

MEDICINA Y ÉTICA

UNIVERSIDAD ANÁHUAC

Rector

P. Jesús Quirce Andrés, L.C.

Vicerrectora Académica

Dra. Sonia Barnetche Frías

Director de la Facultad de Bioética

P. Antonio Cabrera, L.C.

Director de Comunicación Institucional

Lic. Abelardo Somuano Rojas

Coordinadora de Publicaciones

Mtra. Alma E. Cázares Ruiz

1

VOLUMEN XXVI NÚMERO 1 ENERO-MARZO DEL 2015

MEDICINA Y ÉTICA

Revista Internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica

Director: Dr. Óscar J. Martínez González
Coordinadora Editorial: Dra. Martha Tarasco Michel MD, PhD
Traducción y Corrección de Estilo: Lic. Jesús Quiariarte
Composición tipográfica: Paideia Empresarial

Comité Editorial: Dr. Evandro Agazzi PhD; Dr. Ramiro Alonso Pando; Dra. Myriam Altamirano Bustamante MD, PhD; Dr. Francisco Javier Marcó Bach PhD; Angelo Fiori, Elio Sgreccia, Antonio G. Spagnolo, Adriano Pessina, Dra. Lourdes Velázquez González PhD; Dr. Samuel Weingerz Mehl; Dr. Antonio Cabrera PhD; Dra. Ma. Elizabet de los Ríos Uriarte PhD.

D.R. Investigaciones y Estudios Superiores, S.C.
Editor responsable: Dr. Óscar J. Martínez González
Impreso en Litho Press de México
Oriente 237 No. 416
Col. Agrícola Oriental, 08500 México, D.F.

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

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

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

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

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

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

ÍNDICE

Editorial	7
Impacto de la formación ética personalista en estudiantes de medicina. Validación de un cuestionario <i>Alejandro Weber Sánchez</i>	13
Bioética clínica: una necesidad imperante en México <i>Ma. Elizabeth de los Ríos Uriarte</i>	37
La amenaza científico-técnica sobre la dignidad. Análisis bioético desde el pensamiento de Ratzinger <i>Emilio García Sánchez</i>	57
Justificación bioética de los bancos privados de sangre del cordón umbilical <i>Agustín Losada Pescador</i>	81
Vulnerabilidad: consideraciones sobre la utilización pertinente del término en Bioética <i>Martha Tarasco Michel</i>	99
Persona y derechos humanos como fundamentos de la bioética <i>Lourdes Velázquez</i>	113

EDITORIAL

Este primer número de la Revista que se distribuye dentro del segundo trimestre del año, ha tenido un retraso por su recertificación con los grupos de indización. Lamentamos este inconveniente, pero hemos preparado este número con diversos temas que hasta ahora poco se habían tratado en nuestra Revista.

Uno de los temas que la perinatología ofrece, y que sin duda interesa a todos los nuevos padres, es la posibilidad de conservar la sangre del cordón umbilical para sus hijos. Se suelen preguntar si vale o no la pena, ya que representa un gasto importante mantenerlo de por vida, y también se cuestiona si no es solo un negocio del banco de sangre. Como bioeticistas, este tema nos atañe en primer lugar en cuanto a la pregunta ética más de fondo: ¿existe una bondad en tomar esta precaución, para una posibilidad tan remota de ser requerida, como fuente de células troncales? Justamente el artículo de Agustín Losada Pescador analiza la justificación ética de dichos bancos, y provee con ello una base para el análisis de otros problemas.

Un ejercicio de racionalidad aplicada a la ética, consiste en la reflexión de un dilema desde argumentos de autores de gran prestigio. En el caso del pensamiento de Joseph Ratzinger en relación con la amenaza a la dignidad de la persona humana, ocasionada por la biotecnología, se promete un jugoso fruto. Tal es el artículo que presenta Emilio García Sánchez, en el que no se limita a especular sobre los riesgos de la biotecnología, sino que penetra hasta la reflexión antropológica y metafísica de la reflexión bioética.

México es un país que en América Latina pone un ejemplo importante en su desarrollo de la bioética: tiene una Facultad, una Comisión Nacional, un Colegio que certifica a sus pares, una Academia Nacional, varias Asociaciones, varios cursos doctorales y muchos más de maestría. Además, tiene leyes que promueven esta interdisciplina.

Por ello no es de extrañar que también impulse proyectos de gran novedad como la bioética en la cama del paciente, también llamada bioética clínica, que implica una aplicación en la singularidad de cada paciente. Tal es el caso del trabajo presentado por María Elizabeth de los Ríos Uriarte, que analiza por qué es importante que en los hospitales mexicanos exista la figura del bioeticista clínico, además del propio comité hospitalario de bioética.

Y dado este apreciable camino en la enseñanza de la bioética es por lo que puede medirse el cambio de conducta y la percepción del acto médico en estudiantes de medicina, como en el artículo que presenta Alejandro Weber Sánchez, validando un cuestionario que mide el impacto que tiene la formación que reciben los estudiantes de medicina en materia de bioética.

Por último, se publican dos artículos referentes a los Derechos Humanos, tema siempre actual en el estudio de la Bioética.

El primero de ellos, de Lourdes Velázquez González, analiza justamente la relación de los mismos con la bioética, y lo hace desde la fundamentación antropológica que debe ser siempre la base de toda pregunta ética. La importancia de este artículo estriba en que si no hay una fundamentación metafísica en la reflexión de los principios, se puede llegar a un relativismo moral, en cuyo caso la reflexión ética sería inútil.

El segundo, escrito por mí, analiza los alcances del término vulnerabilidad tanto en los Derechos Humanos, como en el discurso global. Este trabajo critica el uso indiscriminado del término polisémico, que cataloga a grupos y a personas, como si la condición de vulnerabilidad no fuera común a todos.

Aprovechamos la oportunidad para felicitar a la Revista por sus XXV años de publicación, y a la Universidad Anáhuac nuestra gratitud por impulsar la Bioética en México.

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

Criterios para los colaboradores de “Medicina y Ética”

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

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

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

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

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

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

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

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

Impacto de la formación ética personalista en estudiantes de medicina. Validación de un cuestionario*

*Alejandro Weber Sánchez***

Resumen

El impacto de la formación ética en la carrera del médico es evaluado en forma heterogénea: los instrumentos son diversos en cuanto a su metodología, y hasta la fecha, no existe uno diseñado expresamente para evaluar el impacto de la formación en actitudes de los alumnos en relación con la ética personalista, que respeta la vida y la dignidad de la persona humana. Se presenta un instrumento construido y validado específicamente para este propósito, que puede ser utilizado por instituciones formadoras de futuros médicos cuyos objetivos e identidad sean acordes con estos ideales.

Summary

The impact of ethics training in medical students is assessed heterogeneously: the instruments are diverse in terms of its methodology and, to date, there is not one specially designed to evaluate the impact on student's attitudes regarding the personalistic ethics that respects the life and dignity of the human person. We

* Adaptado de la Clasificación de Valores de Adela Cortina tomado de: Seijo C. Los valores desde las principales teorías axiológicas: Cualidades apriorísticas e independientes de las cosas y los actos humanos. *Economía*. 2009, 28, pp. 145-160. 36.

**Profesor de la Universidad Anáhuac México Norte.

present an instrument constructed and validated specifically for this purpose that can be used for medical student forming institutions whose goals and identity are consistent with these ideals.

Palabras clave: Ética personalista, cuestionario, validación, formación, estudiantes de medicina.

Key words: Personalistic ethics, instrument validation, formation, medical students.

Introducción

El pensamiento y las actitudes éticas que tengan los estudiantes de medicina, futuros profesionales de la salud, influenciados por la formación que reciben a lo largo de la carrera universitaria, seguramente incidirá positivamente en su práctica profesional para buscar el bien de sus pacientes, proporcionando elementos de juicio para resolver los dilemas que enfrentarán, especialmente los que tienen que ver con la profesión. En síntesis, que el médico actúe de acuerdo con los principios éticos básicos y asuma una actitud profesional responsable, de honestidad y respeto.¹ Aunque la educación universitaria pretende siempre lograr que las personas alcancen estas metas valiosas, la ética y la moral son entendidas de modo diverso, especialmente en nuestro tiempo, dependiendo de la teoría filosófica en la que se sustentan. Por ello, puede darse la situación en la que en la enseñanza de la medicina, acogándose en un principialismo promotor de la autonomía, o en una diferente interpretación de los principios, se den actitudes contra la vida y la dignidad de la persona, resultado de ideologías relativistas que descuidan la finalidad misma de la ética, de actuar todo el bien que es posible y, de acuerdo a Tomás de Aquino, al concepto del fin último del hombre.^{2,3}

En nuestros días, los métodos de enseñanza y aprendizaje de la ética para el médico en formación son aún tema de debate, al igual

que su evaluación.⁴ Sin embargo, el poder valorar estas actitudes éticas es fundamental para corroborar que se ha incidido positivamente en el pensamiento de los alumnos. Por ello, es del interés de las instituciones educativas estimar las actitudes éticas de los estudiantes de medicina, sin embargo, resulta evidente la dificultad para realizar evaluaciones en un campo tan complejo como éste.

Marco teórico

Aunque en general existe un acuerdo de que el estudiante de medicina debe recibir una formación ético-humanística, el tipo de curso, los contenidos y la metodología utilizada son aun motivo de debate. Este aspecto tan significativo de la educación reviste tanto más importancia en nuestros días, debido a que los postulados fundamentales de la medicina formulados por Hipócrates de no hacer daño, de respetar la dignidad de la persona y su vida, desde su concepción hasta su muerte natural, parecen haber perdido para algunos su significado original, como sugiere un estudio efectuado en universidades en Malasia, enfocado en el interés de los alumnos por conocer y promover la práctica de diferentes técnicas de aborto en la currícula de sus estudios.⁵ Se evidencia también por leyes que admiten, sin reparos, la eliminación de la vida en etapas embrionarias o al final de la misma en nombre de la libertad, justificando lo que en realidad nunca ha dejado de ser un delito.

Existen, sin embargo, instituciones preocupadas por no perder los presupuestos inviolables de la medicina resguardados por la ética conocida como personalista, que buscan formar a sus alumnos tanto en la perfección de la acción técnica profesional, como procurando que busquen el bien integral del hombre. Consideran a la persona como una realidad única, irrepetible, indisponible e insustituible y, por ello, la vida humana como valor absoluto e inviolable en toda su multidimensionalidad. La ética personalista en medicina, como comenta González Blasco: “conciliando =objetividad y

subjetividad, apoyándose en una ética de los valores, da énfasis a la persona. Considera el caso personal –que tiene nombre concreto, el de ese paciente– con atención, con cariño, sin limitarse a aplicar códigos y reglas, y busca hacer siempre lo mejor (respetar su vida y buscar su bien trascendente y sumo)⁶ sin contentarse con lo que está obligado, por normas o legislaciones”.⁷

El cometido de estas instituciones que mantienen esta misión e identidad es que el médico valore a la persona y respete su dignidad y su vida desde la concepción hasta su término natural. Tomando en cuenta la trascendencia de esta formación, la evaluación de esta dimensión educativa es fundamental. Sin embargo, valorar los resultados de este esfuerzo resulta muy complejo. Por supuesto, es relativamente más fácil comprobar el aprendizaje de los contenidos conceptuales de las materias de ética y humanismo, pero mucho más complicado evaluar la adquisición de actitudes que son más trascendentes que el conocimiento mismo.

La literatura sobre investigaciones al respecto confirma el problema. Muestra que los instrumentos utilizados para llevarla a cabo son heterogéneos y sus objetivos y metodología son diversos. Están diseñados para medir áreas y problemas muy específicos. Por ejemplo, Lynch publicó una lista de 41 diferentes instrumentos para evaluar la ética profesional, de los cuales sólo nueve documentaron su validez y practicabilidad, y sólo cuatro habían sido creados y utilizados en estudiantes de medicina o médicos,⁸ o el *Defining Issues Test* (DIT) criticado por considerar que tiene fallas y sesgos metodológicos.⁹ La Asociación Americana de Colegios y Universidades, debido a la falta de estándares establecidos para las evaluaciones, desarrolló quince rúbricas, de las cuales una es para evaluar el razonamiento ético.¹⁰ Otros estudios, como el publicado por Page, han utilizado para la evaluación una herramienta conocida como “Análisis del Proceso de Decisión Jerárquica” en situaciones concretas.¹¹ Esta específicamente estima las actitudes en cuanto a los principios éticos popularizados por Beauchamp y Childress. Igualmente Carlin y colaboradores, diseñaron una rúbrica basada

en el DIT para estudiantes y profesionales de la Salud.⁹ El cuestionario *Ethics in Health Care Questionnaire-version 2* –EHCQ-2, intenta medir la ética a través de 12 escenarios diferentes, tampoco ha probado tener validez demostrada para esta evaluación.¹² Otros instrumentos se enfocan en algún contexto específico como la ética en el área de urgencias, terapia intensiva, la investigación, o proponen casos para evaluar dilemas éticos específicos.^{13,14,15,16,17,18,19,20}

Ninguno de los instrumentos reportados en la literatura para evaluar la formación ética se enfoca, específicamente, en la ética personalista, ni se encuentra validado internacionalmente. A partir de la necesidad de evaluar el impacto de esta formación ético-humanística en las actitudes de los alumnos de medicina en universidades cuya identidad y misión está fundamentada en la ética personalista, consideramos importante elaborar un instrumento *ad hoc* que fuera coherente, validado y confiable con el fin de evaluar las actitudes de los alumnos con respecto al respeto a la vida, desde su concepción hasta su término natural, así como otras actitudes éticas de la profesión cuyo criterio, además de la ética general y la deontología médica, es la centralidad de la persona, para que instituciones con esta orientación lo puedan utilizar.

Resulta importante hacer una distinción entre lo que son las actitudes, y lo que representan en cuanto a la coherencia y su relación con la metodología empleada para su medición en la realización de este estudio. De acuerdo a Elejbarreta e Iñiguez, generalmente se suele aceptar que “la actitud constituye una predisposición organizada para pensar, sentir, percibir y comportarse ante un objeto”.²¹ Es claro que no es lo mismo pensar que sentir, percibir y comportarse. Por ello, es preciso diferenciar los procesos psicológicos en las tres dimensiones que organizan la actitud, a saber: la cognitiva, la afectiva y la comportamental. La primera incluye las creencias con respecto a un objeto; la segunda se refiere al grado de aceptación del mismo y, la tercera, ‘controla’ el comportamiento del individuo hacia el objeto”.²² No es posible medir directamente estas dimensiones, sin embargo, desde hace casi un siglo se acepta que la

opinión es considerada como la expresión de la actitud. En la medida que esta expresa la aceptación o rechazo de las personas, obtenemos “indirectamente una medida de sus actitudes, independientemente de lo que esas personas ‘sienten en realidad’ o de sus acciones”.²³ La medición de cualquier objeto sólo describe uno de sus atributos, en el caso de la medición de las actitudes a través de las escalas. Se mide su componente afectivo, es decir, el “ordenamiento de todos los individuos según sean más o menos favorables al objeto que presenten, en mayor o menor grado una cierta tendencia”, teniendo como supuesto teórico que “la actitud (su componente afectivo) es una variable unidimensional que se representa en un *continuum* psíquico” que por su origen y término determinados se da por suficiente.²⁴

De las posibilidades de instrumentos para la recolección de datos se eligió el cuestionario para medir la variabilidad afectiva de las personas encuestadas, utilizando el conjunto de respuestas como indicador de las variables subyacentes: el impacto y la actitud ante diferentes aspectos de la formación ético humanística que reciben en la Universidad en relación con la ética personalista.

Metodología

Construcción de la tabla de especificaciones

Como primer paso para su elaboración, se construyó una tabla de especificaciones o plan de prueba para planificar el contenido temático del cuestionario. Se establecieron, para la tabla, diferentes dominios de acuerdo a la importancia e interés de las áreas a evaluar. De acuerdo a los objetivos propuestos, estos dominios fueron: 1). El respeto a la vida humana en diversas cuestiones, desde la fecundación hasta su término natural. 2). La relación médico-paciente (en diferentes aspectos, considerando como fundamental la dignidad de la persona), y 3). La propia percepción de los alumnos acerca del impacto de la formación recibida en la Universidad en

sus actitudes con respeto a la ética personalista. Se asignó al primero un peso relativo de 35%, al segundo 20% y al tercero 25%. El 20% restante fue repartido en otras cuatro áreas, en las cuales la ética personalista también tiene importancia como son: el trasplante de órganos, las relaciones profesionales, la sexualidad y los honorarios médicos, quedando la tabla de los pesos específicos por dominio, construida como se muestra en la Tabla 1.

Tabla 1.
Tabla de pesos específicos de los dominios a investigar

	Dominio a investigar	Peso %
1	Percepción del impacto de la formación en las actitudes percibido por los alumnos	20
2	Respeto a la vida desde su fecundación hasta su término natural	35
3	Relación médico paciente (dignidad de la persona)	25
4	Trasplante de órganos	6
5	Relaciones profesionales	5
6	Honorarios	5
7	Sexualidad	4

Se empleó una escala tipo Likert por su utilidad en la medición de actitudes, bajo la perspectiva de considerarlas como un *continuum* que va de lo desfavorable a lo favorable, situando a cada individuo en un punto determinado, teniendo en cuenta la amplitud y la consistencia de las respuestas.²⁵

Para lograr la validez de contenido, de la literatura revisada se tomaron nociones que se acercaban a los objetivos del estudio para los reactivos de los diversos dominios.^{3,15,17,19, 26,27,28,29,30}

Uno de los estudios que más se acercaba a los objetivos propuestos fue un trabajo presentado en congreso por la Universidad Católica de Chile titulado: “Actitudes Ético Clínicas de alumnos de primero y cuarto de medicina”.^{31,32}

Construcción del cuestionario

Para su elaboración, se realizó una primera consulta para contar con reactivos específicos mediante la participación de los alumnos de últimos semestres de la licenciatura en médico cirujano, los cuales han estado expuestos a los programas de materias de contenido ético humanístico que se imparten en la licenciatura en Médico Cirujano de la Universidad a los cuales se invitó a participar, así como con profesores de esas materias, a quienes se les explicó la naturaleza de la investigación, pidiéndoles situaciones y casos reales experimentados por ellos que pudieran evaluar los dominios determinados en la tabla para utilizarlos posteriormente para construir los reactivos del cuestionario. Se recopiló lo considerado útil en la literatura, las propuestas recibidas de alumnos y profesores, y se adicionaron otras situaciones consideradas necesarias, elaborando una lista de enunciados representativos de las actitudes a evaluar, planteando situaciones diversas de acuerdo al objetivo propuesto. Estos reactivos se clasificaron de acuerdo a la tabla de pesos específicos, construyendo en primera tentativa un cuestionario de 73 reactivos, definido el reactivo como una unidad de medida que consta de un estímulo y una forma prescriptiva de respuesta cuyo fin es inferir la capacidad del examinado en un cierto constructo, en este caso, la actitud.³³

De estas ideas se realizó una primera versión de cuestionario de escala tipo Likert de 5 puntos, redactando los reactivos de manera que la respuesta pudiera expresar el grado de acuerdo con la proposición, para marcar la casilla con la puntuación que mejor expresara su actitud en la escala. Siendo el número uno (1) muy en desacuerdo, el dos (2) moderadamente en desacuerdo, el tres (3) moderadamente de acuerdo y cuatro (4) muy de acuerdo, dejando una primera casilla marcada como cero (0) para el caso de que en alguno de los enunciados el alumno no deseara contestar. Algunos reactivos se plantearon deliberadamente de tal manera que la res-

puesta de acuerdo a la ética personalista fuera la contraria en la escala para incrementar la validez del cuestionario.

Como es usual en este tipo de instrumentos, se recurrió al juicio de expertos para estimar la validez de contenido. Se eligieron para este jueceo de forma discriminada, nueve profesionales, casi todos profesores de la Universidad, con formación académica específica en los campos relacionados con la investigación en curso: medicina, bioética, pedagogía, tanatología, sexología, genética y psicología. Todos con niveles de maestría o doctorado con experiencia en la investigación, a los cuales igualmente se les explicó verbalmente y, por escrito, la naturaleza del proyecto para evaluar los reactivos propuestos en el sentido de relevancia, pertinencia y redacción. De acuerdo a su análisis, se les solicitó rechazar, modificar o aceptar cada reactivo si consideraban en este último caso, que se trataba de un elemento significativo, pertinente y relevante para el objeto de estudio.³⁴ Además, se les pidió que sugirieran todos los cambios que consideraran convenientes para lograr la aprehensión objetiva de la esencia de los fenómenos a estudiar y validez de contenido del instrumento. Cada uno de los jueces emitió por separado su recomendación. Entre estas recomendaciones, se sugirió la inclusión de una estimación sobre los valores, que sin duda están relacionados con la intención del estudio, para correlacionar con las actitudes reflejadas en la escala y se sugirió además añadir otras preguntas abiertas para una mejor complementación del aspecto cualitativo. Aunque no hubiera coincidencia del 100% entre las opiniones de los jueces, se retiró un reactivo cuando cualquiera de ellos expresó duda acerca de su pertinencia. Otros, de acuerdo a sus sugerencias, fueron reformulados para mejorar su comprensibilidad y se agregaron algunos más.

La tabla de pesos cambió a una de especificaciones, detallando los alcances de los dominios iniciales en campos más específicos, con los reactivos a los que pertenecía cada campo y su porcentaje ajustado (Anexo 1).

Siguiendo estas recomendaciones, se elaboró una lista de cuarenta valores de ordenes diversos: esenciales (para el efecto del estudio vida y dignidad), espirituales, morales, de la propia identidad, la relación con otros y utilitarios, adaptado de la propuesta por A. Cortina³⁵ (Tabla 2), dispuestos en orden alfabético con el fin de correlacionarlos con las respuestas de las actitudes.

Tabla 2.
Clasificación de valores por tipo*

Tipo	Valores
Esenciales	Vida y Dignidad
Morales	Bondad, Castidad, Fidelidad, Generosidad, Gratitude, Honestidad, Humildad, Justicia, Lealtad, Libertad, Respeto, Responsabilidad, Sencillez, Sinceridad, Veracidad
Espirituales	Compasión, Espiritualidad, Fortaleza espiritual, Perseverancia, Religión
De la propia identidad	Autoestima, Alegría, Equilibrio, Felicidad, Madurez
La relación con otros	Bien común, Confianza, Disciplina, Familia, Orden, Solidaridad
Utilitarios	Astucia, Audacia, Capacidad, Dinero, Eficacia, Poder, Valentía

* Adaptado de la Clasificación de Valores de Adela Cortina tomada de: Seijo C. Los valores desde las principales teorías axiológicas: Cualidades apriorísticas e independientes de las cosas y los actos humanos. *Economía*. 2009, 28, pp. 145-160.³⁶

También se modificó el formato del cuestionario, dividiéndolo en un segmento separado para evaluar el impacto de la formación ética y humanística recibido en la Universidad percibido por los alumnos, otro específico con proposiciones en relación con el aborto, y otro más de prácticas o posturas que incluían el resto de las áreas a evaluar con respecto al respeto al término natural de la

vida, eutanasia, cuidados paliativos y obstinación terapéutica; técnicas de fertilización *in vitro*, uso de células madre embrionarias, sexualidad, comunicación médico paciente respeto a las decisiones del paciente, aspectos del respeto de la dignidad humana, relaciones profesionales, trasplante de órganos y honorarios profesionales. Se ajustó el número de reactivos, el orden de presentación, su redacción, la sintaxis de algunos de ellos y las preguntas abiertas. Principalmente en la sección sobre el impacto y en las correspondientes al respeto a la vida, se procuró la homogeneidad, tratando de medir, con reactivos diferentes, aspectos del mismo fenómeno para dar mayor consistencia interna al instrumento. Una vez efectuados estos cambios se volvió a someter a la revisión por los mismos expertos. Las sugerencias y cambios, aunque menores, fueron tomados en cuenta para realizar la versión para la aplicación de una prueba piloto.

Se elaboró una carta de consentimiento bajo información que instruyera a los participantes sobre la libre decisión de participar o no en el estudio, la justificación y procedimientos del mismo, el anonimato y manejo confidencial de la información, la posibilidad de resolver dudas en caso de haberlas, y la comprensión de la información proporcionada (Anexo 2).

Prueba piloto

Para obtener información empírica sobre la validez de constructo y fiabilidad, y con ello la utilidad del instrumento a partir del análisis estadístico, se llevó a cabo una prueba piloto con 84 alumnos (número superior al número de reactivos), en igualdad de circunstancias de aplicación explicándoles, verbalmente a los alumnos de diversos semestres el objetivo del estudio, haciendo énfasis en la naturaleza voluntaria de la participación, el anonimato y la confidencialidad de la información, así como la petición que de aceptar, leyeran y firmasen su consentimiento bajo información. El vaciado

de los datos se realizó en el sistema SPSS versión 20. Para realizar las pruebas estadísticas de validez y fiabilidad se recodificaron los reactivos: 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 29, 35, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 54, 55, 56, 57, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, y 74 ya que fueron planteados para una respuesta inversa de acuerdo a la ética personalista.

Resultados

El instrumento construido consta de una sección de variables demográficas que incluyen sexo, edad, el semestre que cursa el alumno, su estado civil y religión, para contrastarlas con el resto de las variables investigadas. La sección de valores incluyó diversos tipos: esenciales (vida y dignidad), espirituales, morales, de la propia identidad, de la relación con otros y utilitarios, para ser contrastados con las actitudes investigadas. Una sección del impacto de la formación percibida por los alumnos, otra que evalúa las actitudes que en la opinión de los alumnos justifican el aborto en diferentes circunstancias, los reactivos que evalúan posturas en relación con la ética personalista en diferentes situaciones médicas y, por último, las preguntas abiertas que permiten evaluar cualitativamente las opiniones de los alumnos en cuanto a la formación recibida a través de su institución y otros aspectos de importancia que puedan haber influido en su formación (Anexo 3). Todos los alumnos a los que se invitó a participar aceptaron contestar el cuestionario y firmaron su consentimiento informado, afirmando a pregunta expresa al final del documento haber comprendido su sentido. El tiempo promedio para contestar el cuestionario fue de 17 minutos, con rango de 15 a 22 minutos.

Tabla 3.
Análisis de fiabilidad y validez de la prueba piloto con 84 alumnos

Análisis estadístico de fiabilidad y validez de la prueba piloto con 84 alumnos						
Factores explorados	KMO	Prueba de esfericidad de Bartlett	Significancia	Varianza individual	Varianza total explicada	Alfa de Cronbach
Impacto	0.849	537.014	.000	> 0.30	68.603%	0.895
Respeto a la vida	0.826	1543.940	.000	> 0.30	76.407%	0.918
Otras áreas	0.733	1381.672	.000	> 0.30	70.966%	0.779

Validez y fiabilidad del cuestionario

Los resultados del análisis de fiabilidad y validez de los reactivos evaluados por la medida de adecuación muestral de la idoneidad de los datos de Kaiser-Meyer-Olkin (prueba que investiga si el reactivo mide la variable que pretende medir), mostró que la proporción de varianza que tenían en común las variables analizadas, tenía un valor de 0.849 para el dominio de impacto, de 0.826 para el de respeto a la vida y de 0.733 para el dominio de las áreas restantes evaluadas. Como se aprecia, estos valores mostraron coeficientes cercanos a la unidad, que es lo más aceptable, calificado como notable para las dos primeras, y mediano para la tercera, lo que indica que el instrumento tiene validez de constructo (Tabla 3).

Esto fue confirmado además por otras pruebas, ya que la varianza individual (no compartida) de cada ítem fue en todos mayor de 0.30 (es decir cada reactivo tiene un significado específico) y la varianza total explicada se encontró entre 68.60 a 70.96% (es decir las variables del dominio correlacionaron entre sí). La prueba de esfericidad de Bartlett asegura por los resultados de los dominios examinados que, como es mayor en los 3 al nivel crítico de $p \geq$ (igual

o menor a) 0.05, se rechaza la hipótesis nula, ya que las variables están intercorrelacionadas y la significación es perfecta en todos ellos ya que se obtuvo para cada uno el valor de 0.000 (Tabla 3).

Finalmente, la precisión del instrumento y consistencia interna de los reactivos evaluados por el coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach, fue a 0.918 en el segmento de respeto a la vida, de 0.895 en el de impacto y de 0.779 en las otras áreas, lo que sugiere que los reactivos miden el mismo constructo o dimensión teórica del cuestionario, siendo menor, como es de esperarse en el tercero, que mide otras áreas por no ser una evaluación unidimensional, comparado con el de impacto y las actitudes ante el aborto. De acuerdo a los estándares, por los valores obtenidos, la fiabilidad del cuestionario en los diversos dominios explorados y evaluados se considera aceptable (Tabla 2).

Una vez confirmada la validez y fiabilidad, el cuestionario fue analizado y evaluado por un grupo de 10 expertos en investigación con nivel de maestría y doctorado en ciencias de la salud, en un seminario efectuado al efecto, con el fin de revisar el documento para lograr la versión final, con la cual se mejoró el instrumento en los siguientes aspectos:

1. Se modificaron las instrucciones de llenado para evitar confusiones y facilitar su lectura, la comprensibilidad, haciendo más sencilla la redacción de algunos reactivos, mejorando la tipografía, la maquetación, el aspecto formal y la distribución de los reactivos en las secciones (Anexo 3).

2. Se le presentó al alumno una lista de las asignaturas, tanto curriculares como optativas, que se cursan en la carrera de medicina en la Universidad relacionadas directamente con esta formación, para que pudieran especificar aquellas que consideraba que habían cambiado su actitud y,

3. Se agregó un lugar al final del cuestionario para que el alumno pudiera hacer comentarios adicionales.

Conclusiones

El impacto de esta formación ética en la carrera del médico es evaluado en forma heterogénea en cuanto a lo que evalúan. Los instrumentos utilizados para ello también son diversos en cuanto a su metodología y, frecuentemente, no reflejan con claridad los dilemas éticos más trascendentes en cuanto al respeto a la vida y la dignidad de la persona. Presentamos un instrumento construido y validado específicamente para la medición del impacto de la formación ético humanista en relación con aspectos específicos de la ética personalista en la carrera de medicina que, por sus características, cumple con los objetivos propuestos y puede ser utilizado por instituciones formadoras de futuros médicos en valores de acuerdo a una ética personalista cuyos objetivos e identidad sean acordes con estos ideales y puede ayudar a orientar sus estrategias para mejorar sus resultados.

Referencias bibliográficas

- ¹ Larios MH, Paredes SR, Ortigosa RJ. Ética en la formación del médico. En Rivero SO, Paredes SR. *Ética en el ejercicio de la medicina*. México: Panamericana, 2006, p. 24.
- ² Aquino T. S. Th., I-II, q. 3, a. 1
- ³ Christen M, Ineichen C, Tanner C. "How moral" are the principles of biomedical ethics? –a cross– domain evaluation of the common morality hypothesis. *BMC Med Ethics*. 2014,15(1):15-47.
- ⁴ Larios MH. *Ibid.* p. 28.
- ⁵ Nai-peng T, Siew-yong Y, Wah-yun L, Lela S, Prachi R, Huang MS, Wenting T, Siow-li L. Medical students' attitudes toward abortion education: Malaysian perspective. *PLoS ONE*. 2012, 7(12):e5216. doi:10.1371/journal.pone.0052116
- ⁶ Nota del autor
- ⁷ Sogi C, Zavala S, Ortíz P. ¿Se puede medir el aprendizaje de la Ética Médica? *An Fac Med Lima*, 2005, 66(2): 174-
- ⁸ Lynch, D. C., Surdyk, P. M. & Eiser, A. R. Assessing professionalism: a review of the literature. *Medical Teach*, 2004, 26(4):366-373.
- ⁹ Carlin N, *et al.* The Health Professional Ethics Rubric: Practical Assessment in Ethics Education for Health Professional Schools. *J Acad Ethics* 2011, 9(4)277-290.

- ¹⁰ Association of American Colleges and Universities. (2010). Ethical reasoning VALUE rubric. (Internet) Accesado 28 abril, 2013. Disponible en: <http://www.aacu.org/value/rubrics/pdf/ethicalreasoning.pdf>.
- ¹¹ Page K. The four principles: Can they be measured and do they predict ethical decision making? *BMC Medical Ethics*, 2012,13:10-18
- ¹² Lohfeld H, Goldie J, Schwartz L, Eva K, Cotton P, Morrison J, Kulamakan K, Norman G, Wood T. Testing the validity of a scenario-based questionnaire to assess the ethical sensitivity of undergraduate medical students. *Med Teacher*, 2012, 34:635-642.
- ¹³ Von Gunten CF, Mulan P, Nelesen RA, Soskins M, Savoia M, Buckolz G, Weisman DE. Development and evaluation of a palliative medicine curriculum for third-year medical students. *J Palliat Med*, 2012,15(11):1198-1217.
- ¹⁴ Jethwa S, Bryant P, Singh S, Jones M, Berlin A, Rosenthal J. Your life in their pocket: students' behaviors regarding confidential patient information. *Fam Med*. 2009, 41(5)327-331.
- ¹⁵ Barclay S, Thiemann P, Parker R, Whyte R, Benson J, Wood D, Quince T. Medical students' attitudes to end of life care throughout their course. *BMJ Support Palliat Care*. 2014, Suppl 1:A34.
- ¹⁶ Penciner R. Emergency medicine preclerkship observerships: evaluation of a structured experience. *CJEM*. 2009,11(3)235-239.
- ¹⁷ Steele R. Medical students' attitudes to abortion: a comparison between Queen's University Belfast and the University of Osla. *J Med Ethics*. 2009, 35(6)390-394.
- ¹⁸ Novaes MR, Guilhem D, Barragan E, Menin S. Education in research involving human beings in undergraduate medicine curriculum in Brazil. *Dev World Bioeth*. 2013,13(3):163-8
- ¹⁹ Gisondi MA, Smith-Coggins R, Harter PM, Solstysik RC, Yarnold PR. Assessment of resident professionalism using high-fidelity simulation of ethical dilemmas. *Acad Emerg Med*. 2004,11(9):931-937.
- ²⁰ Fitzgerald JM, Krause KE, Yermak D, Dunne S, Hannigan A, Cullen W, Meagher D, McGrath D, Finucane P, Coffey C, Dunne C. The first Survey of attitudes of medical students in Ireland towards termination of pregnancy. *J Med Ethics*. 2013. doi: 10.1136/medethics-2013-101608. Accesado: 25 de febrero 2015. Disponible en: <http://jme.bmj.com/content/early/2013/08/20/medethics-2013-101608>
- ²¹ F.J Elejabarrieta y L. In?iguez. Construcción de Escalas de Actitud tipo Thurstone y Likert. 1984. Accesado el 19 de junio de 2014. Disponible en <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/viewFile/6820/6246>. p.1
- ²² Elejabarrieta FJ, IñiguezL. *Ibid*. p. 2
- ²³ Elejabarrieta FJ, IñiguezL. *Ibid*. p. 2
- ²⁴ Elejabarrieta FJ, IñiguezL. *Ibid*. p. 3
- ²⁵ Elejabarrieta FJ, IñiguezL. *Ibid*. p. 28
- ²⁶ Iglesias LM, Becerro de Vengoa VR, Palacios CD, Fuentes PS: Knowledge and positions on bioethical dilemmas in a sample of spanish nursing students: a

questionnaire study. *Contemp Nurse*. 2011, 38(1-2):18-23.

²⁷ Nordstrand SJ, Nordstrand MA, Nortvedt P, Magelssen M. Medical students' attitudes towards conscientious objection: a Survey. *J Med Ethics*. 2013; 9:609-12

²⁸ Lehrmann JA, Hoop J, Hammond KG, Roberts LV. Medical students' affirmation of ethics education. *Acad Psychiatry*. 2009, 33(6):470-7.

²⁹ González de León AD, Salinas UA. Los médicos en formación y el aborto: opinión de estudiantes de medicina en la Ciudad de México. *Cad. Saúde Pública*. 1997;13(2):1-12 <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1997000200012>. Consultado 25 de febrero de 2015. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1997000200012&script=sci_arttext.

³⁰ Carvalho GM, Garces N L, Galvao GM, Actitudes Éticas de los estudiantes y egresados en carrera de medicina con metodologías activas. *Rev Bras Educ Med*. Jan 1, 2010; 34(1): 43-56.

³¹ Salas S. "Actitudes Ético Clínicas de alumnos de primero y cuarto de medicina", Universidad Católica de Chile. trabajo fue presentado en el 1º Congreso Internacional de Educación Médica ASOFAMECH, Concepción, Chile, Enero 2001.

³² Nota del autor: Como el trabajo no estaba publicado, a través de la comunicación por la red nos pusimos en contacto con la titular del trabajo, quien gentilmente lo envió.

³³ Batanero C, Díaz C. Análisis del proceso de construcción de un cuestionario sobre probabilidad condicional. *Educ Mat Pesqui*. São Paulo. 2006, 8(2):197-223.

³⁴ Escobar-Pérez J, Cuervo-Martínez A. Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*. 2008, 6:27-36. Consultado 25 de febrero 2015. Disponible en: http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/7113/8574/5708/Articulo3_Juicio_de_expertos_27-36.pdf.

³⁵ Seijo C. Los valores desde las principales teorías axiológicas: Cualidades apriorísticas e independientes de las cosas y los actos humanos. *Economía*. 2009, 28:145-160.

³⁶ Seijo C. *Ibid*. p.145-160.

Anexo 1.
Tabla de especificaciones del cuestionario

Contenidos	No. de reactivo	No.	%
1. Impacto de la formación universitaria en la percepción de los alumnos		14	18.918
1.1 Impacto de la formación universitaria en la percepción de los alumnos	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14	14	18.918
2. Respeto al inicio de la vida		19	25.675
2.1 Aborto	23,36,59,60,61,62,63,64,65,66,67,68,69,70,71,72,73,74	17	22.972
2.2 Uso de células madre embrionarias	17,18	2	2.702
3. Fertilización asistida		6	8.108
3.1 Fertilización asistida	19,20,21,22,44,45	6	8.108
4. Sexualidad		3	4.054
4.1 Sexualidad	23,24,46	3	4.054
5. Relación médico-paciente		18	24.324
5.1 Comunicación médico-paciente	15,28,30,35,38,50,58	7	9.459
5.2 Respeto a las decisiones del paciente	31,33,41	3	4.054
5.3 Dignidad humana	32,37,41, 42,43,50, 52,53,54,55, 58	8	10.810
6. Relaciones profesionales		2	2.702
6.1 Relaciones profesionales	16,51	2	2.702
7. Respeto al término natural de la vida		6	8.108
7.1 Obstinación terapéutica	56	1	1.351
7.2 Cuidados paliativos	25,27	2	2.702
7.3 Eutanasia	26,49,57	3	4.054
8. Trasplante de órganos		4	5.405
8.1 Trasplante de órganos	29,34,39,40	4	5.405
9. Honorarios profesionales		2	2.702
9.1 Honorarios profesionales	47,48 52	2	2.702

Las siguientes variables fueron planteadas en contraposición a la ética personalista y por ello deben ser consideradas en forma inversa:

16,17,18,19,20,21,22,23,23,24,26,29,35,37,38,39,40,42,43,44,45,46,47,48,49,50,51,52,54,55,56,57,59,60,61,62,63,64,65,66,67,68,69,70,71,72,73,74

Anexo 2
HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
ESTUDIO SOBRE EL IMPACTO DE LA
FORMACIÓN HUMANÍSTICA DE LA LICENCIATURA EN MÉDICO CIRUJANO
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación académica. Antes de decidir, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas. Una vez que conozca los objetivos y los procedimientos del estudio, si acepta participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Se realiza este estudio ya que no hay mucha información en México acerca del impacto de la instrucción ética y humanística que reciben los alumnos de la licenciatura en Médico Cirujano, y para analizar el resultado de lo que se imparte en esta licenciatura en la Universidad. El beneficio principal de esta investigación consiste en verificar el impacto y, en su caso, sugerir la modificación de los programas, contenidos o metodología de los cursos de formación ético-humanística en la licenciatura en Médico cirujano, para lograr sus objetivos.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

La investigación consiste en la aplicación de un cuestionario que pretende conocer el parecer de los alumnos acerca de algunas cuestiones, en diferentes etapas de la formación de pregrado en la licenciatura en médico cirujano. Por ello le pedimos que se sienta con confianza y exprese con libertad y franqueza sus respuestas y la conteste en su totalidad.

Este cuestionario es totalmente anónimo y la información será manejada y mantenida con estricta confidencialidad. Ninguna autoridad o personal administrativo de la Universidad tendrá acceso a la información de las encuestas. Sólo será procesada en conjunto para su análisis y publicación académica. Los resultados de este estudio pueden contrastarse para ser comparados con estudios futuros similares.

ACLARACIONES

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted en caso de no aceptar la invitación.
- El cuestionario es totalmente anónimo, y la información contenida en ellos será mantenida con estricta confidencialidad.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee.
- No tendrá que hacer gasto alguno ni recibirá pagos o compensaciones por su participación.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar esta Carta de Consentimiento Informado.

¿Comprendió la información propuesta? Sí _____ No _____

Firma de aceptación

Firma del estudiante _____ Fecha ___/___/___

Anexo 3 Cuestionario

Fecha: día ____/mes ____/2015

CUESTIONARIO SOBRE ASPECTOS ÉTICOS DE LOS ALUMNOS DE MEDICINA

En la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad, se está realizando un estudio como parte de una investigación doctoral acerca de cuestiones éticas en alumnos de la Licenciatura en Médico Cirujano. Las respuestas a este cuestionario son anónimas y confidenciales por lo que le pedimos responda con libertad.

Le agradecemos cumplidamente su aceptación para participar en este importante estudio.

Instrucciones:

Por favor marque con una X el recuadro de acuerdo a la respuesta que corresponda, complete su edad en años cumplidos y el semestre que cursa actualmente.

Sexo: Hombre Mujer

Edad: _____ años

Semestre que cursa actualmente: _____

Estado civil: soltero(a) casado(a) unión libre divorciado(a) viudo(a)

Religión:
católica judía musulmana budista hindú sin religión otra _____

A. Instrucciones:

La siguiente es una lista de 40 valores en orden alfabético.

Paso 1. En la columna color blanco a la derecha de cada valor (señalada con una X), marque con una cruz, los 10 valores que considere más importantes en su vida.

Paso 2. En la columna (Calif) a la izquierda de cada valor, de los 10 valores que marcó, califique con números del 1 al 10, en el orden de importancia para usted, siendo el 1 el más importante y así hasta el 10 el menos importante de los 10.

Calif.	VALOR	X	Calif.	VALOR	X	Calif.	VALOR	X	Calif.	VALOR	X
	Alegría			Dignidad			Generosidad			Poder	
	Astucia			Disciplina			Gratitud			Religión	
	Audacia			Dinero			Honestidad			Respeto	
	Autoestima			Eficacia			Humildad			Responsabilidad	
	Bien común			Equilibrio			Justicia			Sencillez	
	Bondad			Espiritualidad			Lealtad			Sinceridad	
	Capacidad			Familia			Libertad			Solidaridad	
	Castidad			Felicidad			Madurez			Valentía	
	Compasión			Fidelidad			Orden			Veracidad	
	Confianza			Fortaleza espiritual			Perseverancia			Vida	

B. Instrucciones:

A continuación encontrará una serie de afirmaciones en diversos apartados divididos en tres secciones. Por favor valore, de 1 a 4, el grado de acuerdo con las siguientes proposiciones, sabiendo que uno (1) significa estar muy en desacuerdo y cuatro (4) estar muy de acuerdo. Marque su elección con una cruz (X) en la casilla correspondiente. Si prefiere no responder marque la primera casilla de 0.

I. En qué medida considera que la FORMACIÓN ÉTICA Y HUMANISTA que ha recibido en la Universidad

No.	Proposiciones	No deseo contestar	Muy en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo
1	Ha sido importante en su formación médica	0	1	2	3	4
2	Se ha logrado a través de los cursos que recibí	0	1	2	3	4
3	Ha sido adecuada	0	1	2	3 ¹	4
4	Cambió favorablemente su actitud acerca de su visión integral de la persona	0	1	2	3	4
5	Le ha orientado para resolver los problemas éticos de su profesión	0	1	2	3	4
6	Ha cambiado para bien su perspectiva acerca de temas polémicos sobre la vida humana	0	1	2	3	4
7	Le ha hecho más consciente de la dignidad de la persona	0	1	2	3	4
8	Ha provocado en usted mayor respeto de la vida y la dignidad de los pacientes	0	1	2	3	4
9	Le brinda las bases para defender la vida en todos los casos	0	1	2	3	4
10	Le alienta a defender la vida humana desde la fecundación hasta su terminación natural	0	1	2	3	4
11	Es congruente con la de sus profesores	0	1	2	3	4
12	Ha influido positivamente en su comunicación con los pacientes	0	1	2	3	4
13	Ha sido congruente con los tiempos que vivimos actualmente	0	1	2	3	4
14	Ha complementado la formación recibida en la familia	0	1	2	3	4

II. Señale ¿qué tan de acuerdo está con las siguientes prácticas o posturas?

No.	Proposiciones	No deseo contestar	Muy en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo
15	Comunicar con franqueza a un paciente, en caso de haber cometido un error grave en su diagnóstico o tratamiento	0	1	2	3	4
16	Alterar el reporte médico de un paciente con el fin de que el seguro cubra sus gastos médicos	0	1	2	3	4
17	La investigación de células madre embrionarias para el tratamiento de la diabetes mellitus	0	1	2	3	4
18	Utilizar los embriones humanos congelados no utilizados en la fertilización in vitro, para la investigación científica	0	1	2	3	4

19	Seleccionar el sexo del embrión	0	1	2	3	4
20	La fertilización in vitro como método para que las parejas puedan concebir	0	1	2	3	4
21	La reducción de embriones (eliminación), en los casos de fertilización in vitro cuando el número de los implantados pone en riesgo la vida de la madre	0	1	2	3	4
22	El uso de técnicas de fertilización asistida (como útero subrogado)	0	1	2	3	4
23	La recomendación de la píldora del día siguiente a una joven soltera, porque tuvo relaciones sexuales y teme un embarazo	0	1	2	3	4
24	Promover la actividad sexual prematrimonial	0	1	2	3	4
25	Limitar las acciones terapéuticas a hidratación, oxígeno e higiene en un paciente terminal	0	1	2	3	4
26	Realizar la eutanasia por compasión, a un enfermo que sufre una enfermedad terminal	0	1	2	3	4
27	Recurrir a analgésicos con efectos potenciales de riesgo, en enfermos terminales con dolor intratable	0	1	2	3	4
28	Revelar el diagnóstico de cáncer en etapa terminal, a un paciente de edad avanzada	0	1	2	3	4
29	Extraer órganos para trasplante en personas en coma	0	1	2	3	4
30	Explicar los riesgos de una intervención quirúrgica a los pacientes	0	1	2	3	4
31	Aceptar la decisión de un paciente que rechaza la intervención que requiere	0	1	2	3	4
32	La adopción en parejas con esterilidad	0	1	2	3	4
33	Respetar la decisión del paciente en estado terminal que rechaza las medidas terapéuticas	0	1	2	3	4
34	La extracción de órganos para trasplante, en personas sin actividad cerebral detectable	0	1	2	3	4
35	Minimizar los riesgos de una intervención médica para que el paciente la acepte	0	1	2	3	4
36	La persona humana inicia con la fecundación	0	1	2	3	4
37	Rechazar atender a un paciente por estar infectado con VIH	0	1	2	3	4
38	Mantener el secreto de un paciente con pareja, infectado por VIH	0	1	2	3	4
39	Promover trasplantes de órganos, por medio de incentivos económicos	0	1	2	3	4
40	Elegir al receptor de trasplantes, basado en su estatus socio-económico	0	1	2	3	4
41	Que los pacientes participen en la toma de decisiones médicas	0	1	2	3	4
42	El trato preferencial de pacientes, de acuerdo a su estatus socioeconómico	0	1	2	3	4
43	Rechazo a pacientes homosexuales	0	1	2	3	4
44	El uso de gametos (óvulos o espermatozoides) de donantes para inseminación artificial	0	1	2	3	4
45	La utilización de úteros subrogados	0	1	2	3	4
46	La promoción masiva de anticonceptivos para prevenir abortos	0	1	2	3	4
47	Compartir honorarios con el médico que refiere pacientes	0	1	2	3	4
48	Elevar los honorarios cuando el paciente tiene seguro de gastos médicos	0	1	2	3	4

Impacto de la formación ética personalista en estudiantes de medicina

49	Retirar todos los soportes de asistencia vital a un recién nacido que después de un paro cardiaco quedó con secuelas neurológicas serias	0	1	2	3	4
50	Realizar un examen de VIH al paciente sin consultárselo	0	1	2	3	4
51	Modificar el diagnóstico en el informe médico cuando puede resultar en perjuicio o beneficio para el paciente	0	1	2	3	4
52	No prestar atención médica cuando el paciente no tiene recursos para cubrir los honorarios	0	1	2	3	4
53	Llamar a los pacientes por su primer nombre	0	1	2	3	4
54	Referirse a los pacientes por su patología clínica	0	1	2	3	4
55	Referirse a los pacientes por su número de cama	0	1	2	3	4
56	Realizar maniobras de reanimación en pacientes con enfermedad terminal que caen en paro	0	1	2	3	4
57	Realizar eutanasia de un paciente que lo solicita, por sufrimiento intenso	0	1	2	3	4
58	Involucrar a la familia en la atención del paciente terminal	0	1	2	3	4

III. Señale en qué casos usted considera que está justificado el aborto

No.	Proposiciones	No deseo contestar	Muy en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Moderadamente de acuerdo	Muy de acuerdo
59	Cuando una madre soltera no puede criar un hijo sola	0	1	2	3	4
60	Cuando la mujer resulta embarazada como resultado de una violación	0	1	2	3	4
61	En menores de edad	0	1	2	3	4
62	En caso de que el embarazo ponga en riesgo la vida de la madre	0	1	2	3	4
63	Cuando la mujer embarazada es abandonada por la pareja o su familia	0	1	2	3	4
64	Cuando es un embarazo no deseado	0	1	2	3	4
65	Mientras el embarazo sea menor a 12 semanas	0	1	2	3	4
66	En los casos que prevea la ley	0	1	2	3	4
67	Cuando la mujer embarazada sufre de retraso mental	0	1	2	3	4
68	Cuando la evidencia médica confirma una condición patológica o malformación del feto	0	1	2	3	4
69	Cuando la institución presiona al médico a realizarlo	0	1	2	3	4
70	Cuando la madre se encuentra en estado vegetativo como consecuencia de un accidente	0	1	2	3	4
71	Cuando se paga por este servicio.	0	1	2	3	4
72	Si se comprueba que el embarazo es producto de la infidelidad de la madre o padre	0	1	2	3	4
73	Cuando la familia es pobre y no podrá proveer al futuro recién nacido lo que necesita	0	1	2	3	4
74	Porque la interrupción del embarazo es un derecho legal	0	1	2	3	4

C. Instrucciones: Por favor conteste lo siguiente:

1. Describa: ¿cuál es el impacto que han tenido en usted, los cursos de ética y humanismo que ha recibido en la Universidad?

2. De los cursos de ética y humanismo que ha tomado en la Universidad, marque en el recuadro a la derecha con una X aquellos que **han cambiado su actitud**. Si hay alguno que no esté enunciado por favor agréguelo.

CURSOS	X
El profesional de la salud y formación	
Ética de la Salud	
Dignidad y Espiritualidad	
Comunicación médico-paciente	
Antropología fundamental	
Ética y bioética	

CURSOS	X
Socio-médica	
Persona y trascendencia	
Liderazgo fundamentado en valores	
Persona y acción: el líder íntegro	
Perspectiva de género personalista	
Cristianismo y ética contemporánea	

CURSOS	X
Cristianismo y sociedad	
Ética social	
Religiones comparadas	
Responsabilidad social	
Otro (¿Cuál?)	
Otro (¿Cuál?)	

3. Describa: ¿**en qué sentido** los cursos de ética y humanismo que ha recibido en la Universidad, han cambiado su actitud?

4. De los cursos de ética y/o humanismo que marcó de la pregunta 2, indique cuál es el curso que mayor impacto ha causado en su formación profesional y por qué.

5. Describa, ¿Qué otros factores han influido en sus actitudes éticas y la importancia global que éstos han tenido?

Le agradecemos cualquier comentario adicional que desee externar en este espacio.

¡ Muchas gracias por su participación !

Bioética clínica: una necesidad imperante en México

*Ma. Elizabeth de los Ríos Uriarte**

Resumen

En este artículo se plantea la posibilidad de aplicar la Bioética Clínica a la realidad mexicana tomando como antecedentes los servicios de consultas éticas surgidos en Estados Unidos durante la década de los años setenta; así pues, se describen los elementos más característicos de este servicio con la intención de analizar su posibilidad en territorio mexicano. De igual forma, se plantean algunos de los retos más acuciantes para su implementación y se discuten vías de solución.

Summary

Clinical bioethics: an unavoidable necessity in Mexico

This article poses the question on the possibility to implement Clinical Bioethics in Mexico; it takes the North American experience on the ethics consultation services initiated during the seventies in the United States. Some of the main characteristics of these services are presented in order to show the challenges to face concerning the Mexican reality and, therefore, some solutions to them are discussed here as well.

* Doctora en Filosofía por la Universidad Anáhuac y profesora de la Facultad de Bioética de la misma institución.

Palabras clave: Bioética Clínica, consultas éticas, México, retos, recursos

Key words: Clinical Bioethics, ethics consultation, Mexico, challenges, resources.

Introducción

Cada vez resultan más frecuentes los dilemas a los que se enfrenta el personal sanitario¹ al momento de deliberar respecto de determinados tratamientos según determinadas condiciones presentadas por los pacientes; así pues, cada vez resulta más frecuente discernir éticamente sobre las intervenciones médicas sobre la vida humana, tarea primordial de la Bioética.

La Bioética se ha abordado en los últimos veinte años en México, desde un punto de vista teórico, entendiéndola en sus principios y corrientes de forma casi perfecta; sin embargo, la Bioética no se ha llevado a la práctica hospitalaria como reflexión que oriente las decisiones, tanto de los profesionales de la salud como de los pacientes y sus familiares, de esta manera, la Bioética se ha quedado rezagada al ámbito académico sin aterrizar en el hospitalario, y convertirse en una verdadera necesidad al momento de tomar una decisión concreta con un paciente específico o frente a un tratamiento determinado.

Si bien es cierto que, desde el 2011, la Comisión Nacional de Bioética al conformar y exigir en todas las instituciones hospitalarias la instauración de los Comités Hospitalarios de Bioética ha dado un paso muy importante en el impulso y desarrollo del objetivo principal de la Bioética, ésta, en su entendimiento clínico o bien la así llamada en los Estados Unidos *Bedside bioethics*, sigue siendo aún una utopía en nuestro país; sin embargo, es urgente empezar a dar los primeros pasos en esta dirección ya que permitirán, entre otras cosas, claridad en la toma de decisiones médicas y, con ello, mejorar la práctica médica con vistas a elevar la calidad de vida de la población mexicana.

En ese artículo se planteará la necesidad de contar con un servicio de consultas éticas dentro de una institución hospitalaria en México, tomando como fundamentación del mismo el modelo implantado por la *Cleveland Clinic* desde 1984. Se abordará el aspecto de su conformación y requerimientos en primer lugar, posteriormente se analizarán algunas de las problemáticas más frecuentes que suscitan la necesidad de contar con este servicio en una institución de salud y, en tercer lugar, se mencionará brevemente la metodología que sigue este tipo de consultas así como las diferentes funciones que aporta, a la institución, un servicio de consultas éticas.

Orígenes y desarrollo del Servicio de Consultas Éticas

El servicio de consultas éticas (SCE) surgió en los Estados Unidos a la par del surgimiento de la Bioética como ciencia, esto es, al inicio de los años setenta. Fue impulsado por diversos grupos y comisiones con trayectoria amplia y respetada en el sector salud, tal es el caso de la *President's Commission* en 1983, la *American Hospital Association* en 1986, la *American Medical Association* en 1985 y la *American Society for Bioethics and Humanities* en 1998 (Fox, 2007).

Se define como servicio de consultas éticas al “servicio brindado por un comité, por un equipo o por un individuo para atender los asuntos éticos en un caso clínico específico y activo” (Fox, 2007:14).

De la definición anterior se desprende, entonces, que dicho servicio puede ser realizado por un Comité, por un equipo o bien por un individuo. Como se mencionó al inicio de este trabajo, en nuestro país, México, se ha dado ya un primer paso en la dirección correcta de aplicación clínica de la Bioética pues se redactaron, en el año 2011, las Guías Nacionales para la Integración y el Funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética² por parte de la Comisión Nacional de Bioética, propiciando con ellos uno de los modelos en que el SCE se puede llevar a cabo.

En el estudio realizado por Ellen Fox, Sarah Myers y Robert Pearlman publicado en 2007, se entrevistó a 600 hospitales genera-

les de los Estados Unidos, de éstos el 81% contaba con el servicio de consultas éticas y un 14% estaba en proceso de conformación del mismo. El 100% de los hospitales con más de cien camas contaba con el servicio, lo mismo que los hospitales para veteranos y los hospitales de enseñanza (Fox, 2007).

De los hospitales que contaban con el SCE, en el 68% éste era brindado por el modelo en que participa un equipo pequeño de individuos, el 23% por un comité y el 9% por un solo individuo. Por su parte, un 27% de los hospitales tenían conformado el SCE desde hacía menos de 5 años, el 47% desde hacía un período de 5 a 10 años y un 26% por desde hacía más de 10 años (Fox, 2007).

Otro dato relevante del estudio es la media de consultas realizadas el año anterior al año de la encuesta (1998) que es de tres, el 22% de los hospitales no tuvieron consultas abiertas el año anterior y el 90% reportaron menos de 25 consultas el año anterior (Fox, 2007). De igual manera, otro dato relevante es el tiempo promedio transcurrido entre la llamada inicial al SCE y el cierre del caso una vez dadas las recomendaciones pertinentes que fue, en el 25% de los servicios de 3 horas y en el 11% fue mayor a 24 horas (Fox, 2007).

Respecto del perfil de los individuos que realizaron la consulta ética, 34% de los mismos eran médicos, 31% enfermeras, 11% trabajadores sociales, 10% capellanes y menos del 4% eran abogados, filósofos, teólogos u otros profesionales. Del total de este personal, sólo el 5% contaba con estudios profesionales en grado de maestría o doctorado en Bioética, el 41% aprendió el procedimiento con observación y guía directa de otro profesional previamente entrenado, un 45% eran autodidactas (Fox, 2007).

En todos los hospitales que contaban con un SCE, éste estaba disponible para cualquier persona en la institución, era gratuito y el 59% notificaba al paciente o a su familiar antes de acudir a la consulta, mientras que el 76% avisaban al médico tratante antes de acudir a la consulta (Fox, 2007).

Por último y con respecto a los objetivos del SCE, el 94% de los hospitales consideraban que era la intervención para proteger los

derechos de los pacientes, el 77% para contener conflictos reales o aclarar malos entendidos, el 75% también pensaba que era la intervención directa con un paciente para que éste aceptara determinado tratamiento que lo beneficiaría (Fox, 2007).

Los datos mencionados anteriormente demuestran que el servicio de consultas éticas (SCE) en los Estados Unidos existe desde hace por lo menos tres décadas, que ha tenido distintos momentos evolutivos y que se ha conformado en distintos modelos que han sido usados más frecuentemente en algunos hospitales que en otros pero que, casi la mayoría de los hospitales generales cuentan con el servicio.

Pasaremos ahora a considerar el modelo mejor estructurado de consultas éticas en los Estados Unidos: el servicio que brinda el departamento de Bioética de la Cleveland Clinic.

El modelo de la Cleveland Clinic

La Cleveland Clinic es un centro de salud altamente reconocido en el mundo entero y respetado por ocupar un puesto dentro de los primeros cinco lugares de los mejores hospitales de Estados Unidos, y el número uno por su especialización en enfermedades del corazón (Agish, 2003).

El servicio de consultas éticas (SCE) en la Cleveland Clinic se inició en 1984 como iniciativa del departamento de Bioética y del Comité de Ética de la Clínica y, en gran medida, el éxito del mismo se ha ido obteniendo porque este hospital siempre se ha caracterizado por ser un centro de tratamiento para enfermedades complejas, ya que se preocupan constantemente por la investigación e implementación de avances médicos para condiciones médicas inusuales, así también, algunos de los pilares ideológicos de la clínica que han impulsado proyectos nuevos y de gran envergadura son la cooperación y colaboración, de tal manera que se acepta, sin reservas, que otros profesionales den su consejo respecto de la situación

que presenta un paciente; estas dos características de la Cleveland Clinic representan tierra fértil para el servicio de consultas éticas (SCE).

El SCE que ofrece la Clínica es ininterrumpido, es decir, cuentan con el servicio 24 horas al día los 7 días de la semana y éste se realiza, mayoritariamente por individuos altamente cualificados y que cuentan con estudios en el campo de la Bioética; además, sus miembros son profesionales en otras áreas tales como leyes o derecho, psicología, teología, filosofía y medicina.³

La Cleveland Clinic representa un modelo estandarizado y que se ha probado con el tiempo, que funciona y provee el servicio de consultas éticas con altos estándares de excelencia; saber que la clínica recibe, en promedio, 268 consultas al año, demuestra sus altos índices de eficiencia y, sobre todo, el respeto que se le tiene la personal que labora ahí.

Si se analiza la fuente de donde surgen la mayoría de las consultas en la Cleveland Clinic, se observará que son los médicos tratantes o los estudiantes de medicina quienes realizan constantemente peticiones de consultas, después están las enfermeras o los practicantes de enfermería y/o cualquier otro profesional de la salud involucrado con el paciente, por último, están las llamadas hechas por familiares o bien por los pacientes mismos.

Con la información anterior se puede deducir que el SCE goza de prestigio y reconocimiento entre el mismo personal de la Cleveland Clinic, esto se debe a que, desde 1984, el departamento de Bioética se ha ocupado de hacerse notar y de ofrecer promocionales y desplegar carteles por todas las áreas de la Clínica; así parte esencial de su reconocimiento es que, durante su entrenamiento y paso por este centro, los estudiantes de distintas áreas así como todo el personal de nuevo ingreso recibe pláticas informativas donde se les da a conocer que existe el SCE, cuáles son sus funciones, se les instruye en cuándo deben acudir a él y, sobre todo, se les hace hincapié en que es un servicio gratuito y que cualquiera puede hacer uso de él, esto es, que no se requiere solicitar un permiso es-

pecial para hacer una consulta al equipo del SCE y que tampoco se requiere ser profesional de la salud. Con esto, quienes laboran en la clínica y quienes son sus pacientes, ya sea por una orden de internación o bien por una consulta externa, saben y conocen que existe el SCE y que pueden acudir a él en cualquier momento.

Problemáticas que suscitan la necesidad del SCE

Varias pueden ser las causas para consultar un servicio de consultas éticas (SCE), sin embargo, algunas de las más comunes son:

a) Falta de documentos de voluntades anticipadas. Considerando las variaciones de los documentos donde se especifican los deseos de los pacientes en caso de que éstos no pudieran expresarlos por caer en estado de inconciencia o de incapacidad, la falta de éstos puede generar dudas en cuanto a las personas designadas para tomar decisiones, o bien, respecto de lo que el paciente hubiera querido en las circunstancias presentadas.

b) Discrepancias entre médicos y familiares o pacientes. Al existir diversas opiniones con respecto al tratamiento o intervenciones sugeridas por los médicos, el servicio de consultas éticas mediará en el cuestionamiento y contemplación de todas las alternativas y orientará para la toma de decisión que mejor beneficie al paciente.

c) Aclaraciones entre pacientes y doctores. Uno de los problemas más frecuentes al momento de obtener el consentimiento informado de los pacientes, es que éstos no entienden los términos médicos o no son capaces de comprender las consecuencias de lo que el médico les está presentando como opción de tratamiento (Lo, 2009). El SCE será entonces consultado frecuentemente para favorecer la transmisión de la información de forma clara y entendible, de tal manera que no existan confusiones entre lo que el médico está intentando comunicar y lo que el paciente entiende.

d) Conflictos de interés. Cuando existen terceros involucrados en la relación médico-paciente, tales como intereses particulares de

aseguradoras, laboratorios o industrias farmacéuticas, el SCE deberá intervenir para asegurarse que éstos no mermen el buen juicio del médico y, en consecuencia, se persiga el mejor interés del paciente.

e) Pérdida de autonomía en los individuos. En ocasiones se presentan casos en que, debido a la edad o bien a las consecuencias de algunas enfermedades incapacitantes, los pacientes pierden autonomía, siendo requerido un servicio que refleje sus intereses y que defienda sus derechos.

f) Protección de adultos y niños. La función del SCE, cuando existen casos en que ya sean infantes o adultos no cuenten con la protección de un tutor, será contactar a los servicios especializados para que, a la brevedad, les asignen custodia tutelar, ya que se trata de individuos altamente vulnerables que necesitan protección que vele por sus intereses.

g) Decisiones al final de la vida. Muchos dilemas éticos se presentan en el término de la vida, y versan sobre el momento en que es preciso dejar de intervenir médicamente, o bien continuar; para ello el SCE es consultado y deberá asegurarse de poner en la mesa de discusión las ventajas y desventajas de una o de otra acción y orientar la toma de decisión con base en lo que se considere que es lo que el paciente hubiese deseado, y que conlleva la persecución de su finalidad intrínseca como persona.

h) Decisiones de asignación de recursos. Problemas como la asignación de órganos en una lista de trasplantes o de espacios en una unidad de cuidados especializados son dilemas que exigen una reflexión ética para tomar decisiones justas, el SCE será quien proporcione argumentos para que la decisión sea lo más justa posible, considerando la dignidad de la persona como criterio fundante de la argumentación.

i) Trasplantes. Para asegurar que una donación de un órgano de un paciente vivo a otro paciente vivo se efectúe según los criterios éticos de la inoceribilidad y de la voluntariedad, el SCE interviene entrevistando a los candidatos a donar para garantizar una donación éticamente viable.

Metodología y funciones del SCE

Saber qué debe hacer y qué se espera de un consultor en ética clínica es parte esencial del éxito del SCE; si bien es cierto que múltiples esfuerzos se han hecho para evaluar los resultados de contar con un servicio de este tipo, también es cierto que todos estos esfuerzos siempre recaen en la ambigüedad provocada por el relativismo de saber que cada paciente es distinto y que cada padecimiento, aunque pueda enmarcarse en generalidades médicas y signos clínicos específicos, en cada paciente se comportará distinto y, por ello, las reacciones individuales serán distintas tanto frente al médico tratante como frente a los dilemas éticos que surjan de la condición y del tratamiento. Así pues, aunque los instrumentos de medición sean objetivos y necesarios, los valores que miden siempre serán subjetivos y contingentes (Craig, 2006).

No obstante la problemática anterior, existen ciertos intentos por definir y englobar las funciones de un consultor en un SCE, y lo que de él se esperaría, así Agich afirma:

"The ethics consultant's role is to provide consultation and advice on the ethical aspects of patient care. If the consultant can resolve disputes or conflicts so much the better, but that is not the ethics consultant's role. The basic task of the ethics consultant is to undertake a thorough investigation and analysis of a case and provide sound ethical advice through recommendations that respect the different viewpoints of the individuals involved in a case" (Agich, 2003: 318)

Con lo anterior, se deduce entonces que si bien el consultor en ética clínica persigue el mismo objetivo del médico y del equipo de profesionales de la salud, éste debe enfocarse en hacer un análisis exhaustivo de lo que los tratamientos médicos implican en materia ética y de las interrogantes que surgen de la relación con el paciente; ahora bien, estos cuestionamientos surgirán, a su vez, de los valores involucrados, es decir, el consultor deberá entonces interpretar y mediar entre los valores del paciente y los valores del médico adjudicándoles a cada uno su correcto lugar axiológico tomando en consideración las problemáticas éticas que cada uno representa.

Según Agich, para que lo anterior se lleve a cabo con éxito se requiere seguir ciertos lineamientos. En primer lugar, tomar en consideración las políticas institucionales que, en el caso de la Cleveland Clinic son proveer un servicio de calidad al paciente, colaboración, colegiación, apoyar los valores y creencias personales del paciente o del familiar. En segundo lugar se debe considerar lo que es más apropiado dada la circunstancia particular, esto es por ejemplo, evaluar si se requiere una reunión familiar y si se estima que el médico esté presente o bien que la reunión sea únicamente entre familiares, paciente y consultor, etc. En tercer lugar y de forma indispensable, se debe procurar siempre mantener una comunicación abierta y clara por parte del consultor, esto se puede hacer de forma verbal o escrita pero siempre deberá cumplirse. Por último, el quinto requerimiento es que el servicio siempre esté disponible para cualquier persona que lo requiera (Agish, 2003).

Tomando en cuenta lo anterior y considerando que el bienestar del paciente es la prioridad, de forma esquemática se puede enlistar el procedimiento del SCE:

a) Se recibe el aviso en el *beeper* que tiene el consultor de guardia.

b) Se llama a quien solicitó la consulta.

c) Se indaga lo más que se pueda sobre la problemática, el porqué de la consulta, lo que se espera del consultor y la situación actual del paciente, así como el personal involucrado y se pregunta por el nivel de urgencia de la consulta.⁴

d) Se revisa con detenimiento el expediente clínico del paciente.⁵

e) Si el nivel de urgencia de la consulta no es alto, se procede a investigar ampliamente sobre el padecimiento o la enfermedad del paciente. La importancia de esta radica en que, si se cuenta con información respecto de los antecedentes y de los tratamientos posibles, se contará con más elementos para argumentar adecuadamente y a favor de lo que sea mejor para el paciente.

f) Se acude a la consulta y se platica directa y personalmente con quien haya pedido la consulta. Aquí el objetivo es indagar cuál

es la principal problemática ética en juego y cuáles son los posibles cursos de acción, es decir, puede ser desde platicar con el paciente, convocar a una reunión interdisciplinaria del personal médico, convocar a una reunión familiar, etc.

g) Se realizan las acciones que se estimen necesarias y adecuadas.

h) Escribir en el expediente clínico las recomendaciones y las acciones sugeridas.

i) Darle seguimiento al caso.

Los pasos anteriores pueden ser alterados según la circunstancia, por ejemplo, si se determina que el principal problema es localizar al familiar o a quien el paciente haya designado como su representante legal, la labor se traslada al trabajador social quien se encargará de ello, es decir, en ocasiones, y puede suceder incluso con frecuencia relativa, que quienes soliciten una consulta no puedan determinar la problemática ética y la confundan con problemáticas administrativas, de esta manera la función del consultor cambia según la circunstancia lo vaya exigiendo.

Ahora bien, tomando en cuenta los pasos anteriormente mencionados, algunas de las funciones que realizan los consultores del SCE según se presenten los casos y las circunstancias concretas pueden ser:

– Orientar al personal sanitario y a los pacientes hacia una toma de decisiones que busque el bienestar integral del paciente.

– Clarificar términos y asegurar que tanto el paciente como sus familiares conozcan a fondo el padecimiento y los riesgos y beneficios de las posibles intervenciones.

– Mediar entre los deseos y los valores del paciente y los deseos y valores del equipo médico.

– Emitir recomendaciones.⁶

– Emitir documentos para prevenir conflictos en un futuro.⁷

– Entrevistas con los candidatos a donar un órgano.⁸

– Asegurar que se cumplan los mejores deseos del paciente.⁹

– Intervenir para la asignación de tutores para adultos incapaces o niños.¹⁰

– Brindar apoyo a los pacientes,¹¹ a los familiares y al personal de la salud.

Como se puede observar son múltiples y variadas las funciones que un SCE debe cumplir, éstas varían según cada paciente y cada situación, por lo que evaluarlas resulta complicado; sin embargo, siempre se esperará que el consultor sea capaz de diagnosticar los valores éticos en riesgo en la relación médico-paciente y velar por el bienestar del paciente sin por ello descuidar al equipo médico, a la institución o incluso a sus mismos compañeros.

Pasaremos ahora a abordar los retos más apremiantes a los que se enfrenta la instauración y práctica de la Bioética Clínica en México.

Retos para la implementación del SCE en México

Una vez analizado el origen y surgimiento de la Bioética clínica, las problemáticas que trata e intenta solucionar y el método que sigue así como los lineamientos con los que resuelve los problemas suscitados es preciso ahora analizar la posibilidad de implementación de la misma en México

Se ahondará en tres barreras o retos que se consideran prioritarios para la implementación de la Bioética Clínica en México. Estos retos han sido diagnosticados en la medida en que se han tenido pláticas con hospitales privados en el país, en la ciudad de México¹² que han brindado su apoyo y retroalimentación con vistas a una efectiva implementación del programa y del servicio de consultas éticas.

El principal problema detectado y que se presume aquí como el más difícil de resolver y, por ende, el que llevará más tiempo trabajar es la barrera cultural, consistente fundamentalmente en la concepción que se tenga de un profesional, que no necesariamente tenga que ser profesional de la salud, dedicado a las consultas éticas dentro de un hospital. El segundo reto que es preciso comenzar a trabajar es en el aspecto legal y esto radica en que si bien, en

Estados Unidos como ya se explicó en páginas anteriores, cualquier profesional aunque no sea personal sanitario puede tener acceso al expediente clínico del paciente, en nuestro país no es así, ya que existe el delito de intrusión profesional por el que pueden acusar a un consultor de estar invadiendo la profesión y, por consecuencia, las acciones que le corresponden estrictamente al personal médico. Por último un tercer reto al que se enfrenta México es el económico, aunque se estima que éste es, quizá, el menos difícil de vencer pues un SCE no representa un gasto excesivo.

La barrera cultural

Como ya se mencionó, el reto cultural radica en el modelo paternalista que todavía hoy en día sigue predominando en la práctica médica de nuestro país. Dicho modelo parte de la base en que el médico, al ser quien tiene el conocimiento, tiene poder sobre el paciente, por lo tanto, el rol del paciente en su propio tratamiento se reduce a la aceptación incondicional de las indicaciones y opciones médicas sin posibilidad de réplica (Emanuel, 1992).

Ahora bien, si extrapolamos este modelo al SCE, el médico sigue teniendo el conocimiento pleno y total sobre la condición del paciente y, por ende, el poder sobre el consultor; así las cosas, el consultor no podría hacer valer sus opiniones y menos aún, sus recomendaciones pues, en este modelo, sólo es admisible la opinión del médico tratante.

Con lo anterior se perfila pues que el problema fundamental está en romper con el aspecto cultural que invalida el respeto a las opiniones de un tercero o bien del paciente frente a las del médico. Se mencionó anteriormente que, en la Cleveland Clinic, el SCE cuenta con una trayectoria ampliamente reconocida por todos quienes laboran en ella y, por ende, todos reconocen su existencia y su relevancia para emitir recomendaciones frente a situaciones que impliquen dilemas éticos. En México, iniciar un proyecto de esta envergadura tendría, antes que nada, que generar una historia tal que sus

acciones e intervenciones sean respetadas e incluso, que la misma naturaleza y necesidad de existencia sea valorada. Es decir, mientras no se tenga presente la importancia de la colaboración y el diálogo interdisciplinario en la toma de decisiones con vistas a la integridad del paciente, el SCE no podrá implementarse en nuestro país.

Se requiere entonces pasar de un esquema de práctica médica paternalista, a un esquema colaborativo en donde tanto el paciente como sus familiares y los expertos en la toma de decisiones éticas hagan escuchar y valer su voz frente a la ya dada por parte del médico y que ésta sea capaz de escuchar y discernir en conjunto las acciones que estén más cercanas a defender el bienestar del paciente en todas sus dimensiones.

De la misma manera que el médico no es experto en discernir los valores éticos ante determinadas circunstancias, tampoco el experto en ética conoce a fondo términos médicos ni mucho menos tratamientos específicos con riesgos y beneficios, así, se necesita que ambos dialoguen siempre con vistas hacia lo que represente los mejores deseos del paciente para que, juntos, encuentren las alternativas más viables que concilien lo médicamente posible con lo éticamente admisible.

El aspecto legal

Como ya también se dijo en párrafos anteriores, el segundo reto al que se enfrenta la Bioética Clínica en México es en el ámbito legal y es que en México existe el delito de intrusismo profesional (Código Penal Federal, art. 250) y éste, aplicado al campo de la salud, quedaría representado por un profesional ajeno al personal sanitario que labora en una determinada institución que tuviera acceso al expediente clínico de un paciente.

Dado que se presume que no todos los consultores en ética clínica van a tener una formación en bioética¹³ y, menos aún, serán médicos, este constituye un problema que urge a transformar la Ley General de Salud (LGS) de nuestro país para incluir en ella la figura del *consultor en ética* o *bioeticista* como profesional de la salud.

En el artículo 33 de la LGS se dice que las actividades médicas están compuestas por cuatro rubros: actividades preventivas, curativas, de rehabilitación y paliativas. Así pues, dado que, una de las funciones tanto de los Comités y especificada en las Guías Nacionales es la educación y, dentro de ella, de la prevención, entonces se puede incluir la figura de este consultor en ética clínica como parte de quienes realizan las actividades médicas. Una consecuencia inevitable de esto será entonces que, también los consultores que formen parte del SCE, deberán someterse a los lineamientos enmarcados tanto en la LGS como en su reglamento y serán acreedores, en caso de incumplimiento, a las sanciones que estos documentos, en conjunto con el Código Penal determinen.

De esta manera, con reformas específicas a la LGS se puede romper la barrera legal presentada. Ahora bien, preciso es advertir aquí que también se puede impulsar dicha reforma a partir de lo que establecen las Guías Nacionales respecto de la conformación de los Comités Hospitalarios de Bioética, que afirman que éstos deberán estar compuestos por miembros de disciplinas variadas conformando así un cuerpo interdisciplinario (CONABIO, 2011) que se asegure de representar los intereses heterogéneos de quienes se encuentran dentro de la prestación de los servicios de salud.

El factor económico

Finalmente, el reto económico representa también una dificultad para la implementación de la Bioética Clínica en México, ya que implica destinar una parte del presupuesto de una institución hospitalaria a los consultores que conformarían el SCE.

Considerando que un SCE debe ofrecerse de forma ininterrumpida, habría que pensar en un esquema conformado por tres turnos de ocho horas cada uno. Ahora bien, el sueldo promedio de un consultor en Estados Unidos, en la Cleveland Clinic es de \$30,000 pesos mensuales; si se toma en cuenta que este es un pro-

yecto que apenas se plantea como posibilidad en nuestro país y que, quienes lo conformarían, probablemente no cuenten con una preparación profesional en el campo de la bioética, el sueldo podría reducirse hasta a \$20,000 por consultor.

Además, hay que considerar que, dado la magnitud de los casos que suscitan una intervención del servicio de consultas éticas, el personal que realiza las guardias debe tomarse, al menos, una semana de descanso después de una semana de guardia, así, los turnos se duplican a seis: 3 consultores por semana para cumplir el servicio las 24 horas, tomándose una semana de descanso en la que entrarían los otros tres consultores

Conclusiones

Se ha abordado, a lo largo de las páginas anteriores, los aspectos más relevantes de un servicio de consultas éticas (SCE) considerándolo como una opción a implementar en nuestro país. Se han considerado, tanto las características más específicas como los retos más apremiantes de implementar este modelo en México, y se ha planteado un esquema tentativo para su proyección en nuestro país.

El servicio de consultas éticas constituye una necesidad apremiante en las instituciones de salud, ya que brinda la posibilidad de aplicar los principios de bioética a situaciones específicas para orientar la toma de decisión en beneficio del paciente y en consideración de la dignidad tanto del médico como de los pacientes y sus familiares.

El SCE resuelve situaciones que comportan dilemas éticos mediante la propuesta de la reflexión ética y la consideración de las circunstancias particulares de cada caso; así mismo representa un apoyo tanto para médicos como para pacientes y familiares para poder tener claridad en cuanto a las intervenciones que se estimen como necesarias, asegurando con ello, una toma de decisión bien fundamentada en la autonomía-libertad de todos los involucrados.

Si bien en México existen retos importantes para la implementación de este modelo de Bioética clínica, éstos pueden irse venciendo progresivamente en el momento en que se admita que la salud no es únicamente la restauración del bienestar corporal del paciente sino la reintegración a su vida en todas las esferas de su actividad; así pues, a partir de la instauración de los Comités Hospitalarios de Bioética, se puede ir desprendiendo el modelo individual de consultas que beneficie tanto a la institución como a los particulares.

México debe encaminarse hacia el modelo del SCE fomentando un cambio en la ideología prevaleciente en el sector salud, ya que contar con un SCE puede ayudar a mejorar la práctica médica y, por ende, la calidad de vida de las personas.

Referencias bibliográficas

¹ Se entiende por personal sanitario a los médicos, practicantes de medicina, enfermeras, practicantes de enfermería, terapeutas, fisioterapeutas y cualquier otro personal que brinda acciones orientadas a la prevención, atención y rehabilitación de los pacientes en una institución hospitalaria.

² Dichas guías se pueden descargar en la página de la Comisión Nacional de Bioética en el link:

<<http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/normatividad/normanac.html>>

³ Durante el mes de mayo del 2013, había 7 miembros activos como consultores en el departamento de Bioética en el campus principal de la Cleveland Clinic en Cleveland Ohio: 3 de ellos eran médicos, un psicólogo, un teólogo, un filósofo y un abogado.

⁴ Algunas consultas pueden abrirse por situaciones muy peculiares que se resuelven de forma rápida y sencilla, por ejemplo, localizar al familiar o verificar que se cuente con algún documento de voluntades anticipadas, en estos casos el nivel de urgencia no será necesariamente alto y, por lo tanto, el consultor podrá contar con mayor tiempo para seguir investigando sobre el paciente y su condición.

⁵ Es importante hacer notar aquí que el consultor tiene acceso libre al expediente clínico electrónico del paciente y no requiere de un permiso especial para revisarlo. Esto es importante ya que, cuando se analicen los retos de implementar bioética clínica en México se abordará el aspecto legal ya que, en nuestro país, no existe la autorización para que un profesional que no sea del cuerpo médico consulte el expediente de los pacientes. Se ahondará más en esto en el apartado correspondiente.

⁶ Resulta importante señalar aquí que estas recomendaciones no tienen un carácter vinculatorio, es decir, se escriben y quedan registradas en el expediente clínico electrónico más no tienen carácter obligatorio para que sean acatadas por el personal médico. Esto es relevante ya que, en la Cleveland Clinic, éstas se siguen y se obedecen más por una cuestión cultural que apela al respeto y reconocimiento que el SCE tiene y que ha logrado desde 1984 que a un aspecto legal que los vincule necesariamente con las mismas.

⁷ Al igual que lo marcan las Guías Nacionales para la integración y el funcionamiento de los Comités Hospitalarios de Bioética en nuestro país, una de las funciones del SCE es la educación y dentro de ésta, la prevención.

En ocasiones se presentan situaciones inusitadas que ameritan una recomendación futura, es decir, preventiva y que, por lo mismo, deberá emitirse como plan de acción preventivo que contemple determinados escenarios así como las acciones pertinentes para enfrentarlos.

⁸ La Cleveland Clinic cuenta con programas altamente calificados de trasplante de órganos y, como parte de sus funciones, se le solicita al SCE que entreviste a los candidatos a donar un órgano para verificar que no existan condiciones de coerción o manipulación y garantizar un proceso de libertad que afiance que la donación sea completamente voluntaria.

Esta misma función deberá aplicarse para nuestro país en aquellas instituciones en donde se realicen trasplantes.

⁹ En la práctica médica anglosajona se argumenta frecuentemente con base en los "patient's best interests", esto se sustenta en el principio de autonomía mediante el cual, una persona, capaz física y psicológicamente y de forma libre de coerción puede decidir sobre aquello que le conviene más pues estima la gravedad de sus lesiones o de su enfermedad y puede tomar decisiones respecto de los tratamientos médicos propuestos sopesando conscientemente los riesgos y los beneficios de cada uno de ellos.

Cabe mencionar aquí una sutil diferencia entre argumentar los mejores deseos del paciente y los últimos deseos del paciente. Lo que el consultor debe determinar, mediante un análisis específico son los valores involucrados en la vida del paciente pues de éstos se desprenderán sus mejores deseos, en cambio los últimos deseos no provienen de motivaciones internas como los valores sino de situaciones externas como el miedo, la tristeza, la rabia, etc.

Es por lo anterior que, en muchas ocasiones, los consultores deberán acudir a una persona experta en el área psiquiátrica que diagnostique si existe la capacidad libre y consciente en los pacientes para tomar decisiones respecto de su condición. Para mayor información se sugiere la obra de Lo, Bernard. *Resolving ethical dilemmas*. 4^a ed. Baltimore/Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2009.

¹⁰ En ocasiones, cuando se detecta que los pacientes son adultos mayores o niños desprotegidos, el consultor debe iniciar el procedimiento jurídico correspondiente para la asignación de un tutor para ellos aunque, cabe mencionar, que

no será el consultor en que de seguimiento al caso sino el trabajador social o, en su defecto, las autoridades administrativas del hospital.

¹¹ Esto no quiere decir que se deban defender los deseos del paciente por encima de todo, más si éstos no cumplen con una visión integral de su calidad de vida estimada como posible. Agich lo describe de la siguiente manera: "Patient values or preferences, however, do not create expectations that the ethics consultant should only function to achieve what patients or families want. Medical care is complex and the responsibility of the ethics consultant as wrongly reduced to advocacy for the patient under all circumstances"(Agich, 2003: 320).

¹² Principalmente el planteamiento de este proyecto se ha presentado en los hospitales Médica Sur Tlalpan y Lomas durante el período comprendido entre los meses de junio a agosto del año 2013.

¹³ Recuérdese los datos arrojados por el estudio de Ellen Fox con respecto a la formación profesional de quienes practican el SCE en los hospitales de Estados Unidos.

Bibliografía

- AGISH, G. 2003. Joining the team: ethics consultation at the Cleveland Clinic. *H.E.C. Forum*, vol. 5, núm. 4, 310-322.
- CRAIG, J.M. MAY, T. 2006. Evaluating the outcomes of ethics consultation. *The Journal of Clinical Ethics*. Verano, vol. 17, núm. 2, 168-180.
- EMANUEL EJ. EMANUEL LL. 1992. Four models of the Physician-Patient Relationship. *JAMA*, vol. 267, núm. 16, 221-226.
- FOX, E. MYERS, S. PEARLMAN, R. 2007. Ethics consultation in United States Hospitals: a National Survey. *The American Journal of Bioethics*, vol. 7, núm. 2, 13-21.
- LO, B. 2009. Resolving ethical dilemmas. 4ª ed. Lippincot Williams & Wilkins, Baltimore-Philadelphia, 369 p.

La amenaza científico-técnica sobre la dignidad

Análisis bioético desde el pensamiento de Ratzinger

*Emilio García Sánchez**

Resumen

Desde la perspectiva filosófica de Joseph Ratzinger, se presentan y comentan algunas de sus reflexiones bioéticas, previas a su pontificado, relacionadas con las causas del daño actual sobre la dignidad. Se exponen las consecuencias específicas en la dignidad humana y en la dignidad de la naturaleza cuando se desvincula el progreso científico del saber ético.

A modo de propuesta, se sugiere desde el pensamiento *ratzingeriano* un análisis particular sobre los riesgos de suplantar el *ethos* por una moderna gramática que asume una función ética y que encarna el *Homo faber*: la *techné*.

Sin minusvalorar los incontables beneficios que la ciencia y la técnica han deparado a la humanidad, se presenta una propuesta bioética que contrarreste los daños causados sobre el hombre y la tierra. Se concluye con *Ratzinger* que proteger y respetar la dignidad del hombre –la mejor de las especies– es la postura más ecológica e inteligente para salvaguardar la dignidad de la Naturaleza.

* Universidad CEU Cardenal Herrera (Valencia) España (Email: emilio.garcia@uch.cu.es).

Dpto. CC. Políticas, y Sociología. C1 Luis Vives, 1 46115 - Alfara de Patriarca. Valencia (España).

Summary

The threat scientific-technical on the Dignity Bioethical analysis on the writings of Ratzinger

From the philosophical perspective of *Joseph Ratzinger*, presents and comment some of their bioethical reflections about the current damage on human dignity. Discuss the specific consequences on human dignity and the dignity of nature when operating a decoupling dramatically between scientific and ethical knowledge. On the writings of *Joseph Ratzinger* suggests a particular analysis of the risks to supplant the ethos of a modern grammar that embody ethical function *Homo faber: techne*. Without underestimating the countless benefits that science and technology have brought to humanity, presents a proposal bioethics to compensate the countless also damage on man and earth. Concludes with Ratzinger that protect and respect the human dignity –the best of the species–, is the most ecological and intelligent solution to safeguard the dignity of nature.

Palabras clave: Ratzinger, bioética, ecología, dignidad, naturaleza

Keywords: Ratzinger, bioethics, ecology, dignity, nature

Introducción

El siglo XX y su segunda mitad serán recordados como una de las épocas históricas de mayor avance científico e innovación tecnológica.

En un tiempo récord, el progreso tecnológico se ha volcado de modo inaudito sobre todos los ámbitos del saber experiencial y empírico: la medicina y la biología, la física y la astronomía, la química y la geología, la ingeniería, etc. Los avances del conocimiento científico, que venían produciéndose a buen ritmo desde el siglo anterior, han permitido una comprensión extraordinaria y más completa de la realidad a nivel macro y microscópico. Los beneficios para la humanidad de estas innovaciones han sido incontables:

aprovechamiento industrial de nuevas energías y de recursos naturales, descubrimiento de vacunas y mejoras en la higiene y en la alimentación, extensión de la atención sanitaria, adelantos en el transporte y en las comunicaciones [...] Más aún, las biotecnologías actuales no sólo han aumentado las posibilidades de esperanza en el tratamiento de enfermedades incurables, sino que trabajan ya en el retraso del envejecimiento y el alargamiento de la vida.

En pocos años, el crecimiento tecnológico ha sido de tal magnitud que, al contemplar globalmente el mundo, no deja de asombrar la potente modificación efectuada sobre las condiciones de la vida humana y de su entorno natural. Pero al mismo tiempo, no debe ocultarse que, paralelamente a este panorama generador de inimaginables esperanzas, el progreso científico y las biotecnologías han dejado al descubierto un buen número de fracturas sobre el hombre, la tierra y el resto de especies. Me refiero particularmente a: experimentos biomédicos inhumanos, manipulación de la vida humana, intervenciones genéticas peligrosas o cuanto menos dudosas sobre humanos y otras especies animales y vegetales, creación de armas biofísicas de destrucción masiva, contaminación industrial con efectos irreparables en ecosistemas acuático y terrestres, deforestaciones, derroche de recursos naturales a causa de un consumismo incontrolable. Resultado final: incontables beneficios, incontables daños. Es la ambivalencia que atraviesa la ciencia y la técnica cuando pretenden desvincularse de los principios éticos elementales que, a modo de brújula connatural con el trabajo científico, venían marcando los límites de ese sublime quehacer humano.

Desde la perspectiva filosófica de un importante intelectual, Joseph Ratzinger, me gustaría ofrecer algunas de sus reflexiones a cerca de las consecuencias que conlleva la separación entre progreso científico y el saber ético. El análisis de esas consecuencias lo focalizo en la dignidad de la vida humana y de la naturaleza ambiental. En definitiva, ofrezco una propuesta particular sobre los riesgos de suplantarse el *ethos* por la *techné* como la nueva representación de la ética. Para ello, desde el inicio, utilizo exclusivamente

obras de Ratzinger como fuentes bibliográficas, y todas ellas previas a su posterior pontificado. De ellas extraigo reflexiones bioéticas no muy conocidas y que resultan útiles para comprender en profundidad la crisis en la dignidad. En este sentido, el estudio que presento escapa a la loable intención de sopesar y evaluar el pensamiento bioético de Ratzinger con otros autores contemporáneos que suscriban o se opongan a sus ideas.

Del positivismo científico hacia la entronización de la techné

Resulta ilustrativo exponer la influencia que desarrolló la ciencia moderna y su vertiente ideológica positivista sobre las áreas del conocimiento. Ayuda a comprender con atino el alcance que tuvo el aterrizaje de la técnica: plataforma desde la cual se intervendrá a partir de ahora de un modo nuevo en la naturaleza humana y en el mundo. Previo al despliegue de la tecnología sobre la realidad física, interesa mostrar la re-interpretación que a partir del racionalismo ilustrado se hizo de la realidad existente y de los seres que la componen.

De modo particular, se puede atestiguar que la perspectiva científica creó un nuevo sistema operativo que albergaba un lenguaje universal y exclusivo para leer e interpretar la naturaleza.¹ Construyó un tipo de gramática científica que reducía toda la realidad existente, incluida la humana, a lo físico y a lo biológico.² La revolución científicista proclamó en sus estatutos que la razón misma debía quedar reducida sólo al cálculo matemático y experimental. Por tanto, la aplicación de este moderno principio racionalista, excluía la comprensión racional de aquellas realidades que no pudieran ser medidas, observadas o descifradas, es decir, convertidas en información de números, letras, o en una combinación de ambos: “En la Edad Moderna la certeza matemática se convierte en modelo de la certeza de la razón”.³

A partir de entonces, la inteligibilidad del universo y del hombre sólo podía explicarse a través de mecanismos físicos, biológicos y químicos. Posteriormente, a tal mecanicismo –de procedencia *cartesiana y baconiana*–, se le incorporarían los criterios contenidos en los principios evolutivos y azarosos con los que se explicaba la naturaleza. A fin de cuentas, el funcionamiento eficaz de los organismos vivos y los ecosistemas podía reducirse a un simple *input* u *output* de información.

El neo-evolucionismo, yendo más allá de la propia teoría científica de la evolución, acabó sosteniendo que todo procede por evolución de la materia y de la energía. Representan las únicas dos sustancias registrables e implicadas no sólo en la interpretación de cualquier fenómeno natural, sino en el propio funcionamiento de la naturaleza humana y de sus experiencias. No es comprensible más origen que el origen físico. Lo natural y lo humano podían ser definitiva y exclusivamente investigables por las ciencias empíricas.⁴ Caducó la necesidad de depender de otro tipo de conocimientos no experimentales. En definitiva, el neopositivismo científico se vio reforzado por ideologías evolucionistas ya que la nueva biología y filosofía evolutiva engrosaban aún más el axioma materialista de considerar a los hechos empíricos como únicos objetos lícitos de la ciencia.

La combinación científicista y neoevolucionista conformó un laureado sistema de referencia por medio del cual, el hombre y la tierra quedaban clasificados como epifenómenos del proceso histórico y natural de la evolución del universo. Es decir, puros hechos evolutivos incapaces de contemplarse y de entenderse a sí mismos más que cómo “productos de antiquísimas evoluciones”,⁵ “un producto de la evolución sin racionalidad propia”.⁶

Ratzinger sostiene que la teoría de la evolución quebrará la concepción de la naturaleza al declarar que: “La naturaleza en cuanto tal no es racional”.⁷ En este sentido, lo humano no se trata más que de *physis*, naturaleza física evolucionada, un partícula orgánica y viva compuesta de los mismos materiales que el resto de seres vi-

vientes. No hay posibilidad de distinguirse del resto de especies y seres vivos.⁸ Tierra, hombres, animales, plantas [...] no otros que naturaleza, meros almacenes de materiales excretados por un proceso evolutivo y casual que gobierna su funcionamiento.

Esta interpretación de la realidad física y humana dejó diáfana la pista para que la incipiente tecnología aterrizara sobre unos seres declarados como simples elementos orgánicos e inorgánicos. Sobre la técnica se descargó un programa instrumental, un innovador *software* con la misión –entre otras– de contribuir aún más a comprimir el conocimiento de lo real en componentes materiales. De modo positivo, y con medios técnicos, se reduciría la naturaleza a eficiencia, biología y mecanismo. La técnica serviría de cauce para la ejecución de las órdenes y postulados cientificistas.

De todas formas, antes de finalizar este punto, resulta obligado añadir una aclaración que complete correctamente este tipo de meta-análisis que acabo de presentar sobre la ciencia y la técnica. Tal añadido lo tomo del mismo pensamiento que Ratzinger elabora sobre esta cuestión. En síntesis, conviene resaltar –y no olvidar– que la combinación de metodología científica e instrumentaje técnico ha permitido desempeñar una de las funciones clave para el conocimiento: descifrar y desfragmentar lo material y natural. Sin duda alguna esto ha facilitado enormemente una comprensión más profunda y beneficiosa del funcionamiento de la naturaleza. Por este motivo deseo manifestar, desde la postura de Ratzinger, que el problema crítico que se vislumbra en esa ciencia y técnica no se encuentra en que no sean ésas específicamente las funciones que les corresponde.⁹ Además la metodología científica “es en sí perfectamente legítima y se realiza a través de una reducción del otro, en su ser físico, a objeto de mi observación”.¹⁰

Más bien, el problema se sitúa en la aplicación indiscriminada de estos principios metodológicos a todo lo real, convirtiéndolos en criterios exclusivos para entender la naturaleza humana e intervenir sobre ella. El concepto “naturaleza” resultaría entonces re-signifi-

cado entendiéndose bajo una única óptica de tipo naturalista o biologicista, un proceso orgánico sobre el que podría intervenir con múltiples operaciones. Por este motivo, el temor que Ratzinger contempla en la aplicación incondicional de esta lógica sistemática consiste en la inevitable reducción del hombre a un *factum*, a un hecho de índole biológica y procesual. El hombre y lo humano quedarían interpretados, más aún valorados, en función de su factibilidad y su funcionalidad. En ese caso, ya no resultaría difícil de efectuar sobre la naturaleza humana, y extensiblemente sobre el ambiente, cualquier tipo de acción mecánica, transformativa, manipulativa [...] que fuera factible mientras no existan impedimentos técnicos. Al final, la metodología usada con ellos no sería muy distinta de la que específicamente se aplica sobre lo que definimos como artefactos, objetos, cosas, algo, [...] y sobre sus procesos originantes.

Desde el análisis de Ratzinger, la oferta positivista y tecnificante da como resultado un valor precario a la vida del hombre y de la naturaleza. Quedan fácilmente expuestos a la utilidad propia de la técnica, a sus retos imaginarios y así como a una arbitraria manipulación justificada por una ciencia ávida de novedades y éxitos. Se inaugura un amplio espacio en el que la vida humana subsistiría en un estado de libre disponibilidad para ser cosificada. Aumentaría el número de experimentos y ensayos al margen de posibles problemas bioéticos¹¹ en su mayoría implantables.

Por estos motivos, señala Ratzinger con preocupación que, si la ciencia emprende este camino alocadamente sin señales éticas, desemboca en una grave patología: desintegrando al hombre y a la naturaleza, extinguiendo su dignidad y poniéndose en peligro conjuntamente: “Cuando pensamos en proyectos científicos que suponen un menosprecio del hombre como la clonación de seres humanos, la producción de fetos —es decir, de seres humanos—, con el fin de aprovechar los órganos para la elaboración de productos farmacéuticos o también para su utilización económica; o igualmente, cuando recordamos la instrumentalización de la ciencia para la

producción de medios cada vez más horribles de destrucción del hombre y del mundo, entonces es notorio que existe también una ciencia que ha llegado a ser patológica”.¹²

A modo conclusivo, subrayo que estos temores y límites expuestos ni se imputan a la ciencia misma y ni a la técnica, ni se localizan en sus propios métodos, ni siquiera se atribuyen a su artificialidad inherente. El verdadero peligro anida en el interior del hombre cuando este decide hacer un uso anárquico de esas posibilidades científicas y técnicas, aplicando esos conocimientos no al servicio del hombre y la naturaleza sino para degradarlos, o peor aún para destruirlos. El deber ser –lo lícito o ilícito éticamente, es decir el límite– no está incluido en el conocimiento empírico mismo, que en esencia no desea otra cosa que conocer y acceder a la realidad. Más bien, la valoración ética se localiza en la puntual e intencionada aplicación que se efectúe de esos conocimientos sobre la vida humana y el mundo.

La *techné*: el nuevo *imaginarium* ético

Tras este preámbulo acerca de la influencia positivista sobre la técnica y sus aplicaciones en la naturaleza, analizo a continuación de qué modo el obrar técnico ha acabado asumiendo una función ética.

El punto de partida que encuadran estas reflexiones –sin duda controvertibles– consiste en la declaración del positivismo de no aceptar por más tiempo una ética –un *ethos*– derivada o inscrita en la misma naturaleza. Bajo las categorías científicas no hay manera de hacer inteligible la existencia de un orden ético en el ser humano y en el universo. Desaparece ese epitalamio ético interior que de modo natural aportaba luces para orientar con prudencia sobre la conveniencia de determinadas acciones sobre ellos. Les resulta acientífico manejar en sus metodologías conceptos como “dignidad”, “esencia”, “ontología”, “*thelos*” [...] Sencillamente, no creen

que aporten apenas nada al conocimiento y a la comprensión sobre qué sean en realidad las cosas o los seres vivos, el ser humano, etcétera.

Ahora, la moda científica alienta a una cierta hipertrofia de la técnica frente a una atrofia de la filosofía, causando un particular arrinconamiento de la parte más esencial de esta: la metafísica. La mentalidad tecnificadora en auge invocará subliminalmente el prejuicio antimetafísico de que no hay más ciencia que la física. Su aplicación, la técnica, se hace eco de la clave de toda la dialéctica que surca la modernidad: la desteleologización de la naturaleza. Y como resultado, se sobrevalora el dominio de la técnica hasta el punto de coronarse de un nuevo poder: erigirse en el rector ético de la realidad. Ha aparecido una alternativa ética: la *techné*, un sustituto implantado en las modernas sociedades tecnologizadas que cuenta con un notable apoyo mediático. La nueva ética consistirá en la más que seductora libertad del “poder hacer” que se impone al envejecido principio del “deber hacer”.

Ratzinger elabora un análisis sobre lo que para él constituye una perversión de la ética –y de la ciencia–, exponiendo con gravedad los problemas bioéticos generados. Pienso que en este punto su agudeza intelectual bioética alcanza un nivel superior. Aquí se localiza otra de las luces o claves interpretativas de su pensamiento bioético, y en donde concentra la causa práctica del declive de la dignidad.

En adelante, la moderna medida del hombre –la que llegará a ser su inaceptable desmesura– consistirá en su capacidad, la *techné*: el nuevo barómetro ético del *Homo faber*: “A la ecuación escolástica *verum est ens* (el ser es la verdad), contraponen *verum quia factum*. Esto significa que lo único que podemos reconocer como verdadero es lo que nosotros mismos hemos hecho. A mi juicio esta fórmula señala el final de la vieja metafísica y el comienzo del auténtico y peculiar espíritu moderno”.¹³

Bajo este ocular resulta inútil e incomprensible preguntarse acerca de qué es la realidad, de qué es el hombre: “lo único que pode-

mos preguntar es acerca de lo que somos capaces de hacer con las cosas”,¹⁴ es decir, de cómo dominarlas, transformarlas, etc. El hombre queda así disponible para el hombre como producto.¹⁵ Y lo ético quedará fijado en función de si se posee o no capacidad técnica o artística para poder hacer algo con él. En el presente, este axioma será el verdadero conocimiento, la nueva verdad remitida al *factum*. Porque la verdad ya no es la verdad del ser, si no “la verdad de la transformación del mundo: el progreso”,¹⁶ en cuyo nombre todo podría estar permitido con tal de que sea efectivo progreso.¹⁷ En esta línea Ratzinger, citando a Ernest Bloch, afirma que la verdad de las cosas ya no es lo que se transparenta de ellas al contemplarlas, porque ahora: “La verdad es únicamente la transformación [...] la realidad es consecuentemente una indicación para la acción, es un adiestramiento para el ataque [...] y por eso la catedral del futuro será el laboratorio y las centrales eléctricas serán las grandes iglesias góticas del futuro”.¹⁸

A partir de este período las circunstancias éticas cambian radicalmente. Lo éticamente permitido se va a identificar de modo directo con lo técnicamente realizable por manos del hombre o por medio de máquinas. Incluso, la posibilidad del “poder hacer” algo se establece ya como criterio suficiente en sí mismo para poder hacerlo. No hay necesidad de acudir a ninguna orientación o instancia superior moral que lo condicione. “Se afirma el principio de comportamiento por el cual al hombre le es lícito hacer todo lo que es capaz de hacer”¹⁹ siempre y cuando le sea de utilidad²⁰ y le proporcione bienestar: “la *techné* se convierte en la auténtica posibilidad y en el auténtico deber del hombre”.²¹ Tales efectos del bienestar y los beneficios –utilitarismo puro de Bentham y Mill– constituyen los moduladores o condicionantes éticos de una gran parte de los experimentos que la técnica realizará sobre la vida humana y la naturaleza. Por ejemplo: “se reduce lo humano sólo a cuerpo, un cuerpo despersonalizado que se presenta como un instrumento al servicio de un proyecto de bienestar, elaborado y perseguido por la razón técnica que calcula cómo podrá sacar el mayor provecho”.²²

El nuevo marco estatutario de la moderna ciencia y tecnología se describe en función de intereses políticos, económicos, militares, biomédicos, etc. La dignidad humana es expulsada de la mesa de negociaciones como condicionante de lo factible. Queda silenciada en un mundo fascinado por la técnica que deja de ponerse al servicio de la persona. Porque a la postre, la ciencia y la técnica terminan inclinándose a los intereses de aquellos que la acabarán incluso usando eficientemente para sus fines perversos. Refiere Ratzinger en este punto como la bomba atómica y la maquinaria del exterminio nazi, al margen del poder destructor se convirtieron en un triunfo de la técnica, en un vehemente reto: “Robert Oppenheimer cuenta que, cuando surgió la posibilidad de la bomba atómica, ésta había constituido para ellos, los físicos nucleares, el technically sweet, la seducción técnica, su fascinación, como un imán que debía seguir: lo técnicamente posible, el ser capaces también de querer algo y de hacerlo. El último comandante de Auschwitz, Rudolf Hess, afirmaba en su diario que el campo de exterminio había sido una inesperada conquista técnica. Tener en cuenta el horario del ministerio, la capacidad de los crematorios y su fuerza de combustión y el combinar todo esto de tal manera que funcionara ininterrumpidamente, constituía un programa fascinante y armonioso que se justificaba por sí mismo”.²³

El encantamiento de la ciencia y de la técnica provocó un adormecimiento ético, relegando la brújula ética a un anticuario de objetos obsoletos. Adjudicar bondad o maldad moral a algo que desea producirse o fabricarse, incluso plantearse *a priori* tal valoración, resulta del todo desfasada en esta lógica tecnificadora. Ahora, lo que se imprime deseosamente es si técnicamente se puede o no hacer algo, es decir: producirlo físicamente en un laboratorio, biológicamente en un tubo de ensayo, o químicamente en una industria etc. La competencia y perfección técnica quedan supervaloradas, persiguiéndose la mera funcionalidad como resultado final. Y la validez de tal funcionalidad demanda a su vez un principio ulterior, una nueva exigencia: la repetitividad procesual. De tal modo que se fortalece el conocimiento técnico, y se verifica la efectividad

tecnológica si se es capaz de repetir el experimento, y comprobar una y otra vez que vuelve a aparecer exactamente sin defectos el mismo producto y resultado: “La verdad del ser en sí no es ya lo que importa, sino la utilidad de las cosas para nosotros que se confirma en la exactitud de los resultados”,²⁴ es decir que ¡funcional! “Cada día se fortaleció más la convicción de que el hombre a fin de cuentas, sólo puede conocer lo que se puede repetir, lo que, en el experimento aparece una y otra vez ante nuestros ojos”.²⁵

La entrada a este nuevo paraíso tecnológico y tecnocrático obliga a cruzar un travesaño con un mensaje de letras grandes y rojas: “La capacidad del hombre es el comienzo de su acción”.²⁶ Contraseña a memorizar como rito de iniciación en esta nueva era de la humanidad, una humanidad tecnificada. Pero hay que asumir las alteraciones que este eslogan o *leif motiv* produce y ha producido en la reciente historia del mundo. Porque cuando el hombre sabe teóricamente cómo se hace algo acaba haciéndolo independientemente de las consecuencias: si lo sabe, lo hace y lo repite. La experiencia humana lo avala, siempre cede a la tentación: “No existe un saber hacer separado del poder hacer, porque iría contra la libertad, que es el valor supremo en absoluto [...] el hombre sabe hacer hombres y por eso los hace. El hombre sabe usar hombres como banco de órganos para otros hombres, y por eso los hace; lo hace porque parece ser una exigencia de su libertad. El hombre sabe fabricar bombas atómicas y por eso las hace y en principio está dispuesto también a usarlas”.²⁷

Resulta relativamente fácil de advertir las interferencias y riesgos presentes en este nuevo *imaginarium* ético y tecnocrático. A través de sus campos de actuación –industria, medicina, economía, política, etc.– se han desplegado la mayor parte de los atentados contra la naturaleza y la vida humana. La emancipada e insubordinada creatividad y espontaneidad técnica del hombre le ha abocado a lo peor, a la banalización y a un refinamiento del mal.²⁸ Asegura Ratzinger con seriedad que aquí se localiza en esencia “el peligro más grave del momento presente”.²⁹ Y, apelando a la responsabilidad

personal y social, advierte de la presencia de un inquietante temor. Por eso desea activar la alarma de la aparición de un poder maligno y destructor³⁰ procedente de un hombre y una ciencia sin moral, sin responsabilidad, y afectada de un autismo ético.

La soberanía de la mentalidad técnica destierra a la moral a la esfera subjetiva³¹ de la que está completamente desconectada: “Todos los productos de la atrocidad, de cuyo continuo incremento somos hoy espectadores atónitos y en última instancia desamparados, se basan en este único y común fundamento”.³² “Durante el siglo pasado las posibilidades del hombre y su dominio sobre la materia crecieron de manera realmente inimaginable. Pero su capacidad para disponer del mundo ha hecho que su poder de destrucción haya alcanzado unas dimensiones que, a veces, nos causan verdadero pavor”.³³

Insiste Ratzinger en advertir que el crecimiento ilimitado del poder científico y técnico, asumido por el hombre sobre sí mismo y la naturaleza, no ha sido paralelo a la adquisición de una base ética que fije una vigilancia sobre ese poder.³⁴ “El progreso comienza a amenazar a la creación, que es la base de nuestra existencia; produce desigualdades entre los hombres y, además, produce cada vez más amenazas al mundo y a la humanidad”.³⁵ Con un sentido lamentoso expresa Ratzinger que ya es suficiente con lo vivido hasta hoy para escarmentar y reaccionar, que son incontables las víctimas procedentes de una ciencia y una técnica inmoral: “La ciencia sin la conexión con el orden moral llega a ser patológica y peligrosa para la vida”;³⁶ “[...] pero un orden mundial con estos cimientos ¿no se convertirá en realidad en una utopía del horror?”³⁷

No puede resultar más contradictoria y desconcertante la ambivalencia de los resultados de la ciencia y de los científicos: con el mismo conocimiento y progreso con el que salvan vidas, eliminan otras. Pero si la ciencia mata, si daña al hombre y al medioambiente, entonces lo que cabe preguntarse es si estamos ante una verdadera ciencia y un legítimo progreso. La sociedad debe establecer

cauces más restrictivos que desautoricen entonces a esa perversa ciencia como auténtico progreso humano.

Ratzinger, en su discurso de ingreso en la Academia de las Ciencias Morales y Políticas del Instituto de Francia, evoca unas palabras de Sajarov en las que el escritor ruso criticaba los ensayos nucleares de su país que se saldaron con varios muertos: “ningún hombre puede rechazar su parte de responsabilidad en aquellos asuntos de los que depende la existencia de la humanidad”.³⁸ Es decir, cuando se quiere separar la competencia técnica de la competencia moral, las consecuencias son nefastas. Por este motivo resulta inexcusable exigir a los agentes científicos y biosanitarios un compromiso deontológico que busque respuestas éticas acerca de lo que debe y no debe hacerse para proteger la vida humana.³⁹ Resultaría incomprensible que la ciencia y la tecnología no asumieran ese compromiso y, en cambio, pactaran mansamente con su desregulación ética. Sin la asunción de estos principios acaban justificándose injustificadamente muertes humanas e impactos irreparables en la naturaleza, apelando a logros científicos para la humanidad o a beneficios económicos. Argumentos conocidos y esgrimidos por los responsables científicos de sonados experimentos inhumanos que no sirvieron de excusa para ocultar sus abusos y ser imputados penalmente.

En conclusión, reducir unívocamente lo ético a lo técnico, claudicar de la moral humana ante el poder persuasivo y seductor de la ciencia acaba por “disolver lo característico del hombre, ya no lo liberamos sino que lo destruimos”,⁴⁰ “se coloca contra la verdad, lo cual quiere decir que se destruye a sí mismo y al Universo”.⁴¹ Duras declaraciones de Ratzinger que constituyen un llamamiento urgente a articular medios e iniciativas –políticas, sociales, biomédicas– que contrarresten y aplaquen los efectos perversos de un dominio tecnológico sobre la vida que termina por negarla: “[...] vivimos en este mundo de falsedades, de no-vivir, donde el dominio de la muerte hace de la vida misma un negación, un ser muerto”.⁴²

Salvar al Hombre para salvar la Tierra: una estrategia bioética para Ratzinger

Las amenazas del hombre sobre la tierra, materializadas en graves impactos en los ecosistemas, constituyen “un espejo, una consecuencia de la contaminación interior”⁴³ del ser humano.

Las acciones humanas que indiscriminadamente contaminan el medioambiente y eliminan especies animales y vegetales son duramente condenadas por la sociedad. En cambio, ese juicio, no se efectúa con la misma intensidad y dureza contra otro tipo de contaminación más solapada que va dañando al hombre poco a poco, vulnerando su dignidad moral. No me refiero a atentados terroristas ni a violaciones humanas, etc., todos ellos actos reprobables y unánimemente censurados por todos. Me refiero más bien a otro tipo de acciones, cuyos efectos contaminantes son más interiores y corrompen paulatinamente al hombre y a la sociedad. Se trata de: actos de insolidaridad con los más necesitados y pobres, discriminación o desinterés hacia los discapacitados físicos e intelectuales, despilfarro económico y consumismo salvaje, corrupciones políticas, conflictos familiares graves que acaban en rupturas y en daños a los hijos y a los propios cónyuges, vicios ocultos e inconfesables que generan conductas adictivas. La lista se alargaría con la inclusión del conjunto de acciones irrespetuosas con la vida humana en sus fases más vulnerables y débiles. Considero estas últimas como las de mayor voltaje degradante.

Lo anti-ecológico de negar el *ethos* natural

En relación con esas irregularidades morales enumeradas, Ratzinger hace hincapié en que no se ha de olvidar que el hombre es una criatura provista de un código natural interno que exige ser respetado por él mismo y los demás. Componen ese código un conjunto de reglas morales o primeros principios elementales e inteli-

bles para todos, como por ejemplo: la llamada regla aurea: “no hagas a los demás lo que no te gustaría que te hicieran a ti”.⁴⁴

La naturaleza humana está configurada con unos fines intrínsecos hacia los que tiende de modo racional y que le permiten perfeccionarse. Sin la persecución de esos fines resulta dificultosa alcanzar una vida lograda, y en definitiva ser feliz. Ubica aquí Ratzinger una condición *sine qua non* para que el hombre aprenda a salir a la naturaleza ambiental y dirigirse a ella con benevolencia y justicia, es decir, descubriendo la existencia de otras leyes, de otro orden particular también inscrito en ella. El respeto a la naturaleza y a sus seres vivos está condicionado y garantizado por el respeto previo a los miembros de la familia humana. El ser humano posee un “lenguaje interior que es moral por sí mismo”,⁴⁵ es decir, encierra en su naturaleza un mensaje ético que ha de ser reconocido para no faltar a su dignidad.⁴⁶ Y es aquí donde está en juego y se decide una parte importante del respeto global por todos y por todo: los hombres y la tierra.

Pero contrariamente a esta postura, existe otra, extendida en determinados sectores ideológicos, que influye en el comportamiento del hombre, en su relación con la naturaleza y en el propio enfoque de la ciencia. Se trata de una posición en la que predominan dos elementos clave relacionados entre sí: una autonomía moral radical o sencillamente amoral y una concepción de libertad total. Bajo esta interpretación de la naturaleza humana y del mundo no se acepta la existencia de un código natural heterónomo e interno. Más explícitamente: no existe naturaleza como fuente de moralidad porque sencillamente ésta se ha disuelto. Indica Ratzinger que fue con J.P. Sartre cuando se alcanzó la posición desteleologizante más radical de la naturaleza: “El hombre no tiene naturaleza [...] el ser del hombre se halla indeterminado. Es una cuestión sin resolver. Yo mismo he de decidir qué es lo que entiendo por el ser del hombre. El hombre no tiene naturaleza, sino únicamente libertad”.⁴⁷ En síntesis, lo que proclama y demanda este tipo de IDEOLOGÍAS –AMPARADAS POR UN FUERTE RELATIVISMO– ES LA IM-

PLANTACIÓN DE UN CONCEPTO EXALTADO DE AUTONOMÍA Y LIBERTAD EN DONDE CADA UNO PUEDA ELEGIR quién o qué quiere ser. En pocas palabras: una expansión ilimitada de libertad, y un derecho absoluto a la autodeterminación. Lo resume Ratzinger del siguiente modo en una de las obras nucleares de su pensamiento que venimos comentando desde el inicio: “La ley y el orden aparecen como contrarios a la libertad” [...] el hombre no querría verse constreñido por esa realidad coactiva del vivir desde y para los demás, sino que pretende llegar a ser completamente independiente, poder hacer o dejar de hacer lo que se le antoje [...] la existencia humana es una atentado contra libertad [...] en el hombre nuevo no podrían existir ya esas dependencias que limitan el propio yo”.⁴⁸

Si se elabora una revisión pausada de esta interpretación de la realidad se entrevén algunas preocupaciones. Por ejemplo, es obvio que resultará más fácil –con el consiguiente riesgo– el aumento de la arbitrariedad en la elección de cualquier tipo de acciones sobre otros seres humanos, la sociedad, el medioambiente, etc. Si el único criterio ético posible lo constituyera la simple capacidad de elección en aras de una libertad individual sin límites ¿quién asegura que tales acciones serán siempre y objetivamente bienintencionadas? La radicalización de la libertad es difícilmente acoplable con la existencia de límites éticos elementales que incluso son exigidos y reconocidos para lograr una convivencia social donde se respeten los derechos fundamentales.

Si la oferta liberal consiste en defender la máxima de que el límite es no tener límites, podrían generarse conductas totalitarias, como de hecho ha sucedido. La emancipación exacerbada de todo lo que según ellos signifique una constricción de la libertad –costumbres, tradiciones, religión, naturaleza, etc.– representaría la exaltación del dominio sobre la realidad. Tarde o temprano se establecería una relación de asimetría con respecto a los otros y a lo otro– el entorno natural–, una asimetría que conduciría al sometimiento y a la explotación de los demás hombres y de la propia naturaleza. Este tipo de relaciones asimétricas generan daños colaterales de tipo ecológico.

Como ya se ha comentado, en las pasadas y actuales crisis ecológicas, juega un papel decisivo el descontrol ético de la ciencia y la técnica. Pero Ratzinger localiza otro elemento distorsionador que contribuye a alterar la naturaleza ambiental. Radica esa distorsión en la interpretación de algunos pensamientos marxistas en los que se amplifica la lucha de clases hasta proponer el enfrentamiento –otra nueva lucha– en este caso entre el hombre y la naturaleza: “la lucha contra el hombre y la lucha contra la naturaleza son expresiones sinónimas”.⁴⁹ En este contexto, la naturaleza –y su orden interno– pasan a considerarse como una desconocida amenaza de la libertad humana que se niega a aceptar cualquier orden preestablecido incluso en la misma naturaleza. El resultado final no sería otro que su maltrato, subyugándola, explotando sus recursos de modo insostenible, e incluso destruyéndola. De este modo, el hombre no sólo se convertiría en el principal agresor y amenaza de otros hombres, –como ya ha mostrado la historia– sino que a la vez engrosaría la lista de las especies más peligrosas para el resto, clasificándose como la peor de ellas: “el hombre interiormente contaminado trata a la creación como una esclava y la somete, la creación sometida gime por ello”.⁵⁰

Como alternativa a este atolladero dialéctico, cabe recordar que, durante siglos, el *ethos* perteneciente al ser humano no ha planteado problemas de confrontación con la armonía existente en la naturaleza. De hecho, el natural despliegue de ese *ethos* conducía y preparaba al hombre a reconocerla y respetarla. Y aún con las inevitables maldades humanas que han surcado la historia, en ella ha predominado más bien una configuración de lo humano en la que resultaba implanteable una relación de contrarios entre el hombre y la tierra. Tal dialéctica violenta viene engendrada sólo si el hombre opera en sí mismo una alteración profunda y perversa, una lucha interna contra su propia naturaleza que acaba negándola. Sólo entonces, el desorden interior causado desemboca en el desorden exterior en la tierra.

La inversión en lo auténtico e identitario humano termina precipitando en la creación de un hombre moderno desnaturalizado: el

Homo faber. En poco tiempo, la aparición de este homo dictamina la superioridad y hegemonía del *ethos* de la técnica sobre el antiguo y desfasado *ethos* natural del hombre. La nueva propuesta ética tacha a ese *ethos* tradicional de doctrina mitológica⁵¹ que habría de abandonarse de una vez, por constituir un freno al progreso y al dominio de la técnica sobre la naturaleza. Ahora, el hombre tecnocrático desmitologizado gobierna la materia, imprimiendo unas revolucionarias instrucciones de uso que le permiten una manipulación sin control, estableciendo con la naturaleza una relación de tipo instrumental y de disponibilidad ilimitada.

El no reconocimiento por parte del hombre de su origen creatural y dependiente, la anulación de las características de su auténtica naturaleza –incluida su *ethos*–, le convierten ahora en su propio creador y en el creador de lo demás. Pero este nuevo rol asumido con arrogancia y autosuficiencia mostrará al final su peor rostro, su forma más grave de inmoralidad. Ya no cuenta lo creado porque: “es el hombre el que debe producir la verdadera creación que luego le será útil”.⁵² Idolatrado por la diosa razón, el hombre impondrá un nuevo *logos* a su propia naturaleza y al resto de la creación. La naturaleza y el mundo deberán quedar mansamente a los pies del hombre y de su dominio técnico para ser explotados. Porque ni la naturaleza, ni ningún ser vivo, puede convertirse en rival de la libertad transformadora del hombre. De ahí el interés progresivo de desarraigar al hombre de sus fines. No hay condiciones previas que limiten u ordenen las acciones humanas, porque ha dejado de haber finalidad en la naturaleza.

El poder transformador y manipulador del hombre resulta su más profunda amenaza, también para la naturaleza.⁵³ De aquella actitud humilde de la ciencia y del científico que se inclinaban maravillados ante lo hallado, se ha pasado a un afán de poder que anhela desordenadamente dominar el mundo. Pero este nuevo poder, no sólo acaba revolviéndose hacia el hombre mismo, autodestruyéndose, si no que le da capacidad para convertir la tierra en un lugar inhóspito e inhabitable y, más aún, capacidad para destruir-

la.⁵⁴ Lo que siempre ha resultado como natural y bondadoso en la historia de la humanidad, “cuidar y labrar la tierra”,⁵⁵ no sólo se ha malinterpretado, sino que se ha pervertido cayendo en abusos y en un dominio despótico de la tierra: “las catástrofes ecológicas son una advertencia para que veamos dónde la ciencia no es ya un servicio a la verdad, sino que se convierte en la destrucción del mundo y del hombre”.⁵⁶

Lo más ecológico: respetar y cuidar al hombre

En conclusión, y a la vista de los negativos impactos en la naturaleza por parte del hombre, Ratzinger propone una estrategia bioética de consecuencias ecológicas: subordinar la ecología ambiental a la ecología de la vida humana o ecología del hombre. Establecer una interconexión de mutuo apoyo que empiece por respetar y salvaguardar la dignidad del hombre –el ecosistema humano– para luego más eficazmente dirigirse a respetar y salvar a la naturaleza y al resto de las especies. Si el hombre y el conjunto de la sociedad empiezan por el cuidado moral de su propio nicho, manteniendo una buena salud ecológica, los beneficios para el resto de ecosistemas naturales –y principalmente el respeto– estarán garantizados.

Ratzinger está convencido de que el respeto incondicional de la vida humana es el mejor de los caminos y el más corto para proteger la vida del resto de seres y el entorno que los acoge. Si protejo a los miembros de la familia humana por la dignidad que ostentan, sin excluir a ninguno, estoy protegiendo a la especie más inteligente de todas las existentes, a la más preparada, la única capaz de poder alcanzar un desarrollo y un uso sostenible de la naturaleza, de sus recursos y de todos sus miembros.

Por eso, no hay, no debe haberla, separación entre el concepto ecología ambiental y el de ecología humana, conceptos inclusivos y dependientes. De tal modo que, los deberes que todos los hombres tienen con el ambiente, no pueden no estar relacionados con los que

han de tener en primer lugar con la persona considerada en sí misma y en su relación con los otros. No se puede exigir unos –los deberes ambientales– y conculcar otros, los deberes humanos. Resultaría una grave antinomia de la mentalidad y de la *praxis* actual, que envilece a la persona, trastorna el ambiente y daña a la sociedad.

En definitiva, si pervierto al hombre, si pervierto al ser vivo más evolucionado, al más perfecto de la naturaleza, si pervierto sus potencias superiores, –su inteligencia y su voluntad– el resultado no puede ser más que el peor de los posibles para la propia especie humana y la naturaleza. Acabará por “desplegar modos de destrucción que ningún otro ser vivo lleva en su seno” con el apoyo de la ciencia y la técnica que se pondrían al servicio de esos perversos intereses.

Referencias bibliográficas

¹ Cf. Ratzinger, J. *Fe, verdad y tolerancia*. Salamanca: Sígueme, 2005.

² Cf. Ratzinger, J. *Fe, verdad y tolerancia*. Salamanca: Sígueme, 2005, p. 133.

³ Ratzinger, J. *Introducción al cristianismo*. Salamanca: Ediciones Sígueme, 2001, p. 57. Sobre este tema también, cf. Ratzinger, J. La Bioética en la perspectiva cristiana. *Rev. Dolentium Hominum* 18, 1991, Roma; Ratzinger, J. *La última conferencia de Ratzinger: Europa en la crisis de las culturas* (año 2005). <http://www.zenit.org/article-157467?l=spanish> [Consultado 14/06/14], pto. 2.

⁴ Cf. Ratzinger, J. *Fe, verdad y tolerancia*., *op. cit.*, p. 157.

⁵ Ratzinger, J. *Introducción al cristianismo*., *op. cit.*, p. 58.

⁶ Ratzinger, J. *Europa, raíces, identidad y misión*. Madrid: Editorial Ciudad Nueva, 2005, p. 40.

⁷ *Ibíd.*, p. 75.

⁸ Cf. Ratzinger, J. *La última conferencia de Ratzinger: Europa en la crisis de las culturas*, *op. cit.*, pto. 2

⁹ Cf. Ratzinger, J. *Fe, verdad y tolerancia*, *op. cit.*, pp. 138-139. Aclara Ratzinger en este punto que en el ámbito específico de las ciencias naturales es correcto y necesario ese método científico de analizar y descifrar las estructuras matemáticas existentes en las formas de naturaleza para hacerlas comprensibles e insiste en que: “Todo pensar científico –natural y toda aplicación tecnológica se basa en el presupuesto de que el mundo está ordenado según leyes intelectuales que pueden ser aprehendidas por nuestro intelecto” (p.138).

¹⁰ Ratzinger, J. “La Bioética en la perspectiva cristiana”, *op. cit.*, p. 11.

¹¹ Cf. *Ibíd.*

¹² Ratzinger, J. *Fe, verdad y tolerancia*, op. cit., p. 139. Cf. Ratzinger, J. *Verdad, Valores, Poder*. Madrid: Rialp, 1995, p. 29: "La ciencia puede servir al hombre pero también se puede convertir en instrumento del mal y prestarle todo el horror de que es capaz". Cf. Ratzinger, J. *Europa, raíces, identidad y misión*, op. cit., p. 30. En esta última referencia insiste Ratzinger en subrayar las amenazas del progreso de la medicina cuando esta obvia el valor fundamental de la dignidad: "tanto si pensamos en la clonación, como en la conservación de fetos humanos con fines de investigación y de donación de órganos, o en todo el ámbito de la manipulación genética, nadie puede ignorar la lenta extinción de la dignidad humana que aquí nos amenaza. A ello se añaden de manera creciente (...) el tráfico de órganos humanos para realizar trasplantes. Siempre se aducen finalidades buenas para justificar lo que es injustificable." (p. 30).

¹³ Ratzinger, J. *Introducción al cristianismo*, op. cit., p. 55.

¹⁴ Ratzinger, J. *Fe, verdad y tolerancia*, op. cit., p. 206.

¹⁵ Cf. Ratzinger, J. *Introducción al cristianismo*. op. cit., p. 61; Cf. Ratzinger, J. *Europa, raíces, identidad y misión*, op. cit., p. 41; Cf. Ratzinger, J. *Instrucción Donum vitae. Sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación*. *Introducción del Cardenal Ratzinger*. Roma: Editrice vaticana. Roma, 1987, p. 5.

¹⁶ Ratzinger, J. *Introducción al cristianismo*, op. cit., p. 59; Cf. Ratzinger, J. *Verdad, Valores, Poder*. Madrid: Rialp, 1995, p. 61: "El punto verdaderamente crítico de la modernidad es el que el concepto de verdad ha sido prácticamente abandonado y sustituido por el de progreso. El progreso es la verdad."

¹⁷ Cf. Ratzinger, J. *Europa, raíces, identidad y misión*, op. cit., p. 27: "Aquí se produce una fractura en relación con el conjunto de la tradición moral de la humanidad: ya no hay valores independientes de los objetivos del progreso; todo puede, en un momento dado, estar permitido e incluso ser necesario".

¹⁸ Ratzinger, J. *Creación y pecado*. Navarra (España): Eunsa, 1992, p. 61.

¹⁹ Ratzinger, J. *Europa, raíces, identidad y misión*, op. cit., p. 42. También sobre este tema Cf. Ratzinger, J. *Instrucción Donum vitae. Sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación*. *Introducción del Cardenal Ratzinger*, op. cit., pp. 1-2.

²⁰ Cf. Ratzinger, J. *Creación y pecado*, op. cit., pp. 94-95; Cf. Ratzinger, J. *Verdad, Valores, Poder*, op. cit., p. 37: "La libertad se reduce tan sólo a la posibilidad de hacer todo lo que en algún momento pueda considerar interesante y entretenido". También sobre esta insistencia se puede ver: Ratzinger, J. *El cristiano en la crisis de Europa*. Madrid: Cristiandad, 2005, p. 24; Ratzinger, J. *Fe, verdad y tolerancia*. op. cit., p. 162.

²¹ Ratzinger, J. *Introducción al cristianismo*, op. cit., p. 60.

²² Ratzinger, J. *El elogio de la conciencia*, Madrid: Editorial Palabra, 2010, p. 46; también Cf. Ratzinger, J. *Instrucción Donum vitae. Sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación*. *Introducción del Cardenal Ratzinger*, op. cit., p. 3.

²³ Ratzinger, J. *Creación y pecado*, op. cit., p. 95.

²⁴ Ratzinger, J. *Introducción al cristianismo*, op. cit., p. 68.

²⁵ *Ibíd.*, p. 60.

²⁶ Ratzinger, J. *El cristiano en la crisis de Europa*, *op. cit.*, p. 39.

²⁷ *Ibíd.*, p.39; Ratzinger, J. *Introducción al cristianismo*. *op. cit.*, pp. 22-23: "¿Cómo va a relacionarse el hombre con el hombre (...) si solamente puede hallar en el otro su propio *deber-hacer*?". Como se ha comprobado en los hechos históricos del siglo XX la deformación sobre quién sea el hombre y su naturaleza, acaba por alterar la relación del hombre con el hombre, de tal modo que no interesa quién sea en realidad el ser humano, sino qué tiene o de qué modo puedo aprovecharme de él, extrayendo la máxima utilidad posible. A este sentido se reduce el deber hacer.

²⁸ Cf. Ratzinger, J. *El cristiano en la crisis de Europa*. *op. cit.*, p. 87.

²⁹ *Ibíd.*, p. 25.

³⁰ *Ibíd.*, p. 39; Ratzinger, J., La Bioética en la perspectiva cristiana, *op. cit.*, p. 11: "Terribles amenazas para la humanidad".

³¹ Cf. Ratzinger, J. *La última conferencia de Ratzinger: Europa en la crisis de las culturas*, *op. cit.*, p. 1.

³² Ratzinger, J. *Creación y pecado*, *op. cit.*, p. 93.

³³ Ratzinger, J. *El cristiano en la crisis de Europa*, *op. cit.*, p. 23.

³⁴ Cf. Ratzinger, J. *Europa, raíces, identidad y misión*, *op. cit.*, p. 68.

³⁵ *Ibíd.*, p. 62.

³⁶ Ratzinger, J. *Fe, verdad y tolerancia*, *op. cit.*, p. 139.

³⁷ Ratzinger, J. *Europa, raíces, identidad y misión*. *op. cit.*, p. 42. Ratzinger, J. *Introducción al cristianismo*, *op. cit.*, p. 22: "Apenas se puede evitar un grito de horror".

³⁸ Ratzinger, J. *Verdad, Valores, Poder*, *op. cit.*, p. 30.

³⁹ Cf. Ratzinger, J. *La Bioética en la perspectiva cristiana*, *op. cit.*, p. 11.

⁴⁰ Ratzinger, J. *Creación y pecado*. *op. cit.*, p. 71; Ratzinger, J. *Verdad, Valores, Poder*, *op. cit.*, p. 31: "Desaparece el hombre cómo tal al negar el principio moral, significa negar al hombre".

⁴¹ *Ibíd.*, p. 96.

⁴² *Ibíd.*, p. 98.

⁴³ Ratzinger, J. *La Sal de la tierra*. Madrid: Editorial Palabra, 4ª, ed., 2005, p. 249.

⁴⁴ Ratzinger, J. *La Bioética en la perspectiva cristiana*, *op. cit.*, p. 14.

⁴⁵ Ratzinger, J.- Messori, V. *Informe sobre la fe*. Madrid: BAC popular, 3ªed., 1985, p. 97.

⁴⁶ Cf. Ratzinger, J. *Fe, verdad y tolerancia*, *op. cit.*, p. 206.

⁴⁷ Ratzinger, J. *Fe, verdad y tolerancia*, *op. cit.*, p. 210.

⁴⁸ *Ibíd.*, p. 213.

⁴⁹ Algunas de estas ideas están recogidas en la obra *El hombre entre la reproducción y la creación*., Conferencia impartida por Ratzinger con ocasión del nombramiento como doctor honoris causa por la Universidad Católica de Lublin, 23 de octubre de 1988.

⁵⁰ Ratzinger, J. *La Sal de la tierra*, *op. cit.*, p. 249.

⁵¹ Cf. Ratzinger, J., El hombre entre la reproducción y la creación en VV.AA. *Bioé-*

tica, consideraciones filosófico-teológicas sobre un tema actual. Madrid: Rialp 1992, p. 63.

⁵² Ratzinger, J. *Creación y pecado*, *op. cit.*, p. 60.

⁵³ Cf. *Ibid.*, p. 62 y p. 97.

⁵⁴ Cf. Ratzinger, J. *Europa, raíces, identidad y misión*, *op. cit.*, p. 71.

Gen 1, 26-28.

⁵⁶ Ratzinger, J. *Fe, verdad y tolerancia*, *op. cit.*, p. 140. Ratzinger, J. *Europa, raíces, identidad y misión*, *op. cit.*, p. 41: "La racionalidad tiene que ver con la funcionalidad, con la eficacia, con el incremento de la calidad de vida. La explotación de la naturaleza, que está relacionada con esto, se convierte cada vez más en un problema debido a las repercusiones ambientales negativas, que se están haciendo dramáticas".

⁵⁷ Ratzinger, J. *Dios y el Mundo*. Barcelona: Galaxia Gutenberg. Círculo de lectores, 2005, p. 111.

Bibliografía

RATZINGER, J.- MESSORI, V. *Informe sobre la fe*. Madrid: BAC popular, 3ªed., 1985.

RATZINGER, J. *Instrucción Donum vitae. Sobre el respeto de la vida humana naciente y la dignidad de la procreación. Introducción del Cardenal Ratzinger*. Roma: Editrice vaticana. Roma, 1987.

RATZINGER, J. *La Bioética en la perspectiva cristiana*. Roma: *Dolentium Hominum* 18, 1991.

RATZINGER, J. *Creación y pecado*. Navarra (España): Eunsa, 1992.

RATZINGER, J. *Verdad, Valores, Poder*. Madrid: Rialp, 1995.

RATZINGER, J. *Ser cristiano en la era neopagana*. Madrid: Encuentro, 1995.

RATZINGER, J. *Introducción al cristianismo*. Salamanca: Ediciones Sígueme, 2001.

RATZINGER, J. *La Sal de la tierra*. Madrid: Editorial Palabra, 4ª, ed., 2005.

RATZINGER, J. *Europa, raíces, identidad y misión*. Madrid: Editorial Ciudad Nueva, 2005.

RATZINGER, J. *Fe, verdad y tolerancia*. Salamanca: Sígueme, 2005.

RATZINGER, J. *Dios y el Mundo*. Barcelona: Galaxia Gutenberg. Círculo de lectores, 2005.

RATZINGER, J. *El cristiano en la crisis de Europa*. Madrid: Cristiandad, 2005.

RATZINGER, J. *La última conferencia de Ratzinger: Europa en la crisis de las culturas* (año 2005). <http://www.zenit.org/article-15746?l=spanish> [Consultado 14/06/14]. 2005.

RATZINGER, J. *El elogio de la conciencia*, Madrid: Editorial Palabra, 2010. RATZINGER, J y HABERMAS, J. *Dialéctica de la secularización. Sobre la razón y la religión*. Madrid: Encuentro, 2006.

RATZINGER, J., "El hombre entre la reproducción y la creación" en VV.AA. *Bioética, consideraciones filosófico-teológicas sobre un tema actual*. Madrid: Rialp 1992.

Justificación bioética de los bancos privados de sangre del cordón umbilical *

*Agustín Losada Pescador***

Resumen

Las células madre de la sangre del cordón umbilical son una buena opción terapéutica para la reconstrucción de progenitores hematopoyéticos en enfermedades hematológicas, tales como leucemias o linfomas. Su utilidad es indiscutible en trasplantes entre hermanos compatibles, resultando en muchos casos la mejor alternativa. Por otro lado, su utilidad en el trasplante autólogo es cada vez más evidente. Además de las aplicaciones actuales, hay varias líneas de investigación abiertas que podrían posibilitar su uso en terapia celular y medicina regenerativa. Por ello, los bancos privados cobran todo el sentido, al brindar a los padres que así lo deseen, la posibilidad de ofrecer todas las opciones sanitarias a sus hijos para un futuro. Las objeciones a su desarrollo se basan en prejuicios y postulados colectivistas, puesto que no existen razones científicas ni éticas para limitarlos.

Summary

Stem cells from the umbilical cord blood are a good therapeutic option for the reconstruction of hematopoietic progenitors in blood diseases like leukemia or lymphomas. Its utility is a must in transplants between compatible brothers, resulting as the best

* Artículo publicado en *Estudia Bioethica*, vol. 4, núm. 1, 2011, pp. 57-64.

** Director General de VidaCord, Madrid.

alternative in most cases. Otherwise, its utility in autologous transplant is increasingly evident. Besides of the actual applications, there are some open research lines that can make possible its use in cellular therapy and regenerative medicine. That's why private cord banks make sense, when they bring the opportunity to those parents who ask the possibility to offer all the sanitary options to their sons for the future. The objections for their development are rooted in prejudices and collective postulates, with no scientific or ethical reasons to limit them.

Palabras clave: Banco privado, sangre de cordón, trasplante autólogo, leucemia, medicina regenerativa, donación, altruismo, solidaridad.

Key words: Private bank, umbilical cord blood, autologous transplant, leukemia, regenerative medicine, donation, altruism, solidarity.

Introducción

Por motivos profesionales tengo que lidiar casi diariamente, de una manera u otra, con las críticas que desde diversas instancias gubernamentales, académicas y sanitarias se lanzan contra el depósito privado de sangre de cordón umbilical (SCU). Debido a mi relación profesional con un banco privado de SCU pudiera parecer que soy parte interesada en defender un engaño, cual sería la utilidad médico-científica del depósito privado de SCU, para justificar así mi forma de ganarme la vida. Sin embargo, la realidad es bien diferente: He investigado cuáles son las razones que llevan a denostar el depósito privado de SCU, para tratar de comprender el punto de vista de sus opositores. Y he descubierto que en realidad los argumentos que se utilizan machaconamente son bastantes endebles. De hecho, muchos de ellos son simples prejuicios, sin soporte científico sólido, o basados en conocimientos científicos que hace tiempo quedaron científicamente superados. Ignoro las razones profundas que llevan a algunos a fomentar una posición anti-

científica con tamaña insistencia. Pero a fuerza de repetir los falsos argumentos, cobran fuerza entre los tópicos y lugares comunes de los que se dedican directa o indirectamente al mundo de los trasplantes. Y por ende, la idea contraria a los bancos de sangre de cordón umbilical (BSCU) privados se ha ido extendiendo en amplios sectores de nuestra sociedad, llegando incluso a contaminar a los propios profesionales de la Hematología. Así en la LIII Reunión nacional de la Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia que tuvo lugar los pasados días 27 a 29 de octubre de 2011 en Zaragoza, el Dr. Guillermo Sanz, uno de los mayores expertos mundiales en trasplante de sangre de cordón, desaconsejaba el uso de bancos privados de SCU con base en el argumento de que: “Es muy probable que la alteración genética causante de una enfermedad maligna también esté presente en la sangre de cordón umbilical del afectado”.¹

Argumentos científicos contrarios a los BSCU privados

El origen de la predisposición contraria a los bancos privados de SCU proviene de un informe sobre los bancos de SCU que la Asociación Americana de Pediatría publicó en 1999,² en el que se hacía referencia a las escasas probabilidades de uso de la SCU almacenada privadamente. El informe se basaba en los estudios del Dr. Johnson realizados aquel mismo año, que estimaba las probabilidades de que un niño pudiera llegar a utilizar las células madre de su propia SCU para un trasplante hematológico en un rango que iba de 1:1.000 a 1:200.000.³ Por tanto, si las posibilidades de uso de estas células eran tan limitadas, no resultaba justificada su conservación privada. Hoy se hace más patente esta limitación al contraponer los trasplantes realizados con unidades procedentes de bancos privados y bancos públicos: tan solo se han realizado 405 trasplantes, muchos de ellos como parte de ensayos clínicos, de entre los cerca

de un millón de unidades de SCU conservadas en bancos para uso privado. Por el contrario se han realizado ya más de 25.000 trasplantes con el medio millón de unidades que se almacenan en bancos públicos a disposición universal.

Desde ese primer informe de 1999, estos argumentos se han ido repitiendo en diferentes foros, sin que nadie se haya tomado la molestia de comprobar si la Ciencia corroboraba o no las premisas que en él se establecían.

Los principales argumentos contrarios a los bancos privados de SCU pueden resumirse en los siguientes:

- La mayoría de los pacientes que necesiten un trasplante de SCU podrán encontrar una unidad compatible y de mayor utilidad en un banco público. Por tanto, la conservación privada es innecesaria. Además, si todo el mundo guardara la SCU en bancos privados, no solo es que no podría utilizarla llegado el caso, sino que tampoco dispondríamos de las unidades necesarias en los bancos públicos, puesto que no habría nadie que las hubiera donado.
- La SCU no puede usarse para trasplantes autólogos en casos como los de leucemia, dado que los defectos genéticos ya están presentes en las células madre de la sangre del cordón, lo cual hace inviable el uso terapéutico de dichas células para el propio individuo.⁴
- El trasplante autólogo no tiene los beneficios de la pequeña reacción de la enfermedad de injerto contra huésped (EICH), que resulta fundamental en los casos de leucemia para incentivar la respuesta inmune. Por el contrario este efecto sí se consigue cuando la SCU procede de un donante.⁵

Además de denostar su utilidad autóloga en el ámbito de los trasplantes hematopoyéticos, también se desprecia el potencial uso futuro de estas células madre presentes en la sangre del cordón dentro del ámbito de la medicina regenerativa, tachando dicha opción como de “una mera especulación”.

Añadidos a los argumentos médicos, se aportan otros de tipo bioético, que tienen que ver con principios clave como el altruis-

mo, la solidaridad y la accesibilidad a los recursos sanitarios, que estarían supuestamente comprometidos ante el avance de la mentalidad favorable al depósito de tejidos propios para un uso autólogo eventual. Sin embargo, el respeto a la autonomía del paciente (el cual es representado en este caso por sus padres), es un principio bioético que para algunos adquiere primacía sobre cualquier otro. Así ocurre, por ejemplo, en la reciente ley española de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo,⁶ donde la autonomía del paciente (en este caso, la mujer embarazada que desea abortar a su hijo), tiene preferencia sobre el derecho a la vida del feto o a cualquier otra consideración. También en España, el anteproyecto de ley de los derechos de la persona ante el proceso final de la vida coloca la autonomía del paciente por encima de cualquier consideración, incluso de la propia *lex artis*, obligando al médico a atender los deseos de sedación del paciente, aún cuando no se encuentre indicada en su caso. La tutela efectiva de dicho principio de autonomía, de ser consecuentes, vendría a justificar el acatamiento de los deseos de las familias, cuando estos son precisamente los de conservar para un potencial uso autólogo o alogénico intrafamiliar esos tejidos propios. Sorprendentemente, los mismos que propugnan su defensa a ultranza en los casos de aborto o eutanasia se niegan a aceptar que el sujeto tenga capacidad para tomar una decisión autónoma cuando se refiere a la conservación de las células madre de la SCU de sus hijos.

Argumentos científicos favorables a los BSCU privados

Con independencia de estas discusiones, en la práctica cada vez más familias optan por conservar estas células para sus hijos, buscando así proporcionarles más oportunidades terapéuticas en caso de que pudieran necesitarlas, ellos o sus hermanos, en el futuro. Por esta razón, aunque se evita condenar abiertamente a los bancos privados como contrarios al interés colectivo, desde todos los ámbitos sanitarios se acepta de mala gana su existencia, pero se in-

siste machaconamente en la preferencia por la donación frente al depósito privado de la SCU.

No es este el lugar para justificar las ventajas médico-científicas (evidentes) de un trasplante de donante emparentado frente al de uno no emparentado. No hay ninguna duda de que un trasplante de progenitores hematopoyéticos procedente de un donante emparentado (DE) tendrá, en general, mejores resultados que si el donante es no emparentado (DnE). Gluckman et al.⁷ analizaron los resultados de los casos existentes de trasplantes de SCU, comparando los resultados según el donante fuera emparentado o no. El estudio demostró que la supervivencia después de un año entre el grupo de los trasplantados con SCU procedente de un hermano compatible era de un 63%, mientras que la de los trasplantados con SCU de DnE era de solo un 29%. Así pues, la posibilidad de disponer de células madre con las que tratar a un hermano compatible en el caso de una enfermedad hematológica justifica, por sí sola, la existencia de los bancos privados.

Resumiendo las razones médico-científicas que justifican el depósito privado de SCU podríamos señalar las siguientes:⁸

- En los casos de trasplante de progenitores hematopoyéticos, la SCU es útil en los casos de trasplante autólogo y alogénico emparentado. También puede resultar de utilidad en casos de doble trasplante (utilizando una unidad de SCU de un DE con médula ósea o sangre periférica de un DnE).
- La poca utilización hasta la fecha de unidades de SCU procedente de bancos privados para trasplantes se debe al bajo número relativo de unidades, y al hecho de que el usuario potencial de un banco privado es el propio individuo o sus hermanos, mientras que en un banco público es toda la humanidad. Es lógico pensar que con el aumento de unidades conservadas en bancos privados se aumente también la utilización de SCU para usos autólogos o alogénicos intrafamiliares. Su utilidad es, por tanto, bastante mayor de la que se estima actualmente con base en la utilización que de estas células se ha podido realizar hasta la fecha.

- Cada vez se van descubriendo más tipos de células madre presentes en la SCU, como las MSC o las VSEL, las cuales podrían resultar de utilidad en el futuro en terapias que aún se encuentran en fase de ensayo clínico.
- En este sentido, es innegable su utilidad futura en el campo de la medicina regenerativa, para usos todavía en estudio. Los ensayos en marcha son tantos y tanto es el dinero que se ha invertido en este área que es previsible la obtención de resultados positivos.

Dando un paso más, no es correcto afirmar desde un punto de vista científico que la SCU no sirva para realizar autotrasplantes.⁹ Se puede decir que no tenemos suficientes experiencias de trasplantes autólogos, pero ello no significa que no pueda ser utilizada en autotrasplantes. En España la Organización Nacional de Trasplantes afirma en su informe sobre trasplantes del año 2010 que de los 2.546 trasplantes de progenitores hematopoyéticos realizados en España durante ese año, 1.680 fueron trasplantes autólogos (el 66%), mientras que 866 (el 34%) fueron alogénicos.¹⁰ De todos los trasplantes autólogos, la inmensa mayoría se realizaron con sangre periférica. Es decir, que se utilizan células hematopoyéticas del propio individuo para trasplantárselas de nuevo. Este hecho debería hacer pensar que el trasplante autólogo no es una imposibilidad, sino bien al contrario, una realidad muy numerosa. De hecho, es la mayoritaria entre los trasplantes de progenitores.

Entre los trasplantes alogénicos emparentados realizados en España en el 2010, seis de entre un total de 467 fueron con SCU. Sin duda, su número irá en aumento según vayamos teniendo disponibles más unidades.

Aspectos bioéticos

La discusión no es si conservar la SCU privadamente tiene o no utilidad médica. La evidencia científica de su eficacia terapéutica es algo fuera de discusión. Se trata de explicar que su uso no provoca

ninguna contraindicación bioética, al no resultar comprometidos ninguno de los principios bioéticos clave. Porque el depósito privado de SCU no contradice el respeto debido a la dignidad del cuerpo ni su integridad, y es conforme a los principios de Autonomía del Paciente, Justicia y Solidaridad, Beneficencia, No Maleficencia y Proporcionalidad.

No obstante, no se puede negar que existe una aparente contradicción en la situación actual, que pudiera parecer injusta: el hecho de que una familia que hubiera conservado la SCU de su hijo es muy probable que no llegue nunca a necesitarla. Se estaría privando así de una posibilidad de curación a otra persona que, de haberse donado dicha muestra, podría haberse salvado gracias a ella. Para hacerlo más dramático, llegado el caso de una enfermedad del niño, en ciertas circunstancias no se podría utilizar la unidad conservada para potencial uso privado y tendría que recurrirse a una muestra que alguien hubiera donado a un banco público. El niño se salvaría gracias a la generosidad de otra familia, que prefirió donar el cordón antes que guardarlo para un potencial uso privado futuro. Por el contrario, el “egoísmo” de sus padres habría supuesto un gasto de dinero inútil, al almacenar una unidad que ya se sabía no se iba a poder utilizar, y que hubiera podido beneficiar a otro paciente.

Esta objeción se plantea desde una posición según la cual, no donar un tejido (pudiendo hacerlo) sería éticamente reprobable. Sin embargo, hay que afirmar que nunca puede ser exigible la donación de órganos de un cadáver, ni tampoco de un tejido. Ello, aunque en algunos países puede ser considerado como material de desecho, cual es el caso de la sangre del cordón umbilical. La propia Iglesia enseña que “*El don gratuito de órganos después de la muerte es legítimo y puede ser meritorio*”,¹¹ pero no prescribe que sea obligatorio donar los órganos (como no podía ser de otro modo). El respeto a la integridad personal exige que uno no esté obligado a la donación tras la muerte, si no lo desea. Considérese que si resulta aceptable, desde un punto de vista ético, que uno escoja ser enterrado en su

día con todos sus órganos (y por tanto, que sus órganos no sean donados para ser transplantados en otra persona), por la misma razón lo es que uno no desee donar la SCU de su hijo y decida que se desperdicie, o también que quiera conservarla en un depósito privado para su potencial uso autólogo o alogénico intrafamiliar. Y por supuesto, cualquiera de estas dos últimas opciones no implican por parte de los padres ninguna falta de solidaridad con los enfermos necesitados de un trasplante de SCU.

Desde la perspectiva de la Bioética Personalista hay dos aspectos sobre los que se sustenta la afirmación del supuesto ataque contra el principio básico de solidaridad de los padres que conservan privadamente la SCU de sus hijos, y con los que discrepo radicalmente. Se trata de 1) la falsa consideración de que el principio de beneficencia consiste en beneficiar a otros, mientras que no se puede aplicar a uno mismo, y 2), la errónea concepción de que el hecho de que uno conserve el cordón umbilical rompe el principio de equidad y solidaridad, porque al hacerlo así se beneficia a las personas con mayor capacidad adquisitiva, discriminando, en función de este criterio económico, a todos aquellos que pertenecen a grupos sociales menos favorecidos, quienes en razón de tal condición jamás podrían acceder a este recurso sanitario.

En relación con el primer aspecto, sólo una concepción mezquina puede aceptar que el principio de Beneficencia se aplique sólo y principalmente *ad extra*. Es decir, que la donación solo sea éticamente aceptable cuando se dirige hacia otros. De manera que, según esta concepción, alguien que conservara un tejido propio para uso en sí mismo, aunque ello le beneficiara, estaría contraviniendo el principio de Beneficencia por no ponerlo a disposición de otros. Aceptar este planteamiento sería tanto como negar validez ética a todo tipo de autotrasplante, como el de piel o incluso de PH, que tan importantes y críticos son para la supervivencia de muchas personas. Llevado al límite del absurdo, dar validez a este principio equivaldría a condenar el ahorro privado, o cualquier tipo de sistema de previsión individual (planes de pensiones, etc.). Ni siquiera

por las características especiales del depósito de los progenitores hematopoyéticos, que se recolectan antes de conocerse si van a ser necesitados alguna vez, puede justificarse una posición contraria. Lo que es un tejido que normalmente se desecharía, tiene valor para ciertas personas, que consideran apropiado invertir un dinero en su conservación privada, a fin de tenerlo disponible en el futuro si se diera la necesidad.

Nadie puede ser obligado a donar una parte de su cuerpo en beneficio de otro. Ni siquiera un tejido considerado de desecho. En virtud del derecho a la integridad corporal, que garantiza la Constitución Española, no sería exigible, por ejemplo, que alguien fuera obligado a donar uno de sus riñones para serle trasplantado a un enfermo renal compatible, aunque éste lo necesitara para evitar su muerte. Si bien la donación sería un acto de humanidad loable, no podría ser en ningún caso exigible, por mucho que la vida de la otra persona dependiera de ello.

En España se considera legalmente que los órganos de una persona fallecida son propiedad del Estado,¹² quien puede disponer libremente de ellos si no existe voluntad en contra previamente expresada por el fallecido. A pesar de ello, la posibilidad de consentimiento presunto se utiliza para facilitar el trasplante. En el sentido de que, de no mediar oposición explícita, se tiene vía libre para la extracción de órganos, con el acuerdo de los familiares, y sin la necesidad de prueba explícita de la voluntad de donación del difunto. Lo que parece evidente es que de una manera o de otra, la ley busca amparar la voluntad de la persona en el caso de que no deseara que sus órganos fueran donados a su muerte. No se entiende, pues, que se apliquen criterios de medida diferentes en el caso de la SCU. Hasta el extremo de llegar a considerar insolidario a aquel que no quiera donar la SCU de su hijo.

Así pues, el problema, en mi opinión, es la confusión en el enfoque entre los conceptos de *depósito privado* y *donación*. Por supuesto, cuando alguien dona un órgano o tejido, lo hace para beneficiar a otra persona. Pero cuando alguien conserva un tejido para uso

propio, en un tratamiento que podría serle de utilidad terapéutica en el futuro, aunque en el momento del depósito no tenga necesidad de él, no lo está donando a nadie, sino conservándolo para un eventual auto-trasplante. No se deben aplicar, por tanto, los principios que afectan a los casos de donación cuando de lo que estamos tratando es de un depósito privado.

Respecto a la segunda objeción, según la cual, la conservación privada del cordón umbilical rompería con el principio de equidad, al beneficiar a las personas de mayor poder adquisitivo, que pueden permitirse el depósito privado, en perjuicio de los demás que no lo pueden hacer, y que tendrían por ello una menor garantía para su salud, conviene considerar que la salud debe ser promovida para todos de manera proporcional a las necesidades de cada uno. Ningún Estado puede garantizar a sus ciudadanos el “derecho a la salud”, puesto que siendo el ser humano una criatura caduca en lo material, garantizar la salud escapa a sus posibilidades. Lo que sí puede y debe hacer es garantizar el acceso a los medios y cuidados indispensables para la defensa y promoción de la salud.

También la OMS defiende este principio cuando afirma: *“Todo individuo tiene derecho a un tenor de vida suficiente para garantizar la salud y el bienestar propio y de su familia, en lo que se refiere particularmente a la alimentación, el vestido, la vivienda, los cuidados médicos y los servicios sociales necesarios”*.¹³

Los Estados deben promover la creación de bancos públicos de SCU que permitan satisfacer las necesidades de trasplantes de su población. Actualmente se estima que con unas 60.000 unidades con suficiente variedad antigénica se dispone de cantidades suficientes para asegurar el tratamiento al 90% de la población de un país como España.¹⁴ En los 7 bancos públicos que conforman el modelo español se guardan actualmente cerca de 50.000 unidades. Y de continuar el ritmo de donaciones actual se alcanzará el objetivo en poco más de un año. Con ello España tendría cubiertas sus necesidades para atender el 90% de todos los trasplantes de SCU entre sus ciudadanos. Pero esto, por desgracia, es todavía una ex-

cepción en el mundo occidental. Francia, por ejemplo, opta por un modelo en el que prefiere importar las unidades de SCU que necesita antes de asumir el coste de crear bancos públicos con suficientes unidades de los que poder surtirse. Y no olvidemos que los países del tercer mundo se encuentran todavía más lejos de esta cifra. Así, en todo el continente africano no hay un solo banco de SCU registrado en Netcord y existe un único centro acreditado para trasplante hematopoyético.

Para ser realmente efectivos, los bancos públicos deben estar debidamente interconectados, incluso a nivel mundial, pues es irreal y presuntuoso pretender alcanzar la autosuficiencia de unidades para satisfacer las necesidades de la propia población. Este aspecto abre la necesidad de considerar la importancia de la solidaridad internacional, para permitir que los países con menos recursos puedan disponer de unidades que pudieran ser compatibles para sus habitantes, aunque fuera en bancos de otros países, y para permitir que las diferencias económicas no impidan el tratamiento a las personas de estos países menos favorecidos.

Extrapolando los datos de los análisis de necesidades de EEUU y España, serían necesarias unas 8.500.000 unidades con variedad antigénica suficiente, para cubrir las necesidades de toda la población mundial. Indudablemente, estamos muy lejos todavía de esa cifra, y parece que hay otras necesidades de salud más básicas que cubrir antes que garantizar la existencia de SCU compatible para todos los habitantes de la Tierra.

No obstante, la necesidad de promover la donación de SCU no es incompatible con la legitimidad del depósito privado. Tomando el dato de España, cada año nacen unos 480.000 niños. Y se pretende recoger de entre ellos para bancos públicos unas 7.000 unidades al año. Todavía hay muchos otros cordones que se desecharán y que podrían ser recogidos para ser conservados en bancos privados, sin menoscabo de las unidades destinadas a donación. Además, una vez completado el volumen necesario de unidades donadas para satisfacer las necesidades de trasplantes del país solo

será necesario reponer las unidades que se vayan utilizando y aquellas que vayan quedando obsoletas. Frente a las 7.000 unidades anuales que se conservan públicamente en España, las necesidades bajarán a un máximo de tan solo 500. Parece evidente, pues, que no existe ningún problema de injusticia porque se conserve privadamente la SCU de algunos de los 475.500 niños restantes, si sus padres así lo consideran oportuno, para ofrecerles todas las opciones terapéuticas en un futuro.

La solución: bancos mixtos

La alternativa, como solución al debate, de la creación de bancos mixtos, en los que las unidades de SCU quedaran a disposición de la familia pero a la vez se hicieran públicas para su eventual utilización por terceros, resulta muy atractiva. Pero para resultar éticamente aceptable la donación debería ser voluntaria. En este sentido, el modelo español no es válido, ya que obliga a que las unidades que se depositan en territorio nacional sean previamente donadas, como requisito para autorizar su depósito. Así, el RD 1301/2006, en los artículos 27.1 y ss. indica lo siguiente: *“Las células y tejidos almacenados en los establecimientos de tejidos estarán a disposición de los centros o unidades de aplicación de tejidos y células para usos alogénicos en procedimientos terapéuticos con indicaciones médicas establecidas en receptores adecuados. La aplicación autóloga quedará encuadrada en el caso de procedimientos terapéuticos de eficacia demostrada en indicaciones médicas establecidas. En el caso de que se realicen actividades de procesamiento para usos autólogos eventuales de los que no hay indicación médica establecida actual, las células y tejidos así procesados estarán disponibles para su aplicación alogénica según lo dispuesto en el apartado primero”*.¹⁵

Si bien la familia ha de firmar voluntariamente un documento de consentimiento informado en el cual acepta que la unidad de SCU de su hijo sea incluida en los registros públicos de donantes, no puede afirmarse que esto implique una donación voluntaria en sentido estricto. Porque se trata de un requisito legal, una imposi-

ción, sin la cual no sería posible conservar la unidad en el país conforme a las exigencias legales.

Este aspecto de la ley española es muy controvertido. En primer lugar, porque identifica banco privado con banco para uso autólogo, despreciando la utilidad del depósito para uso intrafamiliar. Y en segundo lugar porque confunde *donación* con *depósito privado*. En efecto, al redactarse de tal manera, obliga a una donación del tejido conservado privadamente (en el caso de que existiera indicación terapéutica para otro paciente), limitando gravemente el principio de autonomía del paciente y contraviniendo así mismo los principios de gratuidad y altruismo que deben regir la donación de órganos y tejidos.

Para que se pudiera defender un modelo justo de banco mixto, las donaciones en él efectuadas deberían ser realmente voluntarias. Lo cual implica que la familia tuviera siempre la capacidad de decidir en última instancia el destino de la unidad, si esta llegara a ser requerida para trasplante a un tercero. Aceptando sin limitaciones que los dueños de la muestra (el hijo, y subsidiariamente sus padres), llegado el caso de que esta fuera solicitada para ser usada por un tercero, pudieran decidir no donarla. Igual que ocurre actualmente en los casos de donación de médula ósea: Llegada la solicitud efectiva de donación, el donante conserva en todo momento la capacidad de aceptar o no la donación que se le pide, con independencia de que hubiera firmado previamente un documento en el que se comprometía a donar su médula.

No existe hoy ningún BSCU en el mundo donde se posibilite tal opción. Tan solo en España, el banco de tejidos VidaCord define, como parte de su objeto social “*la cesión consentida y con fines terapéuticos de células madre almacenadas para el tratamiento de pacientes en espera de trasplante, cuando fuera viable un trasplante alogénico no emparentado y existiera una muestra de HLA compatible*”.¹⁶

Dicho capítulo del objeto social se hace, en la práctica, inviable, al obligar la legislación a su cesión obligatoria. La solución que la compañía encontró fue ofrecer dos depósitos diferentes: uno en sus instalaciones en España, sometido a la obligación de donación,

y otro en el extranjero, donde se transportan las unidades una vez procesadas en su laboratorio en España, y ya criogenizadas en nitrógeno líquido, tal y como se mantendrán durante el tiempo que dure su conservación. Puesto que la ley solo impone la obligación de donación a las unidades conservadas en nuestro país, las familias tienen la opción de elegir el lugar de depósito, sabiendo de antemano que cuando las depositan en España las unidades quedan a la vez a disposición universal. Dado que la SCU solo se puede usar una vez, en el caso de ser requerida para usarse en un tercero se le devuelve a la familia el importe abonado. Esta opción, elegida por tan solo un 1% de las familias que contratan el servicio con Vida-Cord, resulta todavía más meritoria dado que lleva pareja la necesidad de abonar 300 € adicionales al coste normal de procesamiento y criogenización. Esto es lo que cuesta realizar la analítica HLA en alta resolución necesaria para incluir la muestra en el registro de donantes. Lo cual supone una paradoja difícil de explicar: cuando los padres deciden que la unidad de SCU se conserve en el extranjero sólo tienen que abonar 1.900 €, en el caso de que elijan el pago por adelantado de 20 años de criopreservación. Pero cuando se queda en España, donde no hay necesidad de incurrir en costes de transporte, el servicio no solo no tiene ningún descuento, sino que tiene un sobre precio de 300 €. Esto es así porque cuando la unidad va a ser utilizada para un trasplante autólogo, no es necesario comprobar su compatibilidad, dado que el donante y el receptor son la misma persona. Los bancos privados solo realizan el análisis HLA en el caso de que la unidad sea requerida para un trasplante entre hermanos, a fin de determinar su grado de compatibilidad. Mientras la muestra no sea utilizada no resulta necesario conocer su HLA. Así pues, la ley española no solo obliga a donar la unidad a aquellos que desean guardarla en un banco situado en España, sino que exige que sea el propio donante quien además asuma parte del coste de la donación. Lo cual contraviene otro principio fundamental de la donación, al requerir del pago para donación.

Por eso resulta aún más loable ese porcentaje del 1% de familias que, sabiendo que la unidad de SCU de su hijo puede ser requerida

para otra persona (y que, llegado el caso, no tendrán posibilidad de negarse a su entrega), aceptan depositar la unidad en España y pagar un sobrepago por ello. No me cabe ninguna duda de que si la ley permitiera que la donación fuera voluntaria el porcentaje de auténticos donantes aumentaría, posibilitando con ello la solución óptima al dilema ético planteado.

Referencias bibliográficas

¹ Declaraciones de Guillermo Sanz al término de la LIII Reunión Anual de la SEHH, en <http://www.elmundo.es/accesible/elmundosalud/2011/10/28/biociencia/1319803916.html>, consultado el 28/10/2011.

² WORK GROUP ON CORD BLOOD BANKING, «Cord Blood Banking for Potential Future Transplantation: Subject Review», en *Pediatrics*, 104 (1999), 116-118.

³ F. JOHNSON, «Placental Blood Transplantation and Autologous Banking», en *Journal of Paediatric Haematology/Oncology*, 19/3 (1997), 183-186.

⁴ Z. J. BROADFIELD, R. D. HAIN, C. J. HARRISON, G. REZA JALALI, M. MCKINLEY, K. MICHALOVA *et al.*, "Complex chromosomal abnormalities in utero, 5 years before leukaemia", en *British Journal Haematology*, 126/3 (2004), 307-312.

⁵ A. URBANO-ISPIZUA, «Risk assessment in haematopoietic stem cell transplantation: stem cell source. Best Practice Research», en *Clinical Haematology*, 20/2 (2007), 265-280.

⁶ Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo.

⁷ E. GLUCKMAN, V. ROCHA, A. BOYER-CHAMMARD, F. LOCATELLI, W. ARCESE, R. PASQUINI *et al.*, «Outcome of cord blood transplantation for related and unrelated donors», en *New England Journal of Medicine*, 337 (1997), 373-381.

⁸ P. HOLLANS, C. MCCAULEY, «Private Cord Blood Banking: Current Use and Clinical Future», en *Stem Cell Rev*, 5 (2009), 195-203.

⁹ A. HAYANI, E. LAMPETER, R. D. VISWANATHA, D. MORGAN, S. SALVI, «First Report of Autologous Cord Blood Transplantation in the Treatment of a Child With Leukemia», en *Pediatrics*, 119/1 (2007), 296-300.

¹⁰ [Ehttp://www.ont.es/infesp/Memorias/Memoria_tph_2010p1.pdf](http://www.ont.es/infesp/Memorias/Memoria_tph_2010p1.pdf), consultado el 01/07/2011.

¹¹ *Catecismo de la Iglesia Católica*, 2301.

¹² Real Decreto 2070/1999, de 30 de diciembre, por el que se regulan las actividades de obtención y utilización clínica de órganos humanos y la coordinación territorial en materia de donación y trasplante de órganos y tejidos, art. 10.

¹³ *Constitución de la Organización Mundial de la Salud* (diciembre de 1948), art. 25.

¹⁴ *Plan Nacional de Sangre de Cordón Umbilical*, en <http://tinyurl.com/3bjhg6r>, consultado el 2 de agosto de 2011.

¹⁵ RD 1301/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las normas de calidad y seguridad para la donación, la obtención, la evaluación, el procesamiento, la preservación, el almacenamiento y la distribución de células y tejidos humanos y se aprueban las normas de coordinación y funcionamiento para su uso en humanos, art. 27.1 y ss.

¹⁶ Objeto social de VidaCord, banco privado de SCU español.

Vulnerabilidad: consideraciones sobre la utilización pertinente del término en Bioética*

*Martha Tarasco Michel***

Resumen

El artículo explora un concepto de vulnerabilidad en cuanto su posible utilidad en la Bioética. Para eso la autora analiza algunas definiciones y descripciones del término. Posteriormente revisa el mismo en comparación con el concepto de fragilidad que parece ser más apropiado para las circunstancias de la ética médica. Se plantea la naturaleza del término y se sugieren asimismo posibles abusos que se han hecho de éste. Entre estos abusos se encuentra el buscar "vulnerabilidad" en circunstancias en donde el concepto, desde una óptica de una antropología realista y del reconocimiento de bien objetivo en los pacientes, no parece aplicarse.

Summary

The article explores the possible utility in Bioethics of the vulnerability concept. The author analyzes some definitions and descriptions of the term. Subsequently, the same term is analyzed in comparison with the term fragility, which may be more appropriate for the circumstances of Medical Ethics. The nature of the term is set out and suggests possible abuses that have been

* Artículo publicado en *Studia bioethica*, vol 4, núm. 2, 2011, pp. 8-14.

** Profesora investigadora de la Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac México Norte.

done with it. Among other abuses, to look for vulnerability in circumstances in which the concept, seen with a realistic anthropology view and the recognition of the objective good in patients, do not seems to apply.

Palabras clave: daño, vulnerabilidad, fragilidad, corporalidad.

Key words: harm, vulnerability, fragility, physicality.

Introducción

El presente trabajo plantea un cuestionamiento en la utilización del vocablo “vulnerabilidad”. ¿Es éste una palabra polisémica¹ de la cual se ha abusado en esta época? ¿Es acaso un término analógico? O, ¿tiene un sentido único? En diversos campos, frecuentemente en el discurso de los derechos humanos, se menciona y se utiliza la expresión de “grupos vulnerables”, particularmente en situación de marginalidad económica o por preferencias sexuales, o lo más frecuente: por ser mujer. Asimismo, se pretende proteger la vulnerabilidad del enfermo terminal, de los sujetos de experimentación clínica, o del embrión humano. El término pues se utiliza en distintas áreas que vale la pena analizar. Aquí se intenta defender que ha habido cierto abuso en el uso del mismo. Varias tesis serán defendidas a lo largo de las diversas secciones. Sin embargo, el aserto principal –y que resultará controversial–, es estrictamente desde el punto de vista de la Bioética, sobre el hecho de que ciertos usos de “vulnerabilidad” son confusos o malentendidos lingüísticos. Aunque quizás, sea más preciso decir, que a juicio de la autora, hay una cierta extrapolación de un uso legítimo del término, hacia un uso inconsistente del mismo.

Algunos usos de “vulnerabilidad”

En el ámbito ordinario del lenguaje se han encontrado diversos usos del término. Aunque en cualquier caso la vulnerabilidad se re-

fiere a riesgo, amenaza o peligro; algunos ejemplos de la multiplicidad del empleo del término muestran la diversidad de campos semánticos y significados de éste, pero siempre haciendo referencia implícita o explícita a otro. Incluso como mera suposición hipotética:

Percepción subjetiva pero realista	Percepción hipotética
"Me siento vulnerable ante ti".	"Vulnerabilidad del sistema operativo".
"El cuerpo es vulnerable".	"La Economía está vulnerable".
"Las mujeres son más vulnerables que los hombres".	"El sistema de defensa es vulnerable".

También es factible descubrir el rasgo común de que "lo vulnerable", puede aplicarse en conjunto o a individuos. Pero además se hace evidente que la aplicación del concepto es siempre de un elemento, función, estructura que en comparación con otra puede fallar.

Al analizar algunos ejemplos de descripciones y definiciones teóricas, como en "Victimización y vulnerabilidad por ausencia de legislación y otras medidas en materia de violencia familiar"², María Monserrat Pérez Contreras señala:

"... si bien es cierto que *la violencia* en el hogar *se puede ejercer contra cualquier miembro de la familia*, son las mujeres quienes, junto con los niños, *sufren con más frecuencia* de múltiples violaciones a sus derechos como personas en el núcleo familiar. *Es decir*, la mujer es una de las principales víctimas y pertenece *al grupo vulnerable* del fenómeno de la violencia familiar"³.

La vulnerabilidad según esta descripción, en realidad está presente en todos y la cuestión de utilizar el adjetivo o incluir en la clase de grupo "vulnerable" es una cuestión cuantitativa y de apreciación cultural. Dicho de otro modo, se puede descubrir una ratificación de las características propuestas en las oraciones de uso

común ya señaladas y que se han subrayado en la cita. Así, por ejemplo, la vulnerabilidad se da en un sistema de relación, en este caso el núcleo familiar, siempre es con respecto a otro y es cuestión de grado ya que en principio todos, como lo reconoce la autora, en cierto modo, somos vulnerables o al menos, en riesgo de ser adjudicados a ese grupo.

La misma autora, confirma, con otra fuente, este mismo criterio. Señala (citando a la Comisión Nacional de Derechos Humanos de México):

“La vulnerabilidad se origina a partir de la reunión de factores internos y externos, que al combinarse disminuyen o anulan la capacidad que tiene una persona, grupo o comunidad, para enfrentar una situación determinada que les ocasione un daño y, más aún, para recuperarse de él”.⁴

Puede dar la impresión de haber un riesgo latente de convertir la vulnerabilidad aparente –que por el uso del lenguaje, sugeriría una categoría social–, a ontologizarla y convertirla así en una supuesta categoría nueva de la metafísica. Entonces adoptando esa postura podrían concluirse falsas generalizaciones en torno al uso del concepto, como sería el caso de la afirmación: “Todos los niños son vulnerables”. O algo como “por su naturaleza los niños son más vulnerables que los adultos”. Respecto a *qué* son vulnerables, es lo que habría que preguntar.

Evidentemente no es pretensión de este trabajo, dejar de reconocer la vulnerabilidad corpórea, y que la propia existencia humana, tanto en tiempo, como en funciones, siempre es imperfecta, por no ser completa. Y además de imperfecta está siempre en una situación de riesgo de perder la propia vida, o las funciones de la misma. Este concepto sí es parte de la ontología humana.⁵ Y así mismo es un hecho objetivo que los niños en relación con ciertos grupos o condiciones son más vulnerables.⁶ Pero lo mismo puede decirse de los adultos, respecto de los niños. Un adulto en una epidemia de sarampión es más vulnerable que los niños, en cuanto la morbilidad o secuelas de la enfermedad.⁷ O un adulto es más vul-

nerable que un niño a no recuperarse de una fractura⁸ o tiene menor plasticidad cerebral que la infancia,⁹ por lo que es más vulnerable que un niño a no recuperar funciones intelectuales superiores después de un traumatismo craneo encefálico. Desde esta óptica, la categoría de “vulnerabilidad” no agrega nada nuevo a la tradicional categoría de “daño” y “beneficio”,¹⁰ utilizado en la medicina desde la antigüedad y en la Bioética hoy en día. Ahora bien ¿por qué no utilizar el término en Bioética? En un artículo titulado “Bioética de la protección, vulnerabilidad y amenaza desde una perspectiva laica” curiosamente el término de vulnerabilidad surge casi al final del artículo:

“Los ejemplos analizados [el autor revisa los casos de embriones humanos] arriba se refieren exclusivamente a seres humanos reales o potenciales, o a “partes” de ellos, a los cuales se aplica, en principio pertinentemente el análisis de la bioética laica protectora, pues todos ellos son, de alguna manera seres o entes vistos *bajo el punto de vista de la vulnerabilidad* y/o de la amenaza”.¹¹

Se ha enfatizado que el uso del término “vulnerable” es un enfoque o categoría incluida en la relación en donde se señala de manera relativa, cuando alguien está en situación de vulnerabilidad o no. Dicho de otra manera, no hay una vulnerabilidad intrínseca, sino condiciones que fomentan dicho estado ya sean actos o acciones propias o de otros, circunstancias que nos ponen en situación de riesgo de daño respecto a otra persona o circunstancia. Y más aún la vulnerabilidad, como ya había sido dicho, es siempre un concepto de comparación, entre la circunstancia de vulnerabilidad y estados previos o posteriores, o entre grupos, o entre otro individuo u otra circunstancia.

Así que al unir todos estos elementos puede ofrecerse otra definición de vulnerabilidad que da la impresión de resumir lo presentado hasta aquí:

“El término vulnerabilidad es más amplio porque abarca mayor cantidad de inseguridades, aunque incluye a la pobreza y a la exclusión. La vulnerabilidad es la propensión a sufrir daño ante la pre-

sencia de una determinada fuerza o energía potencialmente destructiva; es la incapacidad para absorber los efectos de un determinado cambio y para adaptarse a esas modificaciones”.¹²

La categoría de vulnerabilidad es entonces propia del área médica, ya que en condiciones análogas un organismo puede ser más susceptible de adquirir un tipo de enfermedades que en otros.¹³ Sin embargo en cualquier caso médico, el término de la vulnerabilidad no es más que un sinónimo de riesgo. Y ante el señalamiento de un grupo o de un solo individuo se dice que son vulnerables. Más aún, al revisar la literatura médica para seleccionar artículos demostrativos de este concepto, se encontró en todos los casos, que cuando en lugar de riesgo se usa el término de vulnerabilidad, incluso se explicita el hecho de que se trata de una percepción subjetiva de ese riesgo. Entonces, cabe cuestionar si es un concepto útil para el campo de la bioética.

Otro uso del término “vulnerabilidad” es el que se le ha dado con el sentido de la fragilidad. La fragilidad y vulnerabilidad implican o nos sugieren la idea de no acabado, de no cierta plenitud. Aunque de admitirse tal contenido semántico, se tendría que concluir necesariamente que la vulnerabilidad es permanente. Esto debido a que la persona siempre es incompleta, y siempre es frágil en todas las expresiones o ámbitos de su corporeidad, ya que ninguna persona completa todo su potencial a lo largo de su existencia total.¹⁴ Y parece que cuando se emplea en asociación el grupo así conformado, se vuelve además de frágil, vulnerable o susceptible de no lograr superar una amenaza, real o contingente. Como por ejemplo, decir que cuando mujeres y niños son vulnerables son frágiles. Sucede en este caso lo mismo que en el empleo dado desde las ciencias de la salud, el término vulnerable puede ser sustituido por “en riesgo”. En muchas ocasiones puede observarse que hay expresiones que parecen, en primera instancia equivalentes, respecto al uso del término en cuestión.

Se sugiere que cuando se usa el término fragilidad, la referencia se da enfocada al orden del ser –ahora sí se puede decir esencial-

mente—. Mientras que la vulnerabilidad presenta el significado del orden del estar situacional, es decir temporal o circunstancial. Sin embargo a veces, el significado es intercambiable o similar en su uso o con cierta equivalencia, ya que en ambos casos se comparte la idea de que se percibe una cierta limitación por ausencia de “algo”, sin excluir el resto del contenido conceptual de ninguno de los dos términos.

La persona humana es tanto frágil siempre, como vulnerable siempre también. Y la fragilidad se da a lo largo de todas las circunstancias de la vida. Un hombre, una mujer, un niño sin alimento, oxígeno, etc., morirían, pueden resultar dañados, son frágiles. Mientras que la vulnerabilidad es una situación circunstancial. Se llegaría a encontrar en situación de vulnerabilidad porque la fragilidad personal está puesta al límite. Da la impresión de que esa es la fuente o razón, por la que ciertas expresiones del lenguaje no parecen equivalentes. No es del todo equivalente la expresión “el hombre es frágil” a la de “el hombre es vulnerable”.¹⁵ En sentido estricto siempre somos frágiles en toda circunstancia relacional. La fragilidad hace referencia al estado de naturaleza que tenemos y sus limitaciones intrínsecas. Pero el uso que se le da al segundo, señala una relación exterior de dependencia. Un ejemplo claro lo tenemos en el uso de los verbos “Ser” y “Estar” en el idioma castellano, que se expresa en este ejemplo: la expresión “el paciente está delicado” y compárese con “el paciente es delicado”.¹⁶ Estar delicado es circunstancial, se “pone” en estado de delicado, de vulnerable, aunque siempre sea frágil.

Sin embargo en sentido radical, estamos en estado de vulnerabilidad permanente. El conjunto de seres humanos está en una situación de amenaza o daño frente a los fenómenos naturales, de fenómenos sociales,¹⁷ de los límites de su propia corporeidad.¹⁸ Es decir, la persona no sólo es frágil, sino que respecto a ciertos estados¹ de cosas está vulnerable siempre. Pero es claro que en el lenguaje, cuando se utiliza este término, se hace alusión a daños más probables, próximos y calculables. Si alguien se encuentra en una

tormenta eléctrica, en un campo de fútbol, la fragilidad ya la tenía antes, pero sin duda aumenta la vulnerabilidad de que lo alcance un rayo.

De un modo análogo en la bioética sucede algo semejante. En medicina los humanos siempre somos frágiles. La salud es un estado de equilibrio en continuo riesgo de romperse. Vulnerabilidad implica más bien una noción social quizás útil en política de poblaciones y otras áreas, pero parece que para el área clínica de la medicina se extrapola el concepto social. En términos de la práctica clínica, se daña o no se daña, se cura al que sufre, etc., pero estrictamente no se combate la vulnerabilidad. Por otra parte, parece que el uso de este término tan en boga pero no originario de la práctica médica lleva a sugerir ciertas acciones que no corresponden a las finalidades propias de la medicina desde un punto de vista ético. A continuación se esbozará esta idea.

Una clave de interpretación: la vulnerabilidad y la corporeidad

La corporeidad, también llamada “corporalidad”¹⁹ apunta al hecho de ser uno solo con el cuerpo, que no puede ser concebido como un recurso más para disposición del mismo, como de manera análoga lo son los recursos de la naturaleza externos a la persona.²⁰

Por otra parte, el hecho de ser un organismo multifuncional permite aplicar sin problema el propio concepto de fragilidad y vulnerabilidad. No existe la vulnerabilidad total. Siempre se aplica el término en cuanto que parte de un elemento o sistema más o menos complejo, en que se ve expuesta una parte o un elemento del sistema. Cuando se utiliza con el concepto de un estado absoluto, termina siendo un uso ideológico, es decir incontrastable con la experiencia. Normalmente, o en un uso legítimo del término, impide usos que resultan ininteligibles.

Con fines retóricos, sí es utilizable. Estos fines retóricos pueden entenderse como un “llamado de atención”, una alerta ante el po-

sible o real fallo que puede sufrir una persona, institución o cosa, que podría desarticularlo, o causarle un daño irreparable. Pero este fallo es en un punto débil del mismo. Parece ese el sentido en el que diversas declaraciones y tratados buscan defender a los “grupos vulnerables”²¹ y que se afirma que están en total desventaja o en total abandono, etc., sin que logre demostrarse la verdad objetiva de tal aseveración.

Los decretos que buscan proteger los grupos vulnerables justamente hacen énfasis a particulares fragilidades de los grupos en cuestión. Sobre todo esas fragilidades de origen cultural que requieren un ajuste en las voluntades para lograr así el desajuste estructural. Por ejemplo, una política pública en salud respecto a grupos vulnerables, como pudiera ser la vacunación gratuita, no significa que el que paga la vacuna en la medicina privada, sea más susceptible de una mejor inmunidad. Su vulnerabilidad es diferente en cuanto que sus condiciones de la exposición de su fragilidad pueda ser diferente.

Vulnerabilidad y deseo: falsa fuente de vulnerabilidad

Tomando en cuenta las afirmaciones de la sección anterior, a veces se presenta como vulnerabilidad algunos elementos ajenos a la fragilidad humana. Una fuente de esas paradojas, la constituye la noción de autonomía, entendida en un sentido “descarnado” o suprimiendo el principio de corporalidad,²² la autonomía personal, entendida como el deseo de elegir sobre la propia corporeidad, como si el cuerpo fuese una especie de campo de decisiones para la transformación de la naturaleza por considerarse como un objeto más de la misma. Un ejemplo que puede ilustrar este concepto, sería si se interpreta la noción de naturaleza o de cuerpo como lo transformable por el deseo y la posibilidad fáctica de realización del mismo. Y entonces aparecen situaciones de aparente vulnerabilidad. El mero deseo nos convertiría en “vulnerables”. Si alguna persona considerara que “*mi autonomía o respeto a mi decisión*”, en cuanto que es “*mi decisión*”, podría llevarla a crear falsas expectativas

o la sensación ambigua de que se ha conculcado una aspiración humana legítima. Es decir, al no permitirse tal decisión la persona se encuentra en una situación de “vulnerabilidad”. Si alguien desea tener hijos, y elije cualquier tipo de medida que sea, para lograrlo pero alguna de ellas se le impide, puede darse una lectura de vulnerabilidad en cuanto a género, por ejemplo: “*los varones tienen un control que yo no tengo e impiden o violentan mi libertad...*”. Sin embargo, en realidad la mera acotación de la voluntad, al reconocer que no todo lo que se desea es debido, en cuanto que perfecciona al todo orgánico-psíquico espiritual, no sólo no convierte en sujeto vulnerable o sujeto a daño, sino al contrario pone en condición de perfeccionar la propia corporeidad, no en cuestión de funcionalidad perfecta –que nunca se logra–, sino en cuestión de la finalidad última de la propia corporeidad.

En términos más simples, si se entiende que un sujeto es vulnerable, sólo porque no puede realizar, o decidir todo lo que desea, se puede llegar a un sinsentido del uso de la expresión.

Porque aunque no sea del agrado de todos, aunque la vulnerabilidad es relativa como ya fue señalado oportunamente, eso no implica que sea arbitraria. Hay un mínimo de criterio objetivo para poderla delimitar. Este criterio es la posibilidad del daño objetivo: real y comprobable, y no solo de la percepción de un daño hipotético. El niño no está en situación de vulnerabilidad por el mero hecho de que no puede tomar ciertas decisiones que un adulto, logra decidir. Ello no sería vulnerabilidad. La vulnerabilidad que puede darse en un menor, una mujer o cualquiera, es la posibilidad de estar en una situación de desventaja respecto a evitar un peligro o recuperarse de un daño. Pero eso no queda delimitado sólo por la decisión personal, sino por la decisión de los otros o como llamaba la primera autora citada en este trabajo, por “factores externos”. Los “factores internos”, por cierto, no son misteriosos estados mentales, sino acciones en donde el sujeto se pone en situación de sufrir daño.

Conclusiones

1) La vulnerabilidad implica una categoría situacional temporal, mientras que la fragilidad hace mayor énfasis en la naturaleza limitada humana.

2) Estrictamente desde la medicina hay grupos vulnerables, si se emplea el término como susceptibilidad o propensión para un estado patológico. Todo organismo es frágil, lo cual es diferente a llegar a estados de vulnerabilidad clínica.

3) Hombres, mujeres, en cualquier etapa y condición de su vida, siempre son vulnerables respecto a diversas circunstancias o enfoques, pero no es un estado ontológico. Más bien es un estado propio de la existencia (en tiempo, en límites, en fragilidad, en características propias de la cultura, la edad, el sexo), pero no como una constante, sino en momentos puntuales.

4) Autonomía y vulnerabilidad no son equivalentes, ni uno es causa del otro. Al contrario: la autonomía desvinculada de la realidad objetiva puede poner al sujeto en situación de gran vulnerabilidad, frente al fruto de sus propios deseos. En ese sentido, incluso pueden interpretarse como antagónicas.

5) Para ciertas situaciones particulares, los grupos de edad, o de género, pueden ser más vulnerables que otros grupos. Pero en ese sentido, el término vulnerabilidad se emplea en comparación con los grupos menos vulnerables que los afectados.

6) Al emplear el término vulnerabilidad, nunca se usa en sentido negativo: nadie se considera vulnerable de recibir un premio, por ejemplo. En ese sentido es diverso del concepto de susceptibilidad.

Referencias bibliográficas

¹ La polisemia (de "poli", muchos, y el griego (ENTRAN SÍMBOLOS GRIELGOS) significado), se presenta cuando una misma palabra tiene varias acepciones.

² *Boletín de Derecho Comparado*, año XXXVIII, 112, enero abril de 2005, UNAM, México, 193 y ss.

³ *Ibid.*, 194. Cursiva por la autora de este trabajo.

⁴ Hay que hacer notar que la definición agrega un componente adicional: la noción de daño o perjuicio para considerarse vulnerables. Es claro que no tiene sentido la expresión del tipo "Soy vulnerable a ganarme la lotería" o "Ella es vulnerable a estar sana" entre otras semejantes.

⁵ Boletín de Derecho Comparado, *op. cit.*

Aquí se habla de la verdadera liberación humana que está enraizada en la libertad ontica, una libertad enraizada en el ser y que se planifica con el Ser. El hombre mismo así se reconoce siempre como contingente que aspira a lo Absoluto. El bien y el ser hacen referencia a la misma realidad. De ahí la conexión del ser como perfección y del obrar.

T. URDANOZ, *Historia de la Filosofía*, IV, Ed. B.A.C., Madrid 1991; M. BEUCHOT, *Introducción a la Filosofía de Santo Tomás de Aquino*, UNAM, Mexico, 1992, 132-134; M. NEDONCELLE, «Prosopeon et persona dans l'antiquité classique. Essai de bilan linguistique», en *Rev. des Sciences Relig.*, 22 (1948), 277-299; A. LOBATO, *El ser personal*, Ed. Angelicum, Roma 1994, Preámbulos, 4; A. MILLÁN PUELLES, *Fundamentos de Filosofía*, Rialp, Madrid 1985, 621 y ss.; C. LLANO CIFUENTES, *Las formas actuales de la libertad*, Trillas, México 1995, 78 y ss.; cf. T. DE AQUINO, *Summa Theologiae*, I, q. 5 a. 1.

⁶ K. ANTHONY, K. GIL and L. SCHAMBERG, «Brief Report: Parental Perceptions of Child Vulnerability in Children with Chronic Illness», *Pediatr. Psychol.*, 28/3 (2003), 185-190; I. BAATES, C. FENTON, C. GRUBER *et al.*, «Vulnerability to malaria, tuberculosis, and HIV/AIDS infection and disease. Part 1: determinants operating at individual and household level», *The Lancet Infectious Diseases*, 4/5 (2004), 267 - 277; E. Perrin, P. WEST, B. CULLEY, «Is My Child Normal Yet? Correlates of Vulnerability», *Pediatrics*, 83/3 (1989), 355-363; O. AGID, B. SHAPIRA, J. ZISLIN, M. RITSNER, B. HANIN *et al.*, «Environment and vulnerability to major psychiatric illness: a case control study of early parental loss in major depression, bipolar disorder and schizophrenia», *Mol Psychiatry*, 4/2 (1999), 106-8.

⁶ P. SALAMA, F. FITSUM ASSEFA, L. TALLEY *et al.*, «Malnutrition, Measles, Mortality, and the Humanitarian Response During a Famine in Ethiopia», *JAMA*, 286/5 (2001), 563-571.

⁸ JS. MISER, T.J. KINSELLA, T.J. TRICHE *et al.*, «Preliminary results of treatment of Ewing's sarcoma of bone in children and young adults: six months of intensive combined modality therapy without maintenance», *Journal of Clinical Oncology*, 6/3 (1988), 484-490.

⁹ HW. MAHNCKE, A. BRONSTONE, MM. MERZENICH, «Brain plasticity and functional losses in the aged: scientific bases for a novel intervention», *Prog Brain Res.*, 157 (2006), 81-109.

¹⁰ T.M. BEAUCHAMP Y J. F. CHILDRESS, *Principios de Ética Biomédica*, Barcelona, Masson 1999, 1 ed., Traducido de T.M. BEAUCHAMP Y J. F. CHILDRESS, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, 1994, Fourth Edition. W.D. ROSS, *Lo correcto y lo bueno*, Salamanca, Sígueme 1994. Traducido de W.D. ROSS, *The Right and the Good*, Clarendon Press, Oxford 1930. J. RAWLS, *Teoría de la*

justicia, Fondo de Cultura Económica, Madrid 1979. Traducido de *A Theory of Justice*, Harvard University, Cambridge MA Press, 1971. E. Sgreccia, *Manual de Bioética*, BAC, Madrid 2009, 4a ed.

¹¹ Cursiva por la autora de este trabajo. R. Schramm, «Bioética de la protección, vulnerabilidad y amenaza desde una perspectiva laica», *Diálogo Político*, 20/1 (2003), Konrad-Adenauer-Stiftung A.C., Buenos Aires, 47.

¹² A.M. FOSCHIATTI, «Vulnerabilidad, pobreza y exclusión. Problemas de gran impacto en la población del nordeste argentino», *Anales de Geografía*, 27/2 (2007), 10.

¹³ P. W. SINGER, «AIDS and International Security», *Survival*, 44/1 (2002), 145-158; G. PRINS, «AIDS and global security», *International Affairs*, 80/5 (2004), 931-952; H. FELDBAUM *et al.*, «The National Security Implications of HIV/AIDS», *PLoS Medicine*, 3/6 (2006), e171; M. MOODIE and W. J. TAYLOR, *Contagion and Conflict-Health as a Global Security Challenge. Report of the Chemical and Biological Arms Control Institute and the CSIS International Security Programs*, Center for Strategic and International Studies, Washington DC 2000; J. FRICH, L. OSE, K. MALTERUD, «Perceived Vulnerability to Heart Disease in Patients with Familial Hypercholesterolemia: A Qualitative Interview Study», *Annals of Family Medicine*, 4 (2006), 198-204.

¹⁴ S. KIERKEGAARD, *El concepto de la angustia*, 2ª edición en castellano, Espasa-Calpe Argentina, Buenos Aires 1943, 89; S. SANCHEZ-MIGALLÓN, *El personalismo Ético de Dietrich Von Hildebrand*, Editorial Ediciones Rialp, Madrid 2003; J.M. BURGOS, *El Personalismo*, Biblioteca Palabra, Madrid 2000; F. EBNER, *La Palabra y las Realidades Espirituales*, Caparrós, Madrid 1995.

¹⁵ Fragilidad se define en diversos diccionarios como sinónimo de debilidad, inconsistencia, flojedad, endebles, delicadeza. Se señalan así como sus antónimos: consistencia, dureza, solidez.

¹⁶ Ser indica estado permanente. *Estar* indica estado transitorio. Aunque puede haber múltiples excepciones.

¹⁷ La autora reside en la Cd de México y se encuentra "vulnerable" ante la inseguridad social (como lo están todos los que se encuentran en esa ciudad).

¹⁸ P. PRINI, *Il corpo che siamo*, SEI, Torino 1991, 67; P. LAÍN ENTRALGO, *Cuerpo y alma. Estructura dinámica del cuerpo humano*, Espasa-Calpe, Madrid 1991, 14-15, 153; T. DE AQUINO, *Summa Theologiae*, 1-2, Prólogo.

¹⁹ Tomo y aplico algunos conceptos de ese artículo.

²⁰ Esta idea sin embargo, es contraria a la antropología dualista.

P. SINGER, *Repensar la vida y la muerte: el colapso de nuestra Ética Tradicional*, St. Martin Press, New York 1994, 173; G. GRISEZ, «Dualism and the New Morality», en *L'Agire Morale*, Vol. 5 de las Acti del Congresso Internazionale sul Settimo Centenario di San Tommaso d'Aquino, Edizioni Domenicane, Naples 1977, 325.

²¹ El subrayado es de la autora de este trabajo.

Derechos de las mujeres. Normativa, interpretaciones, y jurisprudencia internacional. México: Secretaría de Relaciones Exteriores. Oficina en México del Alto Co-

misionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, UNIFEM. México 2006.

²² “También la cuestión de la corporalidad resulta decisiva en los planteamientos éticos generales... Todo cambia en ética según se considere kantianamente que la persona es un agente moral libre y responsable... tiende a sostenerse que, puesto que somos una autoconciencia libre y responsable, cada uno es absolutamente responsable de sí a la par que correlativamente se entiende la corporalidad con la categorías de una naturaleza mecanicista contraponiendo libertad a naturaleza. Bajo esta perspectiva, el aumento de libertad, el dominio de la naturaleza, que incluye la capacidad de transformación del propio cuerpo no sólo es moralmente bueno es mas bien el ideal moral por excelencia”. J. VOZ ARREGUI, “corporalidad”, en C. SIMÓN VÁZQUEZ (ed.), *Diccionario de Bioética*, Monte Carmelo, Burgos 2006, 220, 219-225.

Persona y derechos humanos como fundamentos de la bioética*

*Lourdes Velázquez***

Resumen

Las diferentes corrientes dentro de la Bioética han intentado justificar sus tesis apoyándose en doctrinas éticas o varios principios éticos generales, lo que ha dificultado la comparación y el diálogo en este campo. Por lo tanto podría resultar más prometedor un enfoque que tenga como raíz común el reconocimiento de la dignidad de la persona y el respeto de algunos derechos humanos fundamentales. Sobre estos puntos convergen casi todas las escuelas de pensamiento ético, aunque estas presenten diferencias en ocasiones notables en la manera de justificar estos mismos asuntos básicos.

Summary

Bioethics different trends have been looking to justify their thesis supported in ethical doctrines or various general ethical principles, the above have make it difficult the comparison and dialogue in this field. Therefore, it can be more promising if we can focus in the recognitions of human dignity and some fundamental human rights respect. These are the converging points in most of the ethical schools of thinking, although they, in notable instances, present differences in the way they justify the same basic matters.

¹ Publicado en *Studia Bioethica*, vol. 5 núm. 3, 2012, pp. 57-61.

² Profesora - Investigadora de la Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac México Norte.

Palabras clave: Dignidad de la persona, fundamentos de la bioética, teorías éticas, derechos humanos, personalismo.

Key words: Dignity of the human person, bioethics foundations, ethical theories, human rights, personalism.

Antecedentes

En el discurso ordinario se usa la palabra “persona” para indicar individuos humanos, en cuanto son distintos de las cosas o los animales. Es interesante que, mientras que en los diversos idiomas, el hombre se denota con palabras que difieren bastante de uno a otro idioma, la palabra “persona” aparece (en las lenguas occidentales modernas) en forma idéntica, a pesar de mínimas diferencias puramente ortográficas. Esto nos indica que se trata de un término del lenguaje culto, introducido con un significado elaborado dentro de una reflexión que podemos llamar filosófica en sentido amplio. De hecho el término “persona” es la transposición literal del término latino *persona* y es el análisis del significado de este término en la cultura latina que nos ayuda a entender mejor cual es el concepto que se quiere expresar mediante este término.

El concepto más pertinente de persona no se refiere al significado más antiguo que esta palabra tenía en la lengua latina, sino en el uso que de esta palabra se hizo sobre todo en la filosofía y teología de la edad media. De hecho “persona” significaba, en el latín clásico, la máscara que los actores acostumbraban ponerse ante la cara actuando en las piezas de teatro y las diferentes máscaras correspondían a ciertos caracteres típicos que se suponían caracterizar al “personaje” denotado por una determinada máscara. En esto la palabra “persona” traducía el término griego correspondiente *prósopon* que también denotaba la máscara teatral y cuya etimología significa “lo que se presenta a la vista”. Nada particularmente profundo, entonces. Pero este término vino cargándose de significados conceptuales más profundos en cuanto fue utilizado para ana-

lizar y profundizar ciertas nociones intelectualmente muy complejas dentro de la teología cristiana de los primeros Padres de la Iglesia.¹

Estos frutos de la reflexión filosófica y teológica pasaron de los Padres griegos a los Padres latinos y con ellos también el significado “culto” de la palabra “persona”.

Todo esto, por otro lado, pudo producirse sin que se diera una *definición explícita* del concepto de persona y tenemos que esperar hasta el siglo V de la era cristiana para encontrar en la obra del filósofo romano Severino Boecio (475-525) la definición que se ha vuelto “clásica”, la cual define la persona como sustancia individual de naturaleza racional. Es preciso notar que esta definición se encuentra en el tratamiento del problema trinitario y, por lo tanto, no se refiere primeramente al ser humano, en cuanto se aplica a Dios, a Cristo, a los ángeles y, por supuesto, también al hombre.²

En la modernidad, el concepto de persona sigue aplicándose a estas diferentes categorías de seres en el contexto de la teología, pero en la filosofía se aplica más frecuentemente al hombre, y tal ha quedado dentro del discurso ordinario. Como bien se sabe, el pensamiento moderno ha puesto en particular evidencia algunos temas fundamentales: la individualidad, la subjetividad y la autonomía, y por esta razón pudo relacionarse al concepto clásico de persona, en cuanto en él se subraya la característica de la individualidad, y la racionalidad implica una referencia privilegiada al sujeto.

Ser humano y persona

En un cierto sentido es correcto afirmar que ser humano y persona no son la misma cosa, ya que, según la posición clásica, existen personas que no son humanas (Dios y los ángeles). Por lo tanto esta afirmación se debe entender en el sentido que no todas las personas son seres humanos, pero que sí todos los seres humanos son personas. Sin embargo hay que decir que, fuera de esta pers-

pectiva más amplia que abarca la dimensión sobrenatural y en particular el ámbito teológico, esta afirmación presenta el riesgo de ser entendida en el sentido que no todos los seres humanos son personas y esto es precisamente la tesis que combate una antropología filosófica y una ética personalista. Por consiguiente parece más oportuno en el contexto secularizado de la cultura actual no enunciar la tesis que ser humano y persona no son la misma cosa, ya que el sentido más directo que le será atribuido será precisamente la negación de la característica de persona a ciertos seres humanos y se sabe bien que es sobre esta base que varios autores defienden la admisibilidad moral de muchas prácticas que la ética personalista prohíbe.

Algo parecido ocurre con la distinción entre individuo y persona presentada por el filósofo católico Jacques Maritain. Muchos la disfrutaban precisamente para afirmar que, hasta según este autor oficial de la filosofía cristiana, un individuo humano no es persona si no es capaz de ejercer ciertas funciones (en particular racionales). En realidad Maritain quiere subrayar otra cosa, es decir criticar al individualismo social y materialista de ciertas ideologías liberales, para apuntar al hecho de que la persona no se acaba en el carácter de la individualidad, sino que la persona es un rico conjunto de dimensiones que van mucho más allá de la materialidad que es suficiente para distinguir los individuos. En particular, la persona tiene también una dimensión social que la lleva a superar el individualismo, sin caer en el error opuesto del colectivismo de tipo comunista.³

Acto del hombre y acto humano

Las consideraciones anteriores sirven también para evidenciar una diferencia a veces útil en la ética, la de entre “acto del hombre” y “acto humano”. Cuando se habla de acto del hombre, se consideran actos que cumple un determinado individuo humano pero que no implican la presencia de las características específicas de su na-

turalidad, es decir la conciencia y la intención. Por ejemplo, respirar o caminar no son actos humanos en cuanto no implican de por sí la intervención del intelecto y de la voluntad, es decir de lo que es específico del hombre. Para que sea humano, un acto tiene que ser consciente y deliberado y sólo en cuanto tal cae bajo la competencia de la ética. Obviamente hay diferentes niveles de conciencia y deliberación y por consiguiente son diversos los niveles según los cuales se evalúa la responsabilidad moral de un acto humano.

El personalismo en la bioética contemporánea

“Persona” es uno de los conceptos más usados en el ámbito de la discusión bioética: justamente, los argumentos principales que se encuentran en la base de la determinación de los confines entre lo lícito y lo ilícito —en el contexto de las intervenciones biomédicas en la vida— presuponen implícitamente, o remiten explícitamente a la cuestión del estatuto personal. Dicho de otro modo: si la vida es reconocida como expresión de la realidad de la persona, entonces existe un consenso casi unánime para considerarla digna de ser respetada y protegida; si, en cambio, a la vida (o a ciertas manifestaciones vitales en determinadas fases de desarrollo) no se le reconoce o no se le atribuye un valor personal, no se considera entonces como digna de ser protegida (al menos de manera trascendental). En efecto, el concepto de persona tiene una fuerte carga evocativa, aceptada generalmente, ya que al nivel intuitivo del sentido común, el término “persona” indica no un mero objeto, sino un sujeto digno —en cierta medida, y en cierto grado— de respeto y de protección.⁴ Sin embargo hay también que reconocer que este concepto vive hoy, en el ámbito del pensamiento posmoderno, un momento filosófico de crisis especulativa. Por consiguiente, aunque en primera instancia, muchos hayan pensado que el concepto de persona podría ser un “punto de referencia” en el ámbito de las discusiones bioéticas actuales, nos hemos dado cuenta, sin embargo, de la difi-

cultad del usarlo proficuamente. La apelación a la dignidad de la persona y a sus derechos, a los que cualquiera querría suscribirse sin tanta demora, en retrospectiva resulta esconder múltiples equívocos que es necesario aclarar, y a los cuales, la filosofía tomista busca esclarecer, en la dirección del sentido filosófico original del concepto.

En las discusiones bioéticas existen muchas concepciones empírico-funcionalistas (anti-metafísicas) que separan el concepto de “persona” y el de “ser humano”. Pensemos, por ejemplo, en la separación cartesiana entre *res cogitans* y *res extensa*, que sentó las bases para la identificación de la persona únicamente con la autoconciencia (reduciendo la corporeidad a la mera materia en movimiento). Por otro lado, el empirismo criticó el concepto de sustancia y redujo la persona a un “conjunto” de impresiones e ideas. Quitándole al concepto de persona la característica de sustancia, se abre el camino hacia la teorización de la separación del concepto de persona del de ser humano y de la vida humana. Lo que se refleja en varias posturas de la Bioética contemporánea.⁵

La consecuencia directa de estas teorías “separatistas” es el “aplazamiento” del inicio de la existencia de la persona con respecto al inicio de la vida del ser humano, y la “anticipación” del fin de la persona con respecto al fin de la vida humana. En otras palabras, de acuerdo a estas teorías, el ser genéticamente y biológicamente humano no es persona desde el momento de la fecundación; se “convierte” en persona en un momento posterior (entonces, hay seres humanos que “no” son personas, o mejor dicho, que aún no lo son). Las mismas teorías han recaído en las consideraciones sobre el fin de la vida humana, anticipando el fin de la persona con respecto a la muerte biológica natural del ser humano (hay algunos seres que “no son ya” personas, si es que lo han sido en el pasado). Desde entonces, a partir de diversos modos “reducionistas” de concebir a la persona, el ser humano se ha convertido en un sujeto, en el sentido pleno de la palabra, según diversas teorías, o al momento de la implantación del embrión en el útero ma-

terno, o en el momento de la formación de la línea primitiva (al 14° día desde la concepción), o al momento de la formación del sistema nervioso central o de la corteza cerebral, o bien, al momento de la plena adquisición de la autonomía. Las mismas teorías sostienen después que el ser humano cesa de ser persona en el momento en que pierde sus capacidades relacionales, racionales y volitivas, o bien, durante ciertos momentos llenos de sufrimiento en la vida.

En el ámbito de dichas teorías, el concepto de persona, elaborado originalmente por la filosofía para caracterizar al ser humano, es utilizado en “contra” del hombre mismo. Hasta el punto que, después que se desaparecieron viejas formas de discriminación como la esclavitud, el colonialismo, el racismo y el machismo, la Bioética se ha visto en la necesidad de afrontar nuevas formas de discriminación humana, más sutiles y ocultas, porque tocan y afectan precisamente a los casos límites: la discriminación en contra de los cigotos, los embriones, los fetos, los bebés, los niños, los discapacitados, los enfermos mentales, los ancianos, los pacientes en estado de coma y los pacientes terminales.

El uso ambiguo del concepto de persona llevó hacia una inversión de posiciones muy paradójica. El tema de la persona, predilecto de las filosofías de carácter cristiano y metafísico (como las tomistas), es siempre más utilizado hoy por las tendencias filosóficas de matriz empirista-funcionalista. Al contrario, la noción de persona, en Bioética, comienza a ser vista con desconfianza por los mismos que la habían formulado: no es cosa rara que justamente aquel que se declara promotor del respeto y de la tutela de la vida humana desde la concepción hasta el último instante, prefiera omitir la referencia a la persona, por miedo de caer en peligrosos equívocos. Claro está que los empiristas y los funcionalistas recuperan este concepto con el intento de disfrutar el impacto sugestivo de la categoría persona, facilitando de tal forma la aceptación social de ciertas propuestas suyas en el campo bioético. Por consiguiente, los que re-ocupan los fundamentos de la reflexión donde original-

mente se ha elaborado el concepto de persona en el plano teórico (sobre todo con bases tomistas) advierten la insuficiencia de un reclamo “ingenuo” sobre la noción, y expresen la necesidad de un re-pensamiento muy riguroso.

En este sentido, resulta de particular importancia el retorno hacia las formulaciones originarias tomistas del concepto. No puede olvidarse que la noción de persona ha sido teorizada justamente desde la filosofía occidental, con la finalidad de caracterizar al ser humano y de justificar su centralidad axiológico-normativa. Se trata de un concepto que es parte de nuestra “tradicción cultural”, y que, si es usado según su significado propio y original, podría servir de ayuda para la tematización de los derechos humanos con el objetivo de garantizar su respeto y protección. Reconocer en cada fase de desarrollo de la vida biológica del organismo humano, desde el momento inicial de la concepción hasta el último instante, la expresión de la vida personal, no es un esfuerzo filosófico inútil. Decir que “el embrión humano es persona” o que el “enfermo terminal es persona” no es una mera tautología. Reconocer el estatuto de persona del ser humano significa decir algo “más” sobre la mera revelación empírica de la humanidad biológica del ser.

Por lo tanto, aquello que debe eliminarse de la discusión bioética actual no es tanto el uso del término “persona”, sino su uso tan vago. Justamente, para combatir esta ambigüedad, es indispensable que el esfuerzo especulativo esté orientado hacia la “re-tematización” del concepto en el contexto de una filosofía de la persona y del humano que sepa explicar la coincidencia entre “ser humano y ser persona”. Esto es posible sin duda en el interior de una perspectiva ontológica y sustancialista que recupere el significado originario tomista del concepto: «La persona es la sustancia (subsistente) individual de naturaleza racional». Se trata aquí de una definición enfocada en el concepto de “sustancia” (que indica algo que subsiste en sí, por sí mismo, y no se extiende a otros) refiriéndose al individuo concreto, y éste por “naturaleza” (ontológicamente hablando) está caracterizado por la racionalidad. En este sentido, las

funciones, los actos, las propiedades del ser humano no existen en sí, sino que existen como funciones, actividades y propiedades accidentales “de” un individuo humano, que es el referente unitario y permanente, la condición ontológica real.⁶ Esta es la definición que permite explicar la “unidad” (espacio) y la permanencia (tiempo) de la identidad del ser humano.

Y es gracias a esta recuperación de la dimensión ontológica que puede afirmarse que el ser humano “es” persona en virtud de su naturaleza racional, ya que no se “convierte” en persona o “deja” de ser persona por la presencia o la ausencia de ciertas funciones (racionalidad, sensibilidad, capacidad de relacionarse, autoconciencia, voluntad). El ser persona es una característica ontológica y no funcional del ser humano, por lo tanto el poseer un estatuto personal, no es algo que se pueda adquirir o se pueda perder. Así como un gato no puede dejar de ser gato por el hecho de perder una pata o quedarse ciego. De igual modo no se puede ser más o menos persona, o se es persona o no se es persona. La ausencia (entendida como no ejercicio, o como privación) de ciertas capacidades o funciones no cambia la naturaleza del ser humano que es persona en cuanto tal.

La dignidad como centro del análisis propio de la bioética

El respeto a la dignidad de la persona es el tema no solo en los debates de Bioética, sino en general de toda la ética social contemporánea. La concepción filosófica personalista es la que afirma el principio de la intangibilidad de la persona humana, considerada como valor supremo, punto de referencia, fin y no medio. Este es el fundamento normativo de la bioética personalista: la persona es fin y no medio.

La bioética personalista remite la persona al ser: la persona humana “es digna”, porque “es más” que una cosa o un puro medio.

Solo a partir de este fundamento es posible construir una bioética plenamente respetuosa de la dignidad última de la persona humana. Esta dignidad es la que exige el máximo respeto y una efectiva tutela, en el terreno de la bioética, desde el momento de la concepción al de la muerte natural, y siempre que se muestre necesitada de ayuda. Es por esto que la bioética personalista implica un compromiso existencial y práctico a favor de todas las personas y, en especial, de los más débiles

Dignidad de la persona y derechos humanos

Digno es todo aquello por lo que algo destaca entre otros seres, en razón del valor que le es propio. Digno es aquello que debe ser tratado con “respeto”, es decir, por su intrínseco valor.

Hoy nadie se niega a reconocer que todo hombre es “persona”. Sin embargo las expresiones “dignidad humana”, “dignidad personal”, “derechos humanos” son empleadas sin una debida valoración del ser humano. Por ejemplo, en la práctica se niega la igualdad de derechos a diferentes clases de seres humanos, lo cual equivale a negar la igualdad del “ser” o de “naturaleza” que todos ellos comparten.

A la vez la investigación científica y médica puede tender a considerar, al ser humano, al paciente, como una “cosa”, como un “objeto” como un medio o instrumento para el beneficio de la propia investigación científica, lo que indica una actitud de “posesión” incompatible con la dignidad personal, ya que la persona no es de nadie más que de sí misma, el *yo* no es propiedad de nadie. Mi yo es único e irrepetible: no me distingo de los demás sólo como una manzana a otra manzana, sino como algo que no se puede multiplicar, que no se puede repetir. La naturaleza humana sí es multiplicable. Repetible por generación, pero la persona no.

La persona humana no es, por tanto, valiosa por lo que “tiene”, sino por lo que “es”. La dignidad humana es la dignidad de un ser

que es fin en sí mismo por ser persona. La personalidad es algo esencial al hombre, no es una simple cualidad que se adquiere, se tiene por ser hombre. El respeto a la dignidad del hombre, por el hecho de ser persona y libre, es el fundamento de toda ética, de todo deber ser y de todo reconocimiento jurídico de esos derechos y deberes de la persona.

La práctica Bioética incide profundamente sobre las convicciones personales de cada uno y sobre los valores colectivos de una sociedad. Esto es lo que hace difícil la reflexión bioética tanto a nivel de coherencia personal como de discusión social. Y esto nos señala la importancia que tiene la bioética, si queremos un progreso científico, médico y social a la altura de la dignidad del hombre.

Referencias bibliográficas

¹ Cfr. G. FRAILE, *Historia de la Filosofía*, (3 tomos), BAC, Madrid, 1970.

² *Ibid.*

³ Cfr. J. MARITAIN, *Oeuvres complètes*, 15 vol., Editions Universitaires Fribourg Suisse, Editions Saint Paul, 1982-1995.

⁴ E. SGRECCIA, *Manual de Bioética*, I, *op. cit.*, 153ss.

⁵ S. V. ROVIGHI, *Le categorie: la sostanza*, in ID., *Elementi di filosofia*, vol. II, La Scuola, Brescia 1963, 46-47.

⁶ A. PESSINA, «Fondamento e applicazione dei principi etici. Aspetti del dibattito bioetico», *Rivista di Filosofia Neoscolastica*, 4 (1991), 361-398.



Litho Press
DE MÉXICO

Este libro se terminó de imprimir en mayo de 2015,
en los talleres de Litho Press de México,
Oriente 237 No. 416 Col. Agrícola Oriental, C.P. 08500, México, D.F.
Tiraje 500 ejemplares