamente legítima en *la discusión pública contemporánea*.

Dicho de otro modo, es una verdadera necesidad social, el articular el discurso bioético no sólo como una propuesta racional, es decir, argumentada y fundada con rigor, sino además lo que también es requerido, es verdadera capacidad de ponerse en escena, en interacción con diversas cosmovisiones. La bioética, necesita legitimarse como una propuesta razonable en el espacio público.

### **Necesidad de una bioética que supere la controversia “bioética católica” vs. “bioética laica”**

El énfasis colocado en “lo público”, muchos lo traducen rápidamente en una invitación explícita a tratar de fundamentar la bioética desde las premisas que sostienen la noción de “lo público” en las sociedades liberales contemporáneas. Ya hemos visto, en el ensayo referido, cómo Max Charlesworth construye su hipótesis sobre la naturaleza de la bioética precisamente desde este punto de vista.<sup>6</sup>

¿Es este itinerario argumentativo el más adecuado? ¿Una ética racional y razonable para los seres humanos que participamos en la

vida pública debe de diseñarse desde estas premisas? Consideramos que la respuesta a estas preguntas es negativa. Los fundamentos de una bioética racional y razonable son otros...

Sin embargo, cuando alguien responde así, es fácil que su perspectiva sea encuadrada dentro del debate, como una postura de bioética religiosa, de bioética católica, de bioética basada en la "sacralidad de la vida" frente a la bioética laica, a la bioética científica, a la bioética secular. Cuando un participante en un debate imaginario renuncia a fundar la bioética en alguna versión de neo-contractualismo, casi en automático, surge la sospecha de que su postura no es auténticamente laica y acorde a la sociedad pluralista actual, sino que utiliza premisas de sospechosa procedencia metafísico-religiosa.

De hecho, ya existe quien considera que este arrinconamiento está perfectamente justificado, y es expresivo de la verdadera naturaleza del debate. En un libro reciente,<sup>7</sup> Giovanni Fomero, discípulo y colaborador de Nicola Abbagnano, intenta mostrar que no es Helga Kuhse la que inventó la polarización entre una bioética basada en la noción de "sacralidad de la vida" y otra bioética, la bioética laica, basada en la noción de calidad de vida.<sup>8</sup> Fomero sostiene que es la propia naturaleza de las bioéticas en conflicto las que las delimita como bioéticas "fuertes", católicas, metafísicamente fundadas, y bioéticas "débiles", anti-católicas y anti-metafísicas.

Fomero además dice que quienes deseamos construir una bioética sin adjetivos,<sup>9</sup> una bioética que no es católica ni laica, sino simplemente "bioética", incurrimos en un grave error: confundir el plano teórico (o de derecho) y el plano historiográfico (o de hecho). Esto quiere decir, que según este filósofo italiano, personas como su servidor, ignoran que no existe "la bioética" sino que lo que existe fácticamente es una pluralidad de bioéticas que responden a diversos horizontes globales de sentido, en los que el carácter "religioso" o "laico" son sumamente determinantes.<sup>10</sup> Así mismo, este autor, citando a M. Mori, advierte que quienes aspiramos a una bioética sin adjetivos, podemos ser fácilmente conducidos a crear "sineretismos inconsistentes".<sup>11</sup>

Tengo la impresión que Giovanni Fomero ve un aspecto verdadero de la cuestión: cada bioética está inscrita en una cierta cosmovisión.

Sin embargo, esto no debe significar que sea imposible mostrar a la bioética como saber riguroso, como *ciencia estricta*. Si esto no fuera posible, la pretensión de verdad que la bioética posee se desplomaría. Conviene no olvidar que la misma cuestión ha aparecido siempre en la historia de la filosofía. Si bien es cierto que existen numerosas “filosofías” es posible y necesario profundizar en las razones que hacen de esta ciencia una auténtica ciencia estricta.<sup>12</sup> De una manera análoga, el constatar una pluralidad de bioéticas no debe atemorizar a la razón para tratar de constituir a este saber de manera rigurosa y capaz de participar en el espacio público, intersubjetivo, aún con “extraños morales”.

### **Elementos fundamentales para la constitución de una bioética racional y razonable**

Una bioética sin adjetivos, desde mi punto de vista, puede pretender ser racional y razonable a partir de cinco elementos fundamentales que colaboran precisamente a que sea un saber científico estricto. Estos cinco elementos, como se verá, no están cerrados a la interpelación del dato reyelado, a la metafísica, a la búsqueda de la verdad, etc. Sin embargo, no se mantienen estos rasgos como compromiso de escuela, como fidelidad a una cierta *Weltanschauung*, sino precisamente como búsqueda sincera de la verdad radicada en las cosas mismas.

La bioética es un saber principalmente filosófico y metodológicamente interdisciplinar: el papel de una antropología normativa.

Cuando se utiliza el vocablo “bioética” la mente con facilidad imagina un cierto saber nuevo, una cierta originalidad. De hecho existen esfuerzos importantes para argumentar a la bioética así: como un conocimiento original, prácticamente inaugurado ayer, y en ocasiones, como un conocimiento nacido casi *ex nihilo*. La larga historia de la ética médica nos muestra que existen muchos antecedentes de la actual bioética que no pueden ser obviados. En esta ocasión, no miraremos esta cuestión en perspectiva histórica.<sup>13</sup> Considero que es mejor abordarla de modo especulativo, es decir, intentando entender cuál es el estatuto epistemológico de la propia bioética.

Una manera abrupta pero elocuente de afrontar esta cuestión consiste en preguntarnos: ¿cuál es la índole de los juicios bioéticos? ¿cuál es el saber que constituye formalmente al juicio bioético como bioético? Cuando una persona hace una afirmación del tipo: “el aborto provocado no debe ser practicado”; o cuando se formula una pregunta en un Comité hospitalario del tipo: “¿debo o no debo experimentar con embriones humanos?” lo que sucede es que la persona manifiesta que en su propia experiencia humana, en la experiencia que posee como persona en acción, el deber se muestra como factor articulador fundamental. La experiencia del deber emerge al interior de la acción humana.<sup>14</sup> Y al hacerlo, matiza y atraviesa toda la preocupación expresada ya sea en la sentencia o en la pregunta antes anotada.

La pregunta “¿debo o no debo experimentar con embriones humanos?” resulta ininteligible si no se reconoce en ella una cuestión primariamente práctico-normativa antes que empírico-descriptiva. De esta manera, podemos advertir de un modo sencillo, que si bien la bioética necesita del concurso de diversas disciplinas, muchas de ellas de tipo empírico-descriptivo, el principal desafío que afronta consiste en ser capaz de ofrecer un saber práctico-normativo de cariz antropológico que permita descubrir qué es lo que se *debe* de hacer.

Desde este punto de vista, la “bioética” no es una ciencia nueva sino simplemente es la ética, entendida como antropología normativa, que versa sobre los desafíos biomédicos y biotecnológicos contemporáneos.

Ahora bien, si el criterio de unidad sapiencial de la bioética es la ética, ¿cuál es el papel de las demás disciplinas que participan en su constitución? (disciplinas que son muy variadas: medicina, biología, ecología y sus respectivas subdisciplinas). Las diversas ciencias deben de presentar sus resultados con el más riguroso fundamento científico y con explícita conciencia de la fragmentariedad de su discurso. Este es el momento “multidisciplinar” previo a la interdisciplina.

Uno de los riesgos más importantes que hoy tenemos para lograr interdisciplinariedad real es la implícita, y a veces explícita, coriciencia de que cada saber es el más importante, es el punto de vista principal, es la perspectiva que abraza el fenómeno en su totalidad. Esto no es así: cada saber particular tiene por objeto un cierto segmento de

realidad y lo estudia bajo un particular enfoque. Hay que evitar a toda costa excesos epistemológicos, es decir, emitir juicios que van más allá de los propios límites y alcances del método de un cierto saber.

Así mismo, la ética para poder emitir un juicio sobre una materia compleja, que no sólo implica el dato biológico, sino además la pretensión de una eventual intervención terapéutica, y el uso de diversas tecnologías para el diagnóstico y para el tratamiento, requiere de verdadera capacidad *integrativa* en su momento metodológico. La interdisciplinariedad no consiste simplemente en estudiar de manera ordenada los aspectos biomédicos, luego en reflexionar sobre sus implicaciones antropológico-éticas y finalmente en tratar de elaborar una solución práctica. Lo más importante radica en que los diversos dialectos científicos de las diversas disciplinas puedan encontrar una *gramática común* que los articule e integre en el papel que les corresponde. Soy de la opinión que una gramática como la referida es la que surge de una nueva reconsideración de la ley natural cómo *gramática de la acción*.

Esto mismo puede ser dicho de otro modo: la interdisciplinariedad deviene en sincretismo cuando no está presente una antropología capaz de interactuar realmente con las diversas ciencias de la vida, y simultáneamente, ofrecer datos que permitan entender que la dimensión normativa de la existencia no adviene extrínsecamente a la acción humana sino que, sin caer en falacia naturalista, esta es una dimensión constitutiva de la propia experiencia humana. La ley natural, entendida como *ordo rationis*, como orden racional, como uso recto de la razón práctica que descubre la estructura natural de la verdad sobre el bien y orienta a las inclinaciones hacia su destino auténticamente humano, puede lograr este cometido. Ahora bien, cuando la ley natural se presenta como un conjunto de normas derivadas deductivamente de las inclinaciones, esto que decimos aquí, se toma imposible.<sup>15</sup>

Una antropología que no suspende metodológicamente la dimensión moral de la vida humana y que argumenta con rigor que la dignidad es un aspecto constitutivo y no meramente consecutivo de la estructura de la persona humana, provee entonces de un juicio ético y de un criterio de unidad sapiencial que permite ordenar dialectos científicos diversos, en una mirada común.

## La bioética supone una rigurosa biofilosofía

No es posible elaborar una bioética rigurosa, racional y al mismo tiempo razonable, cuando no se presta atención adecuada a los datos que proveen las diversas ciencias de la vida. Este prestar atención no significa simplemente hacer resúmenes de sus resultados, o platicar mucho con los expertos en medicina y en biología, sino principalmente tener la capacidad de lectura filosófica del dato biológico empírico. Para realizar esto, lo primero es detectar que toda biología posee presupuestos ontológicos sin los cuales es imposible que se exprese y se presente como ciencia. La biología no es una suerte de receptáculo en el cual simplemente se colocan los datos empíricos sino que estos de suyo son interpretados de una cierta manera, bajo una cierta comprensión sobre el ser, la causalidad, los todos y las partes, etcétera.

Por ejemplo, piénsese en la frecuente presentación de los datos empíricos procedentes de un organismo vivo como datos que si bien poseen continuidad en sus diversos niveles, también poseen elementos para advertir momentos en los que emerge una originalidad no presupuesta en las propiedades de sus ingredientes constitutivos. Aquí es dónde se encuentran dos hipótesis explicativas: por una parte la de quienes buscan reconducir el fenómeno de lo vivo a un conjunto de intercambios químico-físicos, y por otro lado, la de quienes piensan que la vida es un fenómeno irreductible a los sistemas materiales complejos que la soportan.

¿Por qué a partir de los mismos datos empíricos surgen dos explicaciones tan diversas? Porque la lectura ontológica de estos datos es distinta. Cuando hablamos de lectura ontológica no significa que estemos haciendo un exhorto de "aplicación" artificiosa de una ontología previamente elaborada a lo que nos dice la biología. Lo que queremos decir es que el mismo fenómeno empírico puede ser interpretado de manera distinta dependiendo del modo como la inteligencia se despliega al momento de reconocer las estructuras inteligibles ínsitas en él. Cuando la inteligencia, de inicio, esta clausurada a una perspectiva metafísica, evidentemente la apreciación de *lo irreductible*, de la esencia de lo vivo, se torna muy difícil, o se mantiene en un nivel más bien descriptivo que no logra advertir las nociones de sustancia,

de causa, de fin; aún al momento de hablar de sistema, de autopoiesis, de teleonomía...

En este punto, apreciar el esfuerzo realizado por Aristóteles en su época, puede ser muy importante. El no “aplicó” una metafísica previamente confeccionada al momento de tener que interpretar el fenómeno de lo viviente, sino que precisamente el proceso fue al revés. Fue una observación atenta de los vivientes la que le permitió, entre otras cosas, lograr precisar su noción metafísica de “sustancia”. Desde mi punto de vista así es como hay que proceder: reaprendiendo a elaborar una ontología a partir de las exigencias que posee el fenómeno de la vida orgánica, no viceversa.<sup>16</sup> Dicho de otro modo: es necesario que toda bioética esté acompañada de una rigurosa biofilosofía.

### **La bioética es constitutivamente abierta al dato revelado y a la teología**

La bioética, si es un auténtico ejercicio racional tiene que estar constitutivamente abierta a la pro-vocación del dato revelado. La noción ilustrada de razón como medida de sí misma, no solo ha fracasado teoréticamente sino que la evidencia cultural de su colapso es patente particularmente hoy en día. Por ello, pensamos que una bioética rigurosa perfectamente puede ser una bioética cristiana si con ello se entiende una articulación fe-razón que no introduce subrepticamente argumentación teológica sino que se mantiene en su papel de ofrecer a la inteligencia un horizonte de comprensión mayor.

Dicho de otro modo, el viejo tema de la “filosofía cristiana” reaparece aquí. La expresión “filosofía cristiana” no significa filosofía confesional, sino filosofía *simpliciter*; y por ello, abierta a la posibilidad de un Misterio que salve.

¿No estamos claudicando a nuestra idea de construir una “bioética sin adjetivos”? Desde mi punto de vista, no. La auténtica filosofía cristiana es la que muestra su articulación racional y la ofrece “públicamente” a examen. Evidentemente, cuando una escuela de filosofía cristiana se asume de modo no-filosófico, es decir, se asume como herramienta apologético-defensiva, esta pretensión se colapsa y la bioética cristiana, eventualmente, aparece como un discurso confesio-

nal y confesionalizante que desde una muy particular cosmovisión se lanza a tratar de emprender batallas (perdidas desde su inicio) en el contexto de una sociedad secular y democrática.

### **La bioética es constitutivamente personalista**

La bioética, finalmente, no puede ser sino constitutivamente *personalista*. El personalismo no consiste en repetir mecánicamente ciertas frases, cierto canon de ortodoxia filosófica. Consiste, como hemos dicho en otras ocasiones, en ser capaces de argumentar con rigor que: 1. la persona humana merece ser tratada como fin y no ser usada como mero medio; 2. la persona humana es un ente esencialmente distinto a las cosas; 3. la persona es un sujeto comunal; 4. la vida personal es irreductible a otras formas de vida y a sistemas materiales complejos; y 5. la persona debe ser defendida en todos los casos, en especial, cuando se presenta de manera máximamente vulnerable y frágil.<sup>17</sup>

Una bioética personalista, por ende, no debe afirmar su “personalismo” como un cierto compromiso de escuela y menos como una suerte de inercia o de pose “políticamente correcta” en ciertos circuitos católicos o eclesiásticos. Si de manera tácita o explícita esta actitud se nos presenta, nuestra intención de contribuir a un debate racional y razonado, queda minada de inicio. El personalismo tiene que profundizar en sus razones, en sus justificaciones, en su modo de expresarse. De esta manera, el personalismo, puede fecundar sin complicaciones una bioética sin adjetivos y presentar su fuerza argumentativa por vía intrínseca, desde el interior de la arquitectura racional de la bioética, y no como una suerte de bandera exterior ofrecida a debate, sin antes haberse justificado.

### **Conclusión**

El proceso de elaboración de una bioética sin adjetivos está muy lejos de ser concluido. Requerirá del esfuerzo de muchas personas que amando la vida y la verdad sobre el hombre, estén dispuestas a consagrar su inteligencia, al servicio de esta causa.

Termino estas líneas recordando un breve texto de Stanislaw Grygiel que me continúa punzando cuando medito sobre estas cuestiones:

El hombre que reduce la vida a un quehacer (*facere*) descuida la verdad que hay que conocer y el bien que hay que amar (*agere*). Se limita a producir sin profundizar en la tradición de la actividad de la conciencia moral de los demás. Por tanto, para los holgazanes que en vez de hacer (*agere*) simplemente producen (*facere*), la vida representa sólo la materia con la que construir objetos que se poseen en el presente. A estos se les escapa lo que acontece en el acto de conocer y de amar, que trasciende al hombre mismo, igual que el fuego trasciende la leña elevándose hacia lo Alto. (...). La bioética ayuda al hombre a estimar la vida si se plantea verdaderamente la pregunta fundamental, planteada cada vez más profundamente, sobre el ser del hombre. En esta pregunta se debe reflejar la vida humana cuya dimensión metafísica se manifiesta en el diálogo entre la esperanza que constituye al hombre y la Promesa del don que adviene. En este diálogo, llamado también vida espiritual, se da la liberación del hombre de la propia razón, lo cual le permite pensar, en el sentido más profundo del término.<sup>18</sup>

## Referencias bibliográficas

<sup>1</sup> El texto en su primera versión fue expuesto en un Seminario Internacional de Comités de Bioética en la Universidad Anáhuac (Ciudad de México) el 25 de noviembre de 2005. Posteriormente, con algunas modificaciones fue leído en la Pontificia Universidad Católica de Chile el 31 de mayo de 2006. Ha sido publicado como: GUERRA LÓPEZ R. *Por una Bioética sin adjetivos. La Bioética en el contexto de la crisis moderno-ilustrada*. Medicina e Morale 6; 2006: 1189-1204.

<sup>2</sup> ENGELHARDT HT. *Los fundamentos de la bioética*. Barcelona: Paidós; 1995: 107.

<sup>3</sup> *Ibid.*, p. 108.

<sup>4</sup> Cfr. *Ibid.*, pp. 107-109.

<sup>5</sup> *Ibid.*, p. 108.

<sup>6</sup> CHARLESWORTH M. *La bioética en una sociedad liberal*. Cambridge: Cambridge University Press; 1996.

<sup>7</sup> FORNERO G. *Bioética católica e bioética laica*. Milano: Bruno Mondadori; 2005.

<sup>8</sup> KUHSE H. *The Sanctity-of-Life Doctrine in Medicine. A Critique*. Oxford: Clarendon; 1987.

<sup>9</sup> G. Fornero cita a R. Lucas, como ejemplo de una postura así.

<sup>10</sup> FORNERO. *Bioética católica*, pp. 200-201.

<sup>11</sup> MORI M. *Una replica a Giannino Piana*. Bioetica 2002; 4: 805-809. p. 806.

<sup>12</sup> HUSSERL E. *Philosophie als strenge Wissenschaft* en ID. *Aufsätze und Vorträge (1911-1921)*. Hrsg. Thomas Nenon und Hans Rainer Sepp, *Husserliana Bd. xxv*. Dordrecht-Boston/Lancaster: Nijhoff; 1987: 3-62; SEIFERT J. *Phänomenologie und Philosophie als strenge Wissenschaft. Zur Grundlegung einer realistischen phänomenologischen Methode - in kritischem Dialog mit Edmund Husserls Ideen über die Philosophie als strenge Wissenschaft* en ID. *Filosofie, Pravda, Nesmrtnost. Tři pražské přednášky/Philosophie. Wahrheit, Unsterblichkeit. Drei Prager Vorlesungen (tschechisch-deutsch)*, pöklad. úvod a bibliografi Martin Cajthaml. Prague: Vydala Koestanská akademie Öim. svacek. edice Studium; 1998: 14-50.

<sup>13</sup> Para una presentación histórica de la bioética, véase: JONSEN AR. *The Birth of Bioethics*. New York: Oxford University Press; 1998; REICH WT. *The word Bioethics: its origins and the legacies of those who shaped it*. Kennedy Institute of Ethics Journal 1994; 4: 319-333; Russo G (ed). *Storia della bioetica. Le origini, il significato, le istituzioni*. Roma: Armando; 1995.

<sup>14</sup> Cfr. WOJTYLA K. *L'uomo nel campo della responsabilità* en ID. *Metafisica della persona. Tutte le opere filosofiche e saggi integrativi*. Milán: Bompiani; 2003: 1217-1301; GUERRA LÓPEZ R. *Repensar la vida moral. Experiencia moral, teoría de la moralidad y antropología normativa en la filosofía de Karol Wojtyla* en ID. *Tópicos*. 2007 (en curso de publicación).

<sup>15</sup> Para una crítica de algunas posturas "inclinacionistas" en materia de fundamentación de la ley natural, véase: GUERRA LÓPEZ R. *Afirmar a la persona por si misma. La dignidad como fundamento de los derechos de la persona*, México: CNDH; 2003.

<sup>16</sup> ARISTÓTELES. *Metafisica*. Z. 17, 1041b 28-30. Cfr. KOSMAN LA. *Animals and Other Beings in Aristotle* en GOTTHELF A, LENNOX J (eds). *Philosophical Issues in Aristotle's Biology*. Cambridge: Cambridge University Press; 1987, p. 360.

<sup>17</sup> GUERRA LÓPEZ R. *La persona es fin y no medio. El fundamento normativo de la bioética persona lista* en TOMÁS GM, POSTIGO E (eds). *Bioética personalista. Ciencia y controversias*. Madrid: EIUNSA; 2007: 39-69. Véase también: GUERRA LÓPEZ R. *Volver a la persona. El método filosófico de Karol Wojtyla*. Madrid: Caparrós; 2002.

<sup>18</sup> "GRYGIEL S. *Para mirar al cielo. Vida, vida humana y persona* en SCOLA A (ed). *¿Qué es la vida?* Madrid: Encuentro; 1999: 38 y 45.



# Medically assisted nutrition and hydration in end-stage dementia: burdens and benefits of surgically-placed gastrostomy tubes

Johanna Valiquette\*

## Resumen

*Los tubos de gastrostomía aplicados quirúrgicamente son esenciales en el manejo de algunas condiciones. Sin embargo, muchos estudios indican una efectividad médica limitada y riesgos significativos en pacientes con demencia en estado avanzado. Los estudios no han demostrado los beneficios esperados, una mayor longevidad, un descenso en la neumonía por aspiración o mejora en la integridad de la piel. Los riesgos incluyen un deterioro cognitivo y funcional relacionado con la hospitalización, estrés por el uso de maniobras para sujetar al paciente, negación al confort del paciente, y a las necesidades sociales y espirituales a favor de las maniobras relacionadas con el manejo de los tubos de gastrostomía, y una higiene exagerada. Presentamos aquí 1. Una revisión de la literatura de los investigadores líderes de los Estados Unidos reciente; 2. La diferencia entre la bioética de los tubos de gastrostomía en el llamado "estado vegetativo", y la demencia terminal; 3. Análisis entre riesgos y beneficios; 4 Recomendaciones para el cuidado paliativo y la alimentación con cuchara como bioéticamente correctos y como alternativas centradas en el paciente vs. la colocación de tubos de gastrostomía a pacientes con demencia terminal.*

\* MA, BSN. Columbia University School of Nursing, Lenox Hill Hospital Bioethics Committee (Manhattan), New York (address for correspondence: [jpv2111@columbia.edu](mailto:jpv2111@columbia.edu)).

## Summary

### **Medically assisted nutrition and hydration in end-stage dementia: burdens and benefits of surgically-placed gastrostomy tubes**

*Surgically placed gastrostomy tubes are essential in managing some conditions. Yet, many studies indicate limited medical effectiveness, and significant burdens, in patients with advanced, end-stage dementia. Studies fail to show the expected benefits of greater longevity, decreased aspiration pneumonia or improved skin integrity. Burdens include deterioration in cognition and function related to hospitalization, distress from use of restraints, neglect of patient's comfort, social and spiritual needs in favor of tube related tasks and frequent, excoriating hygiene. Here we present 1. a review of recent literature by leading researchers in the U.S.; 2. distinction between the bioethics of gastrostomy tubes in the so called "vegetative state" and endstage dementia; 3. analysis of benefits and burdens; 4. recomendations for palliative care and spoonfeeding as bioethically sound and patient centered altenatives to gastrostomy tube placement for patients with advanced, endstage dementia.*

*Palabras clave:* nutrición e hidratación medicamento asistida; demencia terminal; tubo gastrostómico.

*Key words:* medically assisted nutrition and hydration; endstage dementia, gastrostomy tubes.

## Introduction

The physician's professional obligation is to do what is best for the patient according to his or her best medical judgment, with the

patient's consent. Chronic, debilitating, progressive illness proves a difficult challenge in the application of this principle. The provider is confronted with diminishing potential for recovery in a body whose natural systems are demonstrating signs of irreversible decline.

One hallmark symptom signaling that the patient has entered the endstage of progressive dementia is his incapacity to eat or drink coupled with difficulty swallowing properly.<sup>1</sup> This feature is characteristic of advanced dementia whether of the Alzheimer or other type. Other characteristics of this fourth and final stage of dementia include incontinence of urine and stool, inability to recognize family or friends, muscle rigidity, anxiety, inability to talk, walk, and understand or follow simple commands.<sup>2</sup> These patients are usually bedfast.

Most of the patients who reach this fourth and final stage of dementia are of advanced age, oftentimes 90 years old or older. These patients also experience age-related changes in body systems, such as the cardiovascular, skeletal, integumentary and immune systems, which make recovery from any illness or injury more difficult.<sup>3</sup> Frequently, in this final stage of dementia, and final months of life, the health care provider contemplates the placement of a surgically placed, gastrostomy feeding tube.

### **Bioethics of gastrostomy tube in endstage dementia vs. "vegetative state"**

Before engaging this topic, it makes sense to make two relevant and timely clarifications so that what is presented here can be extrapolated to other truly similar cases. First, the following discussion is uniquely relevant to endstage disease and cannot be correctly applied to patients in the so called "vegetative state". This is manifestly the case, since the designation called "vegetative state" cannot be predicated of patients with endstage dementia, because the very staging of dementia is dependent upon characteristics (e.g. cognition and daily activities) which are not appreciable in the "vegetative state". Moreover, in the case of patients in endstage dementia, body systems, particularly the brain, are in irreversible endstage deterioration, as demonstrated by the onset of irreversible, endstage symptoms, e.g. dys-

phagia, incontinence, aphasia; recovery is not a plausible prognosis. Such decline is not a defining feature of the “vegetative state”.

Therefore, conclusions about the ethics of medically assisted nutrition and hydration for patients in a “vegetative state,” such as those proposed to the Pontifical Academy for Life,<sup>4</sup> cannot be properly applied to patients with endstage disease, such as endstage dementia. Thus, nothing of the following discussion is meant to be applied to patients in the so-called “vegetative state”.

That said, there are other chronic, debilitating illnesses besides dementia, where the considerations presented here may have truly proportionate application. This is the case especially where the distinguishing features of an endstage, progressive, chronic illness include neurologic dysfunction resulting in the incapacity to eat, drink or swallow (e.g. Parkinson’s disease).

### **Bioethical principles relevant to gastrostomy tubes**

Now, returning to our topic, the central question is: what is truly in the patient’s best interest when over time disease has caused irreversible changes in his brain’s capacity to command and coordinate the basic tasks of eating and drinking, as in the case of advanced dementia?

It is illogical to consider death in anyone’s “best interest” for the simple reason that it presupposes the disintegration of the patient. At the same time, when the body has lost much of its potential for recuperation, medical treatments become less and less effective, consequently, their proportionate burdens take on greater weight in view of declining benefits. Still, knowing that death is the foreseeable conclusion of this disease process, what intermediate goals appear worthwhile pursuing under the principle of best interest?

There are two other relevant bioethical principles in play here that function like guarantees of the patient’s best interest: 1. respect for and preservation of the life and dignity of the human being, made in the image of God, from conception to natural death; 2. the principle of proportionality which holds that the burdens of a given treatment must not outweigh the expected benefits of that treatment. For rea-

sons of our discussion, then we must try to discern whether the attempts at preserving life by means of a surgically placed, gastrostomy feeding tube are proportionate to the burden it imposes on the patient with endstage dementia.

### **Benefits and burdens**

Oftentimes, when the patient enters the final stage of dementia, the provider, in consultation with a gastroenterologist, surgically introduces a relatively permanent feeding tube, percutaneous endoscopic gastrostomy tube, through the skin directly into the stomach and by this means provides nutrition and hydration. The procedure has been developed to the degree that in itself, it does not generally pose an inordinate burden. In many patients this procedure provides a bridge to recuperation when oral nutrition and hydration are not feasible. It is also very useful in patients whose capacity for swallowing has been permanently damaged, but who otherwise are in suitable conditions to heal and recuperate.

However, for some patients, as is often the case in advanced, endstage dementia, even the hospitalization necessary to perform the procedure may cause such disorientation, distress and deterioration in function as to make it quite burdensome. There is ample medical documentation about the decline in function that patients with dementia experience with hospitalization or other major changes in environment or routine.<sup>5</sup>

Still, insertion of this type of permanent feeding tube may seem a reasonable course of treatment at least to meet the patient's basic needs of nutrition and hydration. But several questions remain: 1. does a surgically placed gastrostomy tube for a patient with endstage disease in fact achieve the presumed goals of prolonging the patient's life or providing the body with the necessary fluid and nutrients to sustain and heal itself?; 2. Does a surgically placed gastrostomy tube provide relief from hunger and thirst in a patient with progressive, endstage disease? 3. Are the burdens of the gastrostomy tube proportionate to its benefits in the endstage of a patient's life?; 4. which reasons for placing or withholding a permanent feeding tube are morally

acceptable and which are morally reprehensible, in the face of endstage disease?

### **Expected benefits**

Contrary to its *prima facie* advantages, a number of studies have shown that introduction of a gastrostomy feeding tube often does not pro long the life of the patient with endstage dementia beyond the lifeexpectancy of other endstage dementia patients without a gastrostomy tube.<sup>6</sup> It was thought at one time that surgicallyplaced gastrostomy feeding tubes reduced the risks of respiratory infections related to inadequate swallowing and subsequent aspiration of food and liquids into the lung. But a growing body of medical literature has shown that permanent feeding tubes do not in fact prevent lung infections, since aspiration of gastric contents from reflux or aspiration of saliva still occur in patients with feeding tubes.<sup>7</sup>

Another expected benefit from tube feeding would be improved nutritional status and thus, it is reasoned, decreased skin breakdown from prolonged immobility. However, this possible benefit does not often result because demented patients with feeding tubes may pull them out or develop severe diarrhea which both erodes the skin and may counteract any nutritional gains.<sup>8</sup>

With respect to longevity, in the case of advanced dementia, inability to eat/drink is one of a cluster of symptoms which indicate the endstage of the illness. Difficulties eating and drinking in patients with advanced dementia constituted an independent predictor of death, with or without medically assisted nutrition and hydration.<sup>9</sup> The medical literature which attests to the medical inefficacy of gastrostomy tubes in patients with endstage dementia is significant and growing.<sup>10</sup>

### **Burdens**

The burdens incurred by the patient with the introduction and use of a surgicallyplaced gastrostomy feeding tube include, but are not limited

to: 1. cognitive and functional deterioration and distress occurring from the hospitalization required to surgically place the feeding tube; 2. the discomfort of the procedure itself along with the usual risks of infection; 3. the intense anxiety, distress and possible injury posed by physical restraints used to prevent pulling out feeding tubes; 4. increased urinary incontinence and diarrhea resulting in increased pain and distress from repeated perineal hygiene and irritation of sensitive skin; 5. separation from the care giver and the comfort of food when spoon feeding is interrupted; 6. diversion of the care giver's attention away from the patient as a person (his comfort, socialization and his spiritual needs) in favor of performing procedures related to the tube, (e.g. hygiene and maintenance of the feeding tube).

Patients with dementia find changes in routine distressing; increased confusion, agitation and sleeplessness often occur. Hospitalization, with the disruptions inherent in it, is extremely stressful for demented patients (or very elderly patients in general) and usually precipitates a decline in their health status and functioning. The problem is compounded when the patient is sedated to prevent hurting himself. Thus, simply the admission to a hospital for the purposes of insertion of a surgically placed gastrostomy tube supposes a significant burden to the patient with endstage dementia.<sup>11</sup>

Patients with advanced dementia often find it distressing, if not intolerable, to be repeatedly cleaned, especially over sensitive skin. Tube feeding increases urinary and fecal incontinence and oftentimes produces intractable diarrhea. Thus, it causes the need for frequent, disturbing and often painful hygiene. The patient with advanced dementia is often highly aware of tactile stimuli and may scream or resist these measures of hygiene which require the patient to be undressed, wetted, turned multiple times, and scrubbed over sensitive if not broken perineal skin.<sup>12</sup> Gross movements of the patient with advanced dementia, such as those necessary to perform measures of hygiene, seem to produce considerable distress as demonstrated by grimacing, screaming and physically resisting such movements. Not infrequently, the patient clutches the caregiver as if he felt that he were going to fall and he resists by making the body rigid, pinching, clutching and/or striking the caregiver.

In such cases, the endstage of life may become somewhat a tug of war between the careprovider, be it family or professionals, and the patient. Meaningful and peaceful preparation for death in the last months of life is made more difficult if not impossible, for patient and family, especially when the use of restraints are made necessary to prevent the patient from pulling out his feeding tube. Although the patient with advanced dementia cannot give informed consent, the patient's attitude toward the burden caused by the feeding tube, even while lacking capacity, may be inferred by his demonstrated, persistent attempts to remove the feeding tube. Studies indicate that about 70% of demented patients with feeding tubes are physically restrained.<sup>13</sup>

The patient's distress is experienced also by family and/or friends of the patient as well as the health care providers who are charged with "tying down" the patient. Frequently patients are chemically restrained, using sedatives that further diminish the patient's already limited capacity to interact and causing further distress to the patient's family and friends. The patient becomes lethargic and unable to communicate with them in any way, even through a smile or look or caress. Thus, increasing the burden to the patient, family and care givers.<sup>14</sup>

There is some evidence that after the feeding tube is placed, patients are left alone by care givers for longer periods of time and the time spent with the patient is dedicated mostly to hygiene and gastrostomytube associated tasks. Precious little time is left for helpful interactions that would comfort the patient and buildup the bonds that remain with family members, friends and care givers.<sup>15</sup>

The spiritual care of the patient can also be impeded. Simple prayers that might still be accessible to the patient, such as the Rosary or hearing the recitation of the Psalms, may be inadvertently omitted by family and friends because of preoccupation with tasks related in some way or other to the gastrostomy tube.

### **Nutrition and hydration, hunger and thirst, euthanasia**

Still, the heart of the dilemma about whether to place a gastrostomy tube remains: what about the immediate needs of nutrition and hydra-

tion? Presumably, the patient, even in endstage disease, would be more comfortable if he were not hungry or thirsty. Meeting such basic bodily requirements seems to be the minimum that health care should provide in countries where surgicallyplaced feeding tubes, food and clean water are readily available. In such places would foregoing of nutrition and hydration by medically assisted means be tantamount to euthanasia or killing?

As noted in a statement by the National Conference of Catholic Bishops (NCCB), a decision to withhold medically assisted nutrition in patients with endstage disease often does not indicate an instance of euthanasia. Rather, it shows an attempt not to overburden the patient who is terminally ill even with what under healthy circumstances is most basic to maintenance of bodily functions and comfort.<sup>16</sup> The Catechism of the Catholic Church states the matter succinctly: "Here one does not will to cause death; one's inability to impede it is merely accepted".<sup>17</sup> This is even more the case when the . . . treatment, in this case the gastrostomy tube, has little proven benefit, but does show significant burdens. "As to the question of hunger and thirst, one cannot ascertain directly whether or not the endstage dementia patient feels hunger or thirst since at the endstage of his disease, the patient's cognition and ability to communicate in any way are severely limited. But, an inference could be made from other endstage illnesses, where patients are able to communicate better and to speak. For example, in several studies patients with endstage cancer reported experiencing minimal hunger or thirst."<sup>18</sup>

Although there are no direct measures, one can observe *indirect* indicators about the discomfort caused by hunger and thirst in endstage dementia. Whereas the patient with endstage dementia does usually react to reduce uncomfortable stimuli, for example pushing away the provider who causes pain, patients in endstage dementia often do not respond to attempts to feed or even swab the mouth with water. Such behaviors would suggest that the patient is not uncomfortable in a way that is relieved by the most basic of human actions, eating and drinking.

Of course, the decision to defer insertion of a surgicallyplaced gastrostomy feeding tube should not mean that the patient is abandoned with respect to his care needs, including those of nutrition and hydra-

tion and the comforts usually associated with them. Some recent medical literature on nutrition and hydration of patients with advanced dementia advises continued attempts at spoon feeding using new techniques as an option to a surgically placed gastrostomy tube. Spoon feeding provides the enjoyment of food as well as the comfort of socialization that accompanies mealtime at all stages of life.<sup>19</sup>

The patient as a human person is social, dependent on others, by nature. What exactly this means in the context of endstage dementia goes beyond the scope of this paper. What is certain though is that health care providers need bioethical guidelines that reflect the bioethical implications of man as a social, thus interdependent, being. As noted by the NCCB in its above mentioned report on artificial nutrition and hydration, one should take into account the situation of care givers in the case of patients with dementia or other chronic illnesses. Often the primary care givers are members of the patient's family. The strain on the family can often become considerable when physical, emotional, spiritual and financial resources are stretched to the breaking point. Families need material, financial and pastoral support when caring for patients with chronic, incurable diseases.

### **Incentives for gastrostomy tube placement**

Finally, when confronted with a patient in endstage dementia (or other endstage disease) the question of medically assisted nutrition and hydration becomes complicated not only by the patient's condition, but also by the purposes pursued by the provider and/or family. To find some clarity on the moral question, one must attempt to ascertain not only the treatment's potential benefit to the patient, but also the intention of the provider and/or family in withholding or implementing the tube feeding.

Factoring out the potential benefit for provider or family and focusing on the potential benefits for the patient can be difficult. There can be ethically reprehensible reasons for omitting and for providing medically assisted nutrition by means of a surgically introduced feeding tube. For example, if the patient shows a reasonable possibility of recovery and requires medically assisted nutrition to achieve it,

then it would be morally reprehensible for a decision maker to disallow medically assisted nutrition, since his purpose would presumably be the patient's demise.

Perhaps the health care provider may decide to insert a surgically-placed gastrostomy feeding tube to avoid further evaluation, communication between family and provider, or simply to inoculate himself or herself against possible legal consequences. More reprehensible still would be the insertion of a permanent feeding tube, with little or no benefit for the patient, but with lucrative advantage for the provider and/or facility.<sup>20</sup> Further analysis of the purpose of or intention behind placement of a surgically-placed gastrostomy tube goes beyond the scope of this paper, but it is relevant to the assessment of endstage treatment options and deserves study so that perhaps criteria might be established.

## Conclusions

The decision whether or not to insert a surgically-placed, gastrostomy tube in endstage dementia is a complex one. It depends not only upon the determination of advanced, endstage dementia but also the broader clinical situation of each patient, including coexisting conditions that affect the expected benefits and burdens. Despite their prevalent usage, gastrostomy feeding tubes have proven of very limited medical efficacy for most patients with endstage dementia, while causing significant burdens. Thus, a new standard of care may be in order.

Perhaps for some, if not most, patients with endstage, advanced dementia, provision of a well designed plan of palliative care, including spoon feeding, may be more in the patient's best interest, than surgical insertion of a gastrostomy tube. Taking the focus of attention off "the tube" and placing it on the patient, his comfort needs as well as his social and spiritual needs, may be the best medical decision as well as the kindest way of responding to the severely demented patient who is in the endstage of life.

## Referencias bibliográficas

- <sup>1</sup> FINUCANE TE, CHRISTMAS C, TRAVIS K. *Tube Feeding in Patients with Advanced Dementia: A review of the Evidence*. JAMA 1999; 282: 136570; MITCHELL SL. *Clinician's Corner: A 93 year old man with Advanced Dementia and Eating Problems*. JAMA 2007; 298 (21): 25272536.
- <sup>2</sup> BUTTARO TM, TRYBULSKI I. *Primary Care: a Collaborative Practice*. St. Louis, Missouri: Mosby Inc., an affiliate of Elsevier Inc.; 20083rd: 1042.
- <sup>3</sup> MCCANCE KL, HUETHER SE. *Pathophysiology: the Biologic Basis for Disease in Adults and Children*. St. Louis, Missouri: Mosby Inc., an affiliate of Elsevier Inc.; 20065th: 245.
- <sup>4</sup> JOHN PAUL H. *Care for patients in a "permanent vegetative state"*. *Origins* 2004; 33: 737,739740.
- <sup>5</sup> GILLICK MR, SERRELL NA, GILLICK LS. *Adverse consequences of hospitalization in the elderly*. *Soc Sci Med*. 1982; 16: 10331038; HIRSCH CH, SOMMERS L, OLSEN A. *et al. The natural history of functional decline in hospitalized older patients*. *J Am Geriatr Soc* 1990; 38: 12961303.
- <sup>6</sup> SANDERS OS, CARTER MJ, O'SILVA J ET AL. *Survival analysis in percutaneous endoscopic gastrostomy feeding: a worse outcome in patients with dementia*. *Am J Gastroenterology*. 2000; 95: 14721475.
- <sup>7</sup> GILLICK MR. *Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia*. *N Engl J Med*. 2000; 324: 206210; FINUCANE TE, BYNUM JP. *Use of tube feeding to prevent aspiration pneumonia*. *Lancet* 1996; 348: 14211424 (Erratum. *Lancet* 1997; 349: 364).
- <sup>8</sup> AHRONHEIM JO. *Nutrition and Hydration in the Terminally Ill Patient*. *Clinics in Geriatric Medicine* 1996; 12 (2); KEYMING M. *Technical aspects of enteral nutrition*. *GUT*. 1994; 51: 577580.
- <sup>9</sup> MITCHELL SL, KIELY OK, LIPSITZ LA. *Does artificial enteral nutrition prolong the survival of institutionalized elders with eating and swallowing problems?* *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 1998; 53: M207M213.
- <sup>10</sup> VOLICER L. *Goals of care in advanced dementia: quality of life, dignity and comfort*. *J Nutr Health Aging*. 2007; 11 (6): 481.
- <sup>11</sup> GILLICK, SERRELL, GILLICK. *Adverse consequences of...*; HIRSCH, SOMMERS, OLSEN. *The natural history of...*
- <sup>12</sup> PECK A, COHEN CE, MULVIHILL MN. *Longterm enteral feeding of aged demented nursing home patients*. *J Am Geriatr Soc*. 1990; 38: 11951198.
- <sup>13</sup> *Ibid.*
- <sup>14</sup> COTIER VT, EVANS LK, HARTFORD INSTITUTE FOR GERIATRIC NURSING. *Avoiding restraints in patients with dementia*. *Medsurg Nurs*. 2006; 15 (5): 3156.
- <sup>15</sup> POST SG. *Tube Feeding and Advanced Progressive Dementia*. *Hastings Center Report* 2001; 31 (1): 3642.
- <sup>16</sup> U.S. BISHOPS' PROLIFE COMMITTEE. *Nutrition and Hydration: Moral and Pastoral Reflections*. *Origins* 1992; 21 (44): 705711. "(...) We should not assume that all or most decisions to withhold or withdraw medically assisted nutrition and hydration are attempts to cause death. To be sure, any patient will die if all nutrition and hydration are withheld. But sometimes other causes are at work for example, the patient may be imminently dying, whether feeding takes place or not, from an already existing terminal condition. At other times, although the shortening of the patient's life is one foreseeable result of omission, the real purpose of the omission was to relieve the patient of a particular procedure that was of limited

usefulness to the patient or unreasonably burdensome for the patient and the patient's family or caregivers. This kind of decision should not be equated with a decision to kill or with suicide".

<sup>17</sup> *Catechism of the Catholic Church*. Doubleday Publishers; 1994, pt. #2278, p. 608. "Discontinuing medical procedures that are burdensome, dangerous, extraordinary, or disproportionate to the expected outcome can be legitimate; it is the refusal of 'overzealous' treatment. Here one does not will to cause death; one's inability to impede it is merely accepted"

<sup>18</sup> MCANN RM, HALL WJ, GROTHUNKER A. *Comfort care for terminally ill patients: the appropriate use of nutrition and hydration*. JAMA. 1994; 272: 1263-1266; ELLERSHAW E. *Dehydration and the dying patient*. J Pain Symptom Manage. 1995; 10: 192-197.

<sup>19</sup> MONTELEONI C, CLARK E. *Using rapidcycle quality improvement methodology to reduce feeding tubes in patients with advanced dementia: before and after study*. BMJ. 2004; 28: 329 (7464): 491-494.

<sup>20</sup> MITCHELL SL. *Financial Incentives to place feeding tubes in nursing home residents with advanced dementia*. J Am Geriatr Soc 2003; 51 (1): 129-131; FINUCANE TR, CHRISTMAS C, LEFF BA. *Tube feeding in dementia: how incentive undermine health care quality and patient safety*. J Am Med Dir Assoc. 2007; 8 (4): 205-208.



## Reseña bibliográfica

*José Enrique Gómez Álvarez\**

**López Trujillo, Alfonso. (coordinador).** *Temas candentes de Bioética y Familia*. Ediciones Palabra, Madrid, 2006, 327 páginas.

El libro es una colección de diversas pláticas, conferencias y escritos del cardenal Alfonso López Trujillo, quien fue Presidente del Consejo Pontificio para la Familia. El libro, en consecuencia, es una recopilación en donde se presentan materiales relacionados con la defensa de la dignidad humana en temas de bioética y familia, resumiendo bien la postura de la Iglesia Católica.

Hay en total 14 capítulos: 1. La familia en la defensa del valor esencial de la vida humana (pp. 19-48); 2. Clonación: pérdida de la paternidad y negación de la familia (pp. 49- 78); 3. Los valores de la familia contra el sexo seguro (pp. 79-121); 4. La familia en el pontificado de Juan Pablo II (pp. 123-138); 5. Familia y demografía (pp.139-161); 6. En pro de una auténtica educación sexual (pp. 163-187); 7. Actualización informativa sobre el llamado “sexo seguro” (pp. 189-200); 8. La píldora del día después: ¿contraceptivo o contraceptivo? (pp. 201-235); 9. Reflexiones sobre la objeción de conciencia en la encíclica *Evangelium Vitae* (pp. 237-246); 10. Los confesores: ministros de la reconciliación en la verdad y en la misericordia (pp. 247-264); 11. “Coherencia eucarística de los políticos y legisladores (pp. 265-268); 12. Carta respuesta a los directores del periódico El Tiempo de Bogotá (pp. 269-282); 13. La familia y la doctrina

\* Doctor en Filosofía por la Universidad de Navarra. Miembro del SNI. Profesor e investigador de la Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac México Norte.

social de la Iglesia (pp. 283-298) y por último El Don de la vida: nuestra responsabilidad con los niños y jóvenes (pp. 299-321).

Quizás la parte más interesante la discusión de los datos sobre la eficacia del condón para la prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS). El cardenal insiste, adecuadamente desde mi punto de vista, en que es fundamental dar información completa sobre la eficacia del preservativo; esto es con el fin de que las personas puedan decidir con plena libertad (independientemente de la conocida postura de la Iglesia de promover la abstinencia o la pareja en matrimonio).

Señala el cardenal Trujillo: “Puesto que el SIDA es una seria amenaza, cualquier información inadecuada basada en seguridades falsas sobre el uso del preservativo sería una grave irresponsabilidad. Por esto mismo, un esfuerzo continuo por presentar la información correcta, en forma clara e inteligible, evitando toda ambigüedad y confusión, ciertamente es necesario, no solamente en beneficio del público en general, sino también con el fin de apoyar los innumerables y sinceros esfuerzos que se hacen para prevenir la pandemia del SIDA y de las otras enfermedades de transmisión sexual”. (p. 92). En este sentido el cardenal presenta una visión prudente acerca de las campañas contra el SIDA y las ETS.

También puede destacarse la observación de que la crisis alimentaria de muchos países y del mundo, es dada en gran medida por una pésima distribución de los recursos y la falta de solidaridad (Cf. p. 149).

Otra parte que me parece relevante señalar y que habría que revisar con cuidado, es el caso de la estrategia de Uganda<sup>1</sup> en la lucha contra el SIDA (pp. 194-195). Quizá hubiese sido deseable que hiciera un contraste con experiencia de Tailandia respecto del uso del preservativo.<sup>2</sup> Esto en relación a ponderar los beneficios de las campañas de abstinencia que probaron ser un excelente medio de reducción de la incidencia de esta enfermedad y la estrategia del condón en casos donde la abstinencia no es exactamente la vía, como en el caso de la prostitución.

El libro es una buena introducción y clarificación sobre ciertas posturas del Magisterio de la Iglesia Católica sobre temas de Bioética. Es documentado y busca clarificar malos entendidos.

## Referencias bibliográficas

<sup>1</sup> Véase: [http://www.who.int/globalatlas/predefinedReports/EFS2008/short/EFSCountryProfiles2008\\_UG.pdf](http://www.who.int/globalatlas/predefinedReports/EFS2008/short/EFSCountryProfiles2008_UG.pdf). Un análisis de la situación de Uganda y su campaña está resumida y con muchas referencias se encuentra en: <http://www.avert.org/aidsuganda.htm>

<sup>2</sup> Cf. Marais H; Phoolcharoen W; Posyachinda V; Kanchanachitra C; Teokul W. Thailand's response to HIV / AIDS: progress and challenges. Thematic MDG report. Bangkok, Thailand, United Nations Development Programme [UNDP], 2004. [95] p. (Thematic MDG Report). Véase una crítica en cuanto el supuesto uso de 100% en Prostitución. Cf. HIV/AIDS Prevention; Condom use varies among brothel-based female sex workers in Thailand. Medical Letter on the CDC & FDA, 2005 Sep 11 66. In: ProQuest Health and Medical Complete [Documento de Internet] [consultado el 8 de septiembre de 2008]. Disponible en: <http://www.proquest.com/>; Document ID: 890275181. Véase el resumen de la epidemiología en Tailandia en: [http://www.who.int/globalatlas/predefinedReports/EFS2008/short/EFSCountryProfiles2008\\_TH.pdf](http://www.who.int/globalatlas/predefinedReports/EFS2008/short/EFSCountryProfiles2008_TH.pdf) [documento Internet] [consultado el 8 de septiembre de 2008].





## Facultad de Bioética

# MAESTRÍA EN BIOÉTICA

La Universidad Anáhuac anuncia la próxima apertura de la XIII generación de su Maestría en Bioética la cual dará inicio el 15 de enero de 2009.

La Maestría en Bioética cuenta con reconocimiento de validez oficial por la SEP con fecha del 19 de febrero de 1998.

### Requisitos de admisión:

1). Llenar solicitud la cual será proporcionada en la misma Universidad y acompañarla de los siguientes documentos:

- Copia del título profesional.
- Copia de la cédula profesional.
- Certificado de estudios de la carrera.
- **Original del Acta de Nacimiento.**
- *Curriculum vitae.*
- Copia del CURP.
- 6 fotografías tamaño infantil.
- 2 cartas de recomendación de experiencia laboral o académica.

Fecha límite para la entrega de documentos: 28 de noviembre de 2008

2). Entrevista personal con el coordinador de la Maestría. (solicitar cita).

3). Una vez aceptado como alumno de la maestría, efectuar en la caja de la Universidad el primer pago de la misma.

Fecha límite para efectuar el pago en la caja: 7 de enero de 2008

### PROGRAMA DE ESTUDIOS

La maestría se cursa en cuatro semestres con quince semanas de clases c/u y con nueve horas de clase por semana los días jueves de 07:00 a 16:00 hrs.

#### Primer Semestre

- Fundamentos de la filosofía.
- Antropología filosófica I.
- Fundamentos filosóficos del derecho.

#### Segundo Semestre

- Metodología filosófica.
- Legislación sanitaria I.
- La persona y el derecho.
- Conceptos básicos de medicina general.

#### Tercer Semestre

- Antropología filosófica II.
- Fundamentos filosóficos de la bioética.
- Legislación sanitaria II.

#### Cuarto Semestre

- Temas selectos de medicina.
- Bioética clínica.
- Seminario en docencia universitaria.

El costo por semestre es de aproximadamente. \$ 23,000.00 dividido en 5 pagos mensuales.

### Informes:

Dra. Luz María Albisua Gorostizaga  
Coordinadora de la Maestría  
Facultad de Bioética  
Universidad Anáhuac  
Tel. (55) 5328-8074  
E-mail: lalbisua@anahuac.mx



ASOCIACIÓN PANAMERICANA DE BIOÉTICA

La Asociación Panamericana de Bioética nace como un recurso efectivo dentro de la sociedad para promover y salvaguardar el respeto a la dignidad de toda persona humana desde el momento de la concepción hasta su muerte natural, desde un ámbito científico, a través del intercambio de ideas, información, investigación y trabajo, entre las diversas asociaciones de Bioética con esta finalidad.

La Misión de la Asociación Panamericana de Bioética es agrupar a personas e instituciones relacionadas con la medicina o que participan en las ciencias de la vida, y en la bioética, interesadas en defender la dignidad de la persona apoyándolas a través de cursos, seminarios, publicaciones, talleres dentro de la reflexión e investigación que la asociación efectúe en el campo de la bioética.

#### BENEFICIOS DE LA MEMBRESÍA

- Inscripción a la revista Medicina y Ética.
- Actualización en temas de bioética a través de nuestra página de Internet.
- Asistencia a convención anual sobre bioética.
- Participar en seminarios, conferencias, cursos con cuotas preferenciales.
- Vinculación con asociaciones de Bioética tanto nacionales como internacionales
- Plataforma de participación en proyectos de Bioética.

#### CUOTAS DE INGRESO

	<i>México</i>	<i>Otros países</i>
Individual	\$ 450.00 M.N.	\$ 80.00 U.S.
Estudiantes	\$ 200.00 M.N.	\$ 40.00 U.S.
Instituciones	\$ 1, 250.00 M.N.	\$ 230.00 U.S.

#### FORMAS DE PAGO

Depósito bancario a Cta. No. 51-50067989-0

(Banco Santander Mexicano. Suc. Interlomas).

Cheque a favor de Asociación Panamericana de Bioética S.C.  
al apartado postal No. 41-518 México, D.F. C.P. 1100

#### MAYORES INFORMES

Lic. Martha Hamill de Correa

Coordinadora General de APABE Sede Nacional

Teléfono (55) 5251 82 93

E mail: ehamill@anahuac.mx

[www.apabe.org](http://www.apabe.org)

# MEDICINA Y ÉTICA

## PUBLICACIÓN TRIMESTRAL

### Formulario de suscripción / Order form:

Nombre/Name: \_\_\_\_\_  
Institución/Institution \_\_\_\_\_  
Dirección/Address: \_\_\_\_\_  
Ciudad-País/City Country: \_\_\_\_\_  
Código Postal/Zip Code: \_\_\_\_\_  
Teléfono/Telephone: \_\_\_\_\_  
Fax/fax: \_\_\_\_\_  
Correo electrónico/E-mail: \_\_\_\_\_

### Suscripción/Subscriptions Rates

Suscripción/Subscription	Números Anteriores/Previous numbers
México/Mexico:	\$ 150.00 \$ 50.00
América Latina/Latin America:	\$ 75.00 U.S. Dlls. \$ 25.00 U.S. dlls
Otros países/Other countries	\$ 85.00 U.S. Dlls. \$ 30,00 U.S. dlls

Favor de hacer su pago a través de un "Depósito Referenciado" en cualquier sucursal del Banco Santander Serfin al siguiente número de cuenta:/Please make a deposit in Banco Santander-Serfin:

### Desde México/From México

Banco/Bank: Santander Serfin  
Cuenta a nombre de/Account name: Investigaciones y Estudios Superiores SC  
No Cuenta/Account number: 51-500651312

### Desde América Latina y otros países/From Latin America and other countries

Banco/Bank: Santander Serfin Sucursal 5 18, Módulo Anáhuac  
Cuenta/Account: 51-50063292-6  
CLABE/ABA Number: 014180515006329267  
Plaza/City Country: 01 México D. F.  
Beneficiario/Pay order to: Investigaciones y Estudios Superiores S. C.

Enviar por Fax ficha de depósito/Send deposit to Fax: (52) (55) 5627 0210 Ext. 8742

Informes:

FACULTAD DE BIOÉTICA

Universidad Anáhuac

Av. Lomas Anáhuac s/n. Col Lomas Anáhuac

Huixquilucan, Edo. de México C.P. 52786

Tel. (52) (55) 5328 8074 ó 5627 0210 Ext. 7146

Fax: (52) (55) 5627 0210 Ext. 8742

Correo electrónico bioética@anahuac.mx

www.anahuac.mx/bioetica

Este libro se terminó de imprimir en octubre de 2008,  
en los talleres de Litho Press de México,  
Oriente 237 No. 416 Col. Agrícola Oriental, C.P. 08500, México, D.F.  
Tiraje 500 ejemplares