

¿QUÉ ES LA BIOÉTICA?

De vuelta a la división de la vida humana
en vida/bíos y vida/zoé

FLORO HERMES GÓMEZ PINEDA

¿Qué es la Bioética?

De vuelta a la división de la vida humana
en vida/bíos y vida/zoé

SEGUNDA EDICIÓN
Revisada, ampliada y corregida

Universidad Libre
Cali, Colombia, 2014

Primera edición, 2013
Segunda edición, 2014

Gómez Pineda, Floro Hermes
¿Qué es la bioética? : de vuelta a la división de la vida humana en vida/bios y vida/zoe / Floro Hermes Gómez Pineda. -- 2a. edición. -- Cali : Universidad Libre, 2014.
ISBN 978-958-8891-01-9
204 páginas ; 21 cm.
Incluye bibliografía
1. Bioética 2. Ciencia y ética 3. Ética médica I. Tít.
174.957 cd 21 ed.
A1459572

CEP-Banco de la República-Biblioteca Luis Ángel Arango

Comentarios y sugerencias:
Correo-e del autor: florohermesgomez@hotmail.com

© Floro Hermes Gómez Pineda, 2013 y 2014
© Área Social, Comunitaria y Humanística, 2013 y 2014
© Universidad Libre Seccional Cali, 2013 y 2014

ISBN: 978-958-8891-01-9

Queda hecho el depósito que ordena la ley.

Reservados todos los derechos. No se permite la reproducción total o parcial de esta obra, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio (electrónico, mecánico, fotocopia, grabación u otros) sin la autorización previa y por escrito de los titulares del *copyright*.

Editorial: Universidad Libre Seccional Cali
Coordinación editorial: María Fernanda Jaramillo González
Correo-e: maria.jaramillo@unilibre.edu.co
Diagonal 37A 3-29, PBX: 524 0007, Cali

Diseño y diagramación: Departamento Arte y Diseño Feriva S.A.
Ilustración de portada: Juan Esteban Parra Ospina

Esta obra está cofinanciada por el Fondo de Publicaciones de la Universidad Libre

Impreso en Colombia en los talleres gráficos de Impresora Feriva S.A.
Calle 18 No. 3-33
PBX: 524 9009
feriva@feriva.com - www.feriva.com
Cali, Colombia, 2014
Printed in Colombia

Personas con autoridad nacional

Víctor Hernando Alvarado A.
Presidente de la Sala General y la Consiliatura

Nicolás Enrique Zuleta Hincapié
Rector Nacional

Pablo Emilio Cruz Samboní
Secretario General

Antonio José Lizarazo Ocampo
Censor Nacional

Personas con autoridad seccional

Esperanza Pinillos Saavedra
Delegada Personal del Presidente en la Seccional Cali

Libardo Orejuela Díaz
Rector Seccional

Omar Bedoya Loaiza
Secretario Seccional

Gilberto Aranzazu Marulanda
Censor Delegado

Personas con autoridad sobre la unidad académica de Ciencias de la Salud

Alfonso María Valencia Caicedo
Decano de la Facultad de Ciencias de la Salud

Federico González González
Director del Programa de Medicina

Alejandro Almario Mazuera
Secretario Académico de Ciencias de la Salud

Comité Editorial

Libardo Orejuela D.

Arnaldo Ríos A.

Federico González G.

Alejandro Baena G.

María Fernanda Jaramillo G.

Contenido

Introducción	9
1. La Bioética y su espectro	9
2. La complejidad de nuestro asunto	11
3. El intento de nuestro libro	13
4. Nuestra apuesta en Bioética	16
Los varios aspectos de un concepto actual	19
1. Pensar la Bioética	19
2. La pregunta por la cuestión	34
3. Identificación entre Bioética y ética médica	43
4. De lo que nos hablan los varios aspectos de la Bioética	75
Los ámbitos de la Bioética	81
1. Bioética de la vida	82
2. Bioética clínica (Clinical ethics)	106
3. Bioética del desarrollo y de la asistencia sanitaria	118
4. Bioética de las poblaciones	122
5. Bioética cultural	128
6. Bioética normativa	129
7. Bioética medioambiental	132
8. Lo que nos dicen los ámbitos de la bioética	134
La respuesta a la cuestión: la Bioética es...	139
1. La Bioética y su etimología	140
2. La Bioética, ¿antrópica o anantrópica?	154
3. La Bioética, un saber metadisciplinario	157
4. ¿Qué es la Bioética?	166
Perspectivas	175
Bibliografía	185
Obras generales	185
Obras de referencia	196

Introducción

Este libro es el resultado de una investigación teórica que averigua por el concepto de Bioética y pretende responder a la necesidad de una conceptualización, atravesando por sus principales problemas, con el propósito de responder a los requerimientos de un estudiante avanzado de Bioética —quien precisa pensarla y practicarla—, el cual tuvo su origen en la necesidad que sobre la materia tienen residentes de distintas ramas de la medicina. En tal sentido, no es un escrito sobre ética, tampoco lo es sobre biología.

1. La Bioética y su espectro

El concepto de Bioética abarca los escenarios de las ciencias básicas (la biología y las biomédicas), las ciencias de la salud (educación física, enfermería, farmacia, fisioterapia, medicina, nutrición y dietética, odontología, óptica y optometría, terapia ocupacional y veterinaria), las ciencias sociales aplicadas (derecho, demografía, economía y salud colectiva), las ciencias humanas (antropología, ciencia política, filosofía, historia, sociología y teología — católica, judía, protestante o musulmana —) y los saberes medioambientales (biología de la conservación, ciencias agrarias y ecología), desplegando en

menos de cinco décadas un poder creciente de atracción de un número en aumento de científicos, expertos, intelectuales y pensadores que se sitúa entre estos escenarios, los atraviesa y se coloca más allá de ellos demostrando una carencia de límites prefijados, los cuales la convierten en un concepto que se ha instalado en el centro del debate mundial, sin supuestos aprioristas, que escapa, que se escurre, que parece no se puede aprehender, concepto del que no se puede esperar menos porque pone en relación de complementariedad dos campos, dos discursos, dos lenguajes y dos métodos tan complejos en sí mismos como son la biología y la ética,¹ dos caminos y dos mundos antagónicos como son el científico y el simbólico, los cuales hoy tienen que entrelazarse, entreverarse, formar una trama, tejerse, trenzarse y urdirse.

Como resultado de este vínculo, como consecuencia de ese interés cada vez más grande y cada vez más intenso, que obliga a preguntar qué es la Bioética, se abre un nuevo campo multidimensional de análisis que integra y es integrador, que atraviesa los espacios disciplinares que abarca, que se sitúa más allá de los extremos y las polarizaciones, que exige pensar para superar los límites de cada uno de estos disímiles saberes y producir un nuevo tejido, hoy sin límites prefijados, de una realidad emergente: la Bioética, la cual significa ahondar en el modo concreto y singular en que se manifiesta el ordenamiento de cada uno de los tres dominios

1 La puesta en relación de la biología con la ética plantea tres cuestiones por resolver: la primera, qué significa biologizar la ética, ¿prima la biología sobre la ética? La segunda, qué quiere decir eticizar la biología, ¿prima la ética sobre la biología? Y, la tercera, una relación de complementariedad sin primacía de ninguna de las dos, ¿es una relación biunívoca? En otras palabras, cuando ponemos en relación biología y ética estamos ante un *que-da-que-pensar*, lo cual significa que la Bioética tiene un «lugar filosófico» propio, el cual hoy se encuentra en construcción.

del árbol de la vida (Archaea, Bacteria y Eucarya),² por una parte, y en la manera compleja y plural en que se expresa la vida como un todo, por la otra, dentro del entramado de un mundo biocientífico, biomédico y biotecnológico que crea y recrea formas de vida, que nos promete — como dijo Hans Jonas— «la idea [embriagadora] de “tomar las riendas de nuestra propia evolución”» (Jonas, 1997: 31), en el que pareciera que nada es ajeno a la Bioética.

2. La complejidad de nuestro asunto

El lector podrá observar la situación de una Bioética omniabarcante que va desde las aportaciones de las ciencias básicas hasta las contribuciones de los saberes medioambientales y su implicación de obligarnos a plantear la vida en su modo concreto y singular, lo cual nos impele abandonar los hábitos intelectuales de un modo de pensar dicotómico — aquí lo científico, allí lo simbólico— y a renunciar a la idea de unos saberes aislados, compartimentalizados, disciplinares y especializados, pues la revolución continua y acelerada de las ciencias de la vida, cuyos efectos afectarán a las generaciones futuras y nos obliga a reconocer nuestra naturaleza biológica necesitada que, a través de la experiencia real, nos enseña que no es posible romper con ella — sin que ello quiera decir que debemos negar nuestra vida humana no necesitada y trascendente—, marcando el inicio de una etapa completamente nueva dentro de la reflexión contemporánea, abierta a una

2 Cfr. Woese, Carl R., Kandler, Otto & Wheelis, Mark L. (1990). «Towards a natural system of organisms: Proposal of the domains Archaea, Bacteria and Eucarya» en: *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*. Vol. 87. Núm. 12.

dinámica plural incesante, desde cuando Van Rensselaer Potter replanteó y recalificó el concepto acuñado por Fritz Jahr.

Ante esta complejidad teórica y empírica, que abre la formulación de los párrafos anteriores como consecuencia de entrelazar lo científico y lo simbólico, es imposible una posición absoluta, dogmática o unívoca pues la propia apertura analítica del debate en torno a la ecuación

$$\text{biología} + \text{ética} = \text{Bioética}$$

ha generado un enriquecimiento de la discusión alrededor de las nociones de biología y ética, en el plano teórico, y la posibilidad de acercamientos diversos desde otras ópticas a realidades complejas que advierten de los riesgos de supervivencia de todas las especies, incluida la humana,³ un asunto que es pura ζωή (zōē) o vida meramente natural,⁴ que nos es dada, que está sometida al imperativo de la necesidad, y del aseguramiento de la vida toda, desde un plano de lo empírico, sin que ello deje de lado lo hasta ahora olvidado por la modernidad: la βίος (bíos) o vida plenamente humana, que se piensa, que se explica, que se crea, que no está ligada a la necesidad.

Esto significa un doble nivel de entrecruzamiento y de entrelazamiento, desde lo empírico, y una racionalización de la cosa desde el pensamiento, puesto que:

3 Esposito, Roberto (2009). *Tercera persona. Política de la vida y filosofía de lo impersonal*. Buenos Aires: Amorrortu. P. 36. Identifica la supervivencia únicamente con la aniquilación de la bíos.

4 Aristóteles clasificó el árbol de la vida en dos reinos: Animalia y Plantae. El primero, caracterizado por tener alma sensitiva (deseo, movimiento y percepción) y, el segundo, por tener alma vegetativa (crecimiento, nutrición y reproducción).

Hombre = βίος (bíos) + ζῶν (zōē).

o, lo que es lo mismo, el hombre es igual a la vida del hombre o vida histórico-ontológica relacional trascendente liberada volitiva del ser humano aunada, ligada y sujeta de manera indisoluble a su vida eucariota-animalia o vida biológica pre-existente inmodificable condicionante evolutiva inconsciente necesitada engendrada y orgánica, lo cual si bien es cierto lo hace irreductible a su mera naturaleza biológica o animalidad, no es posible referirse a él ignorando su condición de ser viviente y, menos aún, desconociendo que es parte estable, fija y no disoluble (al menos por ahora) de la biosfera.

3. El intento de nuestro libro

Sobre la base de estos planteamientos, este libro escrito por un médico especialista en Bioética tiene como propósito intentar teóricamente resolver la pregunta «¿qué es la Bioética?», a pesar de que —en cuanto concepto— aparece atravesado hoy día por una falta de claridad, un desasosiego, una incertidumbre, una inestabilidad, una inquietud, una progresiva complejidad, una turbulencia y una vacilación.

Para lograr el objetivo enunciado, primero se abordan varios aspectos conceptuales:⁵ el pensar la Bioética, que pregunta por qué un bioquímico y un médico y no los filósofos la pusieron en escena, centrándose especialmente en *el camino trazado por Van Rensselaer Potter*, el cual devela

5 Un libro de un solo tomo, como el presente, no podría tratar en forma exhaustiva todos los problemas de la Bioética. En tal sentido, debe limitarse a sus principales problemas, por una parte, y a abordarlos en forma concisa, por la otra, pues su propósito es intentar descifrar conceptualmente la Bioética.

la supervivencia del ecosistema global como un «tablero de control»; el «*hápax legomenon*» de Jahr, carente de sentido para explicar el recorrido hasta hoy de la Bioética, pero que habrá de tenerse presente para reflexionar acerca de los derechos de los animales y de la vida vegetal; la *pregunta por la cuestión* que permite hacer anotaciones sobre su aparición (Jahr, el teólogo; Potter, el bioquímico, y Hellegers, el médico) y examinar las razones por las cuales la Bioética se separa del camino de Potter; la *identificación entre Bioética y ética médica*, la que se explica desde el individualismo posesivo y desde los problemas propios de la práctica médica que surgieron de la crisis de la ética médica tradicional, de haber identificado Potter a la Bioética como necesaria para la supervivencia del ecosistema y de la pérdida de inocencia por parte de la medicina en Auschwitz y Dachau, donde ocurrió la más grande *conditio inhumana* como consecuencia de la reducción de todo un pueblo a la categoría de raza y de imaginar la superioridad biológica de una raza dominante, mediante un racionalismo mistificador del ejercicio epistémico de poner en relación biología y política. Sin embargo, no todo es negativo en este recorrido hecho hasta aquí, puesto que hoy se combaten mejor las enfermedades y ha aumentado significativamente la esperanza de vida al nacer, a pesar del trágico y siniestro vínculo establecido entre el dolor y el conocimiento médico occidental. Y, finalmente, a modo de primera conclusión parcial, en el examen de lo que nos hablan los varios aspectos de la Bioética.

En segundo lugar, examina el libro, de manera no exhaustiva, distintos ámbitos de la Bioética: *la Bioética de la vida* que mira a sus confines (origen y muerte), a la procreación (asistida, subrogada y medicina fetal), a la animal no humana (activismo anti experimentación animal, liberación

animal, argumentos científicos anti experimentación animal y cuestiones epistemológicas y éticas), a la genética, a la manipulación de la vida (OGM, medicina del perfeccionamiento y ensayos de terapia génica), a los abortos terapéutico y eugenésico, y a la eutanasia; la *Bioética clínica* en su relación con la micro Bioética y la competencia de los casos clínicos (conceptualización de cuidado, enfermedad, salud y proceso salud/enfermedad; fragilidad y vulnerabilidad de la vida; veracidad en relación con el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico; el cuerpo como posesión y como propiedad, y la donación y trasplante de órganos, tejidos y células) y la meso Bioética y la competencia de las políticas sanitarias (investigación clínica o terapéutica; debate paciente, cliente o usuario; relación servicio sanitario/usuario; respeto por los Principios de la Bioética; decisiones de sustitución; confidencialidad, protección y propiedad de datos clínicos, y relación médico/paciente); la *Bioética del desarrollo y la asistencia sanitaria* con sus dos grandes temas, la distribución de técnicas y tecnologías y la autonomía y el paternalismo de los servicios de salud; la *Bioética de las poblaciones* con la problemática demográfica y sus límites (demográfico, del hambre y del crecimiento), de las políticas de población y del control poblacional (paternidad responsable y aborto por indicación social); la *Bioética cultural* en su relación con los contextos cultural, histórico y social; la *Bioética normativa*, que producto de la estrecha relación entre Bioética y política examina la libertad procreativa y el derecho al aborto, así como la admisión del derecho a morir. Para concluir esta parte, se aborda la *Bioética medioambiental* y se termina examinando, a modo de una segunda conclusión parcial, qué nos dicen o de qué nos hablan los ámbitos de la Bioética, la cual es sin lugar a dudas una de las mayores originalidades

del mundo que nos ha correspondido vivir, descubriéndola en su relación fronteriza y nuclear.

Finalmente, se intenta la respuesta a la cuestión, para lo cual se dan tres pasos. El primero, se explora su etimología preguntando qué se entiende por βίος (bíos) y qué por ἔθος (êthos), yendo más allá de lo propuesto por Potter, quien ve la intersección de la βίος (bíos) con el ἔθος (êthos) solamente como un puente y no como un entrelazamiento, sin observar la afirmación de la continuidad entre la vida animal-vegetal y la vida del ser humano (una cesura que es exclusiva del Hombre), ni mucho menos la posibilidad de una bio(zoo)ética. El segundo, se busca su relación con el antropocentrismo dominante, se aborda desde los asuntos de lo antrópico (la βίος –bíos–) y lo anantrópico (la ζωή –zōē–), reconociendo las insuficiencias de estas formidables abstracciones occidentales. Y, el tercer y último paso, se la reconoce a ella y sus diversos y heterogéneos límites con la biología, la medicina, la filosofía, el derecho, la ecología, etc., que nos conduce a la pregunta: ¿es la Bioética un intentar ver lo que está detrás? O, ¿será acaso τα μετὰ (tá metá) —un más allá— de la vida toda?

4. Nuestra apuesta en Bioética

Entonces, se apuesta por la Bioética como un saber metadisciplinario a partir de discutir desde la inter, la multi y la transdisciplinariedad, no sin advertir de los riesgos de caer en una ética de la vida, o de desembocar en un reduccionismo bioético, para así responder la pregunta título de este libro, a partir de regresar al punto espiral superior de tensión entre la ζωή (zōē) y la βίος (bíos), entre la vida dada por la naturaleza y el bien vivir, entre la animalidad del hombre y su humanidad, entre su basamento animal y su construcción humana, entre

el determinismo de la vida natural y la autodeterminación de vida humana digna, entre la vida biológica que atrapa y la vida humana que libera, entre la naturalidad de la vida/zoé y la artificialidad de la vida/bíos.

Sin ignorar, además, que es esencia del hombre la capacidad de manipular la vida, de mutarla, porque la vida no le viene dada sino que tiene que hacerla, es decir formarla, descubrirla, innovarla e inventarla, se cierra planteando las perspectivas de una ética que se proyecta sobre la vida toda y una vida toda que se introduce en el campo de la ética sin permitir aun resolver la cuestión nietzscheana de la vida-en-sí desde una racionalidad que exige ser no confesional, abierta a todos los discursos y los disensos, libertaria y plural, que permita desplegar una discusión y una deliberación sin trabas, que posibilite el respeto auténtico por la diferencia, para mostrar en todos los casos cuáles son los supuestos que permiten nuestro regreso a la división de la vida humana en vida/bíos y en vida/zoé, tal cual la observaron los griegos antiguos, una de las cuestiones bioéticas llamadas a causar mayor perturbación en los tiempos por venir.

La primera, la vida/bíos es una vida que es soportada, que trasciende, que incluye; la segunda, la vida/zoé es una vida que es sustrato, que atrapa, que excluye. Pero, es la primera, aquella que le permite al hombre la experiencia real de poder intervenir su naturaleza biológica, la vida/zoé, con lo cual puede modificar su propia evolución y, de esta manera, cambiar su condición humana, provocando una ansiedad, una inquietud y una tensión entre quienes pretenden la seguridad de la conservación de las formas de vida a toda costa frente a quienes promueven nuevas formas de vida llenas de recelo y de ambigüedades dada la incertidumbre de toda respuesta biológica.

Corresponderá a la Bioética hacer un esfuerzo fenomenal para resolver la tensión que origina la vida/bíos cuando interviene sobre la vida/zoé modificándola hallando aquello que es válido y valioso en la conservación frente a cuanto es válido y valioso desde la transformación mediante la construcción de consensos dentro de un mundo nuevo que es abierto, concientizador, controversial, crítico, ecuménico, humanizador, incluyente, libertario, pacifista, plebiscitario, plural y universal; es decir, que da cabida al pensamiento alternativo.

EL AUTOR

Los varios aspectos de un concepto actual

1. Pensar la Bioética

Entre 1970 y 1971, el bioquímico oncólogo estadounidense Van Rensselaer Potter (1911-2001)⁶ publicó los artículos «Bioethics, the Science of Survival»⁷ (que integra un año después en su libro *Bioethics, Bridge to the Future*, como su primer capítulo),⁸ «Biocybernetics and Survival»⁹ y

6 Whitehouse, Peter J (2001). «The Rebirth of Bioethics: A Tribute to Van Rensselaer Potter» en: *Global Bioethics*. Vol. 14, Núm. 4: 37-45: Potter nació el 27 de agosto de 1911 en South Dakota. Se graduó con honores en Química en South Dakota State University, en 1933; obtuvo su Ph. D. en Bioquímica con el profesor Elvehjem, en 1938 en University of Wisconsin, Madison. Fue elegido miembro de la National Academy of Sciences gracias a sus trabajos sobre el metabolismo del cáncer. También fue miembro de otras asociaciones como por ejemplo, la American Society of Cell Biology o la American Association for Cancer Research.

7 Potter, Van Rensselaer (1970). «Bioethics, the Science of Survival» en: *Perspectives in Biology and Medicine*. 14: 127-153.

8 Potter, Van Rensselaer (1971). *Bioethics, Bridge to the Future*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

9 Potter, Van Rensselaer (1970). «Biocybernetics and Survival» en: *Zygon. Journal Religion and Science*. Vol. 5, Núm. 3: 229-246.

«Bioethics»,¹⁰ en los cuales usó la palabra «Bioética», el primero de ellos en la prestigiosa revista de alto impacto *Perspectives in Biology and Medicine*, la cual estaba incluida en el Index Medicus, consecuentemente la palabra «Bioética» quedó inscrita en el lenguaje académico de la medicina.

«En el mismo periodo André Hellegers (1926-1979),¹¹ [utilizó] ese término para identificar el campo de investigación al que se habría dedicado en el instituto por él dirigido, “The Joseph and Rose Kennedy Center for the Study of Human Reproduction and Bioethics”» (Dordoni, 2007: 22), «inaugurado [seis meses después de la aparición del libro de Potter] el 1 de julio de 1971» (Viesca, 2008: 59), patrocinado por el matrimonio de Sargent Shriver y Eunice Kennedy. ¿Qué concluir de estos cinco hitos históricos? Que el término «Bioética» fue puesto en escena por un bioquímico y popularizado por un médico, no por un filósofo. Entonces, cabe preguntar: ¿por qué lo hicieron un bioquímico y un médico y no los filósofos?

10 Potter, Van Rensselaer (1971). «Bioethics» en: *Bioscience*. 21: 1088.

11 Abel, Fracesc (1994). Historia del grupo internacional de estudios de Bioética (ISGB) de la Federación Internacional de Universidades Católicas (FIUC). VII Congreso Internacional de la Asociación Internacional de Facultades Católicas de Medicina. Santiago de Chile, enero 17-20: «André Hellegers (1926-1979), de origen holandés, emigró a los Estados Unidos cuando tenía 27 años, después de acabar la carrera de Medicina y la especialidad de Obstetricia y Ginecología. [El término “Bioética”] con André Hellegers recibe otra orientación y sentido, concibiendo la Bioética como un foro de diálogo, entre diversas disciplinas, para intentar configurar un futuro plenamente humano, poniendo los descubrimientos científicos y tecnológicos al servicio de la persona y de su dignidad. La fama de André Hellegers como investigador de la fisiología fetal ha quedado eclipsada en el tiempo por su aportación al diálogo bioético del cual él es un insigne representante... murió prematuramente a los 53 años, de un ataque cardiaco, en Holanda».

Sin lugar a dudas, la respuesta — con respecto a los filósofos, quienes llegaron tarde al nacimiento de la Bioética— está en:

1. La escasa o ninguna atención que éstos prestaron a la transformación de la moral médica tradicional, con motivo del advenimiento de la diálisis peritoneal, los psicofármacos, la cirugía estereotáxica, y la neuronavegación, los trasplantes de células, órganos y tejidos, los anticonceptivos orales y de emergencia (contracepción post-coito), las técnicas quirúrgicas de reasignación de sexo (transexualidad e intersexualidad), las prácticas y técnicas de reproducción humana asistida (diagnóstico prenatal instrumentalizado, inseminación artificial y donación de semen, fecundación in vitro e implantación de embriones, aborto eugenésico y terapéutico, congelación de embriones), y la práctica de la reanimación y el soporte vital (unidades de cuidados intensivos, respiradores artificiales, clínicas del dolor, terapias oncológicas), a la que hubo de agregarse la crisis moral de la relación médico-paciente, producto de los aumentos de costo de la asistencia sanitaria, de la redefinición de conceptos,¹² de la transformación del «médico con autoridad» en «médico conocedor»,¹³ y de los efectos de un proceso de deshumanización del ejercicio profesional de la medicina, o

12 El incremento de las posibilidades de actuación en la práctica médica diaria obliga a redefinir los conceptos de salud y enfermedad, de vida y muerte, de sexualidad o reproducción.

13 El médico estaba investido de autoridad (auctoritas), producto de su saber. Pero, al ser considerado el paciente un sujeto autónomo, como consecuencia de ideas provenientes de las revoluciones liberales (francesa, inglesa, norteamericana, hispanoamericanas y los procesos de unificación nacional de Alemania e Italia), el médico se transforma en un conocedor.

del sistema de salud ante la enfermedad y el sufrimiento humano, el llamado Síndrome de Hermógenes,¹⁴ que contrasta con los avances de la genética médica, la medicina genómica y la terapia génica, la farmacología y la farmacocinética de antibióticos, analgésicos, anestésicos e inmunosupresores y la asepsia y la antisepsia, cambios todos ellos que condujeron a un *que-da-qué-pensar* en cuanto interpelar a los médicos por las cuestiones prácticas suscitadas por la investigación y el desarrollo tecnocientíficos ($I + D = C + T$) y la creciente comercialización y mercantilización de la práctica médica.

2. La interpelación de que fueron objeto a lo largo del siglo XX, principalmente por las cuestiones del lenguaje en todas sus formas, la llamada evolución del «giro lingüístico»,¹⁵ por una parte; y, por la otra, por las implicaciones filosóficas de los grandes desarrollos y diversificación de la lógica,¹⁶ que les impidió a casi todos los filósofos prestar atención

14 Cfr. Mendoza-Orozco, Mario (1998). «Reflexiones sobre humanismo y medicina. Hacia la descripción de una nueva entidad nosológica: el síndrome de Hermógenes» en: Acta Médica Colombiana. Vol. 23. Núm. 6. Noviembre-diciembre: 130-133. Mendoza-Orozco, Mario (1999). «Patogenia del síndrome de Hermógenes. Descripción del síndrome de Adriano» en: Acta Médica Colombiana. Vol. 24. Núm. 2. Marzo-abril: 60-65.

15 El denominado «giro lingüístico», o «toma de consciencia lingüística», produjo un cambio en la forma de reflexión filosófica, especialmente durante el siglo XX; sin embargo, no fue un giro homogéneo ni propio de un solo movimiento contemporáneo. Abarca distintas vertientes y momentos: el giro lingüístico analítico, el giro pragmático, el giro hermenéutico y el giro pragmático-trascendental.

16 La lógica durante el siglo XX se transformó y estableció como una nueva disciplina científica, experimentando dos movimientos interrelacionados: el avance, durante la primera mitad del siglo, hacia una lógica estándar y, en la segunda mitad, hacia las lógicas alternativas.

a lo *que-daba-qué-pensar* la creciente importancia de la I + D = C y T y sus efectos sobre los individuos, animales y plantas, y la vida misma en todas sus formas,¹⁷ seguramente porque para ellos la ciencia seguía siendo un asunto meramente de discursos, teorías, aplicaciones y medios, lo cual les impidió observar que ésta se había transformado en una manera de intervención, manipulación, producción y creación de vida cada vez más estrechamente vinculada con la producción industrial.

Con respecto a lo que atañe a los biólogos, la respuesta está en:

1. Su intranquilidad por «la relación que el hombre mantiene con la llamada “naturaleza”» (Leyton, 2008: 5), sabiendo de la imprevisibilidad del comportamiento de los sistemas vivientes, por una parte, y, por la otra, de que la vida al transformar su entorno se modifica a sí misma, lo *que-daba-qué-pensar*, entre ellos y el público en general, la «creciente preocupación por el futuro de la vida sobre

17 Hubo algunos filósofos atraídos por los desarrollos científico y tecnológico. Algunos de ellos fueron: Ortega y Gasset, José (1929). *Ensimismamiento y alteración: Meditación de la técnica*. Buenos Aires: Espasa-Calpe Argentina; Horkheimer, Max (1947). *Eclipse of Reason*. New York: Oxford University Press; Horkheimer, Max; Andorno, Th. W. (1944): *Dialektik der Aufklärung. Philosophische Fragmente*. Ed. rev., Amsterdam: Querido, 1947, reed. 1969; Ellul, Jacques (1954). *La technique ou l'enjeu du siècle*. Paris: Armand Colin, y Günther, Anders (1956). *Die Antiquiertheit des Menschen II. Über die Seele im Zeitalter der zweiten industriellen Revolution*. München: C.H. Beck. Sin embargo, debe destacarse a Jonas, Hans (1979). *The Imperative of Responsibility: In Search of Ethics for the Technological Age*. Chicago: University of Chicago Press, obra que marcó el inicio de numerosas meditaciones sobre los desarrollos tecnocientíficos.

nuestro planeta, la denominada cuestión ecológica, y [una] incipiente reflexión acerca de los derechos de los animales» (Amor, 2011: 3).

2. Su inquietud por «ciertos aspectos de la aplicación y uso de las tecnologías en las ciencias biológicas, y su masificación en la transformación de las condiciones de vida de los hombres, de los otros seres vivos y del planeta» (Leyton, 2008: 17), que condujo a ellos, en particular, y a los científicos, en general, a *que-da-qué-pensar* la cuestión de orden moral «cuándo y cómo hay que poner coto a esa “invasión” de la biografía de los sujetos» (Simón, 1995: 583), sabiendo, reconociendo y no olvidando que es esencia del hombre la capacidad de manipular la vida.
3. Su recelo por un «aprovechamiento del conocimiento biológico en beneficio de la sociedad», que aunque tiene como propósito «asegurar la supervivencia de la especie humana» (Leyton, 2008: 69), *que-da-qué-pensar* la conversión del hombre de hoy «en una poderosa fuerza geológica» capaz de transformar profundamente la biosfera «física y químicamente» (Vernadsky, 1945: 11) o, lo que es lo mismo, «[nuestra civilización es un] poder técnico... que nos constituye como una fuerza geofísica capaz de transformar... la vida» (Leyton, 2008: 71) como consecuencia de que para el hombre la vida es algo que se piensa, es decir que se descubre, se forma, se hace, se innova y se inventa.
4. Su afán por indagar sobre la validez del principio de «la libertad de investigación»,¹⁸ es decir preguntar «si todo lo

18 Este afán nace de percibir a las tecnociencias biomédicas como peligrosamente próximas a un principio an-ético.

que técnicamente se puede hacer, se debe éticamente llevar a cabo» (Simón, 1995: 583), lo *que-da-qué-pensar* la complejidad en biología de las relaciones entre propósitos, técnicas y resultados esperados. Esto *da-qué-pensar* la cuestión imperante hasta la primera mitad del siglo XX de saber y poder (hacer todo aquello que se sabe y se puede hacer) porque le agrega un tercer criterio: el deber (lo que se debe hacer), resultando entonces en una modificación al «imperativo técnico».¹⁹

Finalmente, en cuanto a los médicos, quienes nos hemos caracterizado desde la antigüedad por ser conscientes de las implicaciones morales de nuestro ejercicio, la respuesta está en:

1. Las cuestiones *que-dan-qué-pensar* en cuanto que «el que el médico siempre debe actuar a favor de la vida» (Gracia, 2000: 15) y el conflicto de «decidir qué pacientes se beneficiarían de la nueva máquina de hemodiálisis²⁰[;] en otras palabras [el dilema iátrico y moral de] decidir respecto de la vida, la muerte y el destino de las personas... el problema [ético, biológico y nosológico] de cómo definir la muerte clínica [y] la noción de “muerte cerebral” [como consecuencia del primer trasplante de corazón humano a

19 Hasta ahora para el hombre era necesario hacer todo lo que era posible de hacer.

20 Desde 1960 comenzaron a introducirse las unidades de diálisis en muchos hospitales –cuyo primer aparato fue construido en 1943–. Pero sólo hasta 1962 se estableció el primer centro: el Seattle Artificial Kidney Center, ubicado en Seattle, Washington, en los Estados Unidos de América, con base en la conexión arteriovenosa y la cánula que ideó en 1961 el médico norteamericano Belding Scribner.

humano]»,²¹ y las preguntas en torno al «debate sobre la eutanasia y el “derecho a la propia muerte”» (Gómez, 2006: 29-30); es decir, la presencia de una tecnología médica *que-da-qué-pensar* «cada vez más capaz de introducirse en las esferas más esenciales del ser humano: aquellas que atañen a la cantidad y calidad de su vida, y al momento y forma de su muerte» (Simón, 1995: 583) como consecuencia de la ampliación de posibilidades diagnósticas, terapéuticas, quirúrgicas o pronósticas.

2. La familiarización *que-da-qué-pensar*, durante los últimos cuarenta años, de «la deshumanización de la medicina moderna [la cual se caracteriza por] nuevas tecnologías [que] alteraron la relación médico-paciente, [porque] los especialistas conocen cada vez más de cada vez menos y los médicos tratan enfermedades y no pacientes. A esto hay que agregar que las escuelas de medicina enseñan la ciencia, pero ignoran el arte de la medicina, la tecnología superó a la comprensión moral y los hospitales se transformaron en laberintos fríos e impersonales» (Cole, 2009: 1414), que no es otra cosa *que-da-qué-pensar* el modelo médico-tecnológico, el cual se fue fraguando a lo largo del siglo XX y consolidando a partir de la década de los sesenta, del mismo siglo, en detrimento del modelo médico-hipocrático.
3. Y la gran revolución *que-da-qué-pensar* en los países que componen el mundo Moderno, que conduce a una «toma de conciencia de las sociedades frente a la capacidad de in-

21 El profesor Christian Barnard y su equipo de colaboradores realizaron el 3 de diciembre de 1967 el primer trasplante de corazón humano a humano, en el Groote Schuur Hospital de Ciudad del Cabo, en Sudáfrica.

jerencia de las instituciones en la vida de las personas. Son los años del movimiento de reivindicación de los derechos civiles: derechos de las personas de raza negra, derechos de la mujer, movimientos estudiantiles, movimientos pacifistas, etc., y también, claro está, derechos de los pacientes»²² (Simón, 1995: 583), que conllevan al cuestionamiento del paternalismo médico,²³ existente desde la antigüedad, y de la relación en la cual él se sustenta: la relación descendente no conflictiva mandato-obediencia, por una parte; y, por otra, a veces a una actitud conflictiva deshumanizada del paciente, sus familiares o sus representantes hacia el médico, el síndrome de Adriano (Mendoza, 1998: 133), que desemboca en el de relación médico-legal-paciente por el ingreso de las llamadas terceras partes: la sociedad con la idea de justicia.

-
- 22 Vicuña-Castrejón, Ma. Begoña (2006). *El médico de cabecera al inicio del siglo XXI: entre la curación y la sanación*. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos, Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. P. 239: «desde la Segunda Guerra Mundial se ha luchado por la autonomía del paciente basándose en sus derechos en la relación médico-paciente».
- 23 Alemany, Macario (2005). «El concepto y la justificación del paternalismo» en: DOXA, Cuadernos de Filosofía del Derecho. Núm. 28. P. 300: «el desarrollo de formas de relación médico-paciente cada vez más despersonalizadas acerca la práctica de la medicina a un contexto de paternalismo conflictivo». Komrad, Mark S. (2002). «En defensa del paternalismo médico: potenciar al máximo la autonomía de los pacientes» en: Ars Médica. Revista de Núm. 2: 151-165: «ha sido precisamente [el paternalismo] de la relación médico-paciente la que ha sufrido últimamente las críticas más duras con la aparición del consumismo médico, del autocuidado, del movimiento a favor de los derechos del paciente y la revisión de la autoridad profesional». Vicuña-Castrejón, Ma. Begoña (2006). Óp. Cit. P. 240: «Ya no es el paternalismo lo que preside la relación [médico-paciente]... Se pasó... al principio de autonomía como valor moral que debe presidir la relación clínica».

1.1 El camino trazado por Potter

Cuando Van Rensselaer Potter, Profesor Emérito de Oncología, desde el *McArdle Laboratory of Cancer Research* de la Facultad de Medicina de la Universidad de Wisconsin, Madison, en el último año de la *década de los sesenta* del siglo XX vuelve a poner en escena la palabra «Bioética» —acuñada en Alemania por el educador, filósofo, pastor luterano y teólogo Fritz Jahr²⁴ (1895-1953), en 1927— y señala que tenemos «una gran necesidad de una ética de la tierra, una ética de la vida salvaje, una ética de la población, una ética del consumo, una ética del urbanismo, una ética internacional, una ética geriátrica, y así sucesivamente. Todos estos problemas requieren acciones que estén basadas en valores y en hechos biológicos. Todos ellos involucran a la Bioética, y la supervivencia del ecosistema global es el test de valor del sistema» (Potter, 1971: VII-VIII), ¿qué nos quiso dar a entender Potter con todo esto?

Potter nos quiso decir que «hoy en día resulta imposible reflexionar éticamente sobre un campo vital sin tener en cuenta los restantes [porque la primera ley] de la Bioética [consiste en] recordar la interdependencia existente entre

24 Aunque muchos dábamos por sentado que en 1970 Van Rensselaer Potter había acuñado la palabra «Bioética», nuevos estudios nos han obligado a corregir esta imprecisión y a expresar que fue el alemán Fritz Jahr quien, salvo prueba en contrario, acuñó la palabra en una editorial suya en la reconocida y muy prestigiosa revista científica alemana de esa época: “Kosmos”. Las referencias bibliográficas probatorias son como siguen: Jahr, Fritz (1927). «Bio-Ethik. Eine Umschau über die ethischen Beziehung des Menschen zu Tier und Pflanze [Bio-ética: una perspectiva de la relación ética de los seres humanos con los animales y las plantas]» en: Kosmos. Handweiser für Naturfreunde. Vol. 24, Núm. 11: 2-4. Jahr, Fritz (1933). «Drei Studien zum 5 Gebot» [Tres estudios sobre el quinto mandamiento] en: Ethik: Sexual und Gesellschaftsethik. Vol. 11: 183-187.

todas las manifestaciones de la vida» (Cortina, 2001: 223); que la ética en sus diversas formas se ha transformado en un problema, un problema que requiere acciones basadas en valores, por una parte, y en hechos biológicos, por la otra, que involucran a la «Bioética». Pero, además, señala que existe una especie de «tablero de control» o «test de valor» de tales acciones basadas en valores y hechos biológicos: la supervivencia del ecosistema global; es decir, que la cuestión es la vida en general, y no sólo la vida humana. Luego, ¿plantea Potter, al utilizar el novedoso término «Bioética», un biocentrismo²⁵ en oposición al antropocentrismo²⁶ dominante para la época?

No. La suya es una visión antropocéntrica insertada en una conservación razonable del medio ambiente. En su *Mensaje final* publicado en su web personal, poco antes de morir, dijo que «la Bioética [es] *el conocimiento de cómo usar el conocimiento para la supervivencia humana y para mejorar*

-
- 25 Esquivel-Frías, Leonora (2006). *Responsabilidad y sostenibilidad ecológica. Una ética para la vida. Tesis doctoral*. Universidad Autónoma de Barcelona. P. 39: «El biocentrismo es la posición moral que considera relevante a la vida por sí misma, esto es, al margen de la subjetividad de quien la experimenta. Así, todos los seres vivos, por el hecho de serlo, estarían dotados de valor moral».
- 26 Balbuena-Soto, Lorena Beatriz (2012). *Alcance de la protección de los sistemas naturales y las bases naturales de la vida humana. Análisis de la legislación penal española y paraguaya. Tesis doctoral*. Universidad Carlos III de Madrid. P. 4: la palabra antropocentrismo «procede del griego antropos y del latín centrum... origina la concepción idealista según la cual el hombre es el centro y el fin último del universo». P. 5: «el antropocentrismo [es la] inspiración de todo el pensamiento liberal (a partir del siglo XVII)». Esquivel-Frías, Leonora (2006). Óp. Cit. P. 29: «se entiende por antropocentrismo la idea de que los intereses, bienes y/o valores humanos son el punto central de cualquier *evaluación moral* respecto a las políticas ambientales».

la condición humana»,²⁷ pensamiento antropocéntrico que ratifica lo escrito por él, treinta años atrás, en 1971. Potter no era biocentrista —nunca se expresó a favor de la relevancia de la vida por sí misma—, por ello creía que «la Bioética debería llegar a ser un nuevo tipo de ciencia de la vida, [pero] preocupada por la supervivencia de la especie humana» (Potter, 1971: 30), que siguió siendo para él el centro y el fin último del universo.

Aclarada esta primera cuestión cabe preguntar ahora: ¿por qué la «Bioética» está involucrada en unas acciones basadas en valores y en hechos biológicos? Potter responde: porque la «Bioética» debe ser «capaz de integrar la biología humana (ampliamente entendida), la competencia humana en crear y acompañar los valores humanos, los problemas del medio ambiente y de los otros seres vivos que intervienen en la preservación y mejoría de la propia calidad de vida de los seres humanos». La cuestión es, entonces, ¿para qué? Y, Potter, nos dice: para tender «un puente entre la cultura científico-técnica y la cultura humanista»²⁸ (Ibídem. 30). En

27 Cfr. Potter, Van Rensselaer (1971). Óp. Cit. P. 25: «la humanidad necesita urgentemente una nueva sabiduría que le proporcione el “conocimiento de cómo usar el conocimiento” para la supervivencia del hombre y la mejora de la humanidad». P. 54: «la humanidad necesita urgentemente de una nueva sabiduría que le proporcione el “conocimiento de cómo usar el conocimiento” para la supervivencia del hombre y la mejora **de la calidad de vida**» (resaltadas las palabras que hacen diferentes los dos textos). Potter, Van Rensselaer (1998). «Bioética puente, Bioética global y Bioética profunda» en: *Cuadernos del Programa Regional de Bioética*. Núm. 7. P. 32: «la Bioética debería ser vista como... la búsqueda continua de la sabiduría, la que yo he definido como el conocimiento de cómo usar el conocimiento para la supervivencia humana y para mejorar la condición humana».

28 Alusión a la obra homónima “las dos culturas”: Snow, Charles Percy (1959). *The Two Cultures*. Londres: Cambridge University Press, en la cual planteó «la vida intelectual de toda la sociedad occidental» en dos culturas, la ciencia por una parte, y las humanidades, por la otra.

otras palabras, Potter observa que las dos culturas existen, pero siguen caminos paralelos perfectos, pues ni se tocan ni se miran, son riberas opuestas que es necesario comunicar entre ellas. De aquí la idea concientizadora de tender un puente llamado «Bioética», que enlace, que integre la competencia humana que crea y acompaña los valores humanos con la biología, en su más amplia acepción.

1.2 El «hápx legomenon» de Jahr

«En medio de un escenario flanqueado por la Muerte, es decir, justo en el intervalo entre las dos Guerras Mundiales» (Roa, 2009: 159), Fritz Jahr, según «investigaciones iniciadas por Hans-Martin Sass [acuñó] el término bio-ética» (Salomé, 2011: 46), en un sentido único del que sólo se tiene su ejemplo en los varios textos por él publicados, el primero de ellos como editorial en la prestigiosa revista científica alemana de ciencias naturales *Kosmos*²⁹ y los otros, en publicaciones germanas de menor circulación, «superando el antropocentrismo regente» (Roa, 2009: 161).

En dicha editorial, titulada «Bio-Ethik. Eine Umschau über die ethischen Beziehung des Menschen zu Tier und Pflanze [Bio-ética: una perspectiva de la relación ética de los seres humanos con los animales y las plantas]» señala que «[no se puede sostener] la separación entre humanos y animales que [existe] desde el comienzo de la cultura europea» (Jahr, 1927: 2). Pero, ¿por qué no se puede sostener esta separación?

29 Salomé-Lima, Natacha (2011). «Las raíces europeas de la bioética: Fritz Jahr y el Parsifal, de Wagner» en: *Ética y Cine Journal*. Vol. 1. Núm. 1. P. 46: señala que *Kosmos* era para la época una publicación «solo comparable con las actuales “Nature” y “Science”».

Con una pretensión aún lejos de alcanzar hoy, incluso por la Bioética animal no humana, Jahr responde: porque se requiere «una equiparación fundamental entre el humano y el animal»,³⁰ razonamiento controversial que se basa en la idea de que es necesario asumir la existencia de «una *obligación moral* no solo frente a los humanos, sino frente a todos los seres vivos»,³¹ idea que «da paso a la **Bio-Ética**», la cual aclara que no es original suya sino que es un redescubrimiento del pasado porque «es la figura del Santo Francisco de Asís³² (1182-1226) con su gran amor también por los animales, que anticipó por siglos el lirismo de Rousseau con su cálida simpatía por todos los seres vivos y por toda la naturaleza» (Ibídem.). Pero, ¿en qué fundamenta Jahr la validez de todos estos razonamientos?

Fritz Jahr se apoya en el teólogo y filósofo Friedrich Daniel Ernst Schleiermacher, el filósofo Karl Christian Friedrich Krause y en la ópera *Parsifal* de Richard Wagner. Con base en el primero «declara inmoral la destrucción de la vida, por cuanto ésta ya *existe*» y, por lo tanto, señala que «es repudiable el aniquilamiento de animales y plantas, sin razones

30 Cfr. Jahr, Fritz (1933). Óp. Cít. P. 183: «Trata a tus congéneres igual que quisieras ser tratado». P. 185: «Mirando los trabajos modernos de las ciencias naturales nos damos cuenta de que existe una equiparación del animal con el humano como objeto de estudio fisiológico y psicológico».

31 Reitera lo escrito en Jahr, Fritz (1933). Óp. Cít. P. 185: «existe una obligación moral no solo frente los humanos, sino frente de todos los seres vivos».

32 Antes que el santo de Asís quien llamaba a no maltratar innecesariamente a los animales, en la Antigüedad Pitágoras, Plutarco y Porfirio reflexionaron sobre la relación de los humanos para con los animales, llegando a sostener que la brutalidad y el maltrato con los animales era una muestra de crueldad humana. Plutarco en «Sobre el comer carne», el volumen noveno de sus *Obras morales o de las costumbres. Moralia*, cuestionó el hecho de matar animales para alimentarse de su carne.

concienzudas»,³³ una idea muy próxima al biocentrismo. Con base en el segundo, «cada criatura debe ser respetada y no debería permitirse el que sea muerta o maltratada sin razón» teniendo en la cuenta que las plantas, los animales y los humanos «tienen los mismos derechos», aunque «no iguales», debido a «que cada uno tiene una exigencia necesaria a fin de obtener su determinación», con lo cual se aproxima al antropocentrismo dominante. Con base en Wagner, «en su artículo pionero Fritz Jahr se sirve de dos momentos, de dos recortes escénicos de la ópera Parsifal, de Richard Wagner, que contienen en germen la fuerza de la noción bioética que Jahr intentaba conceptualizar» (Salomé, 2011: 47). Concluye afirmando que «estos pensamientos ya pasaron a ser, para la mayoría de la gente, un *bien común*» (Jahr, 1927: 3-4; Jahr, 1933: 187).

Entonces, haciendo una «extensión del imperativo moral kantiano a todas las formas de vida[,] modificando la estructura categórica inflexible de Kant, convirtiéndola en un modelo situacional de acuerdo con el equilibrio entre las obligaciones morales, los derechos y las cosmovisiones» (Salomé, 2011: 46), Jahr propone un «imperativo bioético», el cual sugiere considerar todo lo vivo como un fin en sí mismo y, consecuentemente, tratarlo como tal de ser posible: «Respetar a todo ser vivo como fin en sí mismo, y trátalo coherentemente en tanto sea posible» (Jahr, 1927: 4), que en 1933 lo entiende «Como explicación del Quinto Mandamiento».

33 Cfr. Jahr, Fritz (1933). Óp. Cít. P. 185: «“No matarás”, así exhorta el Quinto Mandamiento. Entonces, el término matar se refiere a una acción sobre lo vivo. Pero los seres vivos no son solamente los humanos, sino también los animales y las plantas. El Quinto Mandamiento no solo prohíbe explícitamente el matar humanos».

Sin lugar a dudas, los conceptos redescubiertos de Jahr habrán de tenerse presente para la reflexión acerca de los derechos de los animales y de la vida vegetal, pero nos dejan bien claro que la «Bioética» en Potter, no es la «Bio-Ética» en Jahr, entonces, ¿qué es esa Bioética que se irradia desde Norteamérica, a partir de 1970?

2. La pregunta por la cuestión

La «Bioética» hoy es una realidad, que se nos presenta como una discusión pública en torno a un conjunto de dilemas morales surgidos de oponer argumentos «ético-religiosos» a ideas «histórico-jurídicas» (sacralidad de la vida vs dignidad —o calidad— de vida) o de problemas de $I + D = C$ y T (clonación o reproducción asistida, etc.), a veces en forma de conflictos irresolubles, surgidos a partir de la idea moderna de la vida entendida como propiedad³⁴ (eutanasia o aborto, por ejemplo), que bien podríamos denominar «cuestiones bioéticas», frente a las cuales nos es imposible guardar neutralidad o mostrar indiferencia. Es decir, estamos ante dos dimensiones: una conflictiva/dilemática y otra emocional que se corresponden biunívocamente y se sustentan mutuamente, por lo cual ella exige ser racional, toda vez que no es posible en las cuestiones que se abordan desde la filosofía de la moral ser razonables, porque se caería en peligrosas ambivalencias. En consecuencia, como vivimos haciendo nuestro propio mundo, todo debate en torno a cuestiones bioéticas debe ser racional y no razonable.

34 Locke, John. 2001 [1689]. *Carta sobre la Tolerancia*. Madrid: Ediciones Messtos. II, 123, P. 350: «la preservación mutua de sus vidas, libertades y posesiones, que yo denomino bajo el nombre general de **propiedad**» (el resaltado es mío).

Pero, cuando colocamos la «Bioética» en el horizonte de sus dimensiones conflictiva/dilemática y emocional, la hemos caracterizado como lo que se predica de algo; es decir, la hemos adjetivado. Sin embargo, existe otra posibilidad, la de sustantivarla, o sea considerarla por ejemplo como una disciplina³⁵ y distinguirla de la ética médica, de la filosofía moral, de la deontología profesional que nos conduciría a preguntar quién hace Bioética, con quién, cómo, cuándo y dónde; a plantear la cuestión cuáles han sido los cambios –como lo hemos hecho en este escrito– que han contribuido a su nacimiento; a indagar por la «Bioética» en cuanto fenómeno cultural e histórico, y, a preguntar de qué se interesa ella, en cuanto disciplina, y qué tipo de perspectiva adopta.

2.1 Algunas notas sobre su aparición

Según Hans-Martin Sass, Fritz Jahr es con razón «el “Padre de la Bioética”» (Sass, 2011: 20) porque él acuñó la expresión «Bio-Ética» en 1927; según Gilbert Hottois, el aporte de Jahr no es más que un hápax y, en consecuencia, es Van Rensselaer Potter el inventor de la Bioética,³⁶ porque al usar la palabra «Bioética» en 1970 se desencadenó su estudio ininterrumpido hasta hoy.

Sabiendo del nulo impacto del pensamiento de Jahr en la Bioética durante su trayecto inicial, que impide considerar y ni siquiera mencionar a su obra como pionera, pero sin

35 Dirimir si la «Bioética» es ciencia o disciplina es uno de los objetos de este escrito.

36 Hottois, Gilbert (2011). «Definir la bioética: retorno a los orígenes» en: *Revista Colombiana de Bioética*. Vol. 6. Núm. 12.

desconocer la importancia que hoy se descubre en ella, con base en la explicación de Hottois es fácil entender por qué Potter al utilizar la palabra «Bioética» entre 1970 y 1971 que creyó honradamente haberla acuñado —muchos pensamos que él lo había hecho—,³⁷ abrió la senda bioética en cuyo transcurso de más de cuarenta años, en la primera década del siglo XXI, se descubrió o encontró la interesante obra de Jahr, que complementará seguramente el trayecto hasta hoy recorrido y, posiblemente, arrojará nuevas luces.

De manera análoga, aunque Potter puso de nuevo en escena el término —que concibió de manera distinta a Jahr— e inició el camino, fue la utilización que dio a la palabra André Hellegers,³⁸ tal vez sin saber del uso del término por Potter,³⁹ el que facilitó en este trasegar el nacimiento y el trayecto ini-

37 Cfr. Gómez-Pineda, Floro Hermes & Politano-Garcés, Orlando (2006). *Cronología de la mirada Bioética en el mundo y en Colombia*. Cali: Universidad Libre. Gómez-Pineda, Floro Hermes & Politano-Garcés, Orlando (2008). «Historia de la mirada Bioética desde la periferia» en: *Tribuna Ética Médica*: junio.

38 Gafo, Javier (1998). «Historia de una nueva disciplina: la Bioética» en: Romeo, Carlos María (coord.). *Derecho Médico y Bioética*. Granada: Comares. P. 16: «el obstetra holandés entendió su papel [en el sentido de estimular] el diálogo mediante conversaciones y escritos. Entendió su misión también como un puente: una persona puente entre la medicina y la filosofía y la ética, suscitando el interés de los profesionales de la ética en los problemas biológicos».

39 Potter, Van Rensselaer (2000). «Temas bioéticos para el siglo XXI». Vídeo conferencia en el Congreso Mundial de Bioética organizado por la Sociedad Internacional de Bioética (SIBI), Gijón, España, junio 20 al 24 de 2000. Traducción de Daniel Otero para la *Revista Latinoamericana de Bioética*, Universidad Militar «Nueva Granada», Bogotá, Colombia, Número 2, páginas 150-157: «Poco después de la publicación de mis 3 artículos en 1970 y de mi libro, en enero de 1971, un bien financiado instituto para el estudio de la “reproducción humana”, con las palabras agregadas a su título “y Bioética”, cambió el foco de interés de investigación en Bioética. Fue creado... en la Universidad de Georgetown, al parecer en desconocimiento de mis cuatro publicaciones».

cial de la «Bioética» como nueva disciplina, cuando en 1 de julio de 1971 «fundó en Georgetown University [el instituto por él dirigido] “Kennedy Center for the Study of Human Reproduction and Development”, al cual seis meses después de Potter publicar su libro, lo red denominó “The Joseph and Rose Kennedy Center for the Study of Human Reproduction and Bioethics” ... más tarde... “Kennedy Institute of Ethics”» (Gómez, 2006: 32) como consecuencia, según lo explica Viesca-Treviño, de entender él y los otros miembros «que necesitaban un campo más amplio de expresión para sus reflexiones filosóficas que el que comprendía una bioética de la reproducción humana» (Viesca, 2008: 59).

Y, finalmente, el profesor de Teología y Religión de Georgetown University, Warren T. Reich dio a la Bioética su estatuto epistemológico y se centró de manera formidable en definirla como un nuevo campo del conocimiento en la primera edición, de lo que fuera un gran proyecto colaborativo internacional, *Encyclopedia of Bioethics*,⁴⁰ publicada en 1978, el cual conduce a la Bioética más allá de una simple ética aplicada, y la caracteriza con cuatro rasgos primordiales, que describe muy bien, a mi modo de entender, Viesca-Treviño, los cuales comparto de manera plena, a saber:

1. Trata todo lo relativo a las cuestiones de valor que se plantean a los profesionales de la salud,
2. Incluye a la investigación biomédica y a la del comportamiento, independientemente de que tengan o no implicaciones terapéuticas,
3. Se ocupa de numerosas cuestiones sociales relacionadas con la salud pública, que van de la

40 Reich, Warren T. (1978). *Encyclopedia of Bioethics*. New York: Free Press.

salud en el mundo al control de los nacimientos y 4. Desborda el campo de la vida humana para extenderse a la de animales y plantas.

¿Qué concluir de este trayecto inicial? Que con respecto a la «Bioética», un momento de una primera concepción y aborto en Fritz Jahr, un tiempo de una nueva concepción y nacimiento en Van Rensselaer Potter, una época de crecimiento y desarrollo en André Hellegers, y una temprana identidad en Warren T.Reich; es decir, que es un término que ha tenido un comportamiento análogo a lo biológico y por tanto, marca tres momentos encadenados causalmente pero, diferentes cada uno con sus propias características, así:

1. Jahr, quien «se oponía a los antiguos modelos paternalistas de enseñanza, abogando por modelos educativos que contemplen el libre pensamiento y la interacción grupal en la construcción de las ideas» (Salomé, 2011: 46), expresa su abortada idea de «Bio-Ética» como una nueva disciplina en lenguaje kantiano, lo cual significa ir de la dignidad de la persona en Kant a la dignidad de todo ser viviente en Jahr; consecuentemente, ir de un animal al que le podemos tener cariño pero no respeto en Kant a un animal al que debemos cariño y respeto en Jahr; es decir, que Jahr plantea superar «el antropocentrismo regente» a cambio de establecer el «respeto ético sobre todas las formas de vida» (Roa, 2009: 161). Es un lenguaje concientizador vitalista.
2. Potter plantea, con un lenguaje propio de la biología y la ecología —entendidas en su más amplia acepción—, su nascente «Bioética» como una nueva disciplina⁴¹ de

41 Potter, Van Rensselaer (1998). Óp. Cit.: «Desde el comienzo, he considerado la Bioética como el nombre de una nueva disciplina».

manera que «los valores éticos ya no pueden ser separados de los hechos biológicos» (Potter, 1971: VII), en homenaje y con fundamento en la obra de Aldo Leopold, *A Sand County Almanac, with other Essays on Conservation*.⁴² Roa & Bauer interpretan a Potter como el «[promotor de] un movimiento social e intelectual... que busca cumplir la función de un complejo puente, integrador de múltiples dimensiones, que [conecta] espacios, desarrollos, saberes, culturas y tiempos» (Roa, 2009: 161).

3. Hellegers, quien era un «católico, muy preocupado por los problemas éticos relacionados con el origen de la vida... y ávido lector de libros de filosofía y teología» (Gracia, 2004: 103-104), según Gafo fue «la partera que sac[ó] a la luz la nueva disciplina [de la Bioética]» (Gafo, 1998: 16), aunque Hellegers la entendió como «una rama de la ética clásica» (Escobar, 2010: 200), se caracterizó —según Viesca-Treviño— «por la apertura de vínculos y puentes de comunicación entre las personas interesadas en los problemas bioéticos, filosóficos y médicos principalmente, y por la reducción del campo a la problemática inherente a la práctica médica» (Viesca, 2008: 59), porque la «orientó hacia... las cuestiones y dilemas surgidos en la práctica clínica [, dándole el giro hacia una mayor especialización]» (López, 2005: 64). Al respecto Kottow nos hace caer en la cuenta de que Hellegers «inicia... en 1971, un movimiento

42 Leopold, Aldo (1952). *A Sand County Almanac, with other Essays on Conservation*. New York: Oxford University Press.

de fortalecimiento de los derechos del paciente⁴³ enfrentado a la despersonalizada sofisticación de la medicina moderna» (Kottow, 1998: 79). Por ello, «desde entonces, un elemento importante de confusión ha sido la identificación entre Bioética y ética médica o, si se quiere, ética de las ciencias de la salud» (Viesca, 2008: 59).

4. Reich⁴⁴ hace entrar la Bioética «en el concierto de las disciplinas filosóficas» cuando la define como «el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto que dicha conducta es examinada a la luz de los valores y de los principios morales».⁴⁵ Más tarde, en 1992, aclararía que cuando utilizó la expresión «principios» quiso decir «fuente, origen», que en inglés se dice *source*. En esta nueva edición, modificó la definición anterior, así: «Bioética es un término compuesto, derivado por las expresiones griegas «*bíos*» (vida) y «*ēthiké*» (ética). Se puede definir como el estudio sistemático de las dimensiones morales —incluyendo también las intuiciones, decisiones, conductas y reglamentaciones morales— de la ciencia de la vida y de la salud, gracias a la utilización de una variedad de

43 El teólogo protestante Ramsey, Paul (1970). *The patient as person*. New Haven (Connecticut): Yale Univ. Press., el cual va a impulsar la noción de «derechos del paciente».

44 Es Profesor Investigador Distinguido de Ética y Religión del Departamento de Teología de la Universidad de Georgetown, así mismo, Profesor Emérito de Bioética de la misma universidad.

45 Reich, Warren T. (1978). «Introduction» en: Reich, Warren T. ed. *Encyclopedia of Bioethics*. 2 Vols. New York: Free Press. Vol. I. P. xix: «It can be defined (Bioethics) as the systematic study of human conduct in the area of the life sciences and health care, in so far as this conduct is examined in the light of moral values and principles».

metodologías éticas en un contexto interdisciplinario»,⁴⁶ evitando de esta manera que la Bioética se viera reducida al *Principlismo*, imperante en ese momento.

Podemos resumir estos tiempos iniciales de la Bioética diciendo: con Jahr estamos ante el sueño concientizador de la dignidad de todo ser viviente, con Potter ante la controversial indivisibilidad de los valores éticos y los hechos biológicos, con Hellegers ante la reducción de la Bioética a la problemática de la práctica médica, y con Reich ante una nueva disciplina filosófica.

2.2 La Bioética abandona el camino de Potter

El resultado de este temprano devenir de la Bioética significó el abandono del camino trazado por Potter, como él mismo lo reconoce,⁴⁷ ningún contacto con la senda vitalista, que supera todo antropocentrismo, trazada por Jahr, de quien para la década de los setenta, ochenta y noventa no se sabía de su obra. En cambio, implicó seguir por tres décadas la senda trazada por Hellegers, hace más de cuarenta años, lo cual denominó Gilbert Hottois la toma del mundo médico «para hacer un tipo de etiqueta actualizada de la ética médica y para expresar solamente un distanciamiento con respecto a

46 Reich, Warren T. ed. (1995). *Encyclopedia of Bioethics*. 2da. Ed. 5 Vols. New York: Prentice-Hall. «Bioethics is a composite term derived from the Greek words «*bios*» (life) and «*ēthiké*» (ethics). It can be defined as the systematic study of the moral dimensions — including moral vision, decisions, conduct, and policies— of the life sciences and health care, employing a variety of ethical methodologies in an interdisciplinary setting».

47 Potter, Van Rensselaer (2000). «Temas bioéticos para el siglo XXI». Óp. Cit.: «En la década siguiente, la Bioética fue asumida por “comités bioéticos” que operaban en Centros de Bioética en el área clínica, los cuales trataban con problemas de vida y muerte que son todavía muy controversiales».

la medicina y a la deontología médica tradicional» (Hottois, 2011: 71). ¿Qué explica esta reducción de la concepción potteriana al crítico ámbito meramente biomédico?

Sin desconocer que «los temas relacionados con la salud —en especial lo que tuviera que ver con la salud reproductiva— habían cobrado un nuevo protagonismo» (López, 2005: 67) después de los cincuenta del siglo XX, propiciando un ambiente favorable para las ideas de Hellegers, del texto de Jorge José Ferrer y Juan Carlos Álvarez (Ferrer, 2003: 62) es factible extraer unas posibles explicaciones para este éxito de Hellegers y este silenciamiento de las ideas de Potter, a saber:

1. El «Kennedy Institute of Ethics» centró la atención en problemas biomédicos concretos, urgentes y políticamente cercanos a la preocupación de la gente: la relación clínica, la ética de la experimentación, el aborto, la ética del final de la vida, etc. Los planteamientos globales de Potter no eran nada de esto.
2. El lenguaje de Potter no estaba anclado en la tradición filosófica de Occidente, por lo que carecía de la fácil comprensión del utilizado por Hellegers.
3. Hellegers y su grupo tuvieron una financiación,⁴⁸ que Potter no tuvo: la muy generosa proveniente de la «Joseph P. Kennedy Foundation». Un apoyo institucional del que Potter careció: por una parte, Georgetown University, con sus diversos departamentos de ciencias y humanidades y

48 Gracia, Diego (2004). *Ética y vida. Estudios de Bioética*. Vol. 5. *Como arqueros al blanco*. Bogotá: El Búho. P. 104: «La Fundación Kennedy dotó con 1.35 millones de dólares al [The Joseph and Rose Kennedy Center for the Study of Human Reproduction and Bioethics, años después denominado] The Kennedy Institute of Ethics».

su ideario católico-jesuita y, por la otra parte, la nombrada Kennedy Foundation. Y, finalmente, el escenario: Hellegers estaba en Washington D.C., centro del debate político y científico norteamericano, mientras que Potter estaba en Madison, Wisconsin.

Como bien lo resume Peter Whitehouse, «[los conceptos de V. R. Potter] perdieron la competencia intelectual ante formulaciones dominantes que emergieron en Washington sustentadas por más dinero y mayor poder político nacional» (Whitehouse, 2003: W27).

3. Identificación entre Bioética y ética médica

Las explicaciones de Jorge José Ferrer y Juan Carlos Álvarez, como el resumen de Peter Whitehouse, aunque permiten justificar de manera razonable el abandono del camino trazado por Potter, no dan cuenta suficiente del original desarrollo durante las décadas de los años setenta, ochenta y noventa del siglo pasado, de una Bioética que se centró en unos principios que son comprensibles desde la concepción liberal del individualismo posesivo⁴⁹ y en los problemas propios de

49 Macpherson, Crawford B. (2005). *La teoría política del individualismo posesivo*. Madrid: Trotta. P. 257: «Los supuestos del individualismo posesivo [son]: I) Lo que hace humano a un hombre es ser libre de la dependencia de las voluntades ajenas. II) La libertad de la dependencia ajena significa libertad de cualquier relación con los demás salvo aquellas en las que el individuo entra voluntariamente por su propio interés. III) El individuo es esencialmente el propietario de su propia persona y de sus capacidades, por las cuales nada debe a la sociedad. IV) Aunque el individuo no puede enajenar toda su propiedad sobre su propia persona, puede enajenar su capacidad para trabajar. V) La sociedad humana consiste en una serie de relaciones mercantiles. VI) Dado que lo que hace humano a un hombre es la libertad de las voluntades ajenas, la libertad de cada individuo sólo se puede limitar justamente por obligaciones y reglas tales que sean necesarias para garantizar

la práctica médica⁵⁰ de la época que «se iba quedando sin sustento [ético] al aplicarse a una medicina tecnológicamente diferente» (Viesca, 2008: 59), que llevaron, en esencia, a la cuestión crítica de una identificación entre Bioética y ética médica (si se quiere ética de la salud)⁵¹ como lo observó Sissela Bok en la *Eastern Sociological Society*, quien afirmó que la «Bioética» era una nueva orientación de la ética cuyo ámbito era la teoría y la práctica de la medicina (Sissela, 1977). Entonces, ¿cómo explicar esta nueva orientación hacia la ética médica aparentemente asumida sin resistencia alguna por la Bioética?

3.1 La explicación desde el individualismo posesivo

Para explicar el reduccionismo de la idea potteriana al ámbito meramente biomédico defendido por Hellegers, es necesario comprender los Principios de la Bioética⁵² —lla-

la misma libertad a los demás. VII) La sociedad política es una invención humana para la protección de la propiedad que el individuo tiene sobre su propia persona y sobre sus bienes, y (por tanto) para el mantenimiento de relaciones de cambio debidamente ordenadas entre individuos considerados como propietarios de sí mismos.

- 50 Una práctica médica que procura «hacer vivir» (preservar la vida, prolongarla e incluso intentar crearla), por una parte, la cual pone en cuestión el criterio de beneficencia paternalista subyacente en toda relación médico-paciente. Por la otra, se encuentra ante unos quehaceres médicos realizados, en muchas ocasiones, por no médicos: modificaciones al código genético, investigaciones científicas y desarrollos tecnológicos aparentemente indeseables. Finalmente, actos médicos extremos como la obstinación terapéutica o el mantenimiento de la vida en forma artificial, por ejemplo.
- 51 Bok, Sissela (1977) eds. «The Tools of Bioethics» en: Reiser, Stanley J., Dick, Arthur J. & Curran, William. *Ethics in Medicine*. Cambridge: MIT Press.
- 52 Cfr. Beauchamp, Tom & Childress, James (1979). *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press. Esta obra se divide en tres partes fundamentales: a) el estudio de las principales corrientes éticas; b) la propuesta de unos «principios» (beneficencia, no-maleficencia, autonomía y justicia), y c) las denominadas «virtudes» que debería poseer el profesional

mados «the Georgetown Mantra» —, desde una explicación propia del individualismo posesivo imperante en los Estados Unidos de América, en particular, y en el mundo anglosajón, en general, los cuales obedecen a la tradición ilustrada de la irrepetibilidad⁵³ e insustituibilidad⁵⁴ del ser humano.

Tales principios, propios de sociedades pluralistas⁵⁵ (seculares) fundadas en la Ilustración,⁵⁶ son: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, los cuales «derivan

sanitario para una atención correcta, integral y humanizada. Gómez-Pineda, Floro Hermes & Politano-Garcés, Orlando (2006). Óp. Cit. P. 35-36: «la National Commission for the Protection Subjects of Biomedical and Behavioral Research publica el *Belmont Report* que señala los principios de la Bioética: a) el de “autonomía”... b) el de “beneficencia”... y, c) el de “justicia”».

- 53 Significa comprender que cada ser humano, por pequeño e insignificante que pueda parecer, es único e irrepetible.
- 54 Quiere decir, negar la idea vital de que los seres humanos somos genéricos y contingentes; es decir, que somos reemplazables.
- 55 Cortina, Adela (1998). *Ética de la empresa. Claves para una nueva cultura empresarial*. Valladolid: Trotta. P. 38: «Una sociedad pluralista es... aquella en la que conviven personas y grupos que se proponen distintas éticas de máximos, de modo que ninguno de ellos puede imponer a los demás sus ideales de felicidad, sino que, a lo sumo, les invita a compartirlos a través del diálogo y el testimonio personal... Sin embargo, “pluralismo” no significa que no haya nada en común, sino todo lo contrario. Precisamente el pluralismo es posible en una sociedad cuando sus miembros, a pesar de tener ideales morales distintos, tienen también en común unos mínimos morales que les parecen innegociables, y que ... son compartidos... porque los distintos sectores han ido llegando *motu proprio* a la convicción de que son los valores y normas a los que la sociedad no puede renunciar sin hacer dejación de su humanidad».
- 56 Kant, Immanuel (1964). «¿Qué es la Ilustración?» en: Kant, Immanuel. *Filosofía de la Historia*. Buenos Aires: Nova. P. 58: «La Ilustración consiste en el hecho por el cual el hombre sale de la minoría de edad. El mismo es culpable de ella. La minoría de edad estriba en la incapacidad de servirse del propio entendimiento, sin la dirección de otro. Uno mismo es culpable de esta minoría de edad, cuando la causa de ella no yace en un defecto del entendimiento, sino en la falta de decisión y ánimo para servirse con independencia de él, sin la conducción de otro. ¡Sapere Aude! ¡Ten valor de servirte de tu propia razón!: he aquí el lema de la Ilustración».

inicialmente de juicios ponderados de la moral común y de la tradición médica» (Beauchamp, 1979: 37), que les ha permitido lograr un alcance universal, no obstante las críticas fundadas de muchos autores,⁵⁷ siendo las más soportadas las realizadas por Stephen Toulmin en 1981, la de Danner K. Clouser & Bernard Gert en 1990 y Albert R. Jonsen en 1991.

Principio de la Autonomía (autodeterminación del enfermo y del médico, el gobierno de sí o la libertad de decidir del paciente y del médico). Es, según Tristram H. Engelhardt, la base de la gramática mínima de todo lenguaje moral (Engelhardt, 1986: 86). En consecuencia, es el primer principio de la mirada Bioética reducida a ética médica, sea desde la óptica de la «autonomía de la acción»⁵⁸ de Mill (la «no interferencia»), o sea desde la visión del principio de la «autonomía de la voluntad»⁵⁹

57 Cfr. Toulmin, Stephen (1981). «The Tyranny of Principles» en: *The Hastings Center Report*. Vol. 11. Núm. 6. Pp. 31-39; Cfr. Clouser, Danner K. & Gert, Bernard (1990). «A Critique of Principlism» en: *The Journal of Medicine and Philosophy*. Vol. 15. Núm. 2. P. 232, y Cfr. Jonsen, Albert R (1991). «Of Balloons and Bicycles or the Relationship Between Ethical Theory and Practical Judgment» en: *The Hastings Center Report*. Vol. 21. Núm. 5. Pp. 14-16.

58 Mill, John Stuart (1980). *Sobre la libertad. El utilitarismo*. Madrid: Orbis. P. 135: «el único fin en aras del cual la humanidad, individual o colectivamente está autorizada a interferir con la libertad de acción de cualquiera de sus miembros es la autoprotección... el único propósito para el cual el poder puede ser correctamente ejercido sobre cualquier miembro de una sociedad civilizada, en contra de su propia voluntad, es el evitar un daño a los demás. No puede correctamente ser obligado a hacer u omitir algo porque sea mejor para él hacerlo así, porque ello vaya a hacerlo más feliz, porque, según la opinión de los demás, hacerlo sería sabio».

59 Kant, Immanuel (1975). *Crítica de la razón práctica*. Madrid: Espasa Calpe. P. 54: «La autonomía de la voluntad es el único principio de todas las leyes morales y de los deberes conformes a ellas; toda heteronomía del albedrío, en cambio, no sólo no funda obligación alguna, sino que más bien es contraria al principio de la misma y de la moralidad de la voluntad».

kantiana (el «respeto» hacia la persona), que se explican ambos desde los supuestos del individualismo posesivo «lo que hace humano a un hombre es ser libre de la dependencia de las voluntades ajenas», «la libertad de la dependencia ajena significa libertad de cualquier relación con los demás, salvo aquellas en las que el individuo entra voluntariamente por su propio interés» y «el individuo es, esencialmente, el propietario de su propia persona y de sus capacidades, por las cuales nada debe a la sociedad» (Macpherson, 2005: 257), premisas todas basadas en la Ilustración; es decir, en la idea en sentido positivo «de que los hombres son individuos autónomos, capaces de decidir por sí mismos cómo desean ser felices y también capaces de darse a sí mismos sus propias leyes» (Cortina, 1998: 39) o, en palabras kantianas, capaces de valerse de su propio entendimiento. También puede formularse el *Principio de Autonomía* en sentido negativo: «mis acciones no pueden ser sometidas a la limitación o al permiso de otro».

Entonces, siendo estos tres principios del individualismo posesivo los que explican la autonomía, ya sea desde el consecuencialismo de Mill, ya desde el deontologismo de Kant, ¿qué significan, o quieren decir, estos a las prácticas de la medicina? En primer lugar, nos responden Beauchamp & Childress diciendo que el individuo autónomo es el que «actúa libremente de acuerdo con un plan autoescogido» (Beauchamp, 1979: 121), lo cual significa que dentro de la normal práctica médica no es posible la autonomía entendida como la libertad de coacciones e influencias, por una parte, ni como la capacidad de actuar intencionalmente, por la otra, sino entendida simplemente como un móvil subjetivo

para actuar, lo cual también lo comprende de igual manera Diego Gracia.⁶⁰

En consecuencia, Beauchamp & Childress nos están dando a entender que dentro de la práctica médica actual es imposible encontrar un individuo capaz de proponerse algo y llevarlo a cabo, o lo que es lo mismo, no es posible el individuo autónomo en sentido ilustrado y libertario: el que sigue sus propios deseos, inclinaciones, pensamientos o razones —salvo los profesionales de la medicina y de su entorno científico-natural—, pues está sometido a la «tiranía» de los conocimientos biotecnocientíficos que coaccionan, influncian, limitan y menoscaban la libertad de elección de todos y cada uno de los afectados.

En segundo lugar, la autonomía del paciente frente al médico y de éste frente a aquél, quiere decir que ambos no pueden ser sometidos contra su voluntad a imposiciones o restricciones; que no son posibles aquellas actuaciones clínicas que atenten contra la libertad ni la conciencia del enfermo o del médico ni es permisible «implantar un despotismo del paciente, de modo que el médico haya de limitarse a seguir sus instrucciones» (Cortina, 2001: 238),

60 Cfr. Gracia, Diego (2000). *Ética y vida. Estudios de Bioética*. Vol. I. *Fundamentación y enseñanza de la Bioética*. 2da. Ed. Bogotá: El Búho. P. 73: «Mi opinión es que en Bioética la palabra autonomía... no significa... ley moral, o principio formal y canónico de la moralidad, sino un móvil subjetivo de la acción: en principio, el móvil de la voluntad ha de ser el respeto de la autonomía de las personas si quieres cumplir con el canon de la moralidad: o mejor aún, debes querer respetar al máximo posible la autonomía de las personas si pretendes ajustarte a la ley moral, de tal modo que la máxima debe ser el respeto de la autonomía, y quien quiera controvertir esa máxima habrá de correr en cada caso con la carga de la prueba. En principio se debe respetar la autonomía de las personas, y toda violación de esta máxima ha de poderse justificar racionalmente.

y que no pueden ni el paciente ni el médico (mucho menos el personal de salud) crear preocupaciones ni prejuicios que aten su conciencia.

En otras palabras, que siendo la vida (por tanto el cuerpo) una posesión, debe el médico, en particular, y el personal de salud, en general, «respetar... cada vez más la diversidad de creencias, valores y opciones de los propios individuos» (Gracia, 2000: 62), así mismo, como nos lo aclaran Beauchamp & Childress, que «las convicciones de conciencia del médico deben ser respetadas» (Beauchamp, 1979: 462), en el entendido que la autonomía de la voluntad es «la condición necesaria... para resolver las cuestiones morales sin violencia» (Engelhardt, 1986: 72), durante el proceso de restablecimiento del estado de salud, que es la relación médico/paciente, que — como nos lo explica Jonas — puede entenderse «como una relación contractual privada» (Jonas, 1997: 102).

Finalmente, la autonomía dentro de la práctica médica y sanitaria quiere decir que se debe contar con el consentimiento del paciente y del médico,⁶¹ entre quienes no existe un equilibrio de saberes, no obstante que el ideal liberal sueña un «paciente experto», es decir, aquel suficientemente competente en cuanto a su vida y a su salud, apto para prevenir sus

61 Cortina, Adela (2001). *Ética aplicada y democracia radical*. Madrid: Tecnos. P. 141: la autonomía del paciente «ha ido surgiendo [de] la idea de que [él] es un sujeto capaz de y legitimado para tomar decisiones acerca de cuestiones que le son vitales, y [de] la idea de que los científicos — médicos en este caso — no tienen derecho a arrebatarle tales decisiones, salvo en los casos en que el grado de autonomía del paciente no sea suficiente». P. 238: «el médico... es igualmente un interlocutor válido, que goza de autonomía. Por eso la relación ha de ser dialógica entre dos sujetos autónomos, uno de los cuales tiene la capacidad y el deber de asesorar, el otro, el derecho a decidir sobre su propia concepción de bien».

enfermedades y que, según Josefina Goberna, es capaz de «participar en la elección del curso terapéutico» (Goberna, 2009: 88), necesario para el manejo y tratamiento de sus dolencias.

Sin embargo, consentir tal consentimiento es desequilibrado y, por supuesto, controversial. En términos del paciente significa poder «decir la última palabra» suponiendo que ella expresa lo «mejor deseable» para la enfermedad que padece a la luz de la «explicación [que el médico da sobre la naturaleza de su enfermedad] a un paciente atento y mentalmente competente [para] solicitarle su aprobación [para ser sometido a un procedimiento]». ⁶² En cuanto corresponde al médico, consentir significa «aceptar tratar a quien consciente que lo trate», sabiendo objetivamente de los riesgos y del pronóstico y obligándose a realizar los manejos de la mejor manera, lo cual implica que —en palabras de Jonas— «el médico es un comisionado del paciente» (Jonas, 1997: 102).

De aquí, la importancia del consentimiento previo, libre e informado del paciente, ⁶³ —que Jonas llama «la condición

62 AdHocCommittee on Medical Ethics (1984). «American College of Physicians Ethics Manual» en: *Ann Intern Med* 101;129-137. 263-274: «El consentimiento informado consiste en la explicación, a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos. La presentación debe ser comprensible y no sesgada; la colaboración del paciente ser conseguida sin coerción; el médico o especialista no debe sacar partido de su potencial dominancia psicológica sobre el paciente».

63 Cortina, Adela (2001). *Ibíd.* P. 226: «el consentimiento informado del paciente... resulta indispensable dado el poder que el médico y el investigador adquieren sobre el paciente en virtud del avance tecnológico y farmacológico; poder que podría llevar a transformar al paciente sin contar con su voluntad expresa. Por eso [la aplicación del principio de autonomía se plasma de modo paradigmático en la exigencia del consentimiento informado del paciente]».

mínima inalienable» (Ibídem: 90)— en cuanto al cuidado de no invadir la privacidad psicosomática, y al respeto por las convicciones y preferencias del paciente y las de sus allegados; e, igualmente, al derecho del médico a «retirarse porque las peticiones o rechazos del paciente le parecen moralmente inaceptables» (Beauchamp, 1979: 462), dentro de esta relación de asimetría, salvo que el paciente sea un colega. Entonces, siendo esto así, ¿qué entender finalmente por autonomía?

Podemos entender finalmente por autonomía, lo que dice Adela Cortina:

“Autonomía” en este caso significa, a mi modo de ver, madurez psicológica y ausencia de presiones externas (sociales) o internas (el dolor mismo), suficientes como para decidir de acuerdo consigo mismo. Y este “consigo mismo” puede precisarlo en primer lugar el paciente, en una situación psicológica adecuada, porque él tiene un acceso privilegiado a su propia subjetividad, a sus *proyectos de autorrealización*... Y tiene [en segundo lugar,] derecho a ello porque *desde una autonomía dialógicamente entendida, el paciente “es digno de”, tiene derecho a ser tratado como un interlocutor válido* (Cortina, 2001: 237).

Gafo, Javier (2001). *10 palabras clave en Bioética*. Estella: Verbo Divino. P. 28: «el consentimiento informado es la primera concreción del respeto hacia la autonomía y la capacidad de decisión de toda persona autónoma». Jonas, Hans (1997). *Técnica, medicina y ética. Sobre la práctica del principio de responsabilidad*. Barcelona: Paidós Ibérica. P. 164: el «consentimiento sólo será bien informado cuando el que se decide conoce, además del “pro”, también el “contra”, los aspectos desfavorables y arriesgados en los que podría basarse un “no”... Pero, [el] engaño es casi una parte de la práctica médica, y no sólo por motivos humanos, sino también directamente terapéuticos».

Es decir, en términos kantianos, es la capacidad del paciente de servirse de su propio entendimiento, en sentido positivo o, sin la dirección del médico, en sentido negativo. Pero, ¿puede un paciente sin formación médica servirse de su propio entendimiento para optar libremente en torno a una decisión clínica que le atañe, teniendo en cuenta la idea de Beauchamp & Childress quienes ven sólo posible un paciente que «actúa libremente de acuerdo con un plan autoescogido»? ¿Puede actuar de forma autónoma un paciente sabiendo de su relación de dependencia para con su médico, dados los mecanismos de transferencia y contratransferencia? ¿Es posible la autonomía del paciente cuando todo manejo médico implica, sin excepción alguna, una postura de sometimiento? ¿Puede alguien disminuido por un padecimiento actuar con autonomía frente a su médico tratante?

Principio de la Beneficencia (hacer el bien: *bene facere*, el acto realizado por el bien del otro, el alivio de la miseria ajena).⁶⁴ Este principio siempre activo (incluye sin excepción alguna la acción), que hace referencia en el lenguaje cotidiano a los actos de altruismo, amabilidad, amor, bonhomía, buena voluntad, caridad o humanidad, es la norma ética fundamental para el ejercicio médico «según [nuestra] capacidad y [nuestro] recto entender»,⁶⁵ porque nuestra «convicción de

64 La beneficencia es para nosotros los médicos el principio más evidente de todos, pues hemos sido capacitados, educados, entrenados y formados para hacer el bien, no sólo al paciente, sino a la sociedad en general. Por ello, nuestra obligación de hacer diagnósticos y ordenar procedimientos terapéuticos seguros y efectivos.

65 He parafraseado la sentencia del Juramento Hipocrático, «según mi capacidad y mi recto entender», con la cual asumimos los médicos como una exigencia asegurar, al máximo, los posibles beneficios de un manejo clínico, quirúrgico o clínico-quirúrgico. Así mismo, la de minimizar los riesgos propios de toda actuación médica.

que se debe *hacer el bien* al enfermo —como anota Adela Cortina— ha constituido ese bien interno a la praxis médica... hasta el punto de que la historia de la medicina es en una muy buena medida la historia de un paternalismo, que ha “hecho el bien al enfermo” aun sin contar con la concepción de bien del enfermo» (Cortina, 2001: 225-226), por lo cual, dentro de toda clase de sociedades, plurales y no plurales, está ligado al principio muchas veces pasivo de la no-maleficencia, pertenece a la esfera de la vida privada⁶⁶ y es parte de la medicina clásica hipocrática,⁶⁷ por lo que resulta problemática en general la aplicación del *Principio de la Beneficencia* hoy en día, dadas las múltiples concepciones de enfermedad, salud y vida y conforme crece a nivel mundial la importancia de la autonomía del individuo.

Sin embargo, es mucho más problemático aplicar el *Principio de la Beneficencia* en aquellas sociedades que han alcanzado la mayoría de edad, porque este está subrogado al *Principio de Autonomía* (hacer el bien que el individuo solicita); es decir que «el principio paternalista beneficiante —dice Álvarez-Gálvez— que guía el comportamiento médico es admisible, siempre y cuando no constituya un paternalismo

66 Arendt, Hannah (2006). *La condición humana*. Barcelona: Paidós. [Trad. esp. Ramón Gil Novales]. P.79: «resulta manifiesto que en el momento en que una buena acción se hace pública y conocida, pierde su específico carácter de bondad». P.82: «La bondad... como consistente forma de vida, no es sólo imposible dentro de los confines de la esfera pública, sino que incluso es destructiva... la bondad que... asume un papel público y a no es buena, sino corrupta».

67 Gracia, Diego (2004). Óp. Cit. P. 254-255: «La ética del *Juramento [Hipocrático]* es claramente beneficentista: la justificación moral de los actos está en que sean beneficiosos para el paciente... *El Juramento* impone una ética de la beneficencia, pero de la beneficencia dura, en la que el paciente no tiene voz ni voto en la definición de lo que es beneficioso para él: es decir, [es una] beneficencia... paternalista».

injustificado que atente contra la autonomía del paciente» (Álvarez, 2002: 140); es decir, que el *Principio de la Beneficencia* ya no se corresponde con caridad, gentileza o piedad porque se reconoce en el paciente un sujeto de derechos, sin que ello quiera decir que los médicos, durante un tratamiento, dejemos de estar obligados al paciente y a nadie más. Entonces, siendo así, ¿cuál sería ese paternalismo justificado?

Siguiendo a Beauchamp & Childress, para quienes el *Principio de la Beneficencia* es obligatorio⁶⁸ en *Principles of Biomedical Ethics*, no habría un paternalismo injustificado atentatorio contra el paciente en el caso de ser necesario «proteger y defender los derechos de los demás, prevenir de un posible daño a otros; eliminar aquellas condiciones que lo pudieran provocar, ayudar a las personas incapacitadas, y rescatar a las personas en peligro» (Beauchamp, 1979: 167), en otras palabras, que los médicos seguimos estando obligados a no permitir que otros intereses atenten contra la curación del paciente.

Pero, no ocurre igual dentro de sociedades que no han logrado la Ilustración, que están fuera de la Modernidad, o dentro de una población de seres humanos que aún no han superado su estado de infancia natural,⁶⁹ porque cuando hay

68 No comprendo cómo dentro de una sociedad moderna, plural e ilustrada como son los Estados Unidos de América, Beauchamp & Childress plantearon en *Principles of Biomedical Ethics* la obligatoriedad del *Principio de Beneficencia*, máxime si luego lo niega Faden & Beauchamp en *A History and Theory of Informed Consent*, puesto que se está ante individuos capaces de guiarse por su propio entendimiento.

69 Foucault, Michel (2009). *El gobierno de sí y de los otros. Curso en el Collège de France (1982-1983)*. Buenos Aires: FCE. P. 45: Foucault explica que «algunos filósofos... designa[n] como el estado de infancia natural», aquel estado en el cual los individuos «todavía [no han adquirido] los medios y las posibilidades de su autonomía». Es decir, aquel estado en que requieren ser ayudados, conducidos y dirigidos.

quienes «están en edad de recibir todavía los cuidados de otros, deben ser protegidos» (Mill, 1980: 31), en este caso el *Principio de la Beneficencia* debe obedecer a una actitud supererogatoria y mantenerse como el primer principio para resolver problemas bioéticos bio tecno médicos, ya que al no estar el paciente en capacidad de ser autónomo «la conducta paternalista está justificada» (Álvarez, 2002: 140), porque se está ante la situación crítica de una población de individuos que no son soberanos de sí mismos.

Esto hace que en una población de seres humanos en la plenitud de sus facultades, el *Principio de la Beneficencia* tenga una nueva lectura plural, abierta e ilustrada, la cual ha de derivarse de la utilidad transformándolo en una obligación del médico, que ha de estar guiada (sometida) por el *Principio de la Autonomía* que —como lo aclara Engelhardt— «es, conceptualmente, anterior al principio de hacer el bien» (Engelhardt, 1986: 87), porque parte del supuesto del individualismo posesivo «la libertad de la dependencia ajena significa libertad de cualquier relación con los demás, salvo aquellas en las que el individuo entra voluntariamente por su propio interés» (Macpherson, 2005: 257), que en palabras de Jonas se traduce en que ningún médico pueda ser «el administrador de la sociedad [salvo el fiduciario de sus intereses], o de la ciencia médica, o de la familia del paciente, o de sus compañeros de sufrimiento, o de los futuros pacientes de esa enfermedad [con una sola excepción a esta regla]: el aislamiento del enfermo contagioso [que] no se hace evidentemente en interés del paciente, sino en el de otros que están amenazados por él» (Jonas, 1997: 94). Y, esto

no es otra cosa que el paternalismo liberal,⁷⁰ o sea aquel que es permitido o es autorizado por el propio paciente, pues como lo expresa Mill, «cada cual es el mejor guardián de su propia salud, sea física, mental o espiritual» (Mill, 1980: 33).

Esta afirmación de Mill es consonante con los kantianos, quienes reconocen que hacer el bien es una exigencia a priori de la acción y que toda forma de acción debe ser en beneficio de individuos quienes tienen derecho a decidir, lo cual, en palabras de Engelhardt, se expresa así: «el fin de la acción moral es hacer el bien y evitar el mal»⁷¹ (Engelhardt, 1986: 86), de aquí que el criterio tecno médico no sea «considerado ya como el único válido, y, en consecuencia, [se da] cabida a otros factores entre los que se encuentra la autonomía de los pacientes, expresada en las tablas de derechos de los enfermos» (Álvarez, 2002: 140), de aquellas sociedades que han alcanzado la mayoría de edad, en términos kantianos.

Sin embargo, «está claro —como lo afirma Jonas al tratar sobre los experimentos en sujetos humanos— que estas condiciones son peculiarmente difíciles de cumplir en el caso de un paciente. Su estado físico, su desvalimiento físico, su relación de dependencia para con el médico, la postura de sometimiento e incapacitación que se deriva del tratamiento... todo lo que tiene que ver con su condición y estado hace del paciente una

70 Wallerstein, Immanuel (2007). *Conocer el mundo, saber el mundo: el fin de lo aprendido*. Una ciencia social para el siglo XXI. México: Siglo XXI editores. P. 108: una «connotación inherente al liberalismo [es] el paternalismo hacia los débiles[, porque el] liberalismo implica un deber social de mejorar a los demás, ... principalmente mediante los esfuerzos colectivos de la sociedad y el Estado».

71 Kottow, Miguel (2005). *Introducción a la bioética*. Santiago de Chile: Mediterráneo. P. 90: «Todo acto tiene por razón de ser la obtención de un beneficio».

persona menos soberana de lo que es el sano [sin olvidar,] el cuasiautismo de la fijación en la enfermedad» (Jonas, 1997: 95).

Principio de No-Maleficencia⁷² (lo primero, no hacer daño: *primum non nocere*.⁷³ *No dañes a nadie: neminem laede*).⁷⁴ Pertenece a la esfera pública, está íntimamente relacionado con el ideal medieval de *bonum est faciendum et malum vitandum* (hacer el bien y evitar el mal)⁷⁵ y es el tercer principio de la Bioética reducida a deontología médica, toda vez que «causar daño —explica Valls— es menos que producir positivamente un bien» (Valls, 2003: 195), aunque para algunos, entre ellos David Ross, la No-Maleficencia tiene prioridad sobre el *Principio de Beneficencia*,⁷⁶ lo cual no comparto porque en nuestro diario ejercicio profesional de la medicina, frente a nuestra obligación comportamental de no hacer daño, nuestro actuar clínico está siempre orientado, ante todo, a procurar obtener primero el bien de nuestro paciente, no permitiendo que otros intereses compitan con el interés de su curación, sin que ello signifique desconocer que «la No-Maleficencia es un principio fuerte», como lo afirma Kottow (Kottow, 2005: 92).

72 Según afirman Danner K. Clouser & Bernard Gert el *Principio de la No-Maleficencia* es único principio propio de la tradición médica, Cfr. Clouser, Danner K. & Gert, Bernard (1994). «Morality vs Principlism» en: Guillon, R., ed. *Principles of Health Care Ethics*. Chichester: John Wiley.

73 Cfr. Gracia, Diego (1990). *Primum non nocere*. El principio de *No-Maleficencia como fundamento de la ética médica*. Madrid: Real Academia Nacional de Medicina. P. 25: Sostiene que debería traducirse mejor como «favorecer, o al menos no perjudicar».

74 Cfr. *Corpus Iuris Civilis*, Liber primus, I. 10.

75 Tomás de Aquino (1956). *Suma Teológica Parte I-IIae*. Madrid: BAC: q.94 art. 2.

76 Cfr. Ross, David (1930). *The Right and the Good*. Oxford: Clarendon Press. Pp. 21 y 22.

El *Principio de No-Maleficencia*, cuyo origen es desconocido, hace parte de la medicina clásica hipocrática,⁷⁷ implica «abstenerse intencionalmente —como explican Beauchamp & Childress— de realizar acciones que puedan causar daño» (Beauchamp, 1979: 115), en palabras de Adela Cortina significa «la obligación de “extremar los posibles beneficios y minimizar los posibles riesgos”» (Cortina, 2001: 225) —el cultivo de la conducta prudente— y que Hipócrates expresó en *Epidemias* sabiamente cuando estableció que todo médico debe «ejercitarse respecto a las enfermedades en dos cosas, ayudar o al menos no causar daño» (Epid, 11, 1). Esto quiere decir en últimas, realizar siempre lo indicado (lo objetivamente pertinente) y evitar todo lo contraindicado (lo objetivamente dañino),⁷⁸ que no

77 Gafo, Javier (2001). Óp. Cit. P. 25: «El Juramento [Hipocrático] contiene... el llamado principio de no-maleficencia... Es la exigencia ética primaria de que el médico no utilice sus conocimientos o situación privilegiada en la relación con el enfermo para infligirle daño». García-Gual, Carlos Ed (1989). «Epidemias I, II» en: *Tratados hipocráticos*. Madrid: Gredos. Pp. 62-63: «Hay que... practicar esto... al menos no causar daño». Gracia, Diego (1990). Óp. Cit. P. 9: «la no-maleficencia ha sido el principio rector de la ética médica a todo lo largo de su historia». Littré, Emile (1846). *Oeuvres complètes d'Hippocrate*. Paris: Librairie de l'Académie Royale de Médecine. P. 221: «El que [trata las enfermedades] no debe añadir con su intervención ningún mal a la enfermedad, que ya tiene suficiente por sí misma, y debe producir todo el bien que le sea posible». Marsili, Aldo Ed (1956). *Scribonius Largus Ricette*. Pisa: Omenia Medica. Pp. 17-18: «quien se ha obligado legítimamente a un juramento médico... confiesa que nunca hará mal a nadie». Méndez-Baiges, Víctor & Silveira-Gorski, Héctor Claudio (2007). *Bioética y derecho*. Barcelona: UOC. P. 47: la no-maleficencia «puede ser identificada con la máxima hipocrática que dice que ante todo no se debe perjudicar a los demás, *primum non nocere*». Piquer, Andrés Ed (1987). *Las epidemias de Hipócrates*. Madrid: Ministerio de Salud y Consumo. Pp. 167-9: «El médico ha de hacer una de dos cosas, a saber, aliviar al paciente, o al menos no dañarle».

78 Casado-da-Rocha, Antonio (2009). *Bioética para legos. Una introducción a la ética asistencial*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación. CSIC. Plaza y Valdés. P. 110: «el imperativo de no maleficencia obliga a revisar la literatura

siempre es posible para un buen médico en nuestra época frente al avance de una medicina gestionada que daña la salud de las personas de manera progresiva, imperceptible, lenta y mortífera,⁷⁹ porque en ella priman intereses distintos al de no dañar en la toma última de decisiones, que afectan la relación médico-paciente y vinculan en este caso con más fuerza que las de beneficencia porque el *Principio de No-Maleficencia* se relaciona con el *Principio de Justicia*, para este caso.

Estamos los médicos por lo tanto frente a sistemas dañinos de la atención de la salud, los cuales se basan «en una difícil y azarosa dificultad para la atención oportuna de una enfermedad padecida (largas esperas y múltiples barreras); en la racionalidad inmoral de la medicina gestionada centrada en el aseguramiento del pago de la cuenta que ignora las necesidades del paciente; en la contención de gastos de atención de la salud dilatando la cita, evitando exámenes necesarios basada en una auditoría médica imperita y negando atenciones» (Gómez, 2012: 10), que se justifican en la ampliación de coberturas, que los operan manos y racionalidades diferentes

científica y a generar protocolos y otras estrategias de implementación». García-Álvarez, Gabriela (2009). «La información como elemento básico para garantizar el derecho de acceso a los servicios sanitarios. Experiencia en el Área 11 de la comunidad de Madrid» en: Bandrés-Moya, Fernando & Delgado-Bueno, Santiago, eds. *Biomedicina y Derecho Sanitario. Tomo VI*. Madrid: Universidad Europea de Madrid. Asisa. Fundación Tejerina. P. 313-314: «El principio de no-maleficencia puede verse vulnerado por el retraso asistencial para ser atendido».

- 79 Gómez-Pineda, Floro Hermes (2013). «La hecatombe de nuestra salud: un problema bioético» en *El Pueblo*. Núm. 35. P. 11: «en Colombia, existe un daño progresivo, imperceptible, lento y mortífero en los colombianos que acudimos a nuestro sistema de atención de la salud, lo cual es una situación que está en contra del principio hipocrático de la no maleficencia: “lo primero, no hacer daño” (*primun non nocere*)».

a las médicas⁸⁰ y que no previenen las consecuencias de las acciones u omisiones o no permiten remover el mal a tiempo o evitar el daño con oportunidad.

En consecuencia este principio, que se suele explicitar por medio de nociones tales como daño y perjuicio y que nos obliga en todos los casos con independencia de las voluntades de los afectados: a) se encuentra actualmente lesionado por una medicina gestionada an-ética que muchas veces impide iniciar un manejo terapéutico a tiempo; b) tiene un fuerte componente relativista y utópico (no siempre se sabe ni siempre se puede hacer el bien), pues a veces es inevitable causar lesiones (producir daños) —que violan legítimos intereses del paciente— mediante un manejo médico que procura mantener con vida al paciente (el supremo bien); y, c) deriva de dos supuestos del individualismo posesivo «el individuo es esencialmente el propietario de su propia persona y de sus capacidades, por las cuales nada debe a la sociedad», que explica por qué no puede ser dañado ni afectado por otros fuera de sí mismo, y «la sociedad política es una invención humana para la protección de la propiedad que el individuo tiene sobre su propia persona y sobre sus bienes, y (por tanto) para el mantenimiento de relaciones de cambio debidamente ordenadas entre individuos considerados como propietarios de sí mismos» (Macpherson, 2005: 257-258), que nos dice de las circunstancias en las cuales cabe la protección para evitar un daño y nos explica el requerimiento, cada día más

80 Gómez-Pineda, Floro Hermes (2012). «¿Por qué la hecatombe de nuestra salud?» en: *El Pueblo*. Núm. 27. P. 10: «la medicina gestionada... se encuentra, por una parte, en manos de agentes externos a la salud y, por la otra, en agentes de salud con una muy escasa formación adicional a su pregrado, como es una especialización».

urgente, del amparo por parte del Estado para garantizar el *Principio de No-Maleficencia*, pues ya no basta la actuación de un médico que lentamente está siendo transformado en funcionario de la atención de la salud obstruido, para que la medicina gestionada realice actos maleficentes en contra de los pacientes.

De aquí resulta que es inaceptable sufrir daño alguno en sí mismo dentro de una democracia liberal porque la sociedad demo liberal está hecha para proteger su propiedad (la vida, las libertades y las posesiones, una de las cuales es el cuerpo); por ello, para Beauchamp & Childress cuando hablan de no maleficencia se refieren a «los daños físicos, incluyendo el dolor, la discapacidad y la muerte, sin negar la importancia de los daños mentales y las lesiones de otros intereses»⁸¹ (Beauchamp, 1979: 193).

En otras palabras, cuando hablamos del *Principio de No-Maleficencia*, expresamos la necesidad de calcular un «riesgo-beneficio como criterio para la decisión»⁸² (Lukac, 2007: 10), puesto que estamos obligados a no hacer el mal en el sentido que este principio se gestiona por el Estado: hacer el bien y evitar el daño.

81 Jonsen, Albert R (1989). «Do No Harm» en: Veatch, Robert M Ed. *Cross Cultural Perspectives in Medical Ethics: Readings*. Boston: Jones & Bartlett. Pp. 199-210: plantea cuatro posibles significados de *primum non nocere*, a saber: no proporcionar la atención debida (due care); prever los riesgos que una determinada intervención pueda llevar consigo; limitar la posibilidad de actuar de mala fe (en medicina como en cualquier otro ámbito), y prohibir las actuaciones que provocan más daño que beneficio.

82 Roa, Armando. *Ética y bioética*. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello. P. 166: «El principio de no-maleficencia... incluye la preocupación por la relación costo beneficio, teniendo en cuenta el nuevo concepto bioético de calidad de vida y el interés vital por la salud pública y por la prevención de enfermedades.

Principio de Justicia (dar a cada uno lo suyo: *suum cuique tribuere*).⁸³ Es el cuarto principio de la Bioética, pertenece a la esfera de lo público — sale del ámbito individual —, está poco arraigado en nosotros los médicos actuales, por nuestra pobre formación en ciencias sociales y su relativa novedad dentro de la ética médica. Significa un riesgo porque «un médico desprovisto de criterios de justicia [puede] utilizar recursos desmesurados en un solo paciente» (Mackinson, 2000: 49), por lo tanto, el *Principio de la Justicia* impone unos límites al *Principio de la Autonomía*, que han de estar determinados, como señalan Beauchamp & Childress, «por normas justificadas que estructuran los términos de cooperación social»⁸⁴ (Beauchamp, 1979: 193), que no es otra cosa que aceptar la existencia de unos derechos de interés público con respecto al interior de nuestros cuerpos, porque hemos concedido una cierta preeminencia al bien común sobre nuestro bien individual.

El *Principio de la Justicia* se deriva de uno de los supuestos del individualismo posesivo, aquel que expresa: «dado que lo que hace humano a un hombre es la libertad de las voluntades ajenas, la libertad de cada individuo sólo se puede limitar justamente por obligaciones y reglas tales que sean necesarias para garantizar la misma libertad a los demás» (Macpherson, 2005: 258), o lo que es igual, que se puede limitar un derecho natural individual por un derecho admitido, reconocido

83 Gómez-Pineda, Floro Hermes (2013). Óp. Cit. P. 11: «la justicia, la cual consiste en “dar a cada uno lo que es debido” solidariamente y en “dar a cada cual lo que se merece” en equidad».

84 Casado-da-Rocha, Antonio (2009). Óp. Cit. P. 113: «El principio de justicia ha derivado de la tradición política y está vinculado con el bien de terceros y el ideal de justicia social ... La justicia, por así decirlo, es el cemento social».

y proclamado socialmente, que se basa en un bien común o bien público,⁸⁵ con el propósito de garantizar que nadie sea merecedor de ventajas sociales, ni nadie sea perjudicado por negarle un beneficio; es decir que el *Principio de la Justicia* se corresponde con la ponderación y la compensación, por lo cual, como lo ve Kottow, «adopta un tono político que se ocupa de las relaciones del Estado con la atención médica» (Kottow, 2005: 93).

Por lo tanto, el *Principio de la Justicia* significa unos límites a la libertad personal del enfermo para asegurar un máximo de autonomía a los demás pacientes, como consecuencia de la idea de que «la relación del súbdito —como lo recuerda Gracia— con el soberano pasó de ser concebida como mero “ajustamiento natural”, a convertirse en una estricta “decisión moral”» (Gracia, 2002: 156), hoy difícil de ejercer ante una medicina gestionada que nos constriñe a regresar al simple «ajustamiento natural», pero que por lo mismo lo hace necesario, en las actuales circunstancias.

Esto significa, en consecuencia, que la atención de un paciente es inseparable de la atención a otros y por lo tanto un paciente no debiera ser sometido a restricciones causadas por el ejercicio de las libertades de otros enfermos iguales a él, que no se debe atentar discriminatoriamente contra la libertad ni la conciencia de paciente alguno, porque el «principio de justicia nos conmina a no discriminar y a tratar a todos con la misma consideración» (Casado, 2009: 113); es decir,

85 Jonas, Hans (1997). Óp. Cit. P. 79: «el llamado bien común o bien público [que lo entendemos como algo moralmente correcto y razonable en el curso común de las cosas, con sus pretensiones potencialmente superiores, obliga a veces a] sacrificar el bien individual[, que es lo primario y concreto que procede a toda definición, y su bien y su mal es más o menos conocido]».

como lo sostiene Kottow, la justicia debe diseñar «el criterio de ecuanimidad a usar», así como «proponer a quiénes se aplicará» (Kottow, 2005: 94).

En otras palabras: no es posible gozar de una libertad (un recurso) si a otro al mismo tiempo le es negada (un riesgo), ni es dable que se niegue una libertad (un riesgo) que a otro se le otorga (un recurso), lo cual nos plantea la cuestión plebiscitaria de una ecuación de costos-beneficios, que la medicina gestionada asume en un sentido primordialmente financiero olvidando otras cuestiones de costos-beneficios. ¿Qué nos quiere decir esto?

Esto nos quiere significar que es necesario, en virtud del *Principio de la Justicia*, hacer un reparto justo de los riesgos y de los recursos médicos y tecnológicos (los cuales son finitos y consumibles), de manera que «la mayor felicidad del mayor número [sea] la medida de lo justo y de lo injusto» (Bentham, 1985: 26), de acuerdo con distintos criterios de justicia,⁸⁶ porque como lo observan Beauchamp & Childress, «nadie debe tener garantizados beneficios sociales sobre la base de condiciones desventajosas no merecidas (porque ninguna persona es responsable de tenerlas) y... a nadie se deberían negar beneficios sociales sobre la base de condiciones desventajosas no merecidas» (Beauchamp, 1979: 235).

86 Herreros-Ruiz-Valdepeñas, Benjamín & Bandres-Moya, Fernando, eds (2010). *Educación en Bioética al profesional de Ciencias de la Salud. Una perspectiva internacional*. Madrid: Universidad Europea de Madrid. Asisa. Fundación Tejerina. P. 88: «Cuando se habla de justicia... se abordan diversos modelos... [tales como:] *teorías igualitarias*, dan prioridad al igual acceso de los bienes, con base en el criterio de necesidad; *teorías libertarias*, dan prioridad al igual acceso a los bienes y servicios y procuran la estabilidad social; *teorías libertarias*, enfatizan los derechos a la libertad económica y social; *teorías utilitarias*, combinan criterios para maximizar la utilidad».

Esto nos plantea una situación que va más allá de lo financiero: «saber —nos lo recuerda Adela Cortina citando a Rawls— cómo se distribuyen los derechos y deberes en las instituciones sociales» (Cortina, 1998: 60), para intentar «responder a la pregunta “¿quién debe recibir los beneficios de la investigación y sufrir sus cargas?”» (Cortina, 2001: 225), por ejemplo, que nos permite comprender por qué la medicina gestionada y «las leyes tendrán que mirar, sobre todo, por salvaguardar el principio de la justicia [en el entendido que la sociedad está guiada por el principio] de justicia» (Rodríguez, 2008: 14), pero no el médico, quien deberá tomar decisiones con el paciente

(...) sin que interfieran en [su] diálogo criterios basados en aspectos socio-económicos de distribución de recursos y nociones como eficacia/equidad, dado que si no los médicos se convertirían en meros «abogados» de los pacientes al ocuparse —al decir de Pellegrino— de la «ética institucional» en detrimento de la «ética clínica» (Mackison, 2000: 49).

Entonces, estamos ante la situación de la regulación de los servicios de la atención de la salud (distribución de derechos y deberes) por parte de los estados, por una parte; y, por la otra, ante la práctica médica habitual que nos pone ante la distribución de los servicios médicos y tecnológicos, dentro de los cuales se produce un doble fenómeno: la escasez de médicos y el costo creciente de los modernos procedimientos de promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y de rehabilitación de los pacientes, cuyo riesgo es caer en lo que Kottow denomina «un economicismo fáctico» (Kottow, 2005: 93).

3.2 La explicación desde los problemas propios de la práctica médica

Debido al tránsito que significó pasar de la medicalización de la enfermedad a la judicialización de la relación médico-paciente, a los rápidos desarrollos bio tecno científicos de la práctica médica durante los últimos tres siglos, que modificaron la relación médico-paciente, en especial durante el siglo XX, el *Juramento Hipocrático* fue perdiendo su vigencia.⁸⁷ La consecuencia: se produjo una crisis de la ética médica tradicional durante cuya evolución la medicina —en su «afán» de resolver las cuestiones médico militares de la Alemania nazi—, perdió su inocencia en Auschwitz y Dachau,⁸⁸ en donde el médico se transformó en administrador

87 Arrubarena Aragón, Víctor Manuel (2011). «La relación médico-paciente» en: *Cirujano General*. Vol. 33. Suple. 2. P. S122: «Con el avance de la ciencia y la tecnología el acto médico empieza a depender en gran parte del uso de métodos más eficaces de diagnóstico y tratamiento y parecería que la presencia curadora del médico deja de tener importancia... porque hay elementos interruptores de esta relación [como] la organización distinta de la medicina que tiene que ver con lo compleja que se ha vuelto a la luz de estos avances... porque han cambiado los objetivos y paradigmas de la medicina». Garay, Alain (1998/1999). «El paciente, el médico y el abogado» en: *Rev. Latinoam. Der. Méd. Medic. Leg.* Vols. 3/4. Núm. 2/1. P. 27: «Hoy la relación entre el enfermo y el médico [se ve] afectada por la llegada de un nuevo invitado: el abogado». Giacomantone, Óscar A & Suárez, Isabel B (2009). «Profesionalismo médico, su relación con la educación médica del siglo XXI» en: *Educación Médica Permanente*. Vol. 1. Núm. 1. 4: «El médico, y el ejercicio de la medicina, enfrentan en todas las culturas y sociedades, conflictos que amenazan sus principios y deterioran las relaciones médico-paciente». Lerman, Jorge (2004). «¿Qué quedó de la relación médico-paciente?» en: *Revista Argentina de Cardiología*. Vol. 72. Núm. 3. P. 216: «La relación médico-paciente... hoy está totalmente desjerarquizada». Ocampo-Martínez, Joaquín (2002). «La Bioética y la relación médico-paciente» en: *Cir Ciruj.* Vol. 70. Núm. 1. P. 55: «la relación médico-paciente... se encuentra inmersa [en una crisis de valores] como consecuencia del desarrollo científico-técnico de la medicina, y de la creciente toma de conciencia sobre los derechos humanos por parte de la sociedad».

88 Cfr. Gracia, Diego (1989). *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Eudema. P. 11.

de la sociedad, de la ciencia médica, de la familia del paciente, de sus compañeros de sufrimiento y de los futuros pacientes: un biopoder.⁸⁹ Todo esto en un mundo en el cual la humanidad se convirtió «en una sola totalidad en la vida de la tierra», el hombre alcanzó la capacidad «de dirigirse de forma instantánea a todo aquel a quien desee en cualquier punto de nuestro planeta», los científicos descubrieron que «la humanidad se est[aba] convirtiendo en una poderosa fuerza geológica» que le ha permitido ir «creando nuevas especies y razas de animales y plantas» (Vernadsky, 1945), pues, «todo ha sido casi enteramente desnaturalizado en nuestra raza — como lo apreció Virey ya en 1828 —, en nuestros estados políticos más perfeccionados... la vida se ha vuelto artificial» (Virey, 1828: 10), consecuentemente, se volvió urgente el problema ecológico como producto de los grandes desarrollos industrial y post industrial.

Crisis de la ética médica tradicional. Desde las cuestiones surgidas a partir de los problemas propios de la práctica médica, la primera explicación se encuentra en la «crisis

89 Foucault, Michel (2000a). *Defender la sociedad. Curso en el Collège de France (1975-1976)*. Buenos Aires: FCE. P. 220: es un poder que «se aplica a la vida de los hombres [y se destina], al hombre vivo, al hombre ser viviente; en el límite,... al hombre/especie». P. 224: es aquel «poder» que interviene «para realzar la vida, controlar sus accidentes, sus riesgos, sus deficiencias». P. 229: «un poder que se hizo cargo del cuerpo y de la vida o que, si lo prefieren, tomó a su cargo la vida en general». Gómez-Pineda, Floro Hermes. (2011). *Las condiciones para una biopolítica en Colombia, entre 1904 y 1948. Una lectura a la luz foucaultiana*. Tesis doctoral. Universidad Externado de Colombia. P. 92: «El biopoder es una mecánica de poder incompatible con la soberanía porque apunta al control de los cuerpos (sujetos) y lo que hacen (la especie); es decir, que abandona la apropiación de la tierra y sus productos (objetos)». P. 93: «el biopoder es una forma de racionalidad política, una manera de gestión de los gobiernos, o de las fuerzas estatales, que sirve de cuadro o de marco de racionalidad política a la biopolítica».

de la ética médica tradicional»,⁹⁰ producto de un proceso caracterizado por una pérdida paulatina, a partir del siglo XVII, de «vigencia de la normativa ética médica tradicional», a saber: a) se olvidó «el deber del médico de compartir sus bienes con sus maestros y enseñar a sus hijos el arte de curar», como consecuencia de la pérdida del carácter esotérico de la medicina, la desacralización del acto médico y la objetivación del diagnóstico y la terapéutica; b) se hizo imposible la prohibición de «practicar intervenciones quirúrgicas [porque la medicina y la cirugía se fusionaron]», como resultado de la fascinante acumulación de un enorme saber médico sobre el cuerpo que ha permitido la fundamentación científica de una práctica quirúrgica cada vez más sofisticada, desde el siglo XIX, con sus sonoros éxitos sobrevinientes como consecuencia de su orientación más al diseño que a la intervención terapéutica; c) se abandonó en la práctica, por «[razones de orden médico y social,] la prohibición de [toda maniobra o procedimiento que evite la natalidad]», como efecto de haber «despenalizado el aborto terapéutico, profiláctico o por violación y, en algunos lugares, el que tenga que realizarse por problemas económicos de la madre y la familia» y, así mismo, como resultado de la aparición de «los anticonceptivos orales, dispositivos intrauterinos y otros medios para evitar el embarazo»; sin embargo, continuó vigente como un precepto de la Declaración de Ginebra; d) se afectó gravemente «el deber de guardar el secreto profesional y la confidencialidad... cuestionado en diferentes momentos de la historia de la medicina contemporánea, por razones

90 Cuando se dice «crisis de la ética médica tradicional», se habla de la pérdida de vigencia de varios preceptos basados en el Juramento Hipocrático, el cual ha sido la base de formulaciones éticas médicas laicas contemporáneas en Occidente, no obstante que la ética médica del juramento fue formalmente religiosa.

de salud pública y de índole moral colectiva»; y e) se dejó de enfatizar en la prohibición de la «eutanasia [cuestionada desde que] se planteó el derecho del individuo a elegir las condiciones de su propia muerte»⁹¹ (Ocampo, 2001: 93-95).

Puede, entonces decirse que esta crisis

...afectaba el objeto, el método y el fin de la Medicina misma. Vale decir que la Medicina no era ya una «ciencia normal» en el sentido kuhniano, sino que estaba en el seno de una revolución antropológica, epistemológica y moral que proponía un cambio de paradigma (Mainetti, 2012: 112).

Adicionalmente, se agregaba el «cuestionamiento [progresivo] de la noción [del] paternalismo médico»⁹² (Garay, 1998/1999: 28), el cual ha producido una erosión paulatina de muchos valores médicos tradicionales debido al surgimiento de nuevas necesidades, a la aparición de novedosas posibilidades y al cambio de las circunstancias.

91 Gracia, Diego (2000). *Ética y vida. Estudios de Bioética. Vol. 3. Fundamentación y enseñanza de la Bioética*. Bogotá: El Búho. P. 272: «Suele afirmarse que la medicina tiene por objeto luchar por la vida, defender la vida, y por lo tanto siempre se ha opuesto a las prácticas eutanásicas. Pero esto no sólo no es cierto, sino que la verdad más bien es la contraria: la medicina occidental ha sido desde sus orígenes una ciencia eutanásica».

92 Mainetti, José Alberto (2012). «Educación en Bioética: Tres discursos de la Bioética en América Latina: Bio-médico, Bio-jurídico y Bio-político» en: Vidal, Susana M, Ed. *La educación en Bioética en América Latina y el Caribe: experiencias realizadas y desafíos futuros*. Montevideo: Programa para América Latina y el Caribe en Bioética y Ética de la Ciencia/Oficina Regional de Ciencia de la UNESCO para América Latina y el Caribe. P. 113: «Frente a la tradición moral hipocrática y su paternalismo beneficentista... el paradigma bioético norteamericano abogaba por la “introducción del sujeto moral en Medicina”, el paciente como agente racional y libre para la nueva relación médico-enfermo... [focalizada] en el consentimiento informado y los principios del Belmont Report (más tarde convertidos en el “mantra de Georgetown”) [las cuales provocaron] una reforma radical de las relaciones profesional-paciente y medicina-sociedad».

Todo esto permitió la emergencia —como lo señala Mainetti— de «una literatura crítica sobre la Medicina, que incluye la célebre *Némesis Médica* de Ivan Illich (1976), las iconoclasticas *Reith Lectures* de Ian Kennedy (1981), y el análisis de crítica social del poder médico capitalista por escritores norteamericanos como Vicente Navarro (1975)» (Mainetti, 2012: 112).

La Bioética como necesaria para la supervivencia del ecosistema. La segunda, está en el carácter originario de la «Bioética». Al ubicarla Potter como necesaria para «la supervivencia del ecosistema global» —en comunión con las ideas de Hans Jonas—,⁹³ se encontró con el concepto dominante ecológico médico de la enfermedad: la «triada ecológica», también llamada «tríada epidemiológica», que concibe la yuxtaposición salud-enfermedad como un proceso de interacción entre un «huésped» (cualquier ser vivo, incluido el humano, que en circunstancias naturales hospeda un agente causal de enfermedad), un «agente etiológico» biológico, físico, químico o sociocultural (que al contactar con el huésped produce enfermedad si las condiciones del huésped son las adecuadas) y el «medio ambiente»; es decir, un campo apropiado para una medicalización de la «Bioética», como en efecto ocurrió de la mano de Hellegers.

Una medicina que dejó de ser inocente. La tercera se explica porque la medicina perdió la inocencia (que siempre

93 Jonas, Hans (1997). Óp. Cit. P. 36: «[El derecho exclusivo del hombre al respeto humano y la consideración moral se ha roto con su obtención de un poder casi monopolístico sobre] la biosfera entera del planeta, con toda su abundancia de especies, exige... su cuota en la atención que merece todo lo que tiene su fin en sí mismo, es decir: todo lo vivo[, pues] como poder planetario de primer orden, ya no puede pensar sólo en sí mismo».

había conservado desde sus orígenes) en Auschwitz y Dachau,⁹⁴ —movida por un paroxismo eugenésico en nombre de «más vida»—, no obstante el antecedente de las llamadas Normas Prusianas (1900), expedidas por el Ministerio Prusiano de Religión, Educación y Asuntos Médicos, y de las *Directivas concernientes a las terapéuticas nuevas y a la experimentación científica en el hombre* promulgadas por el Ministerio del Interior de Alemania (1931).⁹⁵ Tal pérdida de inocencia de la medicina la prueba el llamado *Juicio a los Doctores*⁹⁶ —de dominio de la opinión pública— en el Tribunal de Núremberg, por el desarrollo del *Programa de Eutanasia Aktion T-4*, denominado de esta manera por tener su domicilio en Tiergarten 4, Berlín. «Se calcula que de esta manera fueron eliminadas cerca de 60.000 personas» (Agamben, 2003: 178).

94 Auschwitz y Dachau, son los símbolos de exterminio y una muestra de lo que fueron los campos de concentración de la Alemania nazi, lugares donde ocurrió la más grande *conditio inhumana*. Allí, según Esposito, Roberto (2009). *Tercera persona. Política de la vida y filosofía de lo impersonal*. Buenos Aires: Amorrortu. P. 92: se llevó a cabo «un proyecto de bestialización integral de los prisioneros: “Era una señal —comenta Levi— . Para ellos, ya no éramos hombres: con nosotros, como con las vacas o los mulos, no hay una diferencia sustancial entre el grito y el puño”. Así, para aludir a la actividad de comer de los prisioneros —por lo demás, reducida al mínimo— se usaba el verbo *fressen*, típico de la alimentación de los animales, en vez de *essen*, comúnmente referido a los hombres».

95 López-Gómez, María (2011). *Aspectos éticos y legales del consentimiento informado en anestesiología. Estudio en el complejo hospitalario de Toledo*. Tesis doctoral. Universidad de Salamanca. P. 62: « En 1900, el ministerio prusiano encargado de los temas de salud, ordena colocar en lugar bien visible, en todos los centros sanitarios, la prohibición de experimentar con niños e incapaces. La que se hiciera con adultos habría de ser con el conocimiento y consentimiento de estos. En 1931... se publica por parte del Ministerio del Interior de Alemania el que puede ser considerado el primer código ético de investigación del mundo».

96 Varga, Andrew C (1994). *Bioética. Principales problemas*. Bogotá: San Pablo. P. 162: «Como es bien sabido, 23 médicos alemanes fueron acusados de “crímenes de guerra y de crímenes contra la humanidad” [por realizar] experimentos con reclusos de campos de concentración».

La muerte «misericordiosa», del Programa T-4 (Esposito, 2006: 180), estaba fundamentada en «una medicina [que en su propósito de sanar, debía ser] entendida como cirugía racial» (Esposito, 2009: 90), o sea la convivencia de una política de la vida con el derecho soberano de matar a cualquiera, dentro de «un contexto en el que Hitler era definido como “el gran médico alemán”» (Esposito, 2006: 178), la cual aseguró la autorización para la supresión, de las que se llamaron «vidas indignas de ser vividas»,⁹⁷ pertenecientes:

1. A pacientes pediátricos⁹⁸ diagnosticados como portadores de enfermedades o defectos hereditarios, programa que luego se extendió a otros pacientes de todas las especialidades médicas y quirúrgicas, pronosticados como enfermos incurables, confundiendo instrumentalmente contagio con herencia.
2. A adultos clasificados como improproductivos, quienes al ser evaluados ocupacional y laboralmente fueron diagnosticados médicamente como inservibles para trabajos forzados o para experimentos biomédicos.

97 Cfr. Binding, Karl & Hoche, Alfred (1920). *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens* [La autorización para suprimir la vida indigna de ser vivida]. Leipzig: Meiner. Las ideas contenidas en este libro articularon buena parte de las políticas nazis.

98 Esposito, Roberto (2006). *Bíos. Biopolítica y filosofía*. Buenos Aires: Amorrortu. P. 218: nos relata que el programa inició con «el encargo de proceder a la eutanasia de los niños menores de tres años sospechosos de padecer “graves enfermedades hereditarias”, tales como idiocia, mongolismo, microcefalia, hidrocefalia, malformaciones y condiciones espásticas». Friedlander, Henry (1995). *The Origins of Nazi Genocide: From Euthanasia to the Final Solution*. Chapel Hill: University of North Carolina Press. P. 76: La campaña Nazi de eutanasia comenzó con niños discapacitados a quienes se les aplicaba una inyección letal. Tomás, Juan Francisco (2007). *Bioética. Ciencia de la vida para tiempos nuevos*. Buenos Aires. P. 190: « Hitler autoriza el comienzo del programa Aktion T-4 de eutanasia de niños menores de tres años con defectos congénitos, que en 1941 se ampliará a menores de 17 años y en 1943 a niños judíos y de otras razas».

Así mismo, los médicos en el régimen nazi quienes, como lo señala Esposito, «habían vuelto a ser verdaderamente los grandes sacerdotes de Baal» (Esposito, 2006: 182), fueron juzgados por los programas de esterilización no quirúrgica⁹⁹ forzosa y masiva, destinada a servir la política eugenésica del nazismo y por experimentos biológicos médico-científicos¹⁰⁰ coercitivos,¹⁰¹ nocivos y letales en VP («Versuchepersonen» o «cobayas humanas»),¹⁰² que «fueron considerados

-
- 99 Agamben, Giorgio (2003). *Homo sacer. El poder soberano y la nuda vida*. Paterna (Valencia): Pre-textos. P. 197: «particularmente frecuente y dolorosa para los pacientes fue la experimentación sobre la esterilización no quirúrgica, por medio de sustancias químicas o de radiaciones». Esposito, Roberto (2006). Op. Cit. P. 230: «entre julio de 1933 y el inicio de la guerra, más de 300.000 personas fueron esterilizadas por distintos motivos». P. 231: «en febrero de 1936 se decidió esterilizar mediante rayos X a las mujeres mayores de treinta y seis años».
- 100 Albuquerque, Eugenio (2002). *Bioética. Una apuesta por la vida*. Madrid: Franjograf, S. L. P. 131: en los campos de concentración se realizaron experimentos crueles con los prisioneros, a saber: «estudios sobre la acción de distintos venenos, gases tóxicos, quemaduras, trasplantes de médula, inmersión en agua helada para medir la resistencia, etc.». García-Minguillán Molina, Jesús (2011). *La investigación con células troncales embrionarias en el ordenamiento constitucional español*. Castilla-La Mancha: Ediciones de la Universidad. P. 31: «estudio de la resistencia del hombre en los vuelos a gran altura». United States Holocaust Memorial Museum (s. f.). «Experimentos médicos nazis» en: Enciclopedia del Holocausto. Washintong, D. C.: se «probaron compuestos de inmunización y sueros para la prevención y tratamiento de las enfermedades contagiosas; entre ellas la malaria, el tifus, la tuberculosis, la fiebre tifoidea, la fiebre amarilla y la hepatitis infecciosa[, como también.] experimentos serológicos con romaníes (gitanos)... para determinar cómo las diversas "razas" soportaban las diferentes enfermedades contagiosas».
- 101 Gracia, Diego (2002). *Ética y vida. Estudios de Bioética. Vol. 4. Profesión médica, investigación y justicia sanitaria*. Bogotá: El Búho. P. 98: los experimentos nazis en seres humanos eran «realizados sin conocimiento y sin consentimiento de los participantes».
- 102 Cfr. Agamben, Giorgio (2003). Óp. Cit. Pp. 195-202. Casado-Neira, David (2008). «Las fronteras en el muro de Berlín: frente, fronda y solitón» en: *Papeles del Ceic*. Vol. 2008-2. Núm. 40. P. 6: En Auschwitz, «las personas

universalmente como uno de los capítulos más infames en la historia» (Agamben, 2003: 196), de una medicina que se alió letal, infame y perversamente con el poder político para crear espacios en los que los individuos fueron sometidos a un proceso de precarización de su vida orgánica.

De este juicio y del recuerdo de los crímenes de la medicina nazi —cuyo nivel científico, para muchos, era uno de los más altos de la época—¹⁰³ surgirá, inspirándose en las sentencias del tribunal, el denominado *Código de Núremberg*,¹⁰⁴ texto elaborado por los médicos norteamericanos Leo Alexander y Andrew Conway Ivy, quienes señalaron «las condiciones[, inspiradas en la ley natural,] bajo las cuales se podía aprobar la experimentación con seres humanos y llevarla a cabo de acuerdo con la moral» (Varga, 1994: 162), convirtiéndose este en el primer protocolo universal para la realización de experimentos en seres humanos.

sólo tienen cabida como fuerza de trabajo, como materia prima (cabello, grasa, oro, huesos), o como una forma de producción casi desconocida para la época, como **cobayas de experimentación médica**: para el desarrollo de la ciencia biomédica (estudios sobre desnutrición, esterilización), de la industria farmacéutica (sulfanilamida, fosgeno) y militar (descompresión, gas mostaza)». García-Minguillán Molina, Jesús (2011). Óp. Cit. P. 31: «El doctor Sigmund Rascher utilizó a los detenidos de Dachau como **cobayas humanas**». Zamora, José A (2003). «Políticas del cuerpo» en: *Iglesia Viva*. Núm. 216. Pp 59-60: «En los campos nazis los prisioneros eran sometidos a un proceso... de zoologización que [permitía su] sometimiento a "experimentos médicos" como si se tratara de cobayas» (los resaltados son míos).

103 Cfr. Esposito, Roberto (2006). Óp. Cit. P. 183: «la investigación médica alemana era una de las más adelantadas del mundo».

104 «Permissible Medical Experiments». *Trials of War Criminals before the Nuremberg Military Tribunals under Control Council Law No. 10: Nuremberg October 1946-April 1949*. Washington: U.S. Government Printing Office (s. f.), vol. 2, pp. 181-182. Recoge los principios que deben orientar la experimentación médica en seres humanos, los cuales nacen de las deliberaciones y argumentaciones, en torno al trato dado a los prisioneros dentro de los campos de concentración, por las que fueron enjuiciados 23 médicos y la cúpula nazi.

4. De lo que nos hablan los varios aspectos de la Bioética

Al pensar el concepto actual de la Bioética durante el desarrollo de esta investigación, dentro de sus varios aspectos, encontramos que se nos habla de cómo un bioquímico profesor de oncología residente en Madison (Wisconsin), seguido de un médico ginecoobstetra investigador de la fisiología fetal residente en Washington y, finalmente por un teólogo católico profesor de Teología y Religión, también de Washington, iniciaron su devenir actual sin la participación de los filósofos, como una respuesta a dilemas concretos bio tecno médicos, porque estos —con excepciones como Adorno, Ellul, Günther, Horkheimer y Ortega y Gasset— no prestaron atención a la transformación de la moral médica tradicional, ni a la crisis moral de la relación médico-paciente, ni a los efectos de un proceso de deshumanización del ejercicio profesional médico que contrastan, todos, con la creciente importancia de $I + D = C$ y T y de una ciencia (un saber y una técnica) que se ha convertido, a lo largo de la última centuria, en una forma insólita de intervención, manipulación, producción y creación de la vida, un poder nunca visto que representa la enorme y compleja conquista médica de la vida biológica humana, de que estamos siendo testigos de excepción.

En cambio, permite la investigación sacar a la luz que frente a un ser humano convertido en una poderosa fuerza geológica capaz de transformar profundamente la biosfera, para su usufructo, y cada vez más hábil y diestro para aprovechar (manipular), construir (hacer) y transformar (fabricar) la vida toda por medio de una práctica omníabarcante de $I + D = C$ y T , en beneficio de la sociedad, se nos devela la vulnerabilidad creciente de lo biótico y nos explica el porqué del avance de los conocimientos en Bioética a partir

de los años setenta, los cuales privilegian —según lo señala Kottow— «la conservación sobre la destrucción» (Kottow, 2005: 107), como consecuencia de la inquietud, intranquilidad y preocupación ascendente de los biólogos por el futuro de la vida toda, en general, situación que posibilita comprender el camino inicial trazado por el bioquímico oncólogo Van Rensselaer Potter, durante la década de los setenta del siglo XX, y la senda imaginada por el teólogo y educador Fritz Jahr, durante el primer tercio del mismo siglo, por una parte.

De otro lado, ante el imperativo esencial del hombre de formar, descubrir, innovar e inventar la vida que condujo la medicina a un incremento en la penetración de una mirada médica cada vez más extensa y a una abstracción incremental de la lógica médica actual, nos hablan de la consciencia de los médicos sobre la transformación de la moral iátrica tradicional, con motivo del desarrollo de una epistemología biomédica de la modernidad,¹⁰⁵ que se expresa actualmente en unos avances bio tecnocientíficos capaces de representar la vida a nivel molecular, los cuales fueron percibidos en los comienzos como cercanos a un principio an-ético, porque no se caía en la cuenta de que estas tecnologías al permitir contemplar la vida desprovista de todos los matices que la

105 Sierra-Hernando, Carlos Hugo (2009). «Regímenes de producción de cuerpos en el espacio médico» en: Mendiola-Gonzalo, Ignacio, ed. *Rastros y rostros de la biopolítica*. Rubí (Barcelona): Anthropos. P. 237: Nos relata la transformación epistemológica, así: «Existe ya durante todo el siglo XIX y XX una poderosa tendencia a extraer los signos vitales del cuerpo y presentarlos de forma abstracta... [primero se trata de] una transformación en la expresividad funcional de los fenómenos controlados subjetivamente... a eventos objetivos que pueden ser evaluados, archivados y comparados, una vez que se ha eliminado su significado intransferible y ambiguo, con datos médicos pasados, presentes y futuros... [y] una segunda conversión [gracias a la tecnología visual médica]: la que transita de la información digital... a la imagen digital útil para el diagnóstico».

hacen particular, suprimía las características o elementos diferenciadores —reclamados por el pensamiento Bioético— que permiten reconocer cada ser vivo en su individualidad, insustituibilidad, irrepetibilidad y peculiaridad.

Estas cuestiones, han conducido a una modificación irreversible de la relación médico-paciente gracias a las novedosas formas de proyección mediadas digitalmente, que la han convertido en un encuentro cada vez más despersonalizado produciendo un cambio permanente en nuestro carácter médico, porque requerimos cada vez menos del contacto directo visual, auditivo y táctil con el paciente, dentro de un proceso angustioso y acelerado de deshumanización de la medicina y los sistemas de salud acompañados de una creciente y célere comercialización, consumismo, judicialización y mercantilización de la práctica médica y de las tecnologías biomédicas cuyos quehaceres, además, han ido pasando poco a poco a manos no médicas, que desconocen nuestros principios y virtudes, razones todas que condujeron a una temprana identificación entre la Bioética y nuestra ética médica en crisis, testigo de una medicina que dejó de ser inocente al reducir la vida del hombre a su mera manifestación animal, al limitarse a un enfoque instrumentalista que resalta lo estrictamente anatómico, bioquímico, fisiológico y patológico, y al prometer modificar la vida biológica toda ante la capacidad creciente de fabricarse a sí mismo y a lo otro vivo para alcanzar el sueño de una vida robotizada.

Pero, tal fluctuación que condujo a la controversial identificación entre Bioética y ética médica durante los primeros años del desarrollo de la Bioética, adicionalmente, puede explicarse desde el individualismo posesivo que permitió desembocar en los *Principios de la Bioética*, hasta

el punto que la Bioética que hoy conocemos —que no es la Bio-Ética de Jahr— es, al decir de Diego Gracia, «una creación típicamente norteamericana» (Gracia, 1991: 107), lo cual nos explica adicionalmente por qué, en su devenir inicial puede afirmarse que la Bioética, en cuanto novedosa corriente del pensamiento, ha sido un «movimiento básicamente norteamericano» (Gracia, 2007: 21), por lo tanto influenciado por el liberalismo anglosajón, el cual está enraizado en el utilitarismo, antepone la autonomía sobre toda consideración y presupone la Ilustración, por una parte, aspecto que es menester mantener presente siempre que se hable de Bioética por fuera de la cultura anglosajona.

Por otra parte, es también menester tener presente que el concepto dominante ecológico médico de la enfermedad favoreció la identificación entre la ética médica y la bioética, porque el cuerpo humano en relación con el medio ambiente puede ser leído como un «ecosistema global» al concebir la yuxtaposición salud-enfermedad. Entonces, la idea potteriana de «supervivencia del ecosistema global» fue un factor adicional que favoreció la medicalización de la Bioética dentro de un espacio en el cual se ha venido experimentando, tal medicalización, como ascendente, constante e ininterrumpida de la existencia humana y de la vida.

De aquí, que al preguntar por la cuestión, la fluctuación de la Bioética hacia lo biomédico continúe jugando un importante papel hasta nuestros días, pues está inmediato al sentir de todos y cada uno los valores tradicionales que guían la praxis médica: en cuanto al ser pacientes lo vivimos en nuestro cuerpo impactado por la revolución bio tecno científica; en cuanto al ser históricos se nos recuerda vívidamente una medicina que volvió a ser la religión de Baal, en un mundo

en donde la idea de una «vida sagrada» es eclipsada por la conceptualización tecnocrática de una «vida biologizada».

No ocurre igual con la senda original hacia lo ecológico, que lo hemos percibido como un afuera, de donde se explica en parte el éxito de André Hellegers, sin desconocer los importantes asuntos de poder y de circunstancias favorables, que le beneficiaron en contra de Potter, a pesar de la pérdida de la inocencia de la física con la hecatombe de las bombas atómicas sobre Hiroshima y Nagasaki.

Finalmente, el asunto que atañe a la consideración de la Bioética en cuanto a si es o no una disciplina, no corresponde aquí su análisis. Será objeto de ello más adelante dentro del desarrollo de este escrito que da cuenta de la investigación en torno a «¿Qué es la Bioética?».

Los ámbitos de la Bioética

Los ámbitos, campos, espacios o delimitaciones de cuestiones, disciplinas o temáticas de la «Bioética» son muy amplios, tanto que la llevan a limitar con diversos y heterogéneos conocimientos o saberes, así: a) en relación con la biología y la biomedicina, la Bioética de la vida; b) en relación con las llamadas ciencias de la salud, la Bioética clínica; c) en relación con las ciencias sociales aplicadas, la Bioética del desarrollo y la asistencia sanitaria, la Bioética de las poblaciones y la Bioética normativa; d) en relación con los saberes medio ambientales, la Bioética del medio ambiente; y, e) en relación con las humanidades, la Bioética cultural.

Como consecuencia de este enlistamiento, nos *da-qué-pensar* que la «Bioética» emerge como un concepto, disciplina o saber fronterizo, que no se deja narrar por una única dimensión del conocimiento, que permite al hombre establecer «justas relaciones ecosistémicas... con su entorno» (Cely, 1999: 39). Igualmente, puede decirse, sin lugar a equívocos, *que-da-qué-pensar* su «influencia más allá de la asistencia y de la investigación biológica» (Valls, 2003: 196).

1. Bioética de la vida

Estamos en la *Era de las Ciencias de la Vida*, desde finales del siglo XVII, lo cual nos permite ser espectadores de una revolución de la biología. De aquí la pertinencia del campo de la «Bioética de la vida», la cual comprende, entre otros, los siguientes temas: la Bioética de los confines de la vida¹⁰⁶ (las cuestiones del origen y de la muerte); la Bioética de la procreación con temas: la procreación asistida, la maternidad subrogada (madre portadora o de alquiler), la gestación posmenopáusica y la medicina fetal; la Bioética animal no humana; la Bioética de la manipulación de la vida (organismos genéticamente modificados, selección eugenésica de embriones y medicina del perfeccionamiento); la Bioética y la genética (gen-ética), y los temas controversiales concernientes a los abortos terapéutico y eugenésico, así como a la eutanasia que exige un examen ecuménico y plebiscitario.

1.1 Bioética de los confines de la vida

El origen¹⁰⁷ de la vida y de la muerte, entendida esta última como el «único hecho cierto estadístico», tienen ésta y

106 Gracia, Diego (1998b). *Ética y vida. Estudios de Bioética*. Vol. 3. *Ética de los confines de la vida*. Bogotá: El Búho. P. 10: señala el autor que al utilizar esta frase «se refiere a los problemas éticos del origen y del final de la vida, que concentran una amplia cantidad de conflictos».

107 Arendt, Hannah (2006). Óp. Cit. pp.110-111: señala con precisión que «origen» no es lo mismo que «inicio». Este último corresponde al «comienzo del hombre [cuando] nadie existía antes de él», como lo expresó Agustín de Hipona. Benjamin, Walter (1990). *El origen del drama barroco alemán*. Madrid: Taurus. P. 28: «Por “origen” puede entenderse “lo que está surgiendo del llegar a ser y del pasar”, toda vez que “el origen se localiza en el flujo del devenir”». Lucas-Lucas, Ramón (2001). *Antropología y problemas bioéticos*. Madrid: Biblioteca de Autores cristianos. P. 67: «En el origen del ser humano se encuentran dos células especializadas y dedicadas a la función generadora: el gameto femenino —el óvulo— y el gameto masculino —el espermatozoide—.

aquella, varias dimensiones teóricas *que-dan-qué-pensar* a abogados, biólogos, médicos, políticos y teólogos: una, que compartimos con el resto de los seres vivos, la biológica. Otra, exclusivamente humana, la valoración moral, a la cual se aplica la ética, las concepciones y definiciones jurídicas. Y, al entrelazar las dos dimensiones: la Bioética examinando el poder del hombre que, leído en clave de Modernidad, es «amo y señor de la vida y de la muerte».

Bioética del origen de la vida. Hace parte de la problemática alfa¹⁰⁸ o del nivel macro bioético¹⁰⁹ o de la competencia de la investigación/experimentación humana.¹¹⁰ El debate suele terminar en torno al tema del estatuto del embrión desde lo meramente biológico y biomédico, pasando por la cuestión ontológica y concluyendo en la cuestión moral, todo lo *que-*

108 La problemática Bioética se clasifica en alfa, o relacionados con el origen de la vida (aborto, contracepción, esterilización, manipulación genética, medicina fetal y procreación asistida), beta, o de la mitad de la vida, o del devenir (alcoholismo, control de la conducta, drogadicción, eugenesia, experimentación con seres humanos, guerra moderna, hambre y trasplantes) u omega, o del final de la vida (distanasia, eutanasia, futilidad, huelga de hambre, ortotanasia, pena de muerte, reanimación cardiopulmonar, suicidio, terapia intensiva, tortura).

109 El nivel de macrobioética, que en un principio se ocupó de la Bioética de las poblaciones, se refiere a la biosfera (las cuestiones ambientales) y a los problemas globales: la Bioética de los sistemas biológicos, la del origen de la vida, la animal no humana, la de la manipulación de la vida, la Gen-ética y, en fin, los límites morales de la investigación bio tecnocientífica.

110 Érice (1991). «Rapporti della Bioetica e della Deontologia Medica con la Medicina Legale» en: *Medicina e Morale*. Núm. 4: Establece que las competencias de la Bioética son cuatro: los problemas éticos de las profesiones sanitarias (casos clínicos); los problemas éticos que surgen en el ámbito de las investigaciones sobre el ser humano (investigación/experimentación), aunque no sean directamente terapéuticas; las cuestiones relativas a las políticas sanitarias —tanto en el ámbito nacional como internacional—, la medicina del trabajo y las políticas de planificación familiar (políticas sanitarias); y, los problemas planteados por la intervención sobre la vida de otros seres vivos (plantas, microorganismos y animales) y, en general, sobre todo el ecosistema (ecología).

da-qué-pensar a abogados, filósofos, médicos y teólogos es un problema de racionalidad, porque al acceder al mundo subcelular resulta difícil establecer delimitaciones, abriendo las posibilidades del manejo de lo corporal vivo y de la vida dentro de límites inimaginables.

Esto conduce, muchas veces, a que se transforme la cuestión en un asunto de emoción y de convicción,¹¹¹ porque «la información científica no puede localizar con precisión el momento en que el feto en desarrollo debiera ser considerado como un ser humano» (Varga, 1994: 71), porque *da-qué-pensar* a filósofos los temas de la constitución de la sustantividad humana y de la suficiencia constitucional¹¹² en relación con la determinación desde cuándo es posible considerar al producto de la fecundación, de forma inequívoca, como ser humano —aún más: como persona— para dirimir situaciones de orden moral, jurídico y religioso en torno a las distintas clases de aborto, que son una cuestión del mundo de lo simbólico, dentro de un mundo en el que no es pensable aislar, ni siquiera separar, el saber del hacer.

Bioética de la muerte. Es parte de la problemática omega, del nivel macrobioético y de dos competencias: la de los casos

111 La emoción y la convicción no pueden ser calificadas como dañinas per se, sin embargo cuando hablamos de razones explicativas, darles rienda suelta a las emociones y a las creencias puede conducir a la irracionalidad.

112 Zubirí, Xavier (1986). *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza Editorial. P: 43-46: «llamo suficiencia constitucional [a las notas —, la unidad física y primaria, es decir, tanto lo que solemos llamar propiedades, cualidades, etc., como las partes constitutivas— que forman un sistema cíclico... con clausura]». P. 48-49: «La sustantividad consiste formalmente en la suficiencia constitucional de un sistema de notas[, unas de carácter físico-químico —que no es, como suele decirse, “materia” ni siquiera “cuerpo” (cosas ambas asaz vagas), sino que es precisa y formalmente organismo], otras de carácter psíquico[, la psique que es también sólo un subsistema parcial]... porque organismo y psique no son sino dos subsistemas parciales de un sistema total... de una única sustantividad».

clínicos y la de investigación/experimentación humana. Lo *que-da-qué-pensar* a abogados, médicos, políticos, religiosos y teólogos son los temas del «tránsito» del concepto médico de «muerte natural» a la idea de «muerte intervenida» como consecuencia de la práctica de la reanimación cardiopulmonar y la tecnología del soporte vital, así como la idea sobreviviente de futilidad (la poca o ninguna importancia de un tratamiento) que se corresponde de forma directa con los manejos médicos extraordinarios, desproporcionados, inútiles e indefendibles, por una parte.

De otra parte, la transformación del concepto médico legal de muerte como «cese de funciones» al de «muerte cerebral», sin lugar a dudas una nueva condición de lo corporal muerto *que-da-qué-pensar* al abordar estos temas del final de la vida. Entonces, se hace necesario determinar: si lo que es técnicamente posible es moralmente aceptable; si los recursos terapéuticos han dejado de ser eficaces; si el paciente tiene una condición patológica no susceptible de tratamiento conocido que modifique su pronóstico; si el enfermo es un «paciente terminal terapéutico» o es un «paciente terminal biológico»;¹¹³ si una decisión de retiro de tratamientos invasivos, de suspensión de medicamentos o de no reanimación es apropiada, pertinente y buena, y si es apropiado preparar para la muerte y permitir los apoyos necesarios del personal especializado correspondiente; es decir, que al entrelazar los mundos de lo científico y lo simbólico en torno a la muerte, *que-da-qué-pensar* sobre la percepción y la concepción del fin de la vida a filósofos y teólogos.

113 En cuanto a un sujeto enfermo declarado terminal, este es «paciente terminal terapéutico» cuando sólo caben cuidados paliativos y ninguno terapéutico, pero la muerte está distante. Es «paciente terminal biológico» cuando la expectativa de vida es inferior a tres meses.

1.2 Bioética de la procreación

Aunque el control de la fertilidad y la eugenesia son los *que-dan-qué-pensar* su discusión, la «Bioética de la procreación» nace de la discusión en torno a la procreación asistida, a la maternidad subrogada, a la gestación post-menopáusica y al diagnóstico prenatal y la medicina materno-fetal. Una discusión dominada por el mundo de lo simbólico *que-da-qué-pensar* porque el médico, quien inicialmente había establecido una relación de contemplación hacia la procreación, la ha transformado hoy en una relación técnica de manipulación.

La procreación asistida. Pertenece a la problemática alfa, al nivel de discusión macro bioético y a la competencia de investigación/experimentación humana. Es importante porque los desarrollos bio tecno médicos en procreación asistida homóloga o heteróloga,¹¹⁴ los cuales pueden ser *in situ* (intra corpórea), mediante inseminación artificial o transferencia intratubárica de gametos, o *in vitro* (extra corpórea),¹¹⁵ *que-dan-qué-pensar* problemas morales controversiales que nacen de: a) los avances en clonación como técnica de reproducción asistida, que no requiere de donante y permite maternidad sin paternidad y viveversa; o, doble paternidad o doble maternidad, cuando se trate de parejas homosexuales; b) las cuestiones resultantes del destino final (crío conservación, destrucción o experimentación genética)

114 Se denomina procreación asistida «homóloga» cuando el semen utilizado pertenece al esposo. «Heteróloga» cuando el semen procede de un banco de esperma o de un donante conocido. Ambos términos, procedentes de la genética, no son muy afortunados en este caso.

115 Se llama procreación asistida *in situ* cuando la fecundación se lleva a cabo dentro del cuerpo de la mujer. Y, se denomina *in vitro* cuando se lleva a cabo por fuera del cuerpo y va seguida de una transferencia de óvulo fecundado al cuerpo de una mujer.

de los embriones sobrantes después de la práctica de la procreación asistida extracorpórea; y c) del sufrimiento de parejas con posibilidades económicas limitadas —como lo señala Testart— para acceder a la muy costosa procreación asistida (Testart, 1986: 80), en fin, un contexto que se ha desligado de la experiencia para convertirse en modificable a voluntad, por el hombre.

La maternidad subrogada. Esta forma de procreación asistida «especial» que hace parte de la medicalización de la maternidad, de la problemática alfa y de la competencia de investigación/experimentación humana, pero no del nivel macro bioético sino del nivel de discusión micro bioético, es una novedosa bio tecno medicina, *que-da-qué-pensar* muchos titulares de prensa porque altera un orden de normas jurídicas y morales introyectadas, que sitúa la reproducción humana por fuera de todo vínculo sexual, heterosexual y coital, que la saca de la esfera privada y la hace entrar dentro de la esfera pública, rompiendo la biomoral establecida y provocando una transformación crítica que sobrepasa el alcance valorativo de lo corporal vivo, porque introduce una artificialidad controversial dentro del carácter natural inherente del embarazo.

Esta forma bio tecno médica tiene varias denominaciones simbólicas, a saber: «gestación para otros, madres portadoras, maternidad sustituta, [maternidad] subrogada o [vulgarmente] alquiler de vientres» (Mir, 2010: 175-176), nombres todos *que-dan-qué-pensar* a abogados, antropólogos, economistas, filósofos, sociólogos y teólogos de una mujer que ha sido contratada para que «*preste un servicio*» de gestar, hasta el momento del parto, un embrión que no tiene relación genética con ella (ajeno o extraño biológicamente), para beneficio de una pareja contratante, impedida biológicamente

de concebir hijos en su propio vientre, que desea ejercer su libertad reproductiva o, para beneficio de una mujer fértil que en ejercicio de su autonomía ha decidido renunciar voluntariamente a ser gestora de su propia maternidad, *¿qué-dan-qué-pensar* estas consideraciones?

Estas consideraciones *dan-qué-pensar* varios interrogantes antropológicos, jurídicos, morales, psicológicos y sociales: ¿es el embrión subrogado cultural, jurídica, moral, psicológica y socialmente diferente de un embrión producto de un embarazo natural? ¿Cuál es el vínculo cultural, jurídico y psicológico entre los padres biológicos (contratantes), el embrión en subrogación y la madre portadora (contratista)? ¿Cuál es la filiación entre la madre sustituta y el feto en subrogación? ¿Está la madre portadora jurídica, moral y psicológicamente obligada a entregar el hijo subrogado? ¿Tiene el embrión en subrogación dos madres: una genética y una portante? Si lo anterior se llegare a aprobar, ¿cuál de ellas tendría la patria potestad? ¿Tendrían distinto rango en relación con el hijo? ¿Qué vínculo tiene el esposo de la madre genética con la madre portante?

Del lado de la praxis médica, *dan-qué-pensar*: ¿es la maternidad subrogada un tratamiento médico? O, ¿es una intervención bio tecno científica? Si fuera lo primero, ¿quiere decir que la imposibilidad de concebir hijos es una patología médico quirúrgica que debe ser tratada, en consecuencia, como una cuestión micro Bioética? Si es lo segundo, ¿hace parte de la «*medicina de conveniencia o del deseo*»,¹¹⁶ en otras palabras una cuestión macro Bioética?

116 José Luis & Puerta, José Luis (2009). «Tecnología, demanda social y “medicina del deseo”» en: *Med Clin*. Vol. 133. Núm. 17. P. 671-675: «El término de “medicina del deseo” (Wunscherfüllende Medizin en alemán; wish-fulfilling medicine en inglés) ha sido acuñado por el psicólogo clínico alemán, Matthias

Diagnóstico prenatal y medicina materno-fetal. Hace parte de la problemática alfa o del nivel macro bioético o de la competencia de la investigación/experimentación humana. La discusión *que-da-qué-pensar* a abogados, biólogos, filósofos, médicos, políticos, politólogos y teólogos gira alrededor de los avances en el diagnóstico prenatal, también llamado antenatal (amniocentesis, biopsia de vellosidades coriales, citogenética molecular, cordocentesis, ecografía, fetoscopia, neurosonografía, placentocentesis, triple screening, etc.), el diagnóstico genético pre-implantacional¹¹⁷ y la medicina materno-fetal, a saber: la gratuidad de los servicios de diagnóstico prenatal, la ubicación del feto o de la madre como paciente, el uso de embriones humanos para la investigación científica,¹¹⁸ el bienestar y sufrimiento del feto, la libertad de

Kettner». Dentro de esta categoría el autor señala, entre otros ejemplos: «la [medicina y la] cirugía estética, el retraso del envejecimiento [por medios químicos, físicos y quirúrgicos], la medicina deportiva [un mayor rendimiento físico], la medicina reproductiva [a través del diagnóstico pre implante para la selección sexual, engendrar un hijo sin la participación de un hombre, la cesárea programada y el “útero de alquiler”] o los sueños más o menos delirantes de inmortalidad [técnicas criogénicas]». Hottois, Gilbert & Missa, Jean-Noël, eds. (2001). *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*. Bruxelles: De Boeck Université, P. 584: «designa la utilización de técnicas biomédicas, con otros fines diferentes a los terapéuticos, esencialmente estéticos. Este término se toma en un doble sentido, sea en relación con la apariencia corporal determinada por las imágenes sociales y culturales, o como la preferencia o escogencia individual y subjetiva, en últimas, un asunto de gusto personal».

- 117 Los diagnósticos prenatal (o antenatal) y genético preimplantacional, que en muchos casos son un recurso de la medicina preventiva para parejas fértiles, han hecho que la discusión en torno a la libertad reproductiva, durante las décadas de los ochenta y noventa del siglo XX, se transforme en la libertad para asegurar una descendencia sana.
- 118 Es necesario saber que las investigaciones con embriones son indispensables, actualmente, para conocer de problemas clínicos como infertilidad, las anomalías genéticas y la predicción y corrección de enfermedades, entre muchas otras. Sin embargo, debe tenerse siempre presente el peligro de su utilización irresponsable con fines industriales, comerciales o ambos, v. gr.: la industria cosmética.

las parejas para aceptar o rechazar el diagnóstico prenatal, el cual ha de ser una decisión siempre controversial, pero libre y consciente de la madre o de la pareja, según sea la situación legal, dado que este puede conllevar en muchas ocasiones la decisión crítica de un aborto terapéutico, originando el peligro de usar el diagnóstico prenatal como una práctica regular neo eugenésica negativa que desemboque en muertes intencionales.

Finalmente, las cuestiones *que-dan-qué-pensar* referentes a cuándo establecer un tratamiento intrauterino, a qué llamar crecimiento y madurez fetal adecuados, a cómo estimar los riesgos y a cómo determinar el límite de viabilidad del producto de la fecundación, los efectos de las enfermedades maternas sobre el feto, y los efectos de los fármacos administrados a la madre sobre el feto; es decir, a la modificación de conductas obstétricas y perinatales.

1.3. Bioética animal no humana¹¹⁹

No hace parte de ninguna de las discusiones alfabéticas. Pertenecer al nivel de discusión macro bioético y es competencia de los problemas planteados por la intervención sobre la vida de otros seres vivos (la competencia ecológica). Este tema de la Bioética de la vida requiere volver la mirada hacia el camino imaginado por Jahr —el imperativo bioético— y las ideas de Vernadsky para examinar *qué-dan-qué-pensar* en este campo: el activismo anti experimentación animal; la liberación animal; los argumentos científicos anti experimentación animal y las cuestiones epistemológicas y ética de la experimentación.

119 Uso la expresión «Bioética animal no humana», porque los humanos somos también animales.

Activismo anti experimentación animal no humana.

Aunque la experimentación con animales no humanos se realiza con base en la idea del beneficio que se espera proporcione a la especie humana, desde su popularización en el siglo XIX hasta nuestros días ha generado controversiales movimientos de oposición, como el People for the Ethical Treatment of the Animals —PETA—, cuyos miembros defienden, basados en reacciones emocionales —no en el uso de la recta razón—, el deber de evitar todo sufrimiento inútil a los animales no humanos,¹²⁰ tales como usarlos para comérselos, hacinarlos para obtener sus productos, realizar experimentos, utilizarlos como entretenimiento, vestirse con sus pieles o, en general, para cualquier tipo de abuso, cuestiones todas *que-dan-qué-pensar* emocionalmente y permiten influir en los medios masivos de prensa, v. gr.: protestando por la muerte de un toro en una corrida, mientras no se dice nada frente a una masacre humana.

La liberación animal. A diferencia del *activismo anti experimentación animal no humana*, la liberación animal es una expresión fundamentada filosófica, lógica y teóricamente, lo *que-da-qué-pensar* la lucha por un mejortrato a los animales, la cual se traduce en el rechazo a toda discriminación hacia los animales no humanos y hacia el conjunto de las consecuencias derivadas de esta discriminación, que en cierta medida es la idea de Fritz Jahr de la insostenibilidad de «la separación entre humanos y animales» (Jahr, 1927: 2).

La obra más conocida e influyente en este sentido es la del australiano Peter Singer,¹²¹ quien desde una perspectiva utilitarista plantea que:

¹²⁰ Cfr. <http://www.peta.org/> o <http://www.petalatino.com/>

¹²¹ Cfr. Singer, Peter (1975). *Animal Liberation: A New Ethic for Our Treatment of Animals*. New York: New York Review/Random House. Cfr. Singer, Peter (1987). «Animal Liberation or Animals Rights?» en: *The Monist*. Vol. 70.

1. Los animales, como nosotros, son seres vivos y pertenecen a la naturaleza.
2. No existe una diferencia radical entre ellos y nosotros.
3. Unos y otros no somos más que un cúmulo de células que funcionamos.
4. Ellos como nosotros somos capaces de sentir y sufrir, tenemos autoconciencia.

De esta manera, concluye, resulta injustificable tomar partido a favor de un individuo sobre otro con base en la especie a que pertenece —una posición contraria al *especismo*¹²²—, pues «al margen de la naturaleza del ser, el principio de igualdad exige que —en la medida en que se puedan hacer comparaciones grosso modo— su sufrimiento cuente tanto como el sufrimiento de cualquier otro ser» (*Singer, 1999: 43*); es decir, que el sufrimiento propio o ajeno es el criterio de inclusión moral, según Singer, lo cual nada tiene que ver con el criterio de inclusión de Jahr, para quien la cuestión es «la equiparación fundamental del animal con el humano» (*Jahr, 1933: 185*).

Argumentos científicos anti experimentación animal.

No sólo la liberación animal se fundamenta filosófica, lógica

Núm. 1: 3-14. Cfr. Singer, Peter (1990). «The Significance of Animal Suffering» en: *Behavioral and Brain Sciences*. Vol. 13: 9-12. Cfr. Singer, Peter (1990). «Ethics and Animals» en: *Behavioral and Brain Sciences*. Vol. 13: 45-49.

- 122 El *especismo* es el trato desventajoso, desigual o discriminatorio a que son sometidos aquellos que no son parte de cierta especie (o especies). Se traduce, necesariamente, en un trato favorable, privilegiado o especial para aquellos que pertenecen a otra especie. V. gr.: los antitaurinos que comen pollo, privilegian los toros pero desfavorecen los pollos. Cfr. Ryder, Richard D. (1975). *Victims of Science: The Use of Animals in Research*. Londres: Davis-Poynter. Cfr. Ryder, Richard D. (2000). *Animal Revolution: Changing Attitudes towards Speciesism*. Oxford: Basil Blackwell.

y teóricamente, hay otro frente que argumenta en contra de la experimentación con animales de laboratorio arguyendo una poderosa razón científica: como los otros animales son diferentes del animal humano, los experimentos realizados en aquellos no son extrapolables a éste, razón que respaldan con cifras, datos y hechos de primera línea.¹²³ Lo *que-da-qué-pensar* en Jahr a biólogos, veterinarios y zootecnistas, cuando repudia «el aniquilamiento de animales y plantas sin razones concienzudas» (Jahr, 1927: 3), y nos lleva a preguntar: ¿debemos abandonar la experimentación en animales con el propósito de resolver cuestiones del animal humano? ¿Debemos reservar la investigación en animales para resolver asuntos de medicina veterinaria?

Pero, teniendo «razones concienzudas» —como lo pide Fritz Jahr— para la experimentación con animales no humanos es ineludible, entonces estaríamos, por un lado, ante lo *que-da-qué-pensar* la «regla de las 3 R» o «principio de las 3 R» (remplazar, reducir y refinar)¹²⁴ del zoólogo Russel y del microbiólogo Burch, quienes explican cómo garantizar el uso racional y respetuoso de los animales de experimentación y, por la otra parte, frente a las Buenas Prácticas de Laboratorio (Good Laboratory Practice), creadas entre 1969 y 1975 como una manera de asegurar la integridad de determinados tipos de investigación o estudio.

123 Cfr. Anderegg, Christopher (2002). *A Critical Look at Animal Experimentation*. Pensilvania: Medical Research Modernization Committee. Croce, Pietro (1999). *Vivisection or Science? An Investigation into Testing Druggs and Safeguarding Health*. New York & Londres: Zed Books Ltd. Cfr.

124 Remplazar, la primera R, significa sustituir los animales de laboratorio por medios equivalentes que no empleen animales; reducir, la segunda R, quiere decir disminuir el número de animales que se emplean para la investigación, y refinar, la tercera R, implica minimizar el sufrimiento y la ansiedad de los animales utilizados en experimentaciones científicas.

En fin, con base en una u otra posición, vale la reflexión de Gary L. Francione y Anna E. Charlton:

Lo que los defensores de los derechos animales pueden apoyar consistentemente son los pasos incrementales dirigidos a poner fin a ciertas prácticas dentro del gran contexto de la explotación animal —por ejemplo, la legislación que prohíba el uso de animales en la experimentación cosmética y en la experimentación de adicción a las drogas, y la creación de políticas que pongan fin al abuso de la vivisección y la disección en la sala de clases (Francione, 1992: 32).

Cuestiones epistemológicas y éticas de la experimentación. Lo *que-da-qué-pensar* a biólogos y a médicos, en primer lugar, es la fundamentación de una ética para el respeto a la Naturaleza¹²⁵ (el valor de la naturaleza,¹²⁶ el principio de responsabilidad,¹²⁷ y el valor del hombre), observándola

125 Riechmann, Jorge (2005). *Un mundo vulnerable. Ensayos sobre ecología, ética y tecnociencia*. Madrid: Los Libros de la Catarata. Pp. 97-99: entiende de varias maneras la idea de naturaleza. La primera, como el «conjunto de todas las cosas existentes, sometidas a las regularidades que estudian las “ciencias de la naturaleza”», la segunda, también como el «conjunto de las cosas que existen o suelen existir sin intervención humana, con espontaneidad no deliberada» y, finalmente, como «biosfera, o sistema organizado de los ecosistemas».

126 Pardo-Caballeros, Antonio (2005). «Ética de la experimentación animal. Directrices legales y éticas contemporáneas» en: *Cuadernos de Bioética*, Vol. XVI. Núm. 2. P. 404: «*El valor de la naturaleza*... la naturaleza no es materia bruta, materia prima para la transformación por medio de la industria humana, de modo que el hombre pueda hacer con ella lo que se le antoje. Este planteamiento, que hemos heredado del movimiento ilustrado, es muy ajeno a la realidad, que no sólo muestra aspectos físicos manipulables, sino que también muestra valores: el mundo aparece a nuestros ojos como algo valioso, como un bien, y no por su mera utilidad para el hombre».

127 Jonas, Hans (1995). *El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica*. Barcelona: Herder. P. 27: «no causa daño a la envolvente naturaleza, dejando intacta su capacidad productiva y su capacidad

como un fin en sí misma, sin dejar de lado la discusión *qué-da-qué-pensar* a ambos como a abogados, investigadores, políticos y teólogos sobre los comités de evaluación ética y científica para la experimentación animal en relación con los investigadores, el *especismo* y los derechos animales.¹²⁸

En tal sentido, Riechmann nos habla de un antropocentrismo epistémico, consistente en que «[los seres humanos percibimos y concebimos el mundo desde una manera única antropocentrada,] en cuanto especie biológica dotada de ciertos mecanismos sensoriales y cierta estructura neuronal..., precisamente porque nosotros somos nosotros» (Riechmann, 2005: 37), por una parte.

De la otra, Attfield expresa que el conferir relevancia moral no significa que se adopte con respecto a «las criaturas vivas... [una] “reverencia hacia la vida”... [; pues,] puede existir la necesidad, preponderante casi siempre, de tratar y valorar a las plantas, y quizás a algunas otras criaturas, como recursos, por muy valorable que sea su propia vida» (Attfield, 1997: 84).

1.4. Bioética y genética: Gen-Ética

Sabiendo que «las leyes de la genética, de la selección natural y de la adaptación se aplican igualmente a todos, como criaturas biológicas que somos» (Taylor, 1995: 13), la

de autosanación». P. 49: «Definitivamente desencadenado, Prometeo, al que la ciencia proporciona fuerzas nunca antes conocidas y la economía un infatigable impulso, está pidiendo una ética que evite mediante frenos voluntarios que su poder lleve a los hombres al desastre». P. 71: «hay que dar más crédito a las profecías catastróficas que a las optimistas». P. 95: «cabe responder con independencia de la religión a la pregunta por un posible debe-ser».

- 128 Cfr. Paterson, David & Ryder, Richard D. (1995) eds. *Animals Rights—A Symposium*. Londres: Centaur Press. Cfr. Scruton, Roger (1996). *Animals Rights and Wrongs*. Londres: Metro. Cfr. Rowlands, Mark (1998). *Animals Rights: A Philosophical Defence*. Londres: MacMillan.

relación problemática entre Bioética y genética pertenece a la problemática alfa, al nivel de discusión macro bioético y a la competencia de investigación/experimentación humana, en cuanto examina la vida y la dignidad humanas; pero, en cuanto su objeto en relación con las otras formas de vida no hace parte de ninguna de las discusiones alfabéticas y es competencia de la ecología.

De acuerdo con lo anterior, los descubrimientos en genética (como ciencia básica de la vida) —en los que están involucrados investigadores biomédicos e inversionistas de la industria farmacológica— han obligado a cambiar muchos esquemas filosóficos y éticos, dando origen a la «Gen-Ética» como consecuencia de un ser humano que busca vencer las barreras genéticas impuestas a su cuerpo (patrones de morbilidad, reproducción, muerte, vejez, etc.), lo *que-da-qué-pensar* a abogados, antropólogos, biólogos, familiares, filósofos, genetistas, médicos, microbiólogos, pacientes, políticos, religiosos, sociólogos y teólogos desde una óptica de evaluación pausada y prudente de los beneficios y los riesgos previsibles, de acuerdo con Jonas, para que preguntemos: «¿hasta qué punto debemos, en beneficio del hombre, modificar la naturaleza, incluso dónde podemos hacerlo y dónde su orden probado desde antiguo ha de ser aceptado como el más adecuado para nosotros?» (Jonas, 1997: 108); en este sentido, ¿debe prohibirse, limitarse o fomentarse cualquier tipo de manipulación genética? Si de prohibir o limitar se trata, ¿a quién corresponderá dictar las reglas sobre lo que ha de prohibirse o limitarse? ¿Debe ser igual o diferente la prohibición o limitación para el ser humano y el resto de seres vivos?

Su temática abarca la sustitución del proceso plebiscitario de «selección natural» por el proceso tecnocrático de

«selección artificial»; el tránsito de la idea de «evolución natural» a «evolución participativa»; el diagnóstico de destrezas, enfermedades y habilidades a partir de la identificación de sus raíces genéticas; la cuestión controversial del aborto electivo (también conocido como eugenésico); la terapia génica¹²⁹ y sus problemas; los asuntos críticos en torno a la normalidad y la anormalidad genéticas; las consecuencias de la concientización sobre la hibridación y la recombinación iatrogénica; los límites de los resultados de las técnicas de cribado (*screening*) genético y las exclusiones que puede provocar la determinación y prevención de enfermedades futuras probables/posibles: la controversial «medicina predictiva»,¹³⁰ los resultados del proyecto genoma humano, y la aceptabilidad de las aplicaciones de las técnicas genéticas que conducen al análisis de los efectos sobre la biosfera, producto de los avances y los progresos de la genética, y al estudio de las consecuencias morales de la atenuación de las manifestaciones clínicas en individuos con riesgo de nacer con defectos genéticos; a la incorporación a la sociedad de individuos con discapacidades de origen genético, para ayudarlos a vivir y a reproducirse lo más normalmente posible;

129 Cortés-Gallo, Gabriel (1999). «Manipulación del genoma humano» en: 2do. *Congreso de Bioética de América Latina y del Caribe. Memorias*. Bogotá: Cenalbe. P. 227: «[se denomina “terapia génica” a] la modificación de un gen, para corregir una característica (o función) defectuosa, o para mejorar una peculiaridad humana (intervención genética)».

130 Gafo, Javier (2001). Óp. Cit. P. 199: La medicina predictiva consiste en que la biología y la medicina se dedican a «buscar la concepción de nuevos seres humanos de características genéticas previamente elegidas y programadas (“el niño a la carta”, en la formulación gráfica de [Jacques] Testart)». Cfr. Testart, Jacques (1986). *El embrión transparente*. Barcelona: Granica. P. 23: advierte que es una «loca perspectiva» considerar al niño como una especie de «llave en mano» para lograr mejorar la especie a costa de frustrar las aspiraciones de los individuos.

al uso de la información (intimidad) genética¹³¹ disponible en relación con la privacidad personal y el libre desarrollo de la personalidad; a la definición de quién es el paciente: si el enfermo que consulta o si toda la familia que comparte iguales genes; a la forma de disponer información a mujeres en edad reproductiva o a parejas con riesgo de concebir un hijo con enfermedad genética¹³² y a la resolución del problema de la confidencialidad, el cual se debate entre no dar información alguna relativa al paciente (la autonomía absoluta del mundo anglosajón) y proteger a terceros (la autonomía limitada del mundo continental europeo y Latinoamérica).

Así mismo, lo *que-da-qué-pensar* a abogados, economistas, filósofos, médicos, pacientes y teólogos el aseguramiento de la autonomía (libertad reproductiva) y a la coacción de compañías de seguros o a los límites jurídicos establecidos por autoridades públicas a la reproducción de madres potenciales o parejas con taras. Todas estas —como lo entiende Testart— «preguntas éticas... provocadas por la actividad de los laboratorios» (Testart, 1986: 80), que Kottow

131 Gracia, Diego (2004). Óp. Cit. P. 137: «La nueva tecnología genética ha puesto a prueba toda la teoría de la confidencialidad de los datos médicos, y obliga a repensarla desde sus orígenes... la información genética obliga a repensar toda esta teoría, haciéndola más radical y reforzando su protección». P. 138: «en la actualidad [el secreto médico debido] a los progresos de la genética humana, se ha hecho necesario considerar la información médica como “sensible” y someterla a una protección especial». P. 139: «[el secreto médico] comenzó a tener una fundamentación nueva y más rigurosa, no basada en la excelencia moral del profesional sino en el derecho del ciudadano a la intimidad».

132 Cortés-Gallo, Gabriel (1999). Óp. Cit. P. 233: «Los médicos no deben condescender, y de hecho tienen el deber de rechazar los deseos de los padres de realizar pruebas genéticas como aquellas dirigidas a riesgos reproductivos y mutaciones que predisponen al desarrollo tardío de una enfermedad, que pueden ocasionarle al menor sufrimientos innecesarios, y que de hecho no le ofrecen ningún beneficio».

enuncia de forma clara e inequívoca, cuando expresa: «en un proceso de este tipo hay muchos intereses creados y altas probabilidades de desembocar en modos discriminatorios de hacer medicina» (Kottow, 2005: 177), los cuales reclaman una respuesta plebiscitaria.

1.5. Bioética de la manipulación de la vida

Hace parte de la problemática alfa, del nivel de discusión macro bioético y de la competencia de la investigación/experimentación humana, en cuanto su objeto es la vida humana; pero, en cuanto sea las otras formas de vida (plantas, microorganismos y animales) no hace parte de ninguna de las discusiones alfabéticas y es competencia de la ecología.

Dentro de este tema, si bien lo *que-da-qué-pensar* ha sido la cuestión plebiscitaria de los organismos genéticamente modificados (OGM), debido a los movimientos de protesta que ha producido, la forma más común de manipulación científica de la naturaleza, no menos importante, son la controversial «*medicina del perfeccionamiento*»,¹³³ y los ensayos de terapia génica de los cuales, incluso en los círculos médicos y las escuelas de medicina, poco se habla y poca consciencia se tiene, no obstante que hacen parte principal del lucrativo mercado de la atención de la salud, que resulta ruinoso para la economía de pacientes, clientes y usuarios.

Organismos genéticamente modificados (OGM). Se les denomina, igualmente, «transgénicos». Lo *que-da-qué-pensar*

133 Cfr. Wolbring, Gregor (2005). The Triangle of Enhancement Medicine, Disabled People, and the Concept of Health: A New Challenge for HTA, Health Research, and Health Policy. Health Technology Assessment Unit. Edmonton, Alberta: Alberta Heritage Foundation for Medical Research. Disponible en: www.ihe.ca/documents/HTA-FR23.pdf Consulta realizada el 28 de mayo de 2012.

es la creciente controversia y la concientizadora reflexión Bioética de esta forma de manipulación científica de la naturaleza,¹³⁴ cuestiones todas que surgen alrededor de su valor biológico y sus usos comerciales egoístas, por una parte, y de sus efectos sobre la biodiversidad y sobre el equilibrio ecológico, por la otra, sin dejar de preguntar por el valor intrínseco afectado del ser vivo sujeto de una modificación genética, dadas las consecuencias culturales, económicas, jurídicas, políticas y sociales de toda manipulación biológica. Esto ha conducido a que se presenten moratorias en el desarrollo de los «transgénicos», especialmente en Europa, al tiempo que esta mantiene una guerra por el control de los OGM con los Estados Unidos de América, mientras que el resto del mundo padece las consecuencias devastadoras del pobre acceso a las nuevas biotecnologías.

Las preguntas son: ¿es moral modificar un organismo genéticamente? ¿Es la Naturaleza sacra? ¿Es válido alterar el mecanismo de la selección natural y la supervivencia del más apto? ¿Puede ser afectado el valor intrínseco de un ser vivo mediante una modificación genética? ¿Es moral que exista frente al control de los OGM una institucionalidad internacional política y económicamente extractiva? ¿Cómo asegurar el acceso de todos los pueblos, en igualdad de condiciones, al desarrollo y uso de los OGM?

Medicina del perfeccionamiento. También es denominada «Enhancement Medicine» y amenaza con convertirse en una «medicina del perfeccionamiento transhumano». *Lo que-da-*

134 Fuenzalida-Puelma, Hernán & Scholle, Susane (1990). «Bioética: presentación del número especial» en: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Washington, D. C.* Vol. 108. Núm. 5 y 6. P. 369: «El interés [por la Bioética] se ha intensificado desde que se descifró el código genético humano y se plantearon nuevas posibilidades de manipulación científica de la naturaleza».

qué-pensar en esta clase de medicina hace referencia a una muy antigua aspiración humana, hasta hace poco casi una ilusión, mejorar la especie *homo sapiens sapiens* a través del surgimiento de nuevas tecnologías de manipulación científica de la naturaleza, de allí también la denominación de «medicina de la ilusión». Y, aunque podría ser incluida dentro de la temática de la «Bioética y la genética» y colinda con la «Bioética de la procreación», se la separa de ambas porque transforma el objeto de la medicina: ya éste no es alivio, curación o restablecimiento sino perfeccionamiento, progreso o mejora, el cual por la manera como hoy se presenta aparece como un poder ilimitado de la medicina, que va desde la cirugía plástica estética hasta la eugenesia positiva, pasando por la reproducción y la sexualidad asistidas, el control de la conducta y la primacía de lo biológico, para desembocar en la «medicina de conveniencia o del deseo», que muchas veces confunde lo consentido con lo lícito, ante lo cual al médico sólo le queda la objeción de conciencia.

De aquí las preguntas: ¿Es razonable utilizar los saberes y procedimientos médicos para aproximar y ajustar la condición propia corporal a un estilo de vida incontestable deseada? ¿Es moral este tipo de manipulación científica de la naturaleza que procura más que la curación un «mejoramiento» o «perfeccionamiento»? ¿Puede aceptarse el «mejoramiento» o «perfeccionamiento» del cuerpo a la luz del *Principio de Beneficencia*?

Los ensayos de terapia génica. «Mediante la manipulación genética se puede perseguir objetivos terapéuticos» como la idea de reparar un gen defectuoso (Kottow, 2005: 179). Lo *que-da-qué-pensar* es el uso de la técnica de la terapia *ex vivo* con vectores contruidos a partir de retrovirus, en los que accidentalmente puede ocurrir un intercambio de ma-

terial genético entre el virus recombinante y las células de complementación con el riesgo de originar virus patógenos capaces de infectar otras células; lo cual, sin embargo, no deja de significar que la terapia génica es un logro franca e indiscutiblemente beneficioso.

Consecuencialmente, cabe preguntar: ¿cuáles son los criterios para garantizar la seguridad del paciente? ¿Es válido el consentimiento previo libre e informado de pacientes cuando el propósito de la terapia puede generar expectativas falsas incomprensibles a quien carece de formación médica especializada? ¿Pueden las acciones génicas preventivas de enfermedades hereditarias denominarse —en sentido estricto— terapia?¹³⁵ ¿Significa la terapia génica poder manipular nuestra herencia hasta el punto de alterar nuestra condición de seres humanos, como lo plantea Francis Fukuyama?¹³⁶

1.6. Aborto de indicación terapéutica y eugenésico

Pertenece a la problemática alfa, en el caso del aborto terapéutico, y a la problemática beta, en el caso del eugenésico, en ambos casos al nivel de discusión macro bioético y, en cuanto al terapéutico, a la competencia de los casos clínicos, a la competencia de la investigación/experimentación humana.

135 Cuando se dice «terapia», en las ciencias de la salud se entiende «acciones tendientes a la curación o el tratamiento de un padecimiento o una enfermedad»; es decir, se habla del conjunto de intervenciones que se ponen en práctica para curar o aliviar las enfermedades.

136 Fukuyama, Francis (2002). *Our Posthuman Future. Consequences of the Biotechnology Revolution*. New York: Farrar, Straus and Giroux. En la introducción expresa que «La finalidad de este libro es argüir... que la más seria amenaza de la biotecnología es... que llegue a alterar la naturaleza humana», que denomina «etapa posthumana».

El aborto es, casi siempre, un procedimiento médico quirúrgico electivo, el cual —en cuanto hace relación con la «Bioética de la vida»—, es la interrupción de la gestación del embrión,¹³⁷ por razones que van desde el orden biológico, exclusivamente, hasta las explicables ética, jurídica y políticamente.

El aborto de indicación terapéutica. El aborto se puede clasificar como *terapéutico*, si se lleva a cabo para evitar el riesgo de muerte a la madre y el médico carece de toda opción para asegurar la vida a ambos (madre y feto); es decir, significa contraponer la vida del feto a la salud de la madre embarazada (Varga, 1994: 75), pasando de esta forma el aborto «a ser objeto de una relación privada entre un médico y un paciente» (Gracia, 1998b: 191). Sin embargo, esta clase de aborto ha sido prácticamente superado por el progreso de la medicina, salvo algunas poquísimas situaciones extremas, como el embarazo ectópico; entonces, ¿qué es lo *que-da-qué-pensar* del aborto por indicación terapéutica?

Lo *que-da-qué-pensar* a abogados, políticos y religiones, es la comprensión del aborto por indicación terapéutica como una acción con doble sentido o significado. V. gr.: volviendo al caso del embarazo ectópico, la acción quirúrgica es buena (curativa) para la madre, pero es mala (occisiva)¹³⁸ para el feto.

137 Schenker, Joseph G & Cain JM (1999). «International Medical Ethics: The FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction» en: *Int J Gyn and Obstet*. Vol. 64, Núm 3. P. 317-322: La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, define el aborto como «la interrupción del embarazo mediante el empleo de medicamentos o intervenciones después de la implantación y antes de que el conceptus (el producto de la concepción) sea viable de manera independiente».

138 Se denomina *occisiva* la acción de extracción del feto durante una intervención quirúrgica, para resolver un embarazo ectópico, porque producirá su muerte de manera deliberada.

El aborto eugenésico. El aborto se puede clasificar como *eugenésico* (preventivo o por indicación fetal), si existe un diagnóstico prenatal, apoyado en estudios clínicos y bioquímicos completos, que prueben o demuestren la existencia de anomalías o malformaciones genéticas o congénitas, graves o incurables. Éste «es legal, aunque no obligatorio, en la mayoría de los países» (Varga, 1994: 78).

Lo *que-da-qué-pensar*, principalmente, a los movimientos políticos, religiosos y las religiones, son las capacidades crecientes de la sociedad para proporcionar los cuidados y los medios para la atención de niños y adultos con discapacidad. Pero, esto que es aplicable a un síndrome de Down, en el que se puede preguntar hasta dónde es válido suprimir una vida humana viable llamada a nacer y cuyo derecho no lo podemos hacer depender de su anomalía, no lo es a una anencefalia, en la cual el producto de la fecundación una vez nacido no sobrevivirá más allá de 24 horas.

1.7. Eutanasia

Es parte de la problemática omega, pertenece al nivel de discusión macro bioético y a la competencia de los casos clínicos, pero no es un término nuevo. La palabra fue utilizada por primera vez, según las investigaciones de Diego Gracia, por «el historiador romano Suetonio» (Gracia, 1998b: 276); y, en el sentido actual, de eutanasia (*eu* + *thanatos*) como «buena muerte», «muerte apacible» o «muerte sin sufrimiento», fue acuñada por Francis Bacon en *Historia vitae et mortis*¹³⁹ 1623, cuando afirmó:

139 Bacon, Francis (1637). *Historia vitae et mortis, sive titulus secundus in Historia naturali et experimentalis ad condendam philosophiam, quae est "Instaurationis magnae" pars tertia*. Lugduni Batavorum: ex officina J. Maire Lugduni.

La función del médico es devolver la salud y mitigar los sufrimientos y los dolores, no solo en cuanto esa mitigación puede conducir a la curación, sino también si puede servir para procurar una muerte tranquila y fácil (eutanasia). (Bacon, 1637: 202-203).

Cabe advertir que en la antigua Grecia, el médico tenía una función eutanásica, como lo deja claro de forma inequívoca Platón cuando expresa:

En la ciudad habrá que establecer un cuerpo médico de individuos... que cuiden de los ciudadanos que tengan bien constituidos cuerpo y alma, pero, en cuanto a los demás, dejen morir aquellos cuya deficiencia radique en sus cuerpos, o condenen a muerte ellos mismos a los que tengan un alma naturalmente mala e incorregible (Platón, *Rep.* 410a).

Esta, la eutanasia, se opone a los cuidados paliativos, o «medicina del confort»¹⁴⁰ y es la acción médica que tiene por objeto primero y primario la supresión de la vida de un paciente con el propósito de minimizar un padecimiento de «dolor total»¹⁴¹ cuando él (paciente) lo solicita de forma reiterada, libre y consciente.¹⁴² Esta situación se halla inscrita, hoy día, dentro de la idea de que «todo hombre es, en princi-

140 Los cuidados paliativos son las maniobras clínicas y terapéuticas necesarias para aliviar los síntomas refractarios que pueden aparecer en cualquier paciente en estado de enfermedad terminal. Concentra sus esfuerzos en la calidad de vida del paciente y en su confort, porque cuando no se puede curar es un deber cuidar.

141 La frase «dolor total», fue acuñada por la médica inglesa Cicely Saunders para designar aquel sufrimiento, de un paciente declarado terminal, caracterizado por un dolor que es físico, psíquico, social y espiritual.

142 Gafo, Javier (2001). Óp. Cit. P. 200: «existen situaciones en que el interesado solicita de forma libre, continuada y responsable que se le ponga fin a su vida y que tal petición constituye su verdadera opción de vida».

pio, propietario y responsable de su muerte» (Gracia, 1998b: 281), la idea de la autonomía del paciente, y lo *que-da-qué-pensar* entre abogados, políticos y religiosos responde a las preguntas, ¿somos libres para decidir cuándo morir? ¿Tiene sentido mantener la vida sometida al padecimiento de un «dolor total»? ¿Tiene derecho un paciente, quien padece una enfermedad irreversible, a pedirle a un tercero que le provoque deliberadamente la muerte para poner fin a un «dolor total»? ¿Puede el paciente involucrar a su médico tratante cuando se decide por la eutanasia? ¿Es la eutanasia un acto médico? ¿Es válido aceptar la petición autónoma de un individuo que desea morir y pide que le ayuden a conseguirlo? ¿Es moralmente válido oponerse al deseo de morir de quien valiéndose de su propio entendimiento lo decide para terminar con el padecimiento de un «dolor total»?

Sus temas *que-dan-qué-pensar* son la disyuntiva entre salvaguardar la vida a ultranza (la obstinación terapéutica) versus la preservación de la calidad de vida que queda, y entre la idea del sufrimiento como camino versus el sufrimiento como francamente maleficente, resueltos a la luz de contrastar el *Principio de Autonomía* frente a la idea de la *santidad de la vida*. Así mismo, cuestiones como el concepto del bien morir y la dignidad del moribundo, que se traducen en el derecho a la propia agonía a la luz de la autonomía personal; la idea del diagnóstico y pronóstico médicos inequívocos, la limitación terapéutica y el sufrimiento insoportable, en el entendido de que la muerte hoy se ha medicalizado (Gutiérrez, 2001: 275).

2. Bioética clínica (Clinical ethics)

Pertenece a la problemática alfabética, hace parte de la micro Bioética y de la competencia de los casos clínicos y es una de las variedades de la Bioética, según Daniel

Callahan,¹⁴³ cuyas cuestiones son las referidas a la práctica médica habitual (la relación médico-paciente); es decir, a la identificación, análisis y resolución de problemas morales relacionados con la atención de un paciente particular,¹⁴⁴ en otros términos, es imposible la Bioética Clínica sin la existencia de una relación entre un médico y un paciente, sin un caso clínico qué analizar y sin llegar a la resolución de un problema médico-clínico. Luego, toda Bioética Clínica concluye necesariamente en una decisión.

Por lo tanto, ella es el resultado de lo *que-ha-dado-qué-pensar* la identificación durante las décadas de los setenta, ochenta y noventa, de la biomedicina y la práctica médico clínica con la Bioética como consecuencia de que la ética y el arte médico de la clínica han ido de la mano, a lo largo de la historia de la medicina, toda vez que su fin no es científico sino moral.

Esto explica por qué de la mano de Hellegers, se dio origen al muy prolijo campo de estudio de la «Bioética clínica» difundida a través de los comités de ética hospitalaria, *quedan-qué-pensar*, entre otras, la conceptualización del cuidado, la enfermedad, la salud y el proceso salud-enfermedad; la fragilidad y vulnerabilidad de la vida,¹⁴⁵ la práctica de la virtud de veracidad con relación al diagnóstico, tratamiento

143 Cfr. Callahan, Daniel (2004). «Bioethics» en: Post, Stephen G., *Encyclopedia of Bioethics*. 3^{ra} Ed. New York: Macmillan Reference USA. P. 281.

144 Cfr. Jonsen, Albert, Siegler, Mark & William J., Winslade (2002). *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*. 5^{ta} Ed. New York: McGraw-Hill. P. 2.

145 Gracia, Diego (1998a). Ética y vida. Estudios de *Bioética*. Vol. 2. *Bioética clínica*. Bogotá: El Búho. P. 113: corresponde a «las condiciones en que los familiares pueden decidir en sustitución del paciente, sobre todo cuando esas decisiones... pueden poner en peligro su vida».

y pronóstico; el cuerpo como posesión y como propiedad, y la donación y trasplante de órganos, tejidos y células, todas cuestiones que surgen a la cabecera del paciente en cuanto a la atención médica en particular.

Sin embargo, dentro del campo de la Bioética clínica también *dan-qué-pensar* temas que no pertenecen a la micro Bioética, ni a la competencia de los casos clínicos, sino a la meso Bioética¹⁴⁶ y a la competencia de las políticas sanitarias, aunque también son cuestiones que atañen a un paciente en particular, ellos son: la investigación clínica; el debate paciente, cliente o usuario; la relación servicio sanitario-usuario; el respeto por los *Principios de la Bioética*; las decisiones de sustitución; la confidencialidad y la propiedad de los datos clínicos y su protección;¹⁴⁷ la relación médico-paciente, el deber de no abandono, la humanización y continuidad de la atención médica, la excelencia y la competencia profesionales; la problemática y evolución de los comités de ética hospitalaria, la eficiencia en la atención de la salud, la responsabilidad de los profesionales de la salud (en especial el médico), del paciente y de sus familiares, ninguno de los cuales es posible ubicarlos dentro de la problemática alfabética.

146 Marta, Jan (1996). «Aproximaciones a la Bioética y un nuevo modelo de consentimiento informado» en: Join Centre for Bioethics University of Toronto: «la meso Bioética (al cual es término mío)... en mi entender comprende la Bioética al nivel más colectivo que individual, al nivel de los códigos deontológicos, de la regulación de la investigación con sujetos humanos, y de las políticas jurídicas, sociales y económicas con que una sociedad organiza la sanidad».

147 Gracia, Diego (2004). Óp. Cit. P. 300-301: A partir del siglo XVIII «el secreto [médico] empezó a verse primariamente como un derecho del ciudadano y no como un deber del profesional[; así mismo,] se produjo un acercamiento enorme entre medicina y derecho, y un fuerte proceso de medicalización de la doctrina penal. La consecuencia fue una mejor configuración de la teoría del secreto, pero también una más amplia justificación de las excepciones».

2.1. La micro Bioética y la competencia de los casos clínicos

Conceptualización del cuidado, la enfermedad, la salud y el proceso salud/enfermedad. La salud es y ha sido el gran objeto de la humanidad, sin embargo, es «la enfermedad¹⁴⁸ —nos lo recuerda Jonas— y no la salud la que originariamente ha puesto en marcha la investigación del cuerpo humano», lo cual se entiende porque toda investigación averigua «las causas de enfermedad con fines de superarla o también de prevenirla[, teniendo como supuesto previo] el conocimiento del cuerpo sano y de las condiciones de salud» (Jonas, 1997: 100). Entonces, lo *que-da-qué-pensar* es la cuestión cotidiana de entender la salud y la enfermedad, su relación intrínseca y su cuidado como nociones científicas y técnicas versus su comprensión como valor social fundamental.

La fragilidad y vulnerabilidad de la vida.¹⁴⁹ Comprender desde la práctica médica y la investigación biomédica la fragilidad y la vulnerabilidad¹⁵⁰ de la vida, es el origen del

148 Jonas, Hans (1997). Óp. Cit. P. 99: «la salud sólo se convierte en fin por intermedio de la enfermedad. La salud misma no llama la atención, no se observa cuando se tiene (“se alegra uno de ella”, pero lo hace inconscientemente); sólo su trastorno llama la atención y obliga a tenerla en cuenta, primero por parte del propio sujeto que lo experimenta en forma de dolencia, pérdida, impedimento, y acude entonces al médico en busca de ayuda».

149 Cfr. Ricœur, Paul (1992). «La responsabilité et la fragilité de la vie. Ethique et philosophie de la biologie chez Hans Jonas» en: *Le Messager européen*. N^o 5. Pp. 203-218.

150 Rendtorf, Jacob D & Kemp, Peter, eds. (2000). *Basic Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw Autonomy, Vol. II*. Copenhagen & Barcelona: Partners' Research, Centre for Ethics and Law & Institut Borja de Bioètica. P. 398: «La vulnerabilidad expresa dos ideas básicas. (a) Expresa la finitud y la fragilidad de la vida en las que, en aquellas personas capaces de autonomía, se funda la posibilidad y necesidad de toda moral. (b) La vulnerabilidad es el objeto de un principio moral que requiere del cuidado de los vulnerables. Los vulnerables son aquellos cuya autonomía, dignidad o integridad son susceptibles de ser amenazadas. Como tales, todos los seres que tienen dignidad

sentido de responsabilidad que nace del llamado moral apelando a su acatamiento libre y consciente, dado que todo «ser humano —como lo señala Kottow— es biológica y existencialmente frágil, su vida es un proyecto en permanente riesgo de fracasar» (Kottow, 2007: 43).

Pero, lo *que-da-qué-pensar*, con respecto a la fragilidad y vulnerabilidad de la vida, son los ámbitos nuevos de fragilidad y vulnerabilidad de la vida introducidos por la bío tecnociencia que conducen a la imposibilidad de la identificación del sujeto responsable, a la inexistencia de la relación de causalidad de la forma que la hemos conocido y a la dificultad de determinar el alcance de la responsabilidad respecto de un daño que es producto del azar, de la contingencia.

La práctica de la veracidad en relación con el diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Dentro de la práctica médica cotidiana, decir o no la verdad sobre un diagnóstico, un tratamiento o un pronóstico, significa no pocas veces un dilema bioético, pues se piensa que para preservar «el deber del médico de no dañar» *no se debe decir «la verdad al paciente»*¹⁵¹ con pronóstico mortal», puesto que «es más beneficioso para el paciente» (França, 2005: 95). Sin embargo, lo *que-da-qué-pensar* entre familiares, médicos y pacientes es el derecho de toda persona a ser informada

son protegidos por este principio. Pero el principio también exige específicamente no sólo la no interferencia con la autonomía, dignidad o integridad de los seres sino también que reciban asistencia para poder desarrollar todo su potencial».

- 151 Kottow, Miguel (2007). *Participación informada en clínica e investigación biomédica: las múltiples facetas de la decisión y el consentimiento informados*. Bogotá: UNESCO/Universidad Nacional de Colombia. P. 39: « El médico es reacio a develar diagnósticos o pronósticos nefastos. y suele esconder la verdad frente al paciente aduciendo que quiere evitarle una reacción depresiva mayor».

sobre todo aquello que la afecta, la idea de que el médico está obligado al paciente y a nadie más y la verdad entendida como dañina, molestia sobreagregada o información inútil para el paciente.

El cuerpo como posesión y como propiedad. Para entender la idea del cuerpo como posesión y como propiedad, dentro de una relación médico-paciente, es necesario recurrir a *The Two Treatises of Government* —la piedra angular del liberalismo político— de John Locke (1680-1690), quien denomina «con el nombre genérico de propiedad» a las «*vida, libertades y posesiones*» (Locke, 1764, SEC. 123: 30); es decir, que la vida, las libertades y las posesiones —incluye la posesión de sí mismo— están en igual condición, son propiedad. Por extensión, lo es el cuerpo del ser humano; consecuentemente, lo *que-da-qué-pensar* a abogados, antropólogos, biólogos, filósofos, médicos, políticos, politólogos y religiones es la posibilidad de abandonar el camino de la evolución natural, la conversión de lo vivo de los cuerpos en un objeto mercantil y la posibilidad de conversión de todo cuerpo en objeto de deseo.

La donación y trasplante de órganos, tejidos y células. La donación de órganos, tejidos y células, así como su trasplante, ha sido motivo de un debate público permanente que toca temas cotidianos como el altruismo, la equidad, la solidaridad y la reciprocidad. Por ello, lo *que-da-qué-pensar* entre abogados, biólogos, médicos y políticos es la publicidad engañosa, el turismo de trasplantes y las modalidades de tráfico y comercio de órganos, generando una desconfianza creciente en la sociedad y un deterioro en la estima pública hacia esta clase de modalidad terapéutica biomédica.

2.2 La meso Bioética y la competencia de las políticas sanitarias

*La investigación clínica o terapéutica.*¹⁵² La medicina es una ciencia empírica; por lo tanto, sin el experimento no es posible su progreso. De aquí que la investigación clínica o terapéutica, en la que interesa el sujeto (paciente), sea necesaria para la existencia y desarrollo de toda práctica clínica, pues —como lo señala Jonas— los pacientes son «los más disponibles de todos, ya que de todas formas están en tratamiento y bajo observación» (Jonas, 1997: 93). De aquí que la investigación clínica no sea una cuestión bio técnico científica sino moral.

No obstante lo anterior, como lo señala Kottow, hay «una sequía total de observaciones y proposiciones sobre la relación entre científicos y sujetos de investigación» (Kottow, 2007:34), a pesar de que la investigación clínica o terapéutica afecta «al núcleo de la relación médico-paciente y pone a prueba sus obligaciones más solemnes» (Jonas, 1997: 94). Entonces, lo *que-da-qué-pensar* entre filósofos, investigadores, médicos y políticos es el asunto ontológico de la dignidad humana, los principios científicos generalmente aceptados para la investigación con seres humanos, la idea de qué son resultados benéficos para la salud humana, la libertad de investigación legítima, la estimación de los niveles

152 Rosa, Olivero; Domínguez, Antonio & Malpica, Carmen Cecilia (2008). «Principios bioéticos aplicados a la investigación epidemiológica. *Acta bioeth. [online]*. Vol.14. Núm.1. P. 92: «Se entiende por investigación clínica toda actividad encaminada a conocer el posible carácter diagnóstico o terapéutico de una intervención o un producto en sujetos humanos sanos o enfermos, y tiene por objeto validar las prácticas clínicas tanto diagnósticas como terapéuticas[, su práctica y uso] deben apuntar al bienestar de la humanidad».

de riesgo, el concepto de daño mínimo, el consentimiento plenamente informado, la intimidad y confidencialidad de los datos, etc.

El debate paciente,¹⁵³ cliente o usuario. La relación médico-paciente, con sus múltiples dificultades relacionales, ha sido lesionada por la creciente instrumentalización de una práctica médica que aspira a basarse en máquinas, ordenadores y en datos libres de error, la intervención cada vez mayor de la medicina gestionada en nombre de la mejoría de los servicios de la atención de la salud, la reducción de lo médico a lo impersonal bio tecno médico pretendiendo un arte médico exento de relación con el otro, el avance incontenible de la medicina del deseo y las aspiraciones post- y transhumanas, pasando a la muy difícil consideración del paciente como cliente¹⁵⁴ y finalmente como usuario, como consecuencia de un «lenguaje mercantil [que] abandona el tradicional respeto [por] la relación médico/paciente» (Kottow, 2010: 23), en medio de una medicina ideologizada sometida a la voluntad de quien paga.

153 Drane, James F (1998). *Cómo ser un buen médico*. 2^{da} Ed. Bogotá: San Pablo. P. 65: señala que paciente proviene de «patior-pati-passus», que quiere decir sufrir.

154 Cfr. Juran, Joseph M (1990). *Juran y el Liderazgo para la Calidad: Manual para Ejecutivos*. México: Díaz de Santos. P. 240: «se define un cliente como cualquiera al que impacta un producto o un proceso». Cfr. Muñoz-Giner, Javier (2004). *La influencia de las tecnologías de la información y las comunicaciones en las pymes del sector textil. Efecto de la implementación del comercio electrónico*. Tesis doctoral. Alcoy: Universitat Politècnica de Valencia/Departamento de Ingeniería Textil y Papelería, Ditexpa. P. 36: «El concepto de cliente ha evolucionado en gran medida de su concepto tradicional al que se concibe en la actualidad. Se ha pasado de la visión tradicional de cliente, es decir, entidades o individuos a las que se vende una serie de productos, a la visión contemporánea de cliente, el individuo o grupo con el que la empresa intercambia valor».

Entonces, lo *que-da-qué-pensar* a administradores, aseguradores, profesionales de la salud y salubristas públicos es la necesidad de reconstruir los elementos ocultos y desplazados de la relación médico-paciente, de restaurar el concepto de paciente (quien padece) para contrastarlo críticamente con las ideas mercantiles de cliente o de usuario que permiten la emergencia de la medicina del deseo, el alcance de la responsabilidad en cuanto a la preservación y conservación de la vida y la salud, entre otras.

La relación servicio sanitario-usuario. La política sanitaria denominada cobertura de la atención médica, es un intento por resolver los problemas sociales masivos de la medicina dentro de nuestras sociedades, crecientemente complejas, dentro de las cuales el paciente es un usuario. Entonces, lo *que-da-qué-pensar* entre médicos, salubristas y políticos, especialmente, la lucha por la socialización de la medicina, el creciente ejercicio de la desconfianza por parte de los pacientes y la lucha por el derecho a un nivel básico «adecuado» de atención médica en todos los países, en especial los más informados, el problema de la distribución justa de beneficios, riesgos y costos.

El respeto por los Principios de la Bioética. Los *Principios de la Bioética*, se los observe desde el consecuencialismo de Mill, o desde el deontologismo de Kant, ofrecen algunas dificultades desde otras miradas, como por ejemplo *da-qué-pensar* entre filósofos la falta de una ontología que los justifique, a pesar de su valía para una sociedad pluralista e ilustrada; *da-qué-pensar* entre eticistas su origen ecléctico porque la moral kantiana está profunda y claramente enfrentada a la moral utilitarista; *da-qué-pensar* la crítica que desde la *ética de cuidados*, fundada en el feminismo, en el sentido de que el principialismo ignora valores básicos como

la compasión, la fidelidad, el amor, la amistad y la empatía; *da-qué-pensar* la crítica desde la idea del *bien del paciente* partiendo de que este debe primar sobre la autonomía y sus consecuencias.

Sin embargo, cabe preguntar: ¿son los *Principios de la Bioética* un esquema *sui generis* propio de la Bioética y, en consecuencia, separados del resto de la teoría de la Filosofía Moral?

Las decisiones de sustitución. Cuando los pacientes carecen de autonomía, porque no son capaces o están impedidos de valerse de su propio entendimiento, de acuerdo con criterios jurídicos, médicos y religiosos, sus allegados están investidos —en virtud del *Principio de Beneficencia* y sin más límites que el *Principio de No-Maleficencia*— lo *que-da-qué-pensar* la capacidad de decidir en su nombre y representación, por medio de las llamadas «decisiones de sustitución» o «de representación», en virtud de presumir que ellos conocen sus valores, su calidad de vida deseada y sus deseos íntimos, lo cual supone que tal «decisión de sustitución» equivale a cómo el propio paciente habría de decidir, teniendo en cuenta que:

En la situación moderna... ya no es posible [que la familia, el médico, el juez o toda la sociedad consideren qué es el «beneficio» o «el mayor interés» del paciente,] dado que la sociedad no puede ni debe definir el beneficio de una persona, capaz o incapaz, sino sólo protegerle del perjuicio. Pero eso no significa que no pueda y deba intentarse definir lo que es el mayor beneficio... Una pista nos la da el propio Código Civil, cuando afirma que estas decisiones les corresponden, en principio, a los familiares. Ello no se debe sólo ni principalmente al hecho de que los padres suelen querer a los hijos, etc. La razón es, a mi entender, más profunda. Se trata de

que la familia sea desde su raíz una institución de beneficencia[, que] es siempre un proyecto de valores, una comunión de ideales, una institución de beneficencia. Lo mismo que los familiares tienen derecho a elegir la educación de sus hijos, o a iniciarlos en una fe religiosa, tienen también derecho a dotar de contenido a la beneficencia..., siempre y cuando, naturalmente, no traspasen el límite de la no-maleficencia. [Es decir,] tienen que definir el contenido de la beneficencia..., pero no pueden actuar nunca de modo maleficente (Gracia, 1997: 98)

Sin embargo, *da-qué-pensar*: ¿quién debería tomar la decisión por la persona carente de autonomía? Cuando los pacientes son incapaces congénitos, ¿cómo presumir cuáles son sus valores, su calidad de vida deseada y sus deseos íntimos? ¿Puede aplicarse a la situación actual los valores, calidad de vida deseada y deseos íntimos del paciente?

Confidencialidad, protección y propiedad de los datos clínicos. Desde los tiempos de Hammurabi, las reglas de ética médica se han referido a la obligación de guardar secreto. Más recientemente, el Juramento Hipocrático, expresó:

Guardaré silencio sobre todo aquello que en mi profesión, o fuera de ella, oiga o vea en la vida de los hombres que no tenga que ser público, manteniendo estas cosas de manera que no se pueda hablar.

Sin embargo, a partir del siglo XVIII se comenzó a considerar como un derecho de los pacientes el cumplimiento de la obligación de guardar secreto, el cual se fue transformando «de absoluto e inquebrantable» en confidencialidad; a partir del siglo XIX se empezó a establecer como una obligación de los hospitales la protección del secreto que se estaba transformando en confidencialidad y, durante el siglo XX, dicha

confidencialidad y dicha protección se convirtieron en un elemento de la calidad del servicio de la atención de la salud, al tiempo que —influidos por el individualismo posesivo— se entendieron los datos clínicos como propiedad del paciente, y no del médico ni del hospital.

Lo *que-da-qué-pensar* son las argumentaciones en las cuales se apoyan la confidencialidad, protección y propiedad de los datos clínicos: el respeto a la autonomía personal y cuándo algunas informaciones podrían ser reveladas; la existencia de un pacto implícito en la relación médico-paciente extendido a toda relación clínica que plantea interrogantes cuando el paciente es inimputable, y la justificación utilitarista de la confianza social en la reserva de la profesión médica.

La relación médico-paciente. Dentro de las relaciones humanas, la médico-paciente es una de las más antiguas. Una buena definición de qué es, nos la ofrece James Drane:

La relación médico-paciente es aquella en la cual las necesidades médicas de una persona y la habilidad técnica de otra forman las bases de una sociedad humana[la cual] es más que un estrecho convenio profesional debido a que los seres humanos son indigentes por naturaleza[por cuanto] necesitan ayuda de otros desde el momento que nacen hasta cuando mueren, pero especialmente (y en forma particular) cuando están enfermas (Drane, 1998: 36).

Lo *que-da-qué-pensar* en la relación médico-paciente, a antropólogos, eticistas, filósofos, médicos y sociólogos, es el sueño bio tecno médico con un arte médico exento de relación e impersonal, la necesidad de unas verdaderas relaciones humanas con los pacientes que dé cabida a las virtudes y los valores, la urgencia de recuperar y actualizar los elementos personales dentro de la práctica médica y la necesidad del

rescate de una ética médica basada en el carácter y la virtud, a partir de la comprensión del acto moral y su valoración correspondiente.

3. Bioética del desarrollo y de la asistencia sanitaria

No hace parte de la problemática alfabética y pertenece a la denominada meso Bioética y a la competencia de las políticas sanitarias. En tal sentido, la discusión sobre Bioética y el asunto económico, político y sanitario del desarrollo, «uno de los capítulos más vivos y polémicos de la Bioética actual» (Gracia, 1991: 61), como lo explica Mainetti, «se ha dado [en los Estados Unidos de América] junto a la teorización sobre la justicia y sus aplicaciones en biomedicina, en particular el derecho a la salud y el sistema de macro y micro asignación de recursos en la atención médica» (Mainetti, 2000: 37).

Esta discusión gira alrededor del *Principio de la Justicia*¹⁵⁵ y el acceso a los servicios de la atención de la salud, lo *que-da-qué-pensar* a economistas, salubristas, sociólogos y políticos debatir la aspiración a una equitativa distribución de técnicas y tecnologías necesarias para la atención de la salud y el daño significativo que «causa en la salud de los individuos y las poblaciones [una gran parte de la práctica médica contemporánea]» (Illich, 1975: 15) encarecida, como lo señala Mainetti, por «la tecnología, la malapraxis y el abuso de la seguridad social» (Mainetti, 2000: 31), un espacio en donde confluyen bio tecno ciencia, derecho, economía y política.

155 Mainetti, José Alberto (2000). *Compendio bioético*. La Plata: Quirón. P. 31: «El problema de la justicia distributiva es complejamente ético y económico, de principios y de resultados, con niveles de macro y micro aplicación de recursos. Las tres principales doctrinas de la justicia social —igualitaria, libertaria y redistribucionista— compiten en la fundamentación de los alternativos sistemas de acceso a la salud socializado, libre y mixto».

Así mismo, *da-qué-pensar* entre abogados, economistas, jueces, médicos, políticos, sacerdotes y salubristas debatir la idea de una adecuada atención de la salud que desemboca en la necesidad de balancear y nivelar el paternalismo médico con el *Principio de la Autonomía*, para proporcionar a los individuos tanta autonomía cuanto sea posible y amparar a tantos como sea necesario, lo cual atraviesa por la idea del beneficio.¹⁵⁶

Finalmente, *da-qué-pensar* el debate en torno de la medicina gestionada entre abogados, economistas, médicos y salubristas, la cual no es más que «el condicionamiento explícito de las decisiones clínicas por factores económicos» (Simón, 2002: 249) y financieros como consecuencia de «una explosión de costos sanitarios sin resultados correspondientes [que] terminó con la pretendida ecuación “atención médica igual a salud”» (Mainetti, 2000: 31), al tiempo que oculta la doble agencia de los médicos, la selección adversa de pacientes, la limitación a la racionalidad de los manejos médicos y la erosión al derecho al consentimiento informado como consecuencia de un «establecimiento médico [que] —en palabras de Illich— se ha convertido en una amenaza mayor a la salud», hasta el punto que «el impacto incapacitante de control

156 Casas-Martínez, Ma. de la Luz (2002). «Distribución de recursos para la salud» en: Hernández-Arriaga, Jorge Luis, Comp. *Bioética general*. México: Editorial El Manual Moderno. P. 429-430: «El problema radica en cómo definir el beneficio. Si el beneficio se mide en unidades monetarias, [evaluación costo-beneficio, se corre el riesgo de considerar la vida humana como un valor económico y su efecto en la práctica médica y en la relación médico-paciente]. Si se mide... como casos que se han diagnosticado, muertes que se han evitado[costo-efectividad, o] se mide en términos de valor o utilidad para el paciente[, costo-utilidad,... estos análisis [a los que se ha procurado dar más énfasis hoy] utilizan como medidas de beneficio la remisión de los síntomas, la disminución de las discapacidades, los años de vida ganados, etc., donde queda más patente el valor de la vida humana».

profesional sobre la medicina ha alcanzado las proporciones de una epidemia» que él denomina «iatrogénesis» (Illich, 1975: 3).

3.1. Bioética y distribución de técnicas y tecnologías

Al abordar el desarrollo y la asistencia sanitaria desde la perspectiva de la economía de la salud en relación con la Bioética –de una salud que es un asunto público–, aparece la cuestión económica, jurídica, moral y política *que-da-qué-pensar* en torno a la equidad en el acceso y uso de los servicios de la atención de la salud y la inequitativa distribución de las técnicas y las tecnologías necesarias para «hacer vivir», que conducen a tres temáticas distintas: una, el asunto de la inalienabilidad de la vida de quienes las requieren, carecen de medios para pagarlas y no pueden acceder a ellas (el derecho positivo a la asistencia sanitaria); dos, la cuestión de la inviolabilidad de la posesión de quienes las producen, patentan y usufructúan (justicia como libertad contractual), y, tres, el problema de la inviolabilidad de las libertades de quienes las consumen, pagan y dependen de ellas (el derecho negativo a la salud).¹⁵⁷

Es decir, aparece una situación de la inviolabilidad de la propiedad (la vida, las libertades y las posesiones), en el sentido liberal clásico, entre quienes se enriquecen con estas técnicas y tecnologías, quienes pueden pagarlas y quienes no pueden ir más allá del deseo que conduce a plantear cómo desarrollar políticas y programas de salud respetando la

157 Engelhardt, H. Tristram Jr (2003). «Rights to Health Care, Social Justice and Fairness in Health Care Allocations: Frustrations in the Face of Finitude» en: *Contemporary Issues in Bioethics*. Belmont, CA: Wadsworth Publishing. P. 380: niega la existencia de un derecho humano a los cuidados de la salud.

inviolabilidad de la propiedad, por una parte, y el asunto de los derechos individuales y el logro de altos niveles de salud objetivados como bienestar.

Consecuencialmente, ¿cuáles son los límites al *Principio de la Autonomía*? ¿Cuándo y bajo qué circunstancias es razonable el paternalismo hacia los débiles? ¿Desde dónde parte el *Principio de la Justicia*? ¿Dónde quedan ubicados los derechos a la vida y la salud dentro de un contexto jurídico y político? ¿Pueden alegarse criterios económicos para resolver principios bioéticos?

3.2. Bioética, autonomía y paternalismo de los servicios de salud

Cuando se plantea el asunto de los distintos grados de desarrollo económico, político y social entre regiones y entre diferentes países frente a la cuestión de la asistencia sanitaria tales, que el servicio de la atención de la salud sea prestado a una población que es posible de ser calificada como una «humanidad en estado de infancia natural»¹⁵⁸ por su situación de extrema necesidad, que es común hallarla en las Américas, conduce a la necesidad de balancear y compensar el asunto jurídico y político de la *autonomía* con el *paternalismo* médico de los servicios de la atención de la salud, que hace necesaria (urgente), hacia un futuro lo más inmediato posible, la formación de una opinión pública informada en los asuntos de salud.

158 Con la expresión «humanidad en estado de infancia natural» se hace referencia a quienes, sin importar su edad, no han adquirido ni los medios ni las posibilidades para ser autónomos, es decir, que por su situación de precariedad e indigencia necesitan ser apoyados, ayudados, controlados y dirigidos. Pero, como el hombre es perfectible, este es un estado transitorio del que sale con el progreso y la civilización.

Por lo tanto, se debe responder: ¿cómo balancear el *Principio de la Autonomía* y el *paternalismo* médico con quienes requieren ser apoyados, ayudados, controlados, cuidados y dirigidos? ¿Qué validez tiene el consentimiento informado otorgado por una persona en estado de infancia natural? ¿Es el paternalismo médico, en estas circunstancias una necesidad, un vicio o una virtud? ¿De qué libertades pueden gozar aquellos que por su situación de dependencia requieren ser ayudados, controlados y dirigidos? ¿Cómo lograr el autocuidado y el autogobierno sanitario de los individuos?

4. Bioética de las poblaciones

El debate con respecto al ámbito de la Bioética de las poblaciones, que para muchos debería incluirse dentro del campo de la «Bioética y el medio ambiente», y no ser una delimitación temática propia, aquí lo entendemos como un tema independiente porque es parte del nivel de discusión macrobioético y de la competencia de políticas sanitarias.

Abarca varias temáticas *que-dan-qué-pensar*, a saber: desde una mirada biocéntrica, la población¹⁵⁹ y sus límites; las políticas de población, y desde una óptica antropocéntrica, el control poblacional.

159 La *población* en su sentido etimológico propio, que procede de la expresión latina «*populatio-ônis*», quiere decir despojo, devastación, estrago, saqueo, tal como la interpretaron Julio César, Tito Livio y Plinio. Sin embargo, con la Modernidad adquiere un nuevo sentido, ahora quiere decir en Foucault, Michel (2000). Óp. Cit. P. 222: «cuerpo múltiple, cuerpo de muchas cabezas, si no infinito, necesariamente innumerable».

4.1. La población y sus límites

El límite demográfico. Desde el comienzo de la humanidad hasta el siglo XVIII, «han sido muy altas tanto la tasa de natalidad como la de defunción» (Gafo, 2001: 348). Sin embargo, como consecuencia de los avances de la medicina (mejoramiento de la higiene, de la atención médica y erradicación de enfermedades infecto contagiosas), a partir del siglo XVIII se ha roto este equilibrio: hoy es muchísimo más alta la natalidad que la mortalidad y, en consecuencia —como lo afirma Diego Gracia— «desde hace dos siglos la población humana ha venido creciendo, de hecho, geoméricamente,... ritmo que no podrá mantenerse por tiempo indefinido» (Gracia, 1998b: 61), pues como lo señala Javier Gafo, la Tierra tiene capacidad estimada para una población humana que oscila entre «los 11 – 12.000 millones¹⁶⁰ de habitantes» (Gafo, 2001: 348).

Entonces, lo *que-da-qué-pensar* es que el primer límite que se debe establecer es el control del crecimiento poblacional (la fertilidad), no en el sentido griego antiguo de que «la procreación... debe limitarse» (Aristóteles, *Pol.* 1335), sino de una manera nueva: la que lleva a la discusión sobre la supervivencia aceptable de la especie humana¹⁶¹ en la naturaleza de los individuos en quienes recae dicha planificación» (Rentería, 2002b: 409). La pregunta es: ¿cuál

160 Varga, Andrew C (1994). Óp. Cit. P. 34: «Los datos sobre la población mundial que nos dan los demógrafos no corresponden a un censo real sino a cálculos científicos».

161 Potter, Van Rensselaer (1995a). Óp. Cit. P. 190: Al optar Potter por la idea de supervivencia aceptable entiende la existencia de una obligación moral, de una dignidad humana mundial y de una obligación moral de la fertilidad humana, que lo conduce a abogar por una reproducción humana limitada y voluntaria, que sea compatible con el resto de la biosfera.

es el crecimiento demográfico límite aceptable para no copar la capacidad poblacional de la Tierra?

El límite del hambre. «El incremento poblacional trae consigo la demanda de una mayor cantidad de recursos básicos como alimentos» (Semarnat, 2008: 7), sin los cuales «no son posibles los derechos a la vida y a la salud» (Tealdi, 2008: 309); pero, lo *que-da-qué-pensar* es que mientras en el mundo rico y opulento «hay una epidemia de obesidad y se desperdician los alimentos [en el mundo pobre y necesitado] escasean los alimentos» (Huanacuni, 2009: 93) y existe un hambre que «nos ofende y nos obliga moralmente» (Tealdi, 2008: 307), el cual se encuentra ampliamente esparcido a pesar de «los avances de las técnicas agrícolas» (Varga, 1994: 38) y de que los recursos naturales de la Tierra están dados para la humanidad, sin exclusión alguna. Sin embargo, también *da-qué-pensar* la sobreexplotación (sobreutilización) de los recursos básicos naturales como los alimentos, cuyo resultado final será su agotamiento y la denominada moral del bote salvavidas.¹⁶²

Entonces, segundo límite: el hambre como consecuencia de la imposibilidad de sobre producir alimentos por largo tiempo, lo cual *da-qué-pensar* en cuanto la discusión sobre las limitaciones técnicas y tecnológicas para producir alimentos suficientes y de calidad, versus la idea de las capacidades técnicas y tecnológicas adecuadas para la producción de los alimentos necesarios.

El límite del crecimiento. Además del límite del hambre, es decir de la capacidad de producir alimentos sostenidamente, *da-*

162 Cfr. Hardin, Garrett (1968). «The Tragedy of The Commons» en: *Science*. Vol. 162. Núm. 3859: 1243-1248. Cfr. Hardin, Garrett (1974). «Living on a Lifeboat» en: *Bioscience*. Vol. 24. Núm. 10: 561-568.

qué-pensar el límite producido por la amenaza del agotamiento de las materias primas y la destrucción de ecosistemas, para dar cabida al exceso de seres humanos, *dando-qué-pensar* que el crecimiento es limitado porque el desarrollo no es ilimitado, apareciendo ante los ojos la posibilidad de un retroceso que puede «disminuir drásticamente la calidad de vida de los hombres en las próximas décadas y comprometer la viabilidad de la especie humana en el futuro no muy lejano» (Gracia, 1989: 46), sin considerar los efectos sobre el resto de los seres vivos del planeta.

4.2. Políticas de población

Alrededor de esta temática giran asuntos como la adopción de políticas demográficas nacionales y los derechos humanos¹⁶³ (conciliar el ideal humano del logro de la libertad individual con la promoción del bien común), lo *que-da-qué-pensar* responder las preguntas: ¿qué medios moralmente lícitos puede utilizar un gobierno para resolver el conflicto entre la procura del bien común y la autodeterminación de

163 Potter, Van Rensselaer (1995b). Óp. Cit. P. 75 y ss: «Mucho se ha escrito a propósito de la ética ambiental sin mencionar la necesidad de un control de la fertilidad [lo cual plantea asuntos médicos y de ética médica]; al mismo tiempo se ha escrito mucho sobre los derechos de los individuos sin discutir la necesidad de preservar un ecosistema sano». Rentería-Rodríguez, María Teresa (2002a). «Bioética de las políticas de población» en: *Persona y Bioética*. Vol. 6. Núm. 15. Pp. 77-78: «En [la] implementación de los programas de planificación familiar correspondientes a las políticas de población se han cometido no pocos abusos, que atentan directamente contra la dignidad de la persona... como las esterilizaciones en masa ocurridas en la India, en 1954 y 1976 [y] más recientemente el escándalo producido en Perú... por la esterilización en masa llevada a cabo por el Ministerio de Sanidad». Rentería-Rodríguez, María Teresa (2002a). «Bioética y demografía» en: Hernández-Arriaga, Jorge Luis, Comp. Óp. Cit. P. 411: en China el gobierno mantiene «una política de población coercitiva... [en la que] se emplea la fuerza]».

las parejas? ¿Existe una razón lo suficientemente fuerte que justifique que las personas sean objeto de planificación, como ocurre cuando se planea demográficamente?

Así mismo, *da-qué-pensar* las políticas monetarias y de alimentos frente al *Principio de la Justicia*; las políticas de los mínimos vitales de agua y de energía per cápita; el estándar de vida mínimamente aceptable versus el tamaño de las poblaciones, el cual se refiere a la procreación de parejas individualizadas en relación con el bienestar de toda la raza humana; la responsabilidad de la comunidad internacional frente al crecimiento poblacional de los países de la periferia; el concepto de que los tesoros y recursos son para la satisfacción de las necesidades de la humanidad versus las ideas de soberanía nacional y del individualismo posesivo, y problemas menores como la ausencia de consentimiento informado, la falta de información sobre bioseguridad y de cómo se seleccionan las poblaciones blanco en los programas poblacionales de inmunización,¹⁶⁴ por ejemplo.

4.3. Control poblacional

En torno a este tema se encuentran cuestiones como la paternidad responsable y el aborto socio económico — muchos crean una confusión al discutirlo como una problemática alfa y no como un nivel macro bioético y una competencia de políticas sanitarias —. Nacen estas cuestiones de considerar que procrear

164 Sánchez-Ramón, Silvia & Fernández-Cruz, Eduardo (2006). «Reflexión Bioética sobre la inmunización de masas en Europa» en *Inmunología*. Vol. 25. Núm. 1. P. 67: refiriéndose a los programas masivos de vacunación advierten que «el sistema está organizado de tal manera que se presiona a los individuos para que sigan los estándares de vacunación poblacional, aunque en numerosas ocasiones se realice sin información previa objetiva personalizada, ni petición de consentimiento para el acto médico concreto de administración de la vacuna».

significa el deber sobreviviente de cuidar de la capacitación, educación y formación física, mental y espiritual de la prole.

Paternidad responsable. Consiste en contrastar los derechos individuales inalienables a ser padres —*Principio de la Autonomía*— con el bien común, del resto de la población, y con el aseguramiento de la sustentabilidad ambiental, es decir sin comprometer los recursos y oportunidades para el crecimiento y desarrollo de unas futuras generaciones en las que haya cada vez menos poblaciones marginadas, pobres e ilegales —los socialmente excluidos—. Entonces, las preguntas: ¿Pueden engendrarse más hijos que los que son posibles de capacitar, educar y formar? ¿Cuál es el daño que puede ocasionar una familia numerosa al bien común dentro de una sociedad?

Aborto por indicación social. El aborto por indicación social no es nuevo, ya Aristóteles habla de él señalando que «deberá practicarse el aborto [cuando se tengan hijos por continuar las relaciones más allá del tiempo establecido]» (Aristóteles, *Pol.* 1335). Actualmente, está relacionado con la «Bioética de las poblaciones» común en varios países y es la interrupción del embarazo por razones de orden demográfico, económico, psicológico o social. Se denomina «aborto socioeconómico» cuando tiene por objeto evitar la inserción del niño en un contexto biopsicosocioeconómico irregular (padres drogadictos, alcohólicos o delincuentes, por ejemplo), impedir que se exacerbe un desequilibrio en el entorno familiar (hijos no previstos) o frenar el crecimiento de una población,¹⁶⁵ y se llama «aborto miserable» cuando su fin es contener o frenar el ascenso de la miseria. Contra estas formas de aborto se arguyen:

165 Aird JS (1995). «Population Policies: Strategies of Fertility Control: Compulsion» en: Reich, Warren T. (1995) ed. *Encyclopedia of Bioethics*. 2da. Ed. New York: Simon & Schuster Macmillan. En China se ha llegado a secuestrar a las mujeres embarazadas del segundo hijo para obligarlas a abortar.

contra el primero, ¿Es moralmente aceptable el aborto como forma de frenar el crecimiento de una población? ¿Es válido alegar para abortar un desequilibrio del entorno familiar o social? ¿Debe promoverse el aborto en familias irresponsables? ¿En familias patológicas? Contra el segundo, ¿Puede calificarse una vida como miserable física, mental y espiritualmente? ¿Quién tendría la autorización para hacerlo? ¿Cuáles serían las consecuencias inmediatas y tardías? ¿Es posible justificar el aborto para evitar un «mal proyecto de vida»?

5. Bioética cultural

Al relacionar la Bioética con sus contextos cultural, histórico y social, surge la «Bioética cultural», que pertenece al nivel de discusión meso bioético y Daniel Callahan la admite como una de las variedades de la Bioética.¹⁶⁶ Ella corresponde al «esfuerzo sistemático de relacionar la bioética con el contexto histórico, ideológico, cultural y social en la cual ella se expresa» (Callahan, 2004: 281), ¿con qué propósito?

Ricardo Rafael Contreras, afirma que este esfuerzo sistemático tiene como propósito «una mejor comprensión de [la] dinámica cultural y social mayor que sustenta los problemas éticos [que] generalmente tendrán una historia social que refleja la influencia de la cultura de la cual son parte[, permitiendo] la definición de lo que constituye un “problema” ético [el cual] mostrará la fuerza de las diferencias culturales» (Contreras, 2005: 44), que permite a Callahan plantear unas preguntas: «¿cómo refleja las tendencias de la Bioética una cultura más grande de la cual forma parte? ¿Qué tendencias ideológicas crean las teorías morales que apuntalan la bioética y que, abierta o implícitamente, la manifiestan?» (Callahan, 2004: 281).

166 Cfr. Callahan, Daniel (2004). Óp. Cit. P. 281.

Por lo tanto, puedo afirmar que la Bioética nos ayuda a comprender —desde una nueva lectura— los distintos conceptos de salud y enfermedad desde la época primitiva (la salud como «gracia» y la enfermedad como «des-gracia»), pasando por la antigüedad clásica (la salud como «orden» y la enfermedad como «des-orden») y concluyendo en la modernidad (la salud como «dicha» y la enfermedad como «des-dicha»); el tránsito de la relación médico-paciente asimétrica (hoy en extinción) hacia una relación médico-paciente informado cuasi simétrica (hoy en formación); el paso del antiguo casuismo hacia el casuismo moderno, y el asunto de la Bioética como la «tercera cultura», la cual privilegia y procura la interacción entre los conocimientos técnicos y los humanistas.

6. Bioética normativa¹⁶⁷

La estrecha relación entre «Bioética y política»,¹⁶⁸ que hace parte del nivel meso bioético y de la competencia de

167 Contreras, Ricardo Rafael (2004). *Introducción a la Bioética. La ingeniería genética, la biotecnología y la reprogenética: retos para el hombre de la postmodernidad*. Mérida: Universidad de los Andes. P. 37: «La Bioética normativa busca soluciones legales y políticas para problemas sociales apremiantes que son éticamente defendibles y clínicamente razonables y factibles». Lolas-Stepke, Fernando (2002). *Temas de Bioética. Una introducción*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria. P. 35: «Existe una variedad de *Bioética normativa y regulatoria*, concentrada en forma principal en la formulación de marcos de aplicación de principios... para regular, por ejemplo, la investigación científica, la formulación de políticas públicas, la disposición de recursos escasos». Kottow, Miguel (2012). «Bioética crítica en salud pública» en: *Rev Chil Salud Pública*. Vol. 16. Núm. 1. P. 42: «La Bioética normativa propone un conjunto de prescripciones para regular las exigencias éticas de la investigación con seres humanos, preocupándose de los requerimientos de consentimiento y confidencialidad. Así mismo destaca y promueve los aspectos éticos de las diversas tareas e intervenciones propias de salud pública como programas de vacuna, tamizajes y diagnóstico precoz, promoción, medicina laboral, catastros y encuestas en temas sensibles».

168 Callahan, Daniel (2004). Óp. Cit. P. 281: «El propósito de los reglamentos y las políticas bioéticas es moldear reglas legales o clínicas y procedimientos

políticas sanitarias, emerge en los momentos de toma de decisiones y está «centrada en la realización de reglas clínicas y legales, diseñadas para casos tipo y práctica general» (Cantú, 2002: n. d.), como el que se «refiere al consentimiento informado (sentencia de Canterbury versus Spence, 1972)» (Méndez-Baiges, 2007: 51) dentro de las cuales, «si no hay acuerdo, [corresponde al derecho] establecer los límites de lo permitido» (Casado, 2002: 187). En términos de Méndez-Baiges & Silveira-Gorski:

La importancia de los juristas en el movimiento de la Bioética no puede ser puesta en duda. Alguien ha señalado que, si los avances en biomedicina fueron el combustible principal del tren bioético, y si puede decirse así mismo que la filosofía puso las vías por las que circuló dicho tren, el derecho ha sido el maquinista que lo ha conducido hasta donde se encuentra ahora (Méndez-Baiges, 2007: 51).

Entre sus temas *dan-qué-pensar*, entre otros, reglas o límites, sobre la inviolabilidad de la vida humana; el derecho al goce de la integridad física, de la salud y de su protección; la propagación de la especie humana, la promoción de la procreación y las condiciones para las mismas; de la responsabilidad procreativa; la introducción o combinación de materiales genéticos humanos y no humanos; la autonomía de la estructura familiar; de la contracepción y el aborto; las con-

diseñados para que sean aplicados en algunos casos o en prácticas generales; esta área de la Bioética no se enfoca en casos individuales». Dobernig-Gago, Mariana (1999). «Bioética y derecho» en: *Jurídica. Anuario del Departamento de Derecho de la Universidad Iberoamericana*. Núm. 29. P.: «Existe una estrecha relación entre el Derecho y la Bioética... [ésta] tiene una "conexión —citando a Manuel Atienza— material con el Derecho de tipo metodológico».

ductas contra natura y autodestructivas; la licitud, previsión y control de las aplicaciones biomédicas de nuevas tecnologías y del uso del conocimiento que resulte nocivo para la vida; la confidencialidad, control, uso y abuso de las bases genéticas y su nexos con la soberanía; las formas orgánicas modificadas genéticamente; el acto médico de hacer morir o dejar morir; las decisiones autónomas individuales para acabar con la propia vida, etc.

Pero, también *da-qué-pensar* responder algunas preguntas como: ¿en qué momento se puede establecer que da inicio una nueva vida humana? ¿Qué se entiende por vida humana? ¿Cuándo termina la vida? ¿Qué es la muerte humana? ¿Con base en qué criterios se invierten grandes cantidades de recursos públicos para beneficio de unos pocos, mientras se restringen recursos a programas de gran impacto social vital humano? ¿Puede alguien, de forma libre y consciente, determinar u ordenar su propia muerte? ¿Puede el médico elegir la muerte del paciente cuando este es terminal?

6.1. Libertad de procreación y el derecho al aborto¹⁶⁹

La cuestión para el debate bioético es la legitimidad del aborto y sus límites desde la necesidad médica, pasando por la cuestión de la violencia hasta llegar a las distintas situaciones de necesidad psicológica o social de la madre, sin menospreciar la consideración de sus intereses personales, profesionales o culturales. En consecuencia, cabe aquí preguntar si el aborto es parte o no de la agenda del Estado; es decir, si el Estado está o no habilitado para intervenir cuando

169 Cfr. Dworkin, Ronald (1994). *El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual*. Barcelona: Ariel.

se practica un aborto o, por el contrario, si el Estado debe abstenerse. En otras palabras, ¿es el aborto una práctica que debe quedar reservada a la consciencia del individuo, al ámbito meramente privado, la relación médico-paciente? ¿Debe el Estado abstenerse o intervenir?

6.2. La admisión del derecho a morir¹⁷⁰

En las sociedades liberales, modernas o pluralistas, la admisión del derecho a (elegir) morir tiene su base en la frase de John Stuart Mill: «sobre sí mismo, sobre su cuerpo y su espíritu, el individuo es soberano» (Mill, 1980: 32); pero, como estas sociedades son pluralistas en su esencia y en ellas se expresan distintas expresiones morales y diferentes creencias religiosas, que entienden la vida como una obligación, llevan a plantear diversas preguntas bioéticas: ¿puede admitirse el derecho individual a morir? ¿Es posible que un individuo nombre un apoderado para que decida sobre el fin de su vida? ¿Debe el Estado abstenerse o intervenir en la petición libre y consciente de la eutanasia por un individuo?

7. Bioética medioambiental

Quienes desde los saberes del medio ambiente estudian el impacto del avance de la tecnociencia en la vida del planeta y las consecuencias de la falta de un desarrollo que garantice

170 Cortez, Jacqueline (2006). «Aspectos bioéticos del final de la vida: el derecho a morir con dignidad» en: *Revista Cuadernos*. Vol.51. Núm. 2. P. 97: «El derecho a morir con dignidad» es una expresión del principio de autonomía o autodeterminación, significa poder elegir, gestionar la propia vida, sus condiciones y su final». Taboada, Paulina (2000). «El derecho a morir con dignidad» en: *Acta Bioethica*. Año 6. Núm. 1. P. 93: «La idea que el hombre tiene del “derecho a morir con dignidad” ha dominado el debate bioético contemporáneo».

la supervivencia de la especie humana, en particular, han hallado en la Bioética planteada por Van Rensselaer Potter el sitio para reclamar por el daño medioambiental, dando como resultado el nacimiento de la «Bioética medioambiental», también denominada «Bioética del medio ambiente», que es del nivel macro bioético.

Lo *que-da-qué-pensar* abarca temas muchos, variados y complejos que dan cuenta de la inseparabilidad de la vida de los mundos orgánico e inorgánico.¹⁷¹ Comprende cuestiones generales como: dentro de la competencia investigación/experimentación humana, los riesgos o posibles daños para la salud humana o, dentro de la competencia ecología, el medio ambiente por el uso de los flujos de energía; por el manejo de las fuentes de agua; por la actividad antrópica y los riesgos hidrometeorológicos, y por el uso, abuso y riesgos en la utilización de los recursos provenientes del suelo y el subsuelo, en fin, la cuestión del *Principio de Precaución* o el *vorsorgeprinzip*,¹⁷² formulado por la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente, celebrada en Estocolmo en 1972 e introducido a través del «programa

171 Potter, VanRensselaer (1996). «What Does Bioethics Mean?» en: *The Forum*: Vol. 8 Núm. 1. Junio. P. 2: «Cuando utilicé el término 'Bioética' [...] claramente quería que incluyera no simplemente a la ética médica, sino también la ética ambiental y la agrícola. En realidad, la palabra habla por sí sola».

172 Cfr. Raffensperger, Carolyn & Tickner, Joel, eds. (1999). *Protecting public health and the environment: implementing the precautionary principle*. Washington, DC: Island Press. Este libro desarrolla los trabajos de la Conferencia de Wingspread (Winsconsin) celebrada en 1998, que enuncia el Principio de Precaución así: «cuando una actividad representa una amenaza o un daño para la salud humana o el medio ambiente, hay que tomar medidas de precaución incluso cuando la relación causa-efecto no haya podido demostrarse científicamente de forma concluyente». En otras palabras significa que «es mejor prevenir que curar», es decir que la prudencia se impone mientras que no se pruebe la inocuidad de una actividad.

gubernamental alemán de protección del medio ambiente de 1971» (Andorno, 2008: 346).

Por lo tanto, además, temas específicos como: la supervivencia¹⁷³ y el bienestar de todas las especies, animales y vegetales, incluida la *Homo Sapiens Sapiens*,¹⁷⁴ «que nos asegura la base de la vida... y un rico y diverso ambiente en el que tengamos la libertad de ser selectivos en nuestras elecciones» (Potter, 1971: 58); la Bioética ecológica, o Bioética global, y el consumo con sus consecuencias ineludibles: las basuras y sus riesgos.

8. Lo que nos dicen los ámbitos de la bioética

Examinados los campos o delimitaciones epistemológicos de la Bioética, sin ser exhaustivos, nos ha permitido observar que es clara la extensión y la diversidad de su ámbito o espacio temático desde los distintos ángulos de enfoque,

173 Potter, Van Rensselaer (1995b). *Global Bioethics: building on the Leopold Legacy*. East Lansing: Michigan State University Press. P. 42-49: Potter planteó el valor de la supervivencia, pero no como «mera supervivencia».

174 Potter, Van Rensselaer (1971). Óp. Cit. P. XIX: «La Bioética debería llegar a ser un nuevo tipo de ciencia de la vida... preocupada por la sobrevivencia de la especie humana... y de los otros seres vivos que intervienen en la preservación y mejoría de la propia calidad de vida de los seres humanos». Potter, Van Rensselaer (1995a). «Forum global bioethics: converting sustainable development to global survival» en: *Medicine and Global Survival*. Vol. 2. Num. 3. P. 186: la supervivencia ideal que es la [supervivencia aceptable] con un ideal de sostenibilidad en todo el mundo. Potter, Van Rensselaer (1998). Óp. Cit. P. 24: aboga por «la definición y desarrollo de una ética para una supervivencia humana sustentable a largo plazo». P. 26: propone desarrollar un «concepto científico/filosófico de progreso, que [ponga] énfasis en la sabiduría de gran alcance, [como] el único tipo de progreso que puede llevar a la supervivencia». P. 27: plantea «la Bioética, como una ciencia para la supervivencia humana». P. 29: así mismo, sugiere «desarrollar más a fondo una Bioética global que considere el bienestar humano en el contexto del respeto por la naturaleza».

de las diferentes áreas del conocimiento y de las varias disciplinas, para abordar las cuestiones de la vida toda, en general, y la naturaleza, en particular, que exigen aproximar, interrelacionar e integrar los conocimientos con una especial atención al contexto, sin lugar a dudas una manera novedosa de leer los acontecimientos.

Emerge así la Bioética como entrecruzamiento (en cuanto puente), como línea de contacto (en cuanto límite) y como núcleo de interrelación (en cuanto intersección) con la biología y las ciencias biomédicas, las ciencias de la salud, las ciencias sociales aplicadas, los saberes medioambientales y las humanidades, como una manera tecno científica de deliberar sobre la vida toda, a partir de la cual se ha de valorar sus riesgos y, con base en ambas, entender qué decidir de forma responsable, una cuestión que es, sin duda, moral.

El resultado: una relación de flujo —de intercambio— considerada como puente, una relación de frontera —o fronteriza— en cuanto línea de contacto, por un lado, y unos límites móviles e inestables —o de relaciones nucleares— en cuanto núcleo que interrelaciona, por la otra parte, ninguna de las cuales permite un abordaje distinto al plural y multidisciplinario. Luego, no estamos ante el asunto ético tradicional de «¿cómo debo/debemos/se debe vivir de una manera particular humana?», sino ante una cuestión moral incompleta, perfectible y provisional que abarca, además, cómo vivir responsablemente de una manera general natural sin afectar las especies, incluida la nuestra.

Aquella relación de frontera y ésta nuclear móvil e inestable, las cuales han sido puestas muchas en escena aquí en este libro, sabiendo y no ignorando que la vida es para el hombre pensada, explicada, hablada, fabricada y proyectada, nos permite observar y comprender que la Bioética:

- a) propone asuntos de fondo inevitablemente urgentes y complejos, como una racionalidad científica que integre la biotecnología con los derechos (lo jurídico) y los valores humanos (lo axiológico);
- b) desarrolla el sentido crítico frente a la actitud y modo de existir humano, que se goza y satisface en manipular la vida;
- c) aclara los problemas de manera multilateral, porque nace de tender puentes, establecer puntos de contacto y lograr interrelaciones entre distintos campos del saber;
- d) introduce necesarias e inevitables tensiones en la acción humana como por ejemplo, biocentrismo vs antropocentrismo; y
- e) revalúa fundamentos, métodos y consecuencias como los beneficios indiscutibles de un conocimiento que conllevan diagnóstico y tratamiento de algunas enfermedades versus los temores que ese mismo conocimiento y esas técnicas originan sobre el futuro de la especie humana que, no satisfecha con saberse que ha evolucionado y continúa haciéndolo, ha comenzado a ser capaz de fabricarse a sí misma y que usa, abusa y arriesga los recursos del medio ambiente; todas, las cuales, no es posible resolver desde un único nivel de realidad, porque al ser situaciones producto de la conjunción limítrofe y nuclear de distintas disciplinas, obligan a ser resueltas desde diversos niveles de realidad, es decir desde un ejercicio interdisciplinario y transdisciplinario — que depende del saber colectivo —, como veremos en el siguiente capítulo, desde la idea de puente — como lo propuso Potter — pero, ¿qué es tender un puente que una

lo científico-técnico (las ciencias naturales) y la cultura humanista (las humanidades)?

Tender un puente que una el mundo de la ciencia con el de la simbología, significa comunicar pero no interceptando, establecer una continuidad y unos flujos y contraflujos, erigir puntos de interdisciplinariedad, que hoy no se ven agotados en la conjunción de las ciencias naturales y las humanidades en cuanto tiene relación con el discurso bioético, hoy se requiere, dentro del debate, añadir una tercera cultura, de unir a lo científico-técnico (biología, ciencias de la salud y saberes medioambientales) y las humanidades con un nuevo punto: las ciencias sociales (derecho, demografía, economía y salud colectiva), tendiendo hacia ellas puentes, reconociendo sus fronteras e intersectando sus saberes, para resolver la cuestión de una vida puesta en las manos de un saber técnico formidable que la somete a su poder y promete una vida que habrá de resultar de translocar el orden de lo recibido natural, de manera impensada, de donde lo impensado es la alarma y no el tipo de la acción, pues es esencia humana modificar la vida, es precisamente su marca de distinción frente a lo meramente animal. Luego, el problema no es la translocación provocada sino la magnitud de la acción humana, en cuanto crea un riesgo que hoy es global en virtud de un hombre convertido en fuerza geológica.

La respuesta a la cuestión: la Bioética es...

Disponemos ahora, parece ser, de suficientes elementos para intentar responder la pregunta objeto de este programa de investigación, «¿Qué es la Bioética?».

Lo primero que salta a la vista es su etimología: el prefijo *bio* + el sufijo *ética*; es decir, a priori *Bioética* es igual a expresar *biología* + *ética* —si aceptamos el sentido potteriano— que, sin embargo, no equivale *stricto sensu* a tender un puente (aproximar, comunicar, dialogar, escuchar) sino a entrelazar (entretejer, entreverar, formar un tramado, trenzar) dos categorías que llevan siglos separadas: vida y ética.

Lo segundo, si tomamos al primer Potter, a Hellegers, Beauchamp y a Childress, que son guiados por una mirada antropocéntrica, estamos ante una «Bioética antrópica» (referida sólo a la vida humana) estrechamente relacionada con la antropología filosófica, pero si miramos al segundo Potter y a Jahr, quienes se circunscriben a un biocentrismo, salta a la vista una «Bioética anantrópica» (referida a la vida en general), que no considera la cuestión de la continuidad existente en el hombre entre su vida animal-vegetal y su vida humana, cuestiones cada una insuficientes para explicar la hondura de la cuestión Bioética.

Y, tercero, si atendemos los ámbitos de ella en su diversidad y heterogeneidad, nos encontramos ante un concepto aledaño, colindante, contiguo o vecino con muchos saberes: la biología (anatomía, botánica, biofísica, bioquímica, citología, ecología, embriología, etología, evolución, fisiología, genética, inmunología, microbiología, protozoología, taxonomía, virología y zoología); las ciencias de la salud (educación física, enfermería, farmacia, fisioterapia, medicina, nutrición y dietética, odontología, óptica y optometría, terapia ocupacional y veterinaria); algunas ciencias sociales aplicadas (demografía, derecho, economía y salud colectiva), y las humanidades (antropología, ciencia política, filosofía, historia, sociología y teología); es decir, una Bioética que no se deja narrar por una única dimensión.

1. La Bioética y su etimología

Van Rensselaer Potter manifestó, de forma reiterada, entender que en la palabra «Bioética», el prefijo «*bio-* [representa] al conocimiento biológico» y el sufijo «*-ética* el conocimiento de los sistemas de valores humanos» (Potter, 1971: 2; Potter, 1975: 2299); pero, para Warren T. Reich, de manera más acertada, el prefijo deriva de la «[expresión griega,] “*bíos*” (vida)» y el sufijo, de igual manera, de una «[expresión griega,] “*ēthikē*” (ética)» (Reich, 1995), ¿qué se desprende de estas dos apreciaciones en torno al término «Bioética»?

En primer lugar, ambas dejan claro que la expresión «Bioética» es una palabra compuesta, de lo cual no tengo duda. En segunda instancia, mientras para Potter el prefijo hace referencia «al conocimiento biológico» y el sufijo al «conocimiento de los sistemas de valores humanos», cuestión que no es muy precisa; para Reich el prefijo deriva de «“*bíos*”,

vida» y el sufijo de «*ēthikē*», ética», lo cual comparto, pero considero debe desarrollarse, porque la explicación de Reich queda corta para un profano en la materia, pues desconoce la especificidad del término βίος.

Por ello, desde un punto de vista etimológico riguroso, que intente ver el sentido preciso de la palabra «Bioética», el asunto debe comenzar por aclarar qué son las palabras griegas antiguas, βίος (bíos) y ἠθική (*ēthikē*), para esclarecer esta especie de una aparente ética de la vida, objeto de este libro.

1.1. El prefijo bio–

Como se dijo arriba, el prefijo «bio–» procede del término griego antiguo βίος (bíos) el cual, en la definición aristotélica de polis, se opone a la palabra ζωή (zōē): el primero traduce «modo de vida» mientras que el segundo posee dos traducciones «vida indeterminada» y «vivir bien».

La βίος (bíos). En la antigua Grecia, el βίος (bíos) era pronunciado para designar la vida propia de los individuos o los grupos humanos, la existencia; es decir, para hacer referencia a una vida específica, exclusiva y propiamente humana, a un género de vida que se caracterizaba por ser una manera de vida particular no determinada por las leyes de la naturaleza, dado que era una vida creada, cualificada, hecha, inventada y regida por las decisiones de los sujetos humanos, una vida con identidad, una vida no engendrada, una vida cultural, una vida que hace parte de las creaciones del espíritu, una vida personal, una vida que pertenece a la razón. En otras palabras, es una vida autodeterminada producto de asir la propia vida, de tomarla con las propias manos.

Consecuencialmente, era una forma de vida creada cuya aparición o desaparición se convertía en un acontecimiento mundano que se podía relatar como historia y establecer

como una biografía, dado que estaba construida por el grupo humano que habitaba la polis, con sus significantes sociales, sus valores, creencias, costumbres y hábitos, lo cual le daba un sentido que la convertía en una vida digna, en un bien vivir, dentro de las dimensiones social y política de la existencia humana, en unos recursos para vivir en un intento por franquear la brecha ontológica que distingue a los mortales humanos de los inmortales dioses.¹⁷⁵

-
- 175 Agamben, Giorgio (2003). *Homo sacer. El poder soberano y la nuda vida*. Valencia: Pre-Textos. pp.9-10 [Trad. esp. Antonio Gimeno Cuspinera]: los griegos tenían dos términos para definir lo que entendemos por *vida*. Las palabras *zōē* y *bíos*. La *bíos* la utilizaban sólo para aquella vida propia de un individuo o de un grupo. “Una vida cualificada, un modo de vida particular”. Arendt, Hannah (2006). *Óp. Cit.* pp.110-111: la principal característica de la *bíos*, que es específicamente humana y se diferencia de la “simple *zōē*”, consiste en que su aparición o desaparición es un acontecimiento mundano “que en sí misma está siempre llena de hechos que... se pueden contar como una historia, establecer [como una] biografía”. Aristóteles (1998). *Política*. Madrid: Alianza. pp.263-264 [Trad. esp. Carlos García Gual & Aurelio Pérez Jiménez]: (1323a) “airetotatos *bíos*” (vida deseable o digna). Bartolomé-Ruiz, CMM (2007). «Biopoder, alteridad y derechos humanos. La condición paradójica del derecho ante la vida» en: *Cátedra UNESCO. Derechos humanos y violencia: gobierno y gobernanza. El desplazamiento forzado interno en Colombia: un desafío a los derechos humanos*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia. pp.530-537: “los griegos designaban a... la vida humana digna con el término *bíos* [que] era la vida construida por las significaciones sociales del grupo, una vida diferente de la mera vida natural porque tiene sentidos, valores, costumbres, creencias, hábitos... La *bíos* era la vida creada por la polis... Es decir... es la vida humana digna en su dimensión social y política... que no se encuentra determinada por las leyes de la naturaleza... ella existe en un espacio... que es... creación humana... es una vida humana donde es posible el ejercicio de la libertad. En ella el ser humano tiene un espacio de construcción de su propia existencia, puede definir sus valores, creencias, gustos, formas de vida, gobernar sus deseos [es una] vida regida por la decisión de los sujetos... La vida humana plena es *bíos*”. Díaz, Santiago (2011). «El biopoder de la biotecnología o el biotecnopoder. Aportes para una Bio(s)ética» en: *Ludus Vitalis*. Vol. XIX. Núm. 36. P.193: la «βίος incluía una instancia de permanencia en el suceder histórico a partir de una toma de conciencia de la plena existencia y de realizar acciones que intentaran franquear la brecha ontológica que distingue a los

La ζωή (zōē). La palabra βίος (bíos) no agotaba la idea de vida, los griegos antiguos tenían también otra expresión para decir vida: ζωή (zōē) —cuya figura arquetípica era Dionisios—,¹⁷⁶ la cual era pronunciada para nombrar cuestiones siempre en singular como el mero vivir de los seres vivos, el simple hecho de vivir, la vida carente de logos, la vida orgánica (que crece, se alimenta y reproduce), la vida de todos los vivientes, la vida que se opone a la muerte, la vida que es engendrada y no creada, la vida que se opone a lo inorgánico e inerte de la naturaleza, pero también para enunciar toda la vida (la animal-vegetal, la humana y la de los dioses).

Lo anterior trae dos consecuencias:

1. En cuanto simple hecho de vivir, la ζωή se oponía a la βίος, hacía referencia a una vida que no es histórica, que es una

mortales humanos de los inmortales dioses». Foucault, Michel (2010). *El coraje de la verdad. El gobierno de sí y de los otros II. Curso en el Collège de France (1983-1984)*. Buenos Aires: FCE. P. 174: «la existencia (el bíos) se constituyó en el pensamiento griego como un objeto estético, objeto de elaboración y percepción estética: el bíos como una obra bella». P. 185: «el cinismo hace de la vida, de la existencia, del bíos, lo que podríamos llamar una aleturgia, una manifestación de la verdad». Gama, Luis Eduardo (2010). «Nietzsche, vida e interpretación» en: *Instituto de Humanidades. Conferencia Internacional Nietzsche: el devenir de la vida*. Santiago de Chile: Universidad Diego Portales. P. 2: «[La bíos hace referencia a la vida]... en el sentido del curso histórico y biográfico que es cosustancial a los seres humanos... [una vida que introduce al fenómeno]... en las creaciones del espíritu y la razón humana». Kerényi, Karl (1998). *Dionisos. Raíz de la vida indestructible*. Barcelona: Herder. P. 14: cuando «se pronuncia la palabra bíos,... lo que “suena” es la vida con su caracterización». Kottow, Miguel (2009). «Biética y biopolítica: una primera aproximación» en: *Congreso de ética 2009*. Santiago de Chile: Universidad Alberto Hurtado. P. 2: «βίος es la “forma o manera de vivir propia de un individuo”, es la existencia humana en cuanto programa, integración social, participación política... es un modo de ser personal».

176 Kerényi, Karl (1998). Óp. Cit. P. 95: «Dionisios es la realidad arquetípica de la zoé».

realidad biológica regida por el principio de supervivencia y por el imperativo de la necesidad, dado que se la entendía como aquella mera vida natural sometida y regulada por los imperativos de las leyes de la naturaleza —que hoy sabemos se alimentan de la contingencia y el azar—, las cuales impiden la libertad, en cuanto predeterminan la voluntad humana, y anulan los espacios para la creación, porque amenazan con la pena de destruir o maltratar la propia vida natural.

2. En cuanto la ζωή servía para enunciar toda la vida, hablaba de una vida que es esencia, de la vida de los inmortales dioses que es supra histórica, lo cual plantea en la actualidad dificultades para verla sólo en oposición a la βίος (bíos), porque evidencia la naturaleza inmortal como un fluir vital infinito (nacimiento-muerte-nacimiento) que va más allá de la muerte.¹⁷⁷

177 Agamben, Giorgio (2003). Óp. Cit. pp. 9-10: La palabra *zōē* era utilizada para referirse al simple hecho de vivir y para toda vida (animal, humana o de los dioses). Estaba excluida del ámbito de la *polis* quedando “confinada en exclusiva, como mera vida reproductiva, en el ámbito de la *oikos*”. Aristóteles (1998). Op. Cit. pp.45-46: (1252a) la vida natural, la *zōē* está excluida de la *polis* y confinada, como... vida reproductiva, al *oikos*. pp.127-128 (1278b) la *zōē* es un bien natural en sí misma en el que hay una cierta serenidad y una dulzura natural. Bartolomé-Ruiz, CMM (2007). Op. Cit. pp.530-532: «“los griegos denominaban la vida natural con el término de *zōē* [que] se refería a la vida natural común a todos los seres vivos... La *zōē* designa la mera vida natural del ser humano... Es decir,... la *zōē* es la vida natural entendida como mera vida biológica regida por las leyes naturales de la especie... Por ser mera vida natural, se encuentra sometida a las determinaciones de la naturaleza. Es una vida en la que no existe libertad ni espacio de creación... se rige por el principio de la supervivencia... La *zōē* vive sobreviviendo. Ella determina la obediencia a los imperativos de las leyes naturales de la vida... predetermina la voluntad humana a lo que tiene que hacer si quiere sobrevivir... En el mundo de la *zōē*... sólo cabe la obediencia fiel a los imperativos de la naturaleza, bajo la pena de destruir o maltratar la propia

El Hombre: βίος (bíos) y ζωή (zōē). Advirtiendo que no es posible pensar la vida sin una representación de tipo orgánico, la palabra βίος iba más allá de la mera vida natural, de la pura vida animal, era «una vida cualificada, un modo de vida particular» (Agamben, 2003: 9) y era resultado de las significaciones sociales, las cuales son acontecimientos humanos propios del mundo: las grandes creaciones artísticas, la invención de valores elevados, la transformación del medio. Es decir, mucho más que el ensamblaje de materia, bioquímica y fisiología.

Por su parte, la ζωή expresa dos circunstancias: al ser aquella mera vida natural sometida y regida por los imperativos de las leyes de la naturaleza (materia, bioquímica y fisiología), es una vida que se opone a la βίος; y al ser humana y de los dioses, engloba la βίος, con lo cual ambas existen en el mismo lugar y tiempo; es decir, son coextensivas.

Luego los individuos humanos, de acuerdo con los griegos antiguos, tenemos una vida dividida en dos formas

vida natural. La zōē humana abarca todos los ámbitos corporales, biológicos y psicológicos... impone sus leyes naturales al desarrollo biológico del cuerpo, al crecimiento, a la salud, a la enfermedad, a la alimentación, a la sexualidad, a los instintos, al envejecimiento, a la muerte... existe más allá de la voluntad de las personas... sustituye la libertad por la necesidad... [no forma] parte de los objetivos de la política ni de las instituciones sociales [pero] la vida humana existe más allá de la mera vida natural". Díaz, Santiago (2011). Óp. Cit. P.193-4: citando a Arendt, expresa que la «ζωή [es] un mero acontecimiento manifestado y plural de la naturaleza inmortal». Gama, Luis Eduardo (2010). Óp. Cit. P. 2: «[La zōē hace referencia]... a la vida en el sentido del proceso natural y biológico que caracteriza a los seres orgánicos (τὸ ζῶον) y los diferencia de los demás entes inorgánicos e inertes de la naturaleza...; [a la vida que se relaciona] con el cuerpo natural y sus procesos orgánicos de crecimiento, alimentación o reproducción». Kerényi, Karl (1998). Óp. Cit. P. 95: «El significado de zōē es la vida sin más caracterización». Kottow, Miguel (2009). Óp. Cit. P. 2: la «zōē... denota el "simple hecho de vivir"... es la vida natural».

que son siempre una realidad natural inseparable, a saber: una cultural, la *hecha o creada, bella, cualificada, histórica, libre, mundana, no necesitada, pensada, digna o humana* y, otra, la biológica *no creada, dada, orgánica*,¹⁷⁸ *determinada, engendradora, inmortal e infinita que fluye (nace-muere-nace)*, *necesitada, primigenia, esencial o animal-vegetal*,¹⁷⁹ entonces: ¿qué consecuencias tiene hacer esta división de la vida al interior de los individuos humanos?

Giorgio Agamben, responde la pregunta:

La división de la vida... en animal y humana, se desplaza pues al interior del viviente hombre como una frontera móvil, y, sin esta misma cesura, la decisión misma sobre lo que es humano y lo que no lo es sería, probablemente imposible. La posibilidad de establecer una oposición entre el hombre y los demás vivientes... solo se da porque algo como una vida animal se ha separado en el interior del hombre... Pero si eso es verdad, si la cesura entre lo humano y lo animal se establece fundamentalmente en el interior del hombre, lo que debe plantearse de un modo nuevo es la propia cuestión del hombre y del «humanismo» (Agamben, 2005: 27).

Esta respuesta, en primer lugar, pone en evidencia que la distinción entre la ζωή y la βίος, al interior del Hombre, «no proviene —como lo señala Gama— de un refinamiento

178 La vida orgánica comprende las formas animalia, fungi, monera, plantae (vegetal) y protista. Pero, en Aristóteles la vida emerge como una cesura o fractura que separa la vida animal de la vida humana, la cual ha sido asumida por la antropología, la biología, la filosofía, la medicina, la política, la psicología, la sociología y la teología. Cfr. Aristóteles (1998). *Política*. Madrid: Alianza. 1253a.

179 Cfr. Bichat, Francisco Xavier María (1827). *Investigaciones fisiológicas sobre la vida y la muerte*. Madrid: Imprenta que fue de García. P. 16-17: «La vida... nos presenta dos modificaciones... la una es común al vegetal y al animal, y la otra propia de este último».

lingüístico exclusivo de los griegos, sino que refleja una ruptura que es inmanente al fenómeno mismo y que se hace palpable en la experiencia humana. Se trata de la convicción casi evidente de que la vida humana es en algún sentido especial, distinta o superior a las demás formas de vida orgánica» (Gama, 2010: 2).

En segunda instancia, permite concluir que el concepto de «vida humana» no ha sido definido sino descrito, lo cual equivale a decir que la «vida» ha sido considerada como indefinible,¹⁸⁰ en consecuencia explica la manifestación del conflicto entre la animalidad del hombre,^{ah} (lo animal o phoné) y la humanidad del hombre (lo humano o logos) que pareciera nos aboca, al poner en relación biología y ética, a una «bio (zoo) ética», y no a una «Bioética», cuyo problema es determinar el concepto de vida —hoy muy lejos de lograr— y establecer en qué consiste la especialidad, distinción o superioridad entre lo humano del hombre y lo animal del mismo, lo cual se da en él solamente, coexistente, indisoluble, integrado, unido y en el mismo tiempo y lugar, por una parte, y puede expresarse, a la manera de una ecuación, así:

$$\text{Hombre} = \beta\acute{\iota}\omicron\varsigma \text{ (bíos)} + \zeta\omega\eta \text{ (zōē)}_{ah},$$

que es como si el Hombre contuviera dentro de sí dos formas de vida y no una vida a cuyo interior se establece una cesura.

180 Dilthey, Wilhelm (2000). *Crítica de la razón histórica*. Barcelona: Ed. Península. P. 184: «La expresión “vida” designa... lo más oscuro... algo completamente insondable. La pregunta “¿qué es la vida?” constituye un enigma insoluble [que] es posible describirlo... destacar sus rasgos característicos particulares... Pero es imposible descomponer la vida en sus factores. La vida es inanalizable [porque] el pensar está en la vida, y no puede, por lo tanto, ver detrás de ella».

Esto quiere decir que en cuanto se pregunta la Bioética por el Hombre, es como si la vida se distribuyera en cada una de sus dos formas (biológica/evolutiva y cultural/creativa), las cuales lo hacen a él, permitiendo ver que su vida es un «todo en uno», un ser integral, o lo que es igual, una βίος que habla de lo humano en el Hombre (lo que lo hace significar superior), que coexiste, que no se disyunta, que no se separa de una ζωή que habla de lo animal-vegetal del Hombre (el animal humano, que reacciona y obedece impulsos), tal como lo observó Bichat al concluir el siglo XVIII,¹⁸¹ no obstante su innegable fractura que, como lo observa Gama, conduce a la pregunta «por la frontera o límite que separa la vida a secas de la vida humana, la zoé de la βίος, o la vida sólo natural de la llamada vida del espíritu» (Gama, 2010: 2).

Por la otra, están cuestiones de Bioética como la «Bioética animal no humana», cuyo asunto no es más que pura ζωή, absoluta animalidad (lo animal o phoné), sólo vida dada por la naturaleza, el mero vivir, la fuerza vital, en el que entonces el βίος en la palabra Bioética remite a la dimensión de la ζωή, el simple hecho de vivir, la vida orgánica; es decir, nos remite a una zoo-ética que hablaría la ζωή animal, de la ζωή vegetal y de la ζωή otras formas de vida, las cuales es posible expresar así:

$$\zeta\omega\acute{\eta} \text{ (}\zeta\omicron\breve{\eta}\text{)}_{\text{animal}} + \zeta\omega\acute{\eta} \text{ (}\zeta\omicron\breve{\eta}\text{)}_{\text{vegetal}} + \zeta\omega\acute{\eta} \text{ (}\zeta\omicron\breve{\eta}\text{)}_{\text{otras formas}},$$

la cual, podemos simplificar expresando:

$$\zeta\omega\acute{\eta} \text{ (}\zeta\omicron\breve{\eta}\text{)}_{\text{animal} + \text{vegetal} + \text{otras formas}}$$

181 Cfr. Bichat, Francisco Xavier María (1827). Óp. Cit. P. 19: «el vegetal es el bosquejo del animal, y para formar este último no ha sido necesario más que dar a este bosquejo un aparato de órganos exteriores proporcionados para establecer estas relaciones».

Pero, esta ζωή que contiene la vida animal, vegetal y de otras formas; es decir, no es concreta, es general y no contiene la vida del animal humano, entendida la ζωή como el simple hecho de vivir (vivir), de donde podemos decir que:

$$\zeta\omega\acute{\eta} (z\ddot{o}\check{e})_{\text{vivir}} = \zeta\omega\acute{\eta} (z\ddot{o}\check{e})_{\text{ah}} + \zeta\omega\acute{\eta} (z\ddot{o}\check{e})_{\text{animal} + \text{vegetal} + \text{otras formas}}$$

de donde, la ζωή (zōē)_{ah} — el mero ser humano —, puede ser expresada como

$$\text{Hombre} - \beta\acute{\iota}\omicron\varsigma (\text{bíos}) = \zeta\omega\acute{\eta} (z\ddot{o}\check{e})_{\text{ah}}.$$

Esto quiere decir un restar, si preguntamos por el Hombre; un excluir, un extraer, un quitar, un separar, un sustraer, la βίος (bíos) al Hombre, permitiendo reemplazar en la ecuación ζωή (zōē)_{vivir}, el factor ζωή (zōē)_{ah} por la forma [Hombre - βίος (bíos)], quedando el Hombre en el más despojado de los sentidos, obteniendo así

$$\zeta\omega\acute{\eta} (z\ddot{o}\check{e})_{\text{vivir}} = [\text{Hombre} - \beta\acute{\iota}\omicron\varsigma (\text{bíos})] + \zeta\omega\acute{\eta} (z\ddot{o}\check{e})_{\text{animal} + \text{vegetal} + \text{otras formas};}$$

lo cual, nos confirma de manera inequívoca que la ζωή_{vivir}, no es más que vida biológica, que vida orgánica,¹⁸² que vida natural, que contiene a lo animal del Hombre, al Hombre al que se le ha sustraído la βίος, una formidable abstracción que fundamentó la racionalidad subyacente a la medicina nazi, cuando conceptualizó sobre los «Versuchepersonen»

182 Entiendo la vida orgánica en el sentido general; es decir, como vida de un organismo vivo. No la entiendo en el sentido especial que le dio Bichat, Francisco Xavier María (1827). Óp. Cit. P. 19: «Doy el nombre de vida orgánica al conjunto de las funciones [que se componen de una sucesión habitual de asimilación y de excreción, por las que transforma o convierte sin interrupción en su propia sustancia las moléculas de los cuerpos que le rodean, y la expele enseguida cuando le son heterogéneas]... todos los seres animales o vegetales gozan de ella».

o «cobayas humanas», o cuando habló de autorizar suprimir vidas indignas de ser vividas.

Sin embargo, esta formidable abstracción no permite equiparar al animal humano con otros animales, puesto que al ser la βίος coextensiva con la ζωή —salvo los estados de inconsciencia—, el animal humano siempre será en potencia lo humano en el Hombre, haciendo imposible hallar una vida humana carente de cualificación o desprovista de todo valor moral; es decir, no existen vidas humanas indignas de ser vividas porque, por más que se intente sustraer la βίος al animal humano, siempre alcanzará un nivel superior al mero natural, porque siempre transitará en el sentido de la ζωή hacia la βίος, de la vida meramente animal-vegetal a la vida humana, de la vida necesitada a la vida no necesitada, de la vida engendrada a la vida creada, de la vida biológica a la vida histórica, de la vida inmortal a la vida mortal, lo cual nos conduce a preguntarnos por los límites entre lo natural y lo artificial, entre lo biológico y lo cultural, o entre lo no humano y lo humano.

Finalmente, están otros asuntos bioéticos como son la «Bioética medioambiental» o la «Bioética de las poblaciones», que no se reducen a la noción del βίος, ni a la mera vida biológica, sino que se extienden a otras formas de vida,¹⁸³ haciendo entrar la vida biológica toda dentro de una problemática más general, más allá de la animalidad pero más acá del vivir bien, o la humanidad, una especie de bio(zoo)ética.

183 Aquí me refiero a aquellas formas de vida como la protista, la vegetal o la viral, las cuales no encajan dentro de la vida humana ni animal, a que hacían referencia los griegos.

1.2. El sufijo *-ética*

«Ética» procede del término latino *ethĭcus* y éste, a su vez, del griego antiguo ἠθικός (*êthicos*) que deriva de la palabra ἦθος (*êthos*), la cual presenta tres ascendientes nominales, uno de ellos muy conocido por haber sido el utilizado por Aristóteles¹⁸⁴ para expresar «costumbre»¹⁸⁵ y, por extensión, «comportamiento», «modo habitual de ser» o «carácter», es decir una constancia en el actuar, lo que se sabe y se conoce, lo contrario a impulso, que es el sentido con el cual «se entrelaza más a menudo con su acepción general de hábito o costumbre [a lo largo de la historia de la ética]» (Bilbeny, 1992: 14).

Sin embargo, existe también otra forma de ἦθος (*êthos*), utilizada en el lenguaje homérico para expresar «morada del hombre o del animal», o sea estancia habitual o permanente para la supervivencia de los seres vivos (el significado más arcaico), como también «carácter habitual» de la persona.

En otras palabras, nos encontramos ante tres expresiones griegas diferentes, con una raíz semántica análoga,¹⁸⁶ cuyos significados no parecen contrapuestos sino complementarios, como bien lo explica Leonardo Boff, así:

[ἦθος (*êthos*)], con «e» larga, significa la morada, el abrigo permanente tanto de animales (establo), como de se-

184 Aristóteles se ubica a sí mismo dentro de una tradición ética que se remonta a los sofistas, Sócrates y Platón.

185 Es menester tener presente que toda costumbre, al igual que su enseñanza y transmisión, se da dentro de un contexto social, es decir, se produce dentro del espacio de una comunidad que dialoga y establece unas interacciones socialmente reguladas.

186 Cfr. Bartholo, Robert Jr, Bursztyn, M & Leonardos, Othon H (2000). «Science and the Ethics to Sustainability» en: Rocha-Miranda, Carlos Eduardo, ed. *Transition to Global Sustainability: The Contributions of Brazilian Science*. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Ciencias.

res humanos (casa)... [el cual] delimita una parcela [en la que se construye la [morada]... [ἔθος (êthos)], con «e» breve del alfabeto griego designa las costumbres, esto es, el conjunto de valores y de hábitos consagrados por la tradición cultural de un pueblo... como conjunto de los medios ordenados a un fin (Boff, 2001: 26-27).

Luego, la primera forma del ἦθος (êthos) habita el espacio de la ζωή (zōē), mientras que la segunda manera de ἔθος (êthos) está claramente en la dimensión de βίος (bíos). Espacio y dimensión propio de la «Bioética», pero no de la «ética» porque esta se limita únicamente a la βίος, ¿qué nos devela y qué significa esta cuestión del lenguaje?

Este asunto del lenguaje nos devela y significa que la «Bioética» no es una «ética», aunque comparta la dimensión clásica del ἔθος (êthos), sino algo nuevo. Tampoco es una aplicación de ella, como muchos la entienden,¹⁸⁷ por idéntica razón. En tal sentido, afirmo de acuerdo con Maldonado que «la bioética no es ni puede ser simplemente una ética aplicada» (Maldonado, 2009: 53).

Por lo tanto, nuestra investigación permite observar que la Bioética abarca tanto la forma arcaica del ἦθος (êthos)

187 Es frecuente oír decir, leer, que la Bioética es una ética aplicada, así lo expresan, por ejemplo: Cfr. Gracia, Diego (1989). *Introducción a la Bioética*. Madrid: Eudema. Cfr. Varga, Andrew C (1994). *Bioética. Principales problemas*. Óp. Cit. Cfr. Sgreccia, Elio (1994). *Manual de Bioética*. México: Ediciones Diana. Cfr. Cortina, Adela (1996). «Ética aplicada» en: Cortina, Adela & Martínez, Emilio, eds. *Ética*. Madrid: Akal. Cfr. Clotet, Joaquim (1997). «Bioética como ética aplicada y genética» en: *Perspectivas Bioéticas de las Américas*. Año 2. Núm. 1. Cfr. López de la Vieja, María Teresa (1997). «Principios morales en la ética aplicada» en: *Ágora. Papeles de filosofía*. Vol. 16. Núm. 2: 157-166. Cfr. Cortés-Morato, Jordi & Martínez-Ruiz, Antoni (1996). *Diccionario de filosofía en CD-ROM*. Barcelona: Editorial Herder. Cfr. Kottow, Miguel (2010). «La deliberación Bioética» en: *Práxis. Revista de Psicología*. Año 13. Núm. 19: 53-74.

como la forma más nueva del *ἔθος* (*êthos*), en cuanto que ella cubre un espectro que va de la *βίος*, pasando por la *ζωή*, hasta alcanzar las otras formas de vida, lo cual permite explicar por qué es aledaña, colindante, contigua o vecina de tantos y variados saberes y dimensiones, o sea que desborda a la ética.

1.3. Entonces: biología + ética = *Bioética*

Elaborar esta ecuación nos permite ver cómo entrecruzando (entrelazando) biología¹⁸⁸ (ciencia natural) y ética (ciencia filosófica), que es un vínculo que intercepta, se establecen las condiciones para un «diálogo interdisciplinar — como lo expresa Juan Ramón Lacadena— entre [la] vida (*bíos*) y [los] valores morales (*ethos*)» (Lacadena, 2002: 37). Por lo tanto, significa proyectar la ética sobre la vida e introducir la vida en el campo de la ética, convirtiendo a la «Bioética» en un concepto que, a decir de Deleuze y Guattari, en vez de formar una totalidad cerrada pone en escena «una encrucijada de problemas» que se precipitan sobre otros conceptos.

El resultado: se transforma la biología —hoy bio tecnología—, que es lo orgánico (gen-Ética, manipulación de la vida, OGM, procreación asistida, etc.), se transforma la ética, que es lo simbólico (derecho a morir, libertad procreativa, límites de la ciencia, muerte, paternidad responsable, etc.) o, lo que es lo mismo decir, la «Bioética» es un vínculo que transforma lo puesto en relación, es decir, que crea, origina, produce una red de relaciones propias que nos obligan a

188 Contreras, Ricardo Rafael (2005). *Bioética. Reto de la postmodernidad*. Mérida: Fundacite-Mérida/CDCHT-ULA. P. 34: «La biología es más que botánica y zoología... es la relación entre plantas, animales, el hombre y el ambiente físico».

repensar lo pensado, a reescribir lo escrito y a volver a concluir lo concluido, con lo cual se descarta la posibilidad de la «Bioética» como un campo, o una aplicación, de la «biología», menos aún de la «ética», como atrás lo afirmé.

2. La Bioética, ¿antrópica o anantrópica?

El debate antrópico versus anantrópico —*a priori* el debate entre la vida de los seres humanos y la vida del resto de los seres vivos—, parte de la idea del «Principio Antrópico»,¹⁸⁹ deviene en una «Bioética antrópica», centrada en la vida específica y exclusivamente humana, en la vida digna, la existencia, la vida βίος, la cual se opone a una «Bioética anantrópica», centrada en la simple vida biológica, el mero vivir, la vida ζωή, la cual —como hemos visto— comprende, o engloba, la vida animal-vegetal como si fuera una omniabarcante narrativa, la cual sólo se da en el Hombre.

2.1. Bioética antrópica

Desde esta óptica reduccionista, se rechaza de manera radical que la «Bioética» se ocupe también de la pura ζωή, la simple animalidad, la vida dada por la naturaleza, el mero vivir, el simple estar vivo o la extensión a otras *formas de vida*.

189 Cfr. Barrow, John D.; Tipler, Frank J. (19 May 1988). *The Anthropic Cosmological Principle*. Oxford: Oxford University Press. Cfr. Cely-Galindo, Gilberto (2009). «Fundamentos de la ética ambiental: ¿ética ambiental o Bioética?» en: Barrantes, Roxana et al. *Ética Ambiental y Política Pública-VI Jornadas de Reflexión Ética*. Lima: Universidad Antonio Ruiz de Montoya-Secretaría General de la Comunidad Andina. P.57n.: «El “Principio Antrópico”, que tiene origen en los teóricos de la física del cosmos... sugiere que las leyes que rigen la materia-energía desde el principio del universo se articulan de tal forma que conducen a la emergencia del ser humano, y a generar las condiciones biofísicas para la supervivencia de éste».

En conclusión, como lo expresa Elena Ronzón, «el “antropismo” rechaza que la Bioética se ocupe de la “vida” en general, de la “biosfera” en su conjunto» (Ronzón, 2004: 444). Es decir, que desde esta mirada reduccionista autocomplaciente se cierra su espectro, no siendo posible una «Bioética animal no humana», ni mucho menos una «Bioética medioambiental», lo cual conduce a que ella «se entienda como “gestión Bioética”» (Silvero, 2004: 4.3), porque sólo caben «los *individuos humanos corpóreos*, que se constituyen y relacionan entre sí y con el medio en un campo conflictivo» (Ronzón, 2004: 444), puesto que es una Bioética que «pone el objeto práctico último de la Bioética en la vida humana» (Bueno, 2001: 12), que es una βίος que olvida que es coextensiva con esa ζωή que expresa un proceso vital, que es vida meramente biológica, nada más que solamente orgánica, pero que también habla de una vida que es esencia, que es dada, que es eterna.

2.2. Bioética anantrópica

Las dificultades que ofrece la «Bioética antrópica» — como acabamos de ver — son entre otras, la imposibilidad de resolver asuntos del presente como la urgente necesidad de una «Bioética animal no humana» alrededor de la experimentación animal, una «Bioética de la manipulación de la vida» en torno a los OGM, de una «Bioética medioambiental» alrededor de la supervivencia de la biosfera, o de una «Bioética de las poblaciones» que gira sobre el crecimiento de la población. O sea, cuestiones desde la simple animalidad, desde el mero vivir, desde la pura ζωή, desde la mera supervivencia o desde la extensión a otras *formas de vida*.

Entonces, ante esto se hace urgente que quepa «[una] *perspectiva biológica* [que tienda] a mantener un tipo de

Bioética para la que lo importante [sea] la vida en general (de las especies)... una Bioética de “defensa de la vida en general”» (Ronzón, 2004: 445), que nos permita ahondar en cada uno de los modos concretos y singulares en que se manifiesta cada una de las formas de vida existentes. En palabras de Gustavo Bueno, que ponga «el objeto práctico último... en la biosfera» (Bueno, 2001: 12), en la óptica de una Bioética anantrópica que entienda la ζωή como simple hecho de vivir, en cuyo caso es basamento, fundamento, de la βίος, a pesar de ser su opuesto; pero, también la entienda como toda la vida, en cuyo caso habla de esencia, de fluir vital inmortal, lo cual podría dar lugar a una zooética que está por desarrollar.

2.3 Las insuficiencias de las bioéticas antrópica y anantrópica

La Bioética antrópica, al reducir su ámbito a lo individual corpóreo humano deja por fuera los problemas no humanos urgentes de la biosfera, el mero vivir o la extensión a otras *formas de vida*; la Bioética anantrópica, al dejar por fuera la existencia humana, la βίος, deja escapar las significaciones sociales y los acontecimientos humanos propios del mundo, cuando el objeto ha de ser toda la vida, y no resuelve la cuestión de la aparición de una vida humana carente de toda cualificación, desprovista de todo valor moral, reducida a pura ζωή, tal como ocurrió con el paroxismo eugenésico nazi vivido en Auschwitz y Dachau.

Entonces, producto de esta radical distinción llegamos a dos consecuencias: la primera es mirar los peces sin observar el río, la segunda es observar el río sin mirar los peces, luego ambas concepciones de la Bioética sólo abarcan una parte de ella; es decir, que ninguna de las dos se encamina hacia la «Bioética» como un todo en uno, hacia la integralidad de

la «Bioética», ambas son miradas insuficientes en tanto que complementarias, ¿por qué?

Porque la Bioética antrópica sólo ve al hombre ser viviente en relación consigo mismo e ignora la vida en general de la que él es partícipe, la Bioética anantrópica no ve al hombre ser viviente sino a la vida en general porque excluye la meramente humana, la ζωή (zōē)_{ah}. El hecho fundamental de la Bioética, entonces, no es lo antrópico ni lo anantrópico en cuanto tal. Las dos no son sino magníficas abstracciones parciales que olvidan la coextensividad de la βίος respecto de la ζωή, pues esta constituye una condición inexcusable e ineludible para la existencia de aquella.

La primera (la antrópica) es un hecho de la existencia porque es el producto de relaciones vivas, creadas, no engendradas, significantes entre seres humanos; la segunda (la anantrópica) es un hecho del mero vivir, engendada y no creada, en la medida que se edifica en relaciones no humanas vivas, contempladas por el hombre.

En consecuencia, el objetivo central de la Bioética no lo constituye, sólo lo antrópico ni sólo lo anantrópico, sino la vida con la vida, la βίος coextensiva con la ζωή. La cuestión, por lo tanto, no es ni la una y ni la otra, sino las dos al tiempo, la vida toda, la biosfera. En fin, la cuestión Bioética.

3. La Bioética, un saber metadisciplinario

He venido afirmando que, a pesar del cuestionamiento de Turner, la Bioética es una disciplina¹⁹⁰ —al tiempo que una

190 Cfr. Turner, Leigh (2009). «Does bioethics exist?» en: *Journal of Medical Ethics*. Vol. 35. Núm.12.

actividad— cuya especificidad reside en la βίος, la cual para algunos reviste el serio carácter de interdisciplinaria,¹⁹¹ para muchos simplemente de multidisciplinaria,¹⁹² y, para unos pocos llega a ser transdisciplinaria;¹⁹³ pero, ¿no será acaso τα μετὰ (tá metá) —un más allá— de la vida toda?

-
- 191 Cely-Galindo, Gilberto (1995). «La Bioética como lugar del diálogo científico» en: *El horizonte bioético de las ciencias*. Bogotá: Centro Editorial Javeriano. P.: «El padre de la Bioética, Van Rensselaer Potter, la concibió como “una actividad interdisciplinaria”». Llano-Escobar, Alfonso (2002). «Funciones del bioeticista» en: *Revista Selecciones de Bioética*. Núm. 2. P. 21: «La Bioética viene siendo entendida... como un saber interdisciplinario». Maldonado-Gómez, Olga (2001). «Interdisciplinarietà en bioética» en: Peña, Beatriz, coord. *Memorias Cátedra Manuel Ancizar. Ética y bioética. I semestre de 2001*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia/Facultad de Enfermería. P. 230: «Entiendo la bioética, como un estudio interdisciplinario». Obando, Dixa (2010). «La Bioética en el sector de educación superior» en: *Revista Electrónica Facultad de Enfermería*. Vol. 4. Núm. 2. P. 256: «La Bioética es un saber interdisciplinario que reflexiona en torno a problemas... de la vida humana [desde] la filosofía, la biología, la medicina, el derecho, la religión, la economía, la política, la sociología». Torres-Acosta, Rafael (2011). *Glosario de Bioética*. La Habana: Ecimed. P. 17: «La Bioética es una actividad interdisciplinaria». Potter, Van Rensselaer (1970). «Bioethics, the Science of Survival» Óp. Cit. P. 135: «La Bioética debería llegar a ser un nuevo tipo de ciencia de la vida, esencialmente interdisciplinaria».
- 192 Bergel, Salvador Darío (2002). «Los derechos humanos entre la Bioética y la genética» en: *Acta Bioethica*. Año 8. Núm. 2. P. 318: «la Bioética [recurre al debate] multidisciplinario». Gross-Espiell, Héctor (2008). «Prefacio» en: Tealdi, Juan Carlos, Dir. *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. P. XV: la Bioética tiene un «carácter necesariamente multidisciplinario». Márquez-Mendoza, Octavio (2006). «Bioética laica y derechos humanos» en: Sánchez-López, Marco Antonio, ed. *Noveno certamen de ensayos sobre derechos humanos. Bioética y derechos humanos*. Toluca: Comisión de Derechos Humanos del Estado de México. P. 38: «La Bioética como disciplina... necesariamente recurre a diversas disciplinas... de ahí la necesidad de que continuamente vaya construyéndose de modo multidisciplinario».
- 193 Byk, Christian (2002). «Realidad y sentido de la Bioética en el plano mundial» en: *Revista Selecciones de Bioética*. Núm. 2. P. 6: «la Bioética [es una] transdisciplina que crea diálogos con otras disciplinas distintas a la moral y a la ética». Cely-Galindo, Gilberto (2007). *Bioética global*. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana. P. 79: «interpretando el pensamiento de

3.1. Interdisciplinariedad

Se atribuye al sociólogo Louis Wirtz haber acuñado la palabra «interdisciplina» en 1937 (Lenoir, 1999: 11) — aunque previamente la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos utilizó la expresión «cruce de disciplinas» y el Instituto de Relaciones Humanas de la Universidad de Yale propuso la «demolición de las fronteras disciplinarias» —. Esto dio inicio a la discusión entre las disciplinas y a «la transferencia de los métodos de una disciplina a otra[, desbordándolas,] pero su finalidad sigue inscrita en la investigación disciplinaria»¹⁹⁴ (Nicolescu, 1996: 37); es decir, concierne, cuando mucho, un solo y mismo nivel de realidad» (Ibídem: 38). En este ejercicio, señala Nicolescu, se aprecian tres tipos de interdisciplinariedad:

(...) a) *un grado de aplicación*; por ejemplo, los métodos de la física nuclear transferidos a la medicina conducen a la aparición de nuevos tratamientos del cáncer; b) *un grado epistemológico*; por ejemplo, la transferencia de los métodos de la lógica formal en el campo del derecho genera análisis interesantes en la epistemología del derecho; c) *un grado de generación de nuevas discipli-*

Potter, nuestra propuesta implica una visión transdisciplinaria». Lolas-Stepke, Fernando (2002b). «Institucionalización de la Bioética: desafíos de la Bioética en el contexto latinoamericano» en: *Revista Selecciones de Bioética*. Núm. 2. P. 13: «El modelo transdisciplinar pareciera ser apropiado para el discurso bioético en la actualidad». Sotolongo, Pedro Luis (2008). «Bioética y complejidad» en: Tealdi, Juan Carlos, Dir. Óp. Cit. P. 174: «La praxis y la reflexión de la Bioética [permiten] construir un saber bioético transdisciplinar».

194 Nicolescu, Basarab (1996). *La transdisciplinariedad. Manifiesto*. Hermosillo: Multidiversidad Mundo Real, Edgar Morin, A. C. P. 37: la expresión «inscrita en la investigación disciplinaria» quiere decir que «ese “más” es al servicio exclusivo de esa misma disciplina» contribuyendo «al big bang disciplinario».

nas; por ejemplo, la transferencia de los métodos de la matemática al campo de la física ha generado la física matemática, de la física de las partículas a la astrofísica ha generado la cosmología cuántica, de la matemática a los fenómenos meteorológicos o los de la bolsa ha generado la teoría del caos, de la informática al arte, el arte informático (Nicolescu, 1996: 37).

En otros términos, que existe una relacionalidad de asunciones, cosmovisiones y lenguajes que originan, como lo señala Anthony McMichael, a unas disciplinas derivadas «que [tienen] propiedades cualitativamente diferentes» (McMichael, 1998: 26), en términos de Lolas-Stepke, que comparten «cometido y contenido» (Lolas, 2002b: 13); es decir, es una intersección de disciplinas, lo cual nos permite afirmar que cuando el eticista, al estudiar un fenómeno moral tenga que recurrir a conocimientos y técnicas de la biología sin tener que llegar a nuevas asunciones, cosmovisiones y lenguajes, su trabajo no es interdisciplinario, es simplemente sólo multidisciplinario.

Con base en lo hasta aquí dicho, la Bioética es un claro ejemplo de generación de una nueva disciplina a partir de la transferencia de los métodos de la biología hacia la filosofía, en un primer tiempo, desde la filosofía hacia la biología, en un segundo momento y, actualmente, en ambos sentidos haciendo posible hoy hablar del método bioético. Sin embargo, cabe preguntar: ¿pretende la indagación Bioética seguir inscrita dentro de la denominada «investigación disciplinaria», para que podamos hablar clara e inequívocamente de interdisciplinariedad?

3.2. Multidisciplinariedad

Surge en la educación, en general, y en la universitaria, en particular. Ella quiere decir agregado, añadido o mezcla de dis-

ciplinas y, según Guy Palmade, «yuxtaposición¹⁹⁵ de disciplinas diversas, a veces sin relación aparente entre ellas, prescindiendo de su relación conceptual y metodológica» (Palmade, 1979: 225), como afirma Lolas-Stepke un «compartir cometido, mas no contenido ni contexto» (Lolas, 2002b: 13); es decir, un poner una disciplina junto a otra u otras disciplinas sin que ello signifique siquiera intentar esclarecer sus posibles relaciones, mucho menos procurar que transfieran algo entre ellas o que generen nuevos esquemas referenciales, conceptuales u operativos, es simplemente juntarlas, o yuxtaponerlas, para conseguir una respuesta a una pregunta desde horizontes diferentes no vinculados. Por ello, «el enfoque multidisciplinario --dice Mattei Dogan-- es engañoso porque propugna la división de la realidad en diversos fragmentos» (Dogan, 1997: 16).

En tal sentido, la Bioética no es un poner la biología (las ciencias naturales) junto a la ética (las humanidades) para que cada una nos conduzca a respuestas diferentes no conexas, no relacionadas, frente a la problemática biotecnocientífica, sino un recurrir (un acudir) desde la biología conceptual y metodológicamente a la ética y desde ésta hacia aquella, para cambiarlas y enriquecerlas a través de un ejercicio epistemológico que va más allá de ellas mismas y produce una síntesis de los distintos lenguajes empleados, es decir, una cuestión que parte desde la formulación misma del problema. Por lo tanto, la Bioética en este sentido no puede considerarse solamente como un simple ejercicio multidisciplinario,¹⁹⁶ el cual puede

195 Es la acción y efecto de yuxtaponer, proviene del latín *iusta* que traduce «junto a».

196 Sin embargo, anotan, Faralli, Carla (2010). «La Bioética y los desafíos futuros de la Filosofía del Derecho» en: *Revista de Filosofía Jurídica, Social y Política*. Vol. 17. Núm. 1. P. 123: «[una] de las características intrínsecas de

que tenga alguna utilidad en este campo, especialmente cuando se trata de los comités de Bioética.

3.3. Transdisciplinariedad

El origen de la palabra es reciente, según el físico rumano Basarab Nicolescu, tal vez la primera autoridad en el tema, fue utilizada en 1970 por Jean Piaget, Erich Jantsch y André Lichnerowicz (Nicolescu, 2005: 1). Según Ludwig Schmidt, «tiene como finalidad la comprensión del mundo actual, que tiene como uno de sus imperativos la unidad de los conocimientos» (Schmidt, 2008: 87). En términos actuales, Nicolescu señala:

La transdisciplinariedad concierne, como el prefijo «trans» lo indica, lo que *está* a la vez *entre* las disciplinas, *a través* de las diferentes disciplinas y *más allá* de toda disciplina. Su finalidad es la comprensión del mundo presente en el cual uno de los imperativos es la unidad del conocimiento (Nicolescu, 1996: 37).

En otras palabras, decir transdisciplinariedad es problemático porque es situar un saber entre las disciplinas (como la fracción del clavo que se observa entre dos ladrillos unidos por él), es atravesarlas (como el clavo dentro de cada uno de los ladrillos) y es ponerse más allá de ellas (como la punta del clavo que asoma más allá de uno de los ladrillos). O, lo que es lo mismo, una transdisciplina es aquella que se ubica entre

la Bioética [es] la multidisciplinariedad». Además, añade, «la multidisciplinariedad de la Bioética se configura como un objetivo a alcanzar». Garrafa, Volnei (2005). «Multi-inter-transdisciplinariedad, complejidad y totalidad concreta en Bioética» en: Garrafa, Volnei, Kottow, Miguel & Saada, Alya, eds. *Estatuto epistemológico de la Bioética*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética de la Unesco. P. 82: «la multidisciplinariedad... ha sido parte del arsenal epistemológico de la Bioética desde su inicio».

las disciplinas, en las disciplinas y más allá de ellas mismas, generando una «estructura discontinua [porque] se interesa por [una] dinámica engendrada por la acción de varios niveles de Realidad» (Nicolescu, 1996: 38), o lo que es igual a decir, «un ejercicio — como lo expresa Lolas-Stepke — en ruptura de límites» (Lolas, 2002b: 13).

La Bioética en cuanto «puente conceptual y metodológico entre la cultura científico-técnica y la cultura humanista» es la realidad de un lo que está entre lo que une; en cuanto «escucha y da la palabra al lego»¹⁹⁷ que irrumpe, permite que los saberes desplazados, relegados, estigmatizados, inconvenientes o simplemente devaluados¹⁹⁸ por el saber científico vuelvan a la escena, es la realidad de un más allá de toda disciplina, saber o campo del conocimiento; pero, ¿es la realidad de un a través de la cultura científico-técnica? O, ¿es la realidad de un a través de la cultura humanista?

En ambos casos lo es, pues como ya lo advertí, la Bioética «transforma lo puesto en relación», así: al atravesar la cultura científico-técnica modifica el «imperativo técnico» atrás referido, al atravesar la cultura humanista nos permite reflexionar sobre los «derechos animales»; al atravesar el

197 Cuando digo «lego» quiero expresar el hombre común, las culturas precedentes no científicas o no dominantes y las culturas consideradas extrañas.

198 Lolas-Stepke, Fernando (2000). «Hacia una Bioética para América Latina y el Caribe» en: Lolas-Stepke, Fernando, ed. *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad y derechos. Serie Publicaciones 2000. División de Salud y Desarrollo Humano. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud*. Panamá: LOM Ediciones. P. 14: «el discurso bioético [exalta] la diversidad de los puntos de vista... Lejos está de ser el cultivo de... un lujo exótico o ese dudoso deleite de intelectuales ajenos al mundo... [En Bioética] los conocimientos valen en tanto arquitectura socialmente relevante de los datos y las informaciones» P. 15: La «Bioética exige una vigilante conciencia y permanente examen [para] construir una tradición propia y afirmar identidad».

«imperativo técnico» modifica la idea de que es posible hacer todo aquello que se sabe y se puede hacer; al atravesar los «derechos animales» transforma la epistemología y ética de la experimentación; al atravesar la idea de que es posible hacer todo aquello que se sabe y se puede hacer descubre el deber (lo que se debe hacer); al atravesar la epistemología y ética de la experimentación modifica la fundamentación ética para el respeto a la naturaleza; al atravesar el deber transforma la validez del principio de «la libertad de investigación», etc. Entonces, la Bioética es un a través de la cultura científico-técnica y la cultura humanista.

De las anteriores explicaciones se desprende que la Bioética es lo que está entre la cultura científico-técnica y la cultura humanista; lo que las atraviesa a ambas y un más allá disciplinar de las dos, en un intento por comprenderlas como una unidad de conocimiento, en un intentar comprender el mundo bío tecno científico presente, que nos ha correspondido vivir.

3.4. ¿Es la Bioética un intentar ver lo que está detrás?

La Bioética no es el producto de un agregado de disciplinas sin relación conceptual y metodológica que comparta sólo un cometido, no es multidisciplinariedad.

En cambio, sí es una relacionalidad de asunciones, cosmovisiones, lenguajes y valores provenientes de la cultura científico-técnica y de la cultura humanista, que la originan, frente a la bio tecno ciencia; en tal sentido, una nueva disciplina que es interdisciplinariedad, por una parte.

Por la otra, es un puente conceptual y metodológico entre ambas culturas, que las atraviesa y que permite la irrupción de lo desplazado, estigmatizado, relegado, inconveniente y devaluado del pensamiento, por lo tanto, que es al mismo

tiempo transdisciplinariedad. Y esto no es una contradicción porque —como lo explica Nicolescu— «las investigaciones disciplinarias y transdisciplinarias no son antagónicas sino complementarias[, es más,] la transdisciplinariedad [es] una nueva disciplina o... hiperdisciplina [que] se nutre de la investigación disciplinaria» (Nicolescu, 1996: 38).

Ahora bien, esta disciplina que es interdisciplinariedad al tiempo que transdisciplinariedad, ¿es un cuerpo conceptual y metodológico que opaca (oculta) lo que hay detrás?

No, la Bioética es un saber transparente porque permite intuir, vislumbrar y expresar significados¹⁹⁹ que sobrepasan el campo visual de las culturas científico-técnica y humanista para posibilitar la percepción de otros horizontes de conciencia, por ejemplo: la mirada Bioética, al posarse sobre los actos médicos que logran el mejoramiento de la especie humana, es capaz de atravesar el destello engeguecedor de la maravilla bio tecnocientífica que ellos son, apreciarlos en toda su dimensión y observar detrás de ellos su significado como anulación de la curación y como suplantación de la racionalidad propia del

199 Jiménez-Ruiz, Juan Luis (1991). «Hacia un modelo teórico que describa la estructura semántica de los significados denotativos» en: *E. L. U. A.* Núm. 7. P. 62: «El término significado presupone una delimitación exacta frente a otros tipos de contenidos lingüísticos». P. 63: «es el contenido dado en y por una lengua como tal». Sinari, Ramakant (1994). «Las filosofías en interacción y la posibilidad de una ontología ilimitada» en: *Rev. Filosófica Univ. Costa Rica*. Vol. XXXII. Núm. 78-79. P. 227: «el término *significado* denota una clase de revelación que acompaña cualquier cosa que es *dada* a la mente. El *significado* está implícito en toda situación de conocimiento. Por ende, conocer una cosa es intuirlo como un *significado* o un patrón de *significados*. El mundo, fundamentalmente, consta de significados diseminados en tiempo y espacio, los cuales son, ellos mismos, experiencias-de-significado, desenmarañadas por la conciencia humana. Wittgenstein, Ludwig (1988). *Investigaciones filosóficas*. Barcelona: Editorial Crítica. P. 61: «el significado de una palabra es su uso en el lenguaje».

acto médico por la subjetividad caprichosa del gusto personal del paciente.

En otras palabras, en este caso, la Bioética emerge como una *τα μετα* (tá metá) de la vida que corre el velo de la «medicina de la ilusión» y permite significar una realidad que surge como un riesgo biológico maximizado a la que se opone un discurso del mercado de la salud que impide ser-consciente-del-mundo de los actos médicos de mejoramiento de la especie y no permite experimentar significados de riesgo conexos con él.

4. ¿Qué es la Bioética?

A primera vista, la Bioética es una palabra relativamente nueva que habla de una novedosa disciplina, más allá de todo antropocentrismo, acuñada sin éxito alguno por un teólogo y educador (Jahr), por lo que ella no fue más que un «hápax legomenon» hasta 1970, cuando fue puesta en escena —con grande e inusitado éxito— cuarenta y tres años después por un bioquímico oncólogo (Potter) y un médico investigador de la fisiología fetal (Hellegers), desde una óptica antropocéntrica de ambos, pero no biocéntrica, con horizontes diferentes: la primera, preocupada por la supervivencia de la especie humana —un asunto propio de la *ζωή* (zōē)—²⁰⁰ y, la segunda, reducida a una identificación con la ética médica —una cuestión de la *βίος* (bíos)— y al sueño con un paciente ilustrado: autónomo, consciente, educado a la manera occidental, informado, libertario, secular y capaz de guiarse por unos principios hijos del individualismo posesivo.

200 La *ζωή* (zōē) en Potter es entendida en su sentido restringido, como el mero hecho de vivir, no en su significado más amplio como la vida toda.

El resultado: la bioética aparece así como única dentro de la economía del conocimiento, se expresa como una discusión en torno a situaciones concretas — con base en las ciencias de la vida entrelazadas— alrededor de una βίος que incluye a la ζωή, nuestra realidad más tangible, lo *que-da-qué-pensar* a la Bioética como más allá de la ética y de las éticas aplicadas, toda vez que las cuestiones que tienen que ver con problemas de la supervivencia comprenden categorías, conceptos, problemas y temas que son específicamente bioéticos y extraños a toda ética, en cuanto que ésta carece de conceptos propios para razonarlos.

Además, tanto en Potter como Hellegers, la Bioética aparece procurando una interdisciplinariedad que implica tender un puente entre la cultura científico-técnica y la cultura humanista, entrelazando biología y ética, en una relación directa que parece incrementarse cada día más, mediante novedosas aproximaciones que han convertido a la Bioética, al pensar bioético, en un concepto actual polisémico producto de múltiples intentos de definición, que busca un acercamiento analítico a lo *que-da-qué-pensar* que la vida regida por el principio de supervivencia en Potter, que como acabamos de señalar es más que ética —en el sentido tradicional y contemporáneo—, en cuanto implica una preocupación por la vida en general (un asunto universal), y la problemática inherente a la práctica médica en Hellegers, reduciéndola a una simple ética aplicada en cuanto significa sólo una nueva manera de la ética médica de cara a la bio tecno medicina (una cuestión de las sociedades desarrolladas, principalmente), ¿qué resulta de esto?

De esto resulta, en consecuencia, que al ser la Bioética más que ética, por una parte, y al ser ética aplicada, por la otra, nos enseña que es un saber particular con implicaciones éticas

con respecto a los problemas y dilemas morales objeto de su estudio, los cuales habrán de ser analizados sin perder de vista las diversas ópticas aportadas por las disciplinas involucradas.

Pero, aquí no se agota la discusión: con el grito de angustia de Potter, la Bioética nos devela la vulnerabilidad de la mera vida biológica, como consecuencia de una bio tecnología convertida en poderosa fuerza geológica capaz de administrarla, crearla, extraerla, facilitarla, intervenirla, manipularla, multiplicarla, producirla y promoverla, que está generando una inquietud en aumento, una intranquilidad cada vez mayor y una preocupación creciente por sobrevivir, por la necesidad de autoconservación, por contener su expansión, que son categorías, conceptos, problemas y temas propios de ella, y de nadie más que de ella, que hacen referencia a la vida en general, que no se limitan a la vida humana sino que, trascendiéndola, abarca a la vida toda, tal como ha sido y es posible.

Con el trabajo de Hellegers, nos devela la modificación irreversible de la praxis médica capaz de reducir de manera inusual, desde la Alemania nazi, la vida del Hombre a su mera manifestación animal, la cual hoy se nos expresa como una medicina crecientemente biologizante que promete —mediante la técnica— modificar lo que antes era concedido por Dios: la vida orgánica de la especie humana; es decir, nos descubre un poder convertido en poderoso motor de gestión de la vida del individuo moderno, que pretende su modificación a través del movimiento producido por la combinación de moléculas.

Volviendo a la idea de las diversas ópticas de análisis de los problemas y dilemas morales, la Bioética aparece ante nuestros ojos como colindante con muchos, variados y disímiles saberes, con los cuales no sólo limita, sino que

establece unas relaciones epistémicas de interconexión que dan origen a distintos ámbitos de ella, los cuales circulan desde el biocentrismo (ζωή –zōē–) hasta el antropocentrismo (βίος –bíos–) pasando por el punto en el cual ambos se interceptan (βίος + ζωή), siendo cada uno de estos contextos un ejercicio interdisciplinario, desde los que es posible tantear legítimamente otras definiciones de mayor complejidad, en ese intentar permanente de crear y recrear clasificaciones como respuesta a nuestra necesidad de trazar líneas que, en todo caso, no nos hablan de cómo debo/debemos/se debe vivir. Cuestiones todas estas que tampoco son asuntos propios de la ética.

Como consecuencia del campo de análisis que nos abre esta complejidad creciente teórica y empírica, en medio de una molecularización cada vez mayor de la vida orgánica, podemos ver a la Bioética como un concepto fronterizo en una relación de heterogeneidades que aproxima e integra conocimientos y saberes y, asimismo, permite ser narrado desde muchas dimensiones y, por qué no, ser considerado como el núcleo de un pensamiento democrático, plural y multidisciplinario que cohesiona en torno suyo distintos saberes, de manera que ya no será posible tratarlos sin hacer referencia obligatoria a ella, para referirnos a una existencia cada vez más biologizada, ¿qué nos quiere decir esto?

Esto nos quiere decir que la Bioética —frente a una naturaleza que está siendo transformada por las tecnologías de la manufactura y el diseño— aparece como una racionalidad fronteriza móvil puesta en una relación de heterogeneidades y, como consecuencia de ello, se convierte en un campo en el que es difícil hablar de un centro único y estable, pues cada vez despliegan una mayor complejidad en el debate sobre la vida ζωή, en cuanto orgánica o biológica, y en el

redescubrimiento de la ζωή en cuanto toda la vida, dentro de una nueva auto-comprensión del ser humano que redescubre el papel central olvidado del animal,²⁰¹ del cual la Modernidad pretendió huir, pero sólo logró olvidarlo temporalmente hasta cuando la medicina nazi volvió a ponerlo ante nuestros ojos, haciéndonos ver que la βίος, que arribaba a la existencia desde el mero vivir de la ζωή, podía siempre volver a ser arrojada hacia esta.

Igualmente, nos permite apreciar en ella un gran potencial heurístico, en sus distintos ámbitos de contexto, el cual nos posibilita acercarnos desde otra mirada a diferentes significados y realidades en donde se encuentra en juego el modo como el hombre ejerce su capacidad de manipular o mutar la vida. Tal potencial heurístico nos lo revela la βίος, la cual hoy es menos que la particular vida digna que entendían los griegos, pues existe una tendencia biologizadora que quiere reducirla a la vida mera dada por la naturaleza, la ζωή como hecho de vivir, alcanzando las otras especiales *formas de vida*; pero, la Bioética al hacer entrar la vida biológica dentro de la relación

biología + ética

asume una problemática que trasciende hacia el bien vivir de los griegos, atraviesa desde ζωή como simple hecho de vivir, lo anatómico, y alcanza las otras formas de vida, para asumir la ζωή como toda la vida; es decir, como el fluir vital eterno, ininterrumpido, que es esencia, que admite la naturaleza animal primigenia del ser humano y acepta su inseparabilidad.

201 Cfr. Lemm, Vanessa (2009). *Nietzsche's Animal Philosophy: Culture, Politics and the Animality of the Human Being*. New York: Fordham University Press.

En otras palabras, la Bioética nos pone en frente de ese enigma con su valor intrínseco que es la vida-en-sí (conjunto de grandes casualidades maravillosas) en cuanto fuente de la moral, en cuanto fuerza creadora, no simplemente ante el hecho objetivo de vivir, ante la sola ζωή (zōē)_{ah}, ante las cadenas del imperativo de la necesidad, porque duda que la vida humana sea un fragmento autónomo de la ζωή entendida como toda la vida. **Su riesgo:** desembocar en una ética de la vida, en todo es Bioética, como si toda forma de vida, sin importar cuál sea, desencadenase, en último término en una forma Bioética (una vida etizada).

Entonces, es válido preguntar ante este ensanchamiento sin aparente límite alguno: ¿existe una forma de vida específica, con exclusión de las otras formas, que verdaderamente esté contenida en el concepto Bioética? O, ¿es el objeto de la Bioética, en cuanto ciencia, toda la vida?

Estas cuestiones, cuando volvemos la mirada sobre las múltiples dimensiones de la Bioética, que la llevan a colindar con muchos saberes heterogéneos, nos abocan al intento de delimitar (circunscribir) *biología* + *ética* para conformar aquello a lo que, en rigor, llamaríamos Bioética, aprehendiendo una supuesta distintividad, que la desligue de otros ámbitos y otras dimensiones, que la delimite clara e inequívocamente, una disputa en torno a unos límites que la dibujen claramente. **Su riesgo:** desembocar en algo que creemos es lo verdaderamente bioético, un reduccionismo que disiparía la potencia de su conceptualización, introduciéndonos en un plano epistemológico en el que sería imposible relatar sus múltiples relaciones de heterogeneidad dentro de una única narrativa conceptual, que borraría o desharía lo local en una pretendida ley de carácter general.

¿Qué nos plantean estos análisis al descubrir «qué es la Bioética»? Nos plantean que no es dable pensar que todo sea Bioética porque ella atraviesa el modo en que acontece el ordenamiento de la cultura tecno-científica, por una parte, y la manera como sucede la cultura humanista, por la otra, plasmándose en un convivir: la Bioética, de esta manera, se afina en la interdisciplinariedad (siempre etizada) de su origen reclamando una transdisciplinariedad (epistemológica) — una transformación en la naturaleza misma de la ética —, para comprender los distintos modos concretos de vivir producidos; en otras palabras: un ejercicio de análisis de particularismos, puesto que permite intuir y explicar significados, versus un examen de totalidades, que anulan.

Por lo tanto, la Bioética es un concepto actual racional polisémico transdisciplinar fronterizo, en una relación de heterogeneidades posible de ser observado desde muchas dimensiones y capaz de atravesar el modo en que acontece la cultura tecno-científica y la manera en que sucede la cultura humanista, cubriendo un espectro que abarca desde el biocentrismo —una *zoo*-ética, en el sentido de vida natural—, atravesando una zona de intersección bio/antropocéntrica —una *bio(zoo)*-ética— hasta el puro antropocentrismo (una *bio*-ética).

Es un concepto capaz de ponernos ante la vida-en-sí, y no simplemente ante la vida toda, que pretende correr todo velo que impida ser-consciente-del-mundo, para ver más allá de la maravilla biotecnocientífica y de las dimensiones morales conflictiva/dilemática y emocional. Es un concepto que nos hace mirar de nuevo hacia la división griega aristotélica de la vida en vida/bios y vida/zoe, desde un nuevo horizonte de conocimiento, que nos permite entender que somos una especie viviente que es parte de la biosfera y que nos posibilita

pensar la intervención, manipulación, producción y creación de la vida y, así, la Bioética aparece como una dimensión de la realidad que afecta de múltiples formas la vida/bios, la vida/zoe y las otras formas de vida, las cuales han de ser afirmadas todas, partiendo del cuidado de sí; es decir, por medio de un cultivo de la existencia humana que es coextensiva de la vida animal-vegetal y las otras formas de vida, así como del mundo inorgánico en su totalidad.

Perspectivas

Hemos recorrido, dentro de esta investigación teórica, al preguntar «¿qué es la Bioética?», dos caminos: aquel que nos condujo por los varios aspectos de ella como un concepto actual y este que nos llevó a sus ámbitos, sin los cuales no es posible dar respuesta coherente a la cuestión.

Al transitar por la senda de sus varios aspectos, en cuanto concepto actual, hemos podido observar la Bioética como una nueva disciplina (así lo sostienen Jahr, Potter y Reich) y comprender que está en construcción y que es amplia, compleja, dinámica y de pública discusión, la cual expresa la toma de conciencia *que-da-qué-pensar* sobre una ciencia cuya capacidad de objetivación involucra ahora al hombre y ya no sólo se limita a la naturaleza, subrayándonos el papel que la necesidad ejecuta sobre la vida digna. Por ejemplo: la degradación de la capa de ozono (una situación de la naturaleza) nos afecta a los seres humanos porque, tal degradación, daña la biosfera de la cual somos parte integrante en cuanto nuestra constitución animal-vegetal.

El recorrer sus ámbitos, examinarlos en sus distintas peculiaridades e intentar interpretar qué nos dicen ellos, nos hace posible entender su carácter de fronteriza y nuclear con respecto a las realidades que aborda y las preguntas

que plantea, cuya inmensa extensión y su multidiversidad de campos temáticos nos enseñan una multiplicidad de conceptualizaciones, disciplinas, enfoques y objetos, lo *que-da-qué-pensar* muy abstractos, complejos y difíciles problemas de orden metodológico. V. gr.: un problema en torno a la «Bioética de los confines de la vida» será abordado —según sea el caso en cuestión— por abogados, biólogos, enfermeras, familiares, filósofos, médicos, religiosos y teólogos; pero, uno de «Bioética de las poblaciones» será examinado por demógrafos, economistas, epidemiólogos, filósofos, políticos, politólogos, sociólogos y teólogos, necesitándose para cada caso un camino (método) diversificado que supere la pluralidad de disciplinas y aclare tales problemas de forma multilateral, o al menos conduzca a la pregunta de la situación.

Y, al procurar responder la cuestión de una ciencia natural puesta en relación con una ciencia filosófica, que el pensamiento humano se plantea como una tarea «novedosa» con referencia a la ética proyectada sobre la vida toda y a la introducción de toda vida en el campo de la ética, como consecuencia de la inquietud, la intranquilidad y la preocupación que se ha generado en distintos campos de las ciencias, no sólo en el de las ciencias de la vida, sobre el futuro de la vida en la Tierra como consecuencia de la transformación del hombre de hoy «en una poderosa fuerza geológica» que amenaza la supervivencia del ecosistema global.

«Nueva», precisamente en su «referencia a la vida», porque a nuestro juicio plantea que volvamos la vista hacia la tensión —introducida en Occidente por los griegos antiguos— de la βίος (bíos) frente a la ζωή (zōē), a ese distinguir dos vidas coextensivas en el ser natural del hombre (la humana y la animalia) que aunque ignora las otras formas de vida, nos

permite comprender que la *bios*, la *zōē* y las otras formas, con respecto a la vida, se encaminan a la integralidad de qué es toda la vida, de qué es la vida como un todo; en fin, de qué es la *βίος* a la luz de nuestra realidad actual. O, como lo afirmó Van Rensselaer Potter, que se encaminen hacia una «mixture entre la biología básica, las ciencias sociales y las humanidades» (Potter, 1971: 2), que la hace distinta de la ética, por un lado, y por el otro, que le confiere originalidad.

«Nueva», porque ya no serán las corrientes paralelas de biología/ética, sino la confluencia novedosa de biología y ética, por muy diferentes que parezcan en sus objetos; es decir, será el estudio de dos series entrelazadas que a partir de ahora constituirán una complejidad solidaria, que se convierte en un nuevo objeto: la serie de lo científico y la serie de lo simbólico formando el que habrá de verse como el lazo nuevo objeto de estudio de la Bioética, que significa un contactarse, un entrelazarse, un entreverarse, un formar una trama, un tejerse, un trenzarse y un urdirse de ambas series, lo cual constituye la especificidad y la necesidad de la Bioética.

Sin embargo, estos asuntos de Bioética, no permiten resolver la cuestión de la vida-en-sí (la alteza de toda vida) que aflora en cada suceso del diario existir, a estas alturas de la marcha humana en la que nos encontramos en la actualidad, y es la tarea siguiente del pensamiento bioético que cae en la cuenta de la ecuación

$$\text{hombre} = \beta\acute{\iota}\omicron\varsigma \text{ (bíos)} + \zeta\omega\eta \text{ (zōē)}_{\text{ah}},$$

la cual nos habla de un todo en uno, de la relación de coextensividad entre humanidad y animalidad²⁰² del hombre que,

202 Al hablar de la animalidad, es necesario no olvidar que toda animalidad es coextensiva de una vegetabilidad.

además, es indivisibilidad e indisolubilidad de la existencia humana y no sólo de la cuestión de la vida comprendida como simplemente realidad biomacromolecular, que por ahora el conocimiento servirá para promoverla y para abrirnos a otras formas de vida, pues la βίος entraña un poder, un dominio, una apropiación, una manipulación sobre la ζωή y, a su vez, la intención de una autoinstrumentación, una autooptimización y una autotransformación de la ζωή (zōē)_{ah}, que entraña una transformación del mundo sobre la base del conocimiento de los nexos causales, de la ζωή que lo rige, que es su estrato vital en el cual se implanta, tal como nos lo devela hoy la Bioética, que nos indica abrir un camino hacia la adecuada autocomprensión como seres humanos, que nos distinga de los otros seres vivos. En otras palabras, significa autocomprendernos como especie.

Esta visión de la vida del hombre como la ecuación aquí presentada, que nos lo enseña como su ser entero, indivisible y no fraccionable, constituye un acicate que estimula y denuncia, que alerta e impulsa el conocimiento de la vida, la cual en el hombre se manifiesta como obligación, proyecto y tarea, sin que ello quiera negarlo como especie viviente que hace parte de una biosfera coextensiva con el mundo inorgánico, que plantea a la Bioética la tarea de pensar a partir de estas circunstancias, a pesar de las extraordinarias dificultades que esto ofrece, pues comienza con la necesidad de plantearse un nuevo humanismo a partir de la cesura interior en el hombre entre la βίος que tiene que hacer y la ζωή que le viene dada, el cual habrá de procurar — por medio de una discusión pública transparente — encontrar el punto preciso donde se sitúa la frontera entre el Hombre y aquello que, dentro del mismo hombre, es el mero ser humano, es mero animal-vegetal.

Podemos observar esta coextensión entre la humanidad del hombre que es continuidad de su mera humanidad (animalidad) que es, a su vez, continuidad de su vegetalidad, condiciones de las que apenas si somos conscientes algunos, en la angustia de una mujer que ansía ser madre —pura ζωή—, apenas comprende la cultura humanista, sabe muy poco de las ciencias sociales e ignora la biología básica —plena βίος—, y el médico benevolente que conoce bien de biología básica, le ofrece la clonación y conoce de la cultura humanista en lo que a él atañe, en una relación asimétrica de quien poco o nada sabe y de quien sabe mucho o lo sabe todo; de una pareja, con no más información que la común de una sociedad del consumo, a la que una bien informada mente de un genetista les advierte de una malformación congénita y les solicita su consentimiento libre e informado, para realizar una intervención en la frontera conceptual entre la prevención del nacimiento de un enfermo y el perfeccionamiento del patrimonio genético.

Ambas situaciones inconmensurables, reducidas al momento de un acto médico —que ya no se limita al respeto por la dinámica propia de una naturaleza que se autorregula—, en las que se pretende dar respuesta a la vida como un todo (βίος + ζωή_{ah}) mas no a la vida-en-sí que se asume desde la existencia, que es afirmación, pues el hombre al ser βίος no es animal ni vegetal, porque es de su esencia poder modificar su basamento, la ζωή (zōē)_{ah}, su punto de intersección con la zoología; por lo tanto, no es una figura acabada, en cuanto tal. Es decir, es una figura que se re-crea, es un animal-vegetal que escapa y quiere despojarse de todo su ser animal-vegetal, pero otra cosa es que pueda llegar realmente tan lejos porque su biología o animalidad-vegetalidad lo recaptura, cada vez que huye, en su constitución animal-vegetal, lo cual obliga a una

Bioética que entiende que la racionalidad bio tecno científica es una suma esplendorosa de modelos y objetos artificiales producto de una acción humana metódica, que debe evitar caer en el paroxismo de disponer de la ζωή, de la cual no puede escapar en modo alguno la vida/bíos, inexorablemente condicionada, encuadrada, determinada y dominada por la vida/zoé, la cual influye de manera objetiva y no intencional sobre la βίος, es decir, que influye sobre nuestra autocomprensión, autodeterminación e identidad, consecuentemente sobre nuestras representaciones sociales.

Por lo tanto, el conocimiento, el mundo de las significaciones, que es vida/bíos, que nos libera de la vida animal-vegetal, es influido por los procesos vitales incontrolables sensibles corporales determinados de la fatiga y el deseo de descansar, el hambre y el ansia de comer, el cansancio y el deseo de dormir, que es vida/zoé, que nos devuelven a la irrenunciable vida animal coextensiva de la vegetal, a nuestra dotación orgánica, a nuestro cuerpo, a nuestra vulnerabilidad orgánica, que niega la βίος (bíos).

Sin embargo, a partir de ese umbral inhibitorio, de esa vida animal-vegetal, de ese cuerpo, siempre se vuelve a intentar la vida/bíos como manera de desatarse de la necesidad, siempre fundada en procesos bioquímicos y fisiológicos propios programados genéticamente, que son la ζωή (zōē)^{ah} producto de una disposición hereditaria que restringe la configuración autónoma de la existencia, la cual se vincula hoy a los objetivos colectivos de la salud pública y al deseo de prolongar la ζωή (zōē)^{ah}, como manera indirecta de prologar la βίος (bíos).

Consecuentemente, tenemos ante nuestros ojos un ser vivo (el meramente humano) que aspira sin desfallecer a escapar de su necesidad, de sus instintos, de su automatismo, de su mera humanidad, de su atavismo, que pretende a

tomar el destino con sus propias manos, que ve como su meta liberarse de ella, sin importarle no hacerlo, conflicto sinfín que es imposible de explicar desde la unidimensionalidad de la vida/bíos, que es necesario explicarlo desde la vida/zoé entendida como esencia, que crea en nosotros la consciencia de la necesidad; o sea, comprender que cuanto nos sucede es necesario, inevitable e imprescindible.

En otras palabras: hacer Bioética significará entender la obligación de elevarse del sometimiento ciego y espontáneo de la necesidad, la penuria y la indigencia, a partir de la cual la βίος, que es la continuación de la vida orgánica, alcanza el dominio o afirmación sobre la ζωή, una relación que es biunívoca: la vida/zoé constituye la raíz de la vida/bíos y esta, a su vez, está destinada a tener un efecto retroactivo sobre ella. Lo *que-da-qué-pensar* el fenómeno inquietante que averigua por la frontera entre la naturaleza que *somos* y la dotación animal-vegetal que *podemos darnos*, gracias al desarrollo bio técnico; es decir, la cuestión de pensar la «tecnificación» de la naturaleza humana, la cual nos llevaría a posponer y subordinar la naturaleza que *somos* al animal-vegetal que *podemos darnos*.

Por lo tanto, el hecho fundamental no es la βίος en el sentido griego aristotélico de vida plenamente humana, de la existencia humana, de lo antrópico, en cuanto tal, ni en el sentido actual casi idéntico a la ζωή, de lo mero biológico, de la vida que nos viene dada, de lo anantrópico, en cuanto ella, ni mucho menos las otras formas de vida en cuanto tales. Las tres, consideradas en sí mismas, sólo son magníficas y formidables abstracciones que impiden observar otros horizontes de consciencia, que es otro de los propósitos clave de la Bioética, sin que ello signifique una renuncia a la cultura tecno-científica, ni menos a la cultura humanista, en cuanto la βίος cobra mayor autonomía cuanto más conoce, dentro de ese proceso ascensional que

hoy nos tiene ante la bio tecno ciencia, la cual significa dos cosas: hacia el exterior, un dominio sobre la naturaleza; hacia el interior, sobre su propia naturaleza, pues no son cosas diferenciables, incausadas e inconexas.

El resultado: aparece la Bioética como forma de relacionarse con la vida-en-sí ante la urgencia de la supervivencia de todos quienes integramos la biosfera, mera ζωή y mero ser humano, por una vida toda que hoy somos conscientes ha sido estructuralmente menoscabada y puesta en riesgo como resultado de la desensibilización de nuestra mirada sobre la naturaleza, que ha ido de la mano de un *acostumbrarse* a obedecer nuestras preferencias y a desacatar los límites permisivos, guiados por una racionalidad clínica, egocéntrica, fría, indiferente y relativista, que ignora la sostenibilidad planetaria, por una parte.

Por la otra, surge la Bioética como práctica emancipadora del pensamiento y como forma de resistir a esas racionalidades que pretenden imponerse de modo inmediato e irreflexivo, toda vez que ella es producto de un trabajo crítico que entraña una consciencia, o al menos una resistencia, frente al deleite bio tecno científico de manipular la vida, que ha de comprenderse como una actitud y un modo de existir, en el que se apuesta por las transformaciones al permitir cuestiones desplazadas, estigmatizadas o devaluadas por el pensamiento hegemónico, lo cual conduce —como lo entendió Engelhardt— a una profunda división de las opiniones existentes que desemboca en una racionalidad no confesional que se aproxima a grupos divergentes, desprovistos de un punto de vista ético común (Engelhardt, 1986: 5).

Tal racionalidad no confesional inmersa en una red horizontal de relaciones interciudadanas, ante la cual no cabe el ocultamiento de los problemas bioéticos, ha de entenderse

como discursos abiertos cosmovisivamente neutrales que no atenten contra la libertad ni la conciencia del individuo, que han de comprenderse como una manera de expresión libertaria sin imposiciones²⁰³ ni restricciones; es decir, que lo libere de los prejuicios y de las preocupaciones —nacidas de perder su comodidad— al saber amenazada la supervivencia del ecosistema global por un Hombre para el que —como nos lo recuerda Nietzsche— «el mayor deleite de la vida está en *vivir peligrosamente*» (Nietzsche, 2000: 124).

Y es ese deleite, ese riesgo de finiquitar el ecosistema global, la vida, la pura ζωή, el que ha hecho posible la Bioética en pro de un conocimiento que conduzca a saber «lo que se debe hacer», para «construir — como dice Kisnerman— una sociedad mejor, una sociedad que valga la pena vivirla» (Kisnerman, 2001: 120), que promueva el bien integral de los vivientes, incluidos nosotros los humanos, lo cual significa una redefinición de los espacios vitales dentro de la biosfera, entendiendo nuestra responsabilidad como *coautores de la vida*, que la bio tecno ciencia ha puesto en nuestras manos.

203 Cfr. H. Tristram Jr (1986). *The foundations of Bioethics*. New York: Oxford University Press. P. 9: «sin la imposición de una ortodoxia». Cfr. Kottow, Miguel (2005). Óp. Cit. Pp. 107-108: «La Bioética se toma por área la reflexión moral... que privilegia... la libertad sobre la imposición».

Bibliografía

Obras generales

- Abel, Fracesc (1994). *Historia del grupo internacional de estudios de Bioética (ISGB) de la Federación Internacional de Universidades Católicas (FIUC)*. VII Congreso Internacional de la Asociación Internacional de Facultades Católicas de Medicina. Santiago de Chile, enero 17-20.
- Albuquerque, Eugenio (2002). *Bioética. Una apuesta por la vida*. Madrid: Franjograf, S. L.
- Álvarez-Gálvez, Íñigo (2002). *La eutanasia voluntaria autónoma*. Madrid: Dickinson.
- Amor-Pan, José Ramón (2011). «Pliego: Cuarenta años de Bioética» en: *Vida Nueva*. Núm. 2744. Marzo, 5-11.
- Andorno, Roberto (2008). «Principio de precaución» en: Tealdi, Juan Carlos, Dir. *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Beauchamp, Tom L & Childress, James F (1979). *Principles of Bio-medical Ethics*. New York: Oxford University Press.
- Bergel, Salvador Darío (2002). «Los derechos humanos entre la Bioética y la genética» en: *Acta Bioethica*. Año 8. Núm. 2.
- Bok, Sissela (1977) eds. «The Tools of Bioethics» en: Reiser, Stanley J., Dick, Arthur J. & Curran, William. *Ethics in Medicine*. Cambridge: MIT Press.

- Bueno, Gustavo (2001). *¿Qué es la Bioética? Biblioteca de Filosofía en Español*. Oviedo: Pentalfa Ediciones.
- Callahan, Daniel (2004). «Bioethics» en: Post, Stephen G.. *Encyclopedia of Bioethics*. 3ra. Ed. New York: Macmillan Reference USA.
- Cantú-Martínez, Pedro César, Moreno-García, David & Rojas-Márquez, Julia Magdalena (2002). «Consideraciones sobre ética, deontología, ética médica, Bioética e investigación en salud» en: *Revista Salud Pública y Nutrición*. Vol. 3. Núm. 1 (Enero-marzo).
- Casado-da-Rocha, Antonio (2009). *Bioética para legos. Una introducción a la ética asistencial*. Madrid: Ministerio de Ciencia e Innovación. CSIC. Plaza y Valdés.
- Casado-González, María (2002). «¿Por qué Bioética y derecho?» En: *Acta Bioethica [online]*. Vol. 8. Núm. 2.
- Casas-Martínez, Ma. de la Luz (2002). «Distribución de recursos para la salud» en: Hernández-Arriaga, Jorge Luis, Comp. *Bioética general*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Cely-Galindo, Gilberto (1995). «La Bioética como lugar del diálogo científico» en: *El horizonte bioético de las ciencias*. Bogotá: Centro Editorial Javeriano.
- Cely-Galindo, Gilberto (1999) *La Bioética en la sociedad del conocimiento*. Bogotá: R Editores.
- Cely-Galindo, Gilberto (2007). *Bioética global*. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana.
- Cely-Galindo, Gilberto (2009). «Fundamentos de la ética ambiental: ¿ética ambiental o Bioética?» en: Barrantes, Roxana et al. *Ética Ambiental y Política Pública-VI Jornadas de Reflexión Ética*. Lima: Universidad Antonio Ruiz de Montoya-Secretaría General de la Comunidad Andina.
- Contreras, Ricardo Rafael (2004). *Introducción a la Bioética. La ingeniería genética, la biotecnología y la reprogenética: retos para el hombre de la postmodernidad*. Mérida: Universidad de los Andes.
- Contreras, Ricardo Rafael (2005). *Bioética. Reto de la postmodernidad*. Mérida: Fundacite-Mérida/CDCHT-ULA.

- Cortés-Gallo, Gabriel (1999). «Manipulación del genoma humano» en: *2do. Congreso de Bioética de América Latina y del Caribe. Memorias*. Bogotá: Cenalbe.
- Cortez, Jacqueline (2006). «Aspectos bioéticos del final de la vida: el derecho a morir con dignidad» en: *Revista Cuadernos*.ol.51. Núm. 2.
- Dobernig-Gago, Mariana (1999). «Bioética y derecho» en: *Jurídica. Anuario del Departamento de Derecho de la Universidad Iberoamericana*. Núm. 29.
- Dordoni, Paolo (2007). *Bioética y pluralismo: el método socrático en la tradición de Leonard Nelson y Gustav Heckmann en Medicina*. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense.
- Engelhardt, H. Tristram Jr (1986). *The foundations of Bioethics*. New York: Oxford University Press.
- Engelhardt, H. Tristram Jr (2003). «Rights to Health Care, Social Justice and Fairness in Health Care Allocations: Frustrations in the Face of Finitude» en: *Contemporary Issues in Bioethics*. Belmont, CA: Wadsworth Publishing.
- Érice (1991). «Rapporti della Bioetica e della Deontologia Medica con la Medicina Legale» en: *Medicina e Morale*. Núm. 4.
- Escobar-Picasso, Emilio & Escobar-Cosme, Ana Laura (2010). «Principales corrientes filosóficas en Bioética» en: *Bol Med. Hosp Infant Mex*. Vol. 67. Mayo-junio: 196-203.
- Faralli, Carla (2010). «La Bioética y los desafíos futuros de la Filosofía del Derecho» en: *Revista de Filosofía Jurídica, Social y Política*. Vol. 17. Núm. 1.
- Ferrer, Jorge José & Álvarez, Juan Carlos (2003). *Para fundamentar la Bioética*. Bilbao: Universidad Pontificia Comillas/Desclée De Brouwer.
- França, Omar et al. (2005). «La ayuda (médica) al bien morir» en: *Ars Medica. Revista de estudios médicos humanísticos*. Núm. 11.
- Francione, Gary L & Charlton, Anna E (1992). *Vivisection and Dissection in the Classroom: A Guide to Conscientious Objection*. Amer Anti-Vivisection Society.

- Fuenzalida-Puelma, Hernán & Scholle, Susane (1990). «Bioética: presentación del número especial» en: *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, Washington, D. C. Vol. 108. Núm. 5 y 6.
- Gafo, Javier (1998). «Historia de una nueva disciplina: la Bioética» en: Romeo, Carlos María (coord.). *Derecho Médico y Bioética*. Granada: Comares.
- Gafo, Javier (2001). *Diez palabras clave en Bioética*. Estella: Verbo Divino.
- Garrafa, Volnei (2005). «Multi-inter-transdisciplinariedad, complejidad y totalidad concreta en Bioética» en: Garrafa, Volnei, Kottow, Miguel & Saada, Alya, eds. *Estatuto epistemológico de la Bioética*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética de la Unesco.
- Goberna, Josefina (2009). «Elecciones informadas: competencia y capacitación» en: Boladeras, Margarita, Coord. *Ciudadanía y derechos humanos. Gobernanza y pluralismo*. Barcelona: Horsori.
- Gómez-Pineda, Floro Hermes & Politano-Garcés, Orlando (2006). *Cronología de la mirada Bioética en el mundo y en Colombia*. Cali: Universidad Libre.
- Gómez-Pineda, Floro Hermes & Politano-Garcés, Orlando (2008). «Historia de la mirada Bioética desde la periferia» en: *Tribuna Ética Médica*: junio.
- Gómez-Pineda, Floro Hermes (2013). «La hecatombe de nuestra salud: un problema bioético» en: *El Pueblo*. Núm. 35.
- Gracia, Diego (1989). *Introducción a la Bioética*. Madrid: Eudema.
- Gracia, Diego (1990). *Primum non nocere. El principio de Non-Maleficencia como fundamento de la ética médica*. Madrid: Real Academia Nacional de Medicina.
- Gracia, Diego (1991). *Fundamentos de Bioética*. Bogotá: El Búho.
- Gracia, Diego (1997). «Bioética y pediatría» en: *Bioética: cuadernos del Programa Regional de Bioética/ Programa Regional de Bioética para América Latina y el Caribe OPS/OMS*. Núm. 5. Diciembre.

- Gracia, Diego (1998a). *Ética y vida*. Estudios de Bioética. Vol. 2. Bioética clínica. Bogotá: El Búho.
- Gracia, Diego (1998b). *Ética y vida*. Estudios de Bioética. Vol. 3. *Ética de los confines de la vida*. Bogotá: El Búho.
- Gracia, Diego (2000). *Ética y vida*. Estudios de Bioética. Vol. 1. Fundamentación y enseñanza de la Bioética. 2da. Ed. Bogotá: El Búho.
- Gracia, Diego (2002). *Ética y vida*. Estudios de Bioética. Vol. 4. Profesión médica, investigación y justicia sanitaria. Bogotá: El Búho.
- Gracia, Diego (2004). *Ética y vida*. Estudios de Bioética. Vol. 5. *Como arqueros al blanco*. Bogotá: El Búho.
- Gracia, Diego (2007). «El contexto histórico de la bioética hispanoamericana» en: Pessini, Leo, Barchifontaine, Christian de Paul de & Lolas, Fernando, coords. *Perspectivas de la Bioética en Iberoamerica*. Santiago de Chile: Programa de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS.
- Gross-Espiell, Héctor (2008). «Prefacio» en: Tealdi, Juan Carlos, Dir. *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Gutiérrez-Sampeiro, César (2001). «La Bioética ante la muerte» en: *Gaceta Médica de México*. Vol. 137. Núm. 3. Mayo-junio: 269-276.
- Herreros-Ruiz-Valdepeñas, Benjamín & Bandres-Moya, Fernando, eds (2010). *Educación en Bioética al profesional de Ciencias de la Salud. Una perspectiva internacional*. Madrid: Universidad Europea de Madrid. Asisa. Fundación Tejerina
- Hottois, Gilbert & Missa, Jean-Noël, eds. (2001). *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*. Bruxelles: De Boeck Université.
- Hottois, Gilbert (2011). «Definir la bioética: retorno a los orígenes» en: *Revista Colombiana de Bioética*. Vol. 6. Núm. 12.
- Huanacuni, Fernando, Feo-Isturiz, Oscar & Cely, Gilberto (2009). «Ética ambiental: educación y sociedad» en: Barrantes, Roxana et

- al. *Ética Ambiental y Política Pública-VI Jornadas de Reflexión Ética*. Lima: Universidad Antonio Ruiz de Montoya-Secretaría General de la Comunidad Andina.
- Jahr, Fritz (1927). «Bio-Ethik. Eine Umschau über die ethischen Beziehung des Menschen zu Tier und Pflanze» en: *Kosmos. Handweiser für Naturfreunde*. Vol. 24, Núm. 11.
- Jahr, Fritz (1933). «Drei Studien zum 5 Gebot» en: *Ethik: Sexual und Gesellschaftsethik*. Vol. 11.
- Jahr, Fritz (2009). «Bioética. Una visión sobre las relaciones éticas entre el ser humano, el ser animal y las plantas» en: Roa-Castellanos, Ricardo & Bauer, Cornelia. «Traducción de los textos sobre el imperativo bioético y la biopsicología de Fritz Jahr» en: *Revista Latinoamericana de Bioética*. Vol. 9. Núm. 2: 92-105.
- Jonas, Hans (1997). *Técnica, medicina y ética. Sobre la práctica del principio de responsabilidad*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Jonsen, Albert R (1989). «Do No Harm» en: Veatch, Robert M Ed. *Cross Cultural Perspectives in Medical Ethics: Readings*. Boston: Jones & Bartlett.
- Jonsen, Albert, Siegler, Mark & William J., Winslade (2002). *Clinical Ethics: A Practical Approach to Ethical Decisions in Clinical Medicine*. 5ta. Ed. New York: McGraw-Hill.
- Kisnerman, Natalio, Comp. (2001). *Ética, ¿un discurso o una práctica social?* Buenos Aires: Paidós.
- Kottow, Miguel (1998). «Raíces sociales de la Bioética» en: *Anales de la Universidad de Chile*. Sexta serie 8:79-84.
- Kottow, Miguel (2005). *Introducción a la bioética*. Santiago de Chile: Mediterráneo.
- Kottow, Miguel (2007). *Participación informada en clínica e investigación biomédica: las múltiples facetas de la decisión y el consentimiento informados*. Bogotá: UNESCO/Universidad Nacional de Colombia.
- Kottow, Miguel (2009). «Bioética y biopolítica: una primera aproximación» en: *Congreso de ética 2009*. Santiago de Chile: Universidad Alberto Hurtado.

- Kottow, Miguel (2010). «Conflicto de intereses en los Comités de Ética y Bioética: distinción entre genuinos y éticamente impugnables» en: *Ética de los Comités de Ética y Bioética en Investigación Científica Biomédica y Social. 5to. taller de Bioética organizado por Comité Asesor de Bioética Fondecyt de CONICYT*. Santiago de Chile: Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica.
- Kottow, Miguel (2012). «Bioética crítica en salud pública» en: *Rev Chil Salud Pública*. Vol. 16. Núm. 1.
- Lacadena, Juan Ramón (2002). *Genética y Bioética*. Bilbao: Pontificia Universidad de Comillas, Editorial Desclee de Brower.
- Leyton, Fabiola (2008). *Ética Ecológica y Bioética: algunos apuntes*. Tesis de doctorado. Barcelona: Universidad de Barcelona, Doctorado en Filosofía.
- Llano-Escobar, Alfonso (2002). «Funciones del bioeticista» en: *Revista Selecciones de Bioética*. Núm. 2.
- Lolas-Stepke, Fernando (2000). «Hacia una Bioética para América Latina y el Caribe» en: Lolas-Stepke, Fernando, ed. *Bioética y cuidado de la salud. Equidad, calidad y derechos. Serie Publicaciones 2000. División de salud y Desarrollo Humano. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud*. Panamá: LOM Ediciones.
- Lolas-Stepke, Fernando (2002a). *Temas de Bioética. Una introducción*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Lolas-Stepke, Fernando (2002b). «Institucionalización de la Bioética: desafíos de la Bioética en el contexto latinoamericano» en: *Revista Selecciones de Bioética*. Núm. 2.
- López de la Vieja, María Teresa (2005). «Bioética. El contexto político» en: *Contrastes. Revista Internacional de Filosofía*. Vol.10: 59-78.
- Lucas-Lucas, Ramón (2001). *Antropología y problemas bioéticos*. Madrid: Biblioteca de Autores cristianos.
- Lukac, María Teresa (2007). «Fundamentos filosóficos de la Bioética contemporánea» en: *Anales de la Academia Nacional de Ciencias Morales y Políticas*. República Argentina.

- Mackinson, Gladys J (2000). «Bioética y derecho: el aporte de terceras partes» en: *Rev. Latinoam. Der. Méd. Medic. Leg.* Vol. 5. Núm. 1.
- Mainetti, José Alberto (2000). *Compendio bioético*. La Plata: Quirón.
- Mainetti, José Alberto (2012). «Educación en Bioética: Tres discursos de la Bioética en América Latina: Bio-médico, Bio-jurídico y Bio-político» en: Vidal, Susana M, Ed. *La educación en Bioética en América Latina y el Caribe: experiencias realizadas y desafíos futuros*. Montevideo: Programa para América Latina y el Caribe en Bioética y Ética de la Ciencia/Oficina Regional de Ciencia de la UNESCO para América Latina y el Caribe
- Maldonado, Carlos Eduardo (2009). «El estatuto epistemológico de la bioética» en: Fonseca-Chaparro, Martha Esperanza, ed. *Bioética. Un campo en construcción*. Bogotá: Ed. Universidad Nacional de Colombia.
- Maldonado-Gómez, Olga (2001). «Interdisciplinariedad en bioética» en: Peña, Beatriz, coord. *Memorias Cátedra Manuel Ancizar. Ética y bioética. I semestre de 2001*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia/Facultad de Enfermería.
- Márquez-Mendoza, Octavio (2006). «Bioética laica y derechos humanos» en: Sánchez-López, Marco Antonio, ed. *Noveno certamen de ensayos sobre derechos humanos. Bioética y derechos humanos*. Toluca: Comisión de Derechos Humanos del Estado de México.
- Marta, Jan (1996). «Aproximaciones a la Bioética y un nuevo modelo de consentimiento informado» en: *Join Centre for Bioethics University of Toronto*.
- Méndez-Baiges, Víctor & Silveira-Gorski, Héctor Claudio (2007). *Bioética y derecho*. Barcelona: UOC.
- Mir-Candal, Leila (2010). «La “maternidad intervenida”. Reflexiones en torno a la maternidad subrogada» en: *Revista Red Bioética/ UNESCO*. Vol. 1. Núm. 1.
- Obando, Dixa (2010). «La Bioética en el sector de educación superior» en: *Revista Electrónica Facultad de Enfermería*. Vol. 4. Núm. 2.

- Ocampo-Martínez, Joaquín (2001). «La Bioética y la crisis de la ética médica tradicional» en: *Anales Médicos*. Vol. 46. Núm. 2. Abril-junio: 92-96.
- Potter, Van Rensselaer (1970). «Bioethics, the Science of Survival» en: *Perspectives in Biology in Medicine*
- Potter, Van Rensselaer (1971). *Bioethics, Bridge to the Future*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Potter, Van Rensselaer (1975). «Humility with Responsibility: A Bioethics for Oncologist: Presidential Address» en *Cancer Research*. Vol. 35.
- Potter, Van Rensselaer (1995a). «Forum global bioethics: converting sustainable development to global survival» en: *Medicine and Global Survival*. Vol. 2. Num. 3.
- Potter, Van Rensselaer (1995b). *Global Bioethics: building on the Leopold Legacy*. East Lansing: Michigan State University Press.
- Potter, Van Rensselaer (1996). «What Does Bioethics Mean?» en: *The Forum*: Vol. 8 Núm. 1.
- Potter, Van Rensselaer (1998). «Bioética puente, Bioética global y Bioética profunda» en: *Cuadernos del Programa Regional de Bioética*. Núm. 7.
- Potter, Van Rensselaer (2000). «Temas bioéticos para el siglo XXI» en: *Vídeo conferencia en el Congreso Mundial de Bioética organizado por la Sociedad Internacional de Bioética (SIBI), Gijón, España, junio 20 al 24 de 2000. Traducción de Daniel Otero para la Revista Latinoamericana de Bioética, Universidad Militar «Nueva Granada»*. Bogotá, Número 2.
- Potter, Van Rensselaer (2001). «Bioética Global: encauzando la cultura hacia utopías más vívidas» en: *Revista de la Sociedad Internacional de Bioética, SIBI*. Núm. 7.
- Reich, Warren T. (1978). «Introduction» en: Reich, Warren T. ed. *Encyclopedia of Bioethics*. New York: Free Press.
- Reich, Warren T. ed. (1995). *Encyclopedia of Bioethics*. 2da. Ed. 5 Vols. New York: Prentice-Hall.

- Rendtorf, Jacob D & Kemp, Peter, eds. (2000). *Basic Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw Autonomy, Vol. II*. Copenhagen & Barcelona: Partners' Research, Centre for Ethics and Law & Institut Borja de Bioètica.
- Rentería-Rodríguez, María Teresa (2002a). «Bioética de las políticas de población» en: *Persona y Bioética*. Vol. 6. Núm. 15.
- Rentería-Rodríguez, María Teresa (2002b). «Bioética y demografía» en: Hernández-Arriaga, Jorge Luis, Comp. *Bioética general*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Roa, Armando (1998). *Ética y Bioética*. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello.
- Roa-Castellanos, Ricardo Andrés & Bauer, Cornelia (2009). «Presentación de la palabra bioética, del imperativo bioético y de la noción de biopsicología por Fritz Jahr en 1929» en: *Revista Bioethikos*. Vol. 3. Núm. 2.
- Ronzón, Elena (2004). «5.- La Antropología Filosófica, como marco crítico de la Bioética» en: *Thémata, Revista Filosófica*. Núm. 33.
- Rosa, Olivero; Domínguez, Antonio & Malpica, Carmen Cecilia (2008). «Principios bioéticos aplicados a la investigación epidemiológica. *Acta bioeth.* [online]. Vol.14. Núm.1.
- Salomé-Lima, Natacha (2011). «Las raíces europeas de la bioética: Fritz Jahr y el Parsifal, de Wagner» en: *Ética y Cine Journal*. Vol. 1. Núm. 1.
- Sánchez-Ramón, Silvia & Fernández-Cruz, Eduardo (2006). «Reflexión Bioética sobre la inmunización de masas en Europa» en: *Inmunología*. Vol. 25. Núm. 1.
- Sass, Hans Martin (2011). «El pensamiento bioético de Fritz Jahr 1927-1934» en: *Aesthetica*. Vol. 6. Núm. 2: 20-30.
- Simón-Lorda, Pablo & Barrio-Cantalejo, Inés M (1995). «Un marco histórico para una nueva disciplina: la Bioética» en: *Med Clin (Barc)*. Núm. 105: 583-597.
- Simón-Lorda, Pablo (2002). «La ética de las organizaciones sanitarias: el segundo estadio de desarrollo de la bioética» en: *Rev Calidad Asistencial*. Vol. 17. Núm. 4.

- Singer, Peter (1999). *Liberación animal*. Madrid: Trotta.
- Sotolongo, Pedro Luis (2008). «Bioética y complejidad» en: Tealdi, Juan Carlos, Dir. *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Taboada, Paulina (2000). «El derecho a morir con dignidad» en: *Acta Bioethica*. Año 6. Núm. 1.
- Taylor, Paul (1995). «The Ethics of Respect for Nature» en: Brennan, Andrew, Ed. *The Ethics of the Environment*. London, Dartmouth Publishing.
- Tealdi, Juan Carlos, Dir. (2008). *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Tomás, Juan Francisco (2007). *Bioética. Ciencia de la vida para tiempos nuevos*. Buenos Aires.
- Torres-Acosta, Rafael (2011). *Glosario de Bioética*. La Habana: Ecimed.
- Turner, Leigh (2009). «Does bioethics exist?» en: *Journal of Medical Ethics*. Vol. 35. Núm.12.
- Valls, Ramón (2003). *Una ética para la Bioética. Y a ratos para la política*. Barcelona: Gedisa.
- Varga, Andrew C (1994). *Bioética. Principales problemas*. Bogotá: San Pablo.
- Viesca-Treviño, Carlos (2008). «Bioética. Conceptos y métodos» en: González-Valenzuela, Juliana (coord.). *Perspectivas de bioética*. México: FCE/UNAM/FFyL/Comisión Nacional de Derechos Humanos.
- Whitehouse, Peter J (2001). «The Rebirth of Bioethics: A Tribute to Van Rensselaer Potter» en: *Global Bioethics*. Vol. 14. Núm. 4: 37-45.
- Whitehouse, Peter J (2003). «The rebirth of bioethics: Extending the originals formulations of Van Rensselaer Potter» en: *Am. J. Bioethics*. Vol. 3. Núm. 4: W26-W31.

Obras de referencia

- Ad Hoc Committee on Medical Ethics (1984). «American College of Physicians Ethics Manual» en: *Ann Intern Med*.
- Agamben, Giorgio (2003). *Homo sacer. El poder soberano y la nuda vida*. Paterna (Valencia): Pre-textos.
- Agamben, Giorgio (2005). *Lo abierto. El hombre y el animal*. Paterna (Valencia): Pre-textos.
- Aleman, Macario (2005). «El concepto y la justificación del paternalismo» en: *DOXA, Cuadernos de Filosofía del Derecho*. Núm. 28.
- Arendt, Hannah (2006). *La condición humana*. Barcelona: Paidós.
- Aristóteles (1998). *Política*. Madrid: Alianza.
- Arrubarena Aragón, Víctor Manuel (2011). «La relación médico-paciente» en: *Cirujano General*. Vol. 33. Supl. 2. P. S122.
- Attfield, Robin (1997). «El ámbito de la moralidad» en: Gómez-Heras, José María, Coord. *Ética del Medio Ambiente. Problema, perspectivas, historia*. Madrid: Tecnos.
- Bacon, Francis (1637). *Historia vitae et mortis, sive titulus secundus in Historia naturali et experimentalis ad condendam philosophiam, quae est "Instaurationis magnae" pars tertia*. Lugduni Batavorum: ex officina J. Maire Lugduni.
- Balbuena-Soto, Lorena Beatriz (2012). *Alcance de la protección de los sistemas naturales y las bases naturales de la vida humana. Análisis de la legislación penal española y paraguaya*. Tesis doctoral. Universidad Carlos III de Madrid.
- Bartholo, Robert Jr, Bursztyn, M & Leonardos, Othon H (2000). «Science and the Ethics to Sustainability» en: Rocha-Miranda, Carlos Eduardo, ed. *Transition to Global Sustainability: The Contributions of Brazilian Science*. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Ciencias.
- Bartolomé-Ruiz, CMM (2007). «Biopoder, alteridad y derechos humanos. La condición paradójica del derecho ante la vida» en: *Cátedra UNESCO. Derechos humanos y violencia: gobierno y gobernanza. El desplazamiento forzado interno en Colombia, un*

- desafío a los derechos humanos*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia.
- Benjamin, Walter (1990). *El origen del drama barroco alemán*. Madrid: Taurus.
- Bichat, Francisco Xavier María (1827). *Investigaciones fisiológicas sobre la vida y la muerte*. Madrid: Imprenta que fue de García.
- Bilbeny, Norbert (1992). *Aproximación a la ética*. Barcelona: Ariel.
- Boff, Leonardo (2001). *Ética planetaria desde el Gran Sur*. Madrid: Editorial Trotta.
- Casado-Neira, David (2008). «Las fronteras en el muro de Berlín: frente, fronda y solitón» en: *Papeles del Ceic*. Vol. 2008-2. Núm. 40.
- Clouser, Danner K. & Gert, Bernard (1994). «Morality vs Principlism» en: Guillon, R, ed. *Principles of Health Care Ethics*. Chichester: John Wiley.
- Cole, Thomas R & Carlin, Nathan (2009). «The Suffering of Physician» en: *The Lancet*. Vol. 374, Núm. 9699. Octubre: 1414-1415.
- Cortina, Adela (1996). «Ética aplicada» en: Cortina, Adela & Martínez, Emilio, eds. *Ética*. Madrid: Akal.
- Cortina, Adela (1998). *Ética de la empresa. Claves para una nueva cultura empresarial*. Valladolid: Trotta.
- Cortina, Adela (2001). *Ética aplicada y democracia radical*. Madrid: Tecnos.
- Díaz, Santiago (2011). «El biopoder de la biotecnología o el biotecnopoder. Aportes para una Bio(s)ética» en: *Ludus Vitalis*. Vol. XIX. Núm. 36.
- Dilthey, Wilhelm (2000). *Crítica de la razón histórica*. Barcelona: Ed. Península.
- Dogan, Mattei (1997). «¿Interdisciplinas?» en: *Revista Relaciones*. Num. 157.
- Drane, James F (1998). *Cómo ser un buen médico*. 2^{da}. Ed. Bogotá: San Pablo.

- Dworkin, Ronald (1994). *El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual*. Barcelona: Ariel.
- Esposito, Roberto (2006). *Bíos. Biopolítica y filosofía*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Esposito, Roberto (2009). *Tercera persona. Política de la vida y filosofía de lo impersonal*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Esquivel-Frías, Leonora (2006). *Responsabilidad y sostenibilidad ecológica. Una ética para la vida*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Foucault, Michel (2000). *Defender la sociedad. Curso en el Collège de France (1975-1976)*. Buenos Aires: FCE.
- Foucault, Michel (2009). *El gobierno de sí y de los otros. Curso en el Collège de France (1982-1983)*. Buenos Aires: FCE.
- Foucault, Michel (2010). *El coraje de la verdad. El gobierno de sí y de los otros II. Curso en el Collège de France (1983-1984)*. Buenos Aires: FCE.
- Friedlander, Henry (1995). *The Origins of Nazi Genocide: From Euthanasia to the Final Solution*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.
- Gama, Luis Eduardo (2010). «Nietzsche, vida e interpretación» en: *Instituto de Humanidades. Conferencia Internacional Nietzsche: el devenir de la vida*. Santiago de Chile: Universidad Diego Portales.
- Garay, Alain (1998/1999). «El paciente, el médico y el abogado» en: *Rev. Latinoam. Der. Méd. Medic. Leg.* Vols. 3/4. Núm. 2/1.
- García-Gual, Carlos Ed (1989). «Epidemias I, II» en: *Tratados hipocráticos*. Madrid: Gredos.
- García-Minguillán Molina, Jesús (2011). *La investigación con células troncales embrionarias en el ordenamiento constitucional español*. Castilla-La Mancha: Ediciones de la Universidad.
- Giacomantone, Óscar A & Suárez, Isabel B (2009). «Profesionalismo médico, su relación con la educación médica del siglo XXI» en: *Educación Médica Permanente*. Vol. 1. Núm. 1.

- López-Gómez, María (2011). *Aspectos éticos y legales del consentimiento informado en anestesiología. Estudio en el complejo hospitalario de Toledo*. Tesis doctoral. Universidad de Salamanca.
- Gómez-Pineda, Floro Hermes. (2011). *Las condiciones para una biopolítica en Colombia, entre 1904 y 1948. Una lectura a la luz foucaultiana*. Tesis doctoral. Universidad Externado de Colombia.
- Gómez-Pineda, Floro Hermes (2012). «¿Por qué la hecatombe de nuestra salud?» en: *El Pueblo*. Núm. 27.
- Hardin, Garrett (1968). «The Tragedy of The Commons» en: *Science*. Vol. 162. Núm. 3859: 1243-1248.
- Hardin, Garrett (1974). «Living on a Lifeboat» en: *Bioscience*. Vol. 24. Núm. 10: 561-568.
- Jiménez-Ruiz, Juan Luis (1991). «Hacia un modelo teórico que describa la estructura semántica de los significados denotativos» en: *E. L. U. A*. Núm. 7.
- Juran, Joseph M (1990). *Juran y el Liderazgo para la Calidad: Manual para Ejecutivos*. México: Díaz de Santos.
- Kant, Immanuel (1964). «¿Qué es la Ilustración?» en: Kant, Immanuel. *Filosofía de la Historia*. Buenos Aires: Nova
- Kant, Immanuel (1975). *Crítica de la razón práctica*. Madrid: Espasa Calpe.
- Kerényi, Karl (1998). *Dionisos. Raíz de la vida indestructible*. Barcelona: Herder.
- Komrad, Mark S. (2002). «En defensa del paternalismo médico: potenciar al máximo la autonomía de los pacientes» en: *Ars Médica*. Revista de Núm. 2.
- Illich, Ivan D (1975). *Némesis médica: la expropiación de la salud*. Barcelona: Barral.
- Lemm, Vanessa (2009). *Nietzsche's Animal Philosophy: Culture, Politics and the Animality of the Human Being*. New York: Fordham University Press.

- Lenoir, Ives (1999). «Interdisciplinarité» en: en Houssaye, Jean, dir. *Questions pédagogiques. Encyclopédie historique*. Paris: Hachette.
- Lerman, Jorge (2004). «¿Qué quedó de la relación médico-paciente?» en: *Revista Argentina de Cardiología*. Vol. 72. Núm. 3.
- Litré, Emile (1846). *Oeuvres complètes d'Hippocrate*. Paris: Libraire de l'Académie Royale de Médecine
- Locke, John. 2001 [1689]. *Carta sobre la Tolerancia*. Madrid: Ediciones Mestros.
- Marsili, Aldo Ed (1956). *Scribonius Largus Ricette*. Pisa: Omenia Medica.
- McMichael, Anthony (1998). Plenario 2: «¿Qué hace que la transdisciplinariedad tenga éxito o falle?» Simposio Internacional de Transdisciplinariedad. UNESCO en: Tamariz-García, Claudia & Espinosa-Martínez, Ana Cecilia. «La inter y la transdisciplinariedad como corrientes integradoras del conocimiento. Ira. parte» en: *Visión Docente. Conciencia*. Año 6. Núm. 33 y 34.
- Mendoza-Orozco, Mario (1998). «Reflexiones sobre humanismo y medicina. Hacia la descripción de una nueva entidad nosológica: el síndrome de Hermógenes» en: *Acta Médica Colombiana*. Vol. 23. Núm. 6. Noviembre-diciembre.
- Mendoza-Orozco, Mario (1999). «Patogenia del síndrome de Hermógenes. Descripción del síndrome de Adriano» en: *Acta Médica Colombiana*. Vol. 24. Núm. 2. Marzo-abril: 60-65.
- Mill, John Stuart (1980). *Sobre la libertad. El utilitarismo*. Madrid: Orbis.
- Muñoz-Giner, Javier (2004). *La influencia de las tecnologías de la información y las comunicaciones en las pymes del sector textil. Efecto de la implementación del comercio electrónico*. Tesis doctoral. Alcoy: Universitat Politècnica de Valencia.
- Niculescu, Basarab (1996). *La transdisciplinariedad. Manifiesto*. Hermosillo: Multidiversidad Mundo Real Edgar Morin, A. C.

- Nicolescu, Basarab (2005). «Transdisciplinarity-Past, Present and Future» en: *II Congresso Mundial de Transdisciplinaridade. Brasil: Vila Velha/Vitória.*
- Nietzsche, Friedrich (2000). *Consideraciones intempestivas. I. David Strauss, el confesor y el escritor (fragmentos póstumos).* Madrid: Alianza.
- Ocampo-Martínez, Joaquín (2002). «La Bioética y la relación médico-paciente» en: *Cir Ciruj.* Vol. 70. Núm. 1.
- Palmade, Guy. (1979). *Interdisciplinariedad e Ideologías.* Madrid: Narcea S. A.
- Paterson, David & Ryder, Richard D. (1995) eds. *Animals Rights—A Symposium.* Londres: Centaur Press.
- «Permissible Medical Experiments» en: *Trials of War Criminals before the Nuremberg Military Tribunals under Control Council Law No. 10: Nuremberg October 1946-April 1949.* Washington: U.S. Government Printing Office (n.d.), vol. 2. Pp. 181-182.
- Piquer, Andrés Ed (1987). *Las epidemias de Hipócrates.* Madrid: Ministerio de Salud y Consumo.
- Platón (1988). *La república.* Madrid: Alianza.
- Raffensperger, Carolyn & Tickner, Joel, eds. (1999). *Protecting public health and the environment: implementing the precautionary principle.* Washington, DC: Island Press.
- Ricœur, Paul (1992). «La responsabilité et la fragilité de la vie. Ethique et philosophie de la biologie chez Hans Jonas» en: *Le Messenger européen.* Nro. 5.
- Riechmann, Jorge (2005). *Un mundo vulnerable. Ensayos sobre ecología, ética y tecnociencia.* Madrid: Los Libros de la Catarata.
- Rodríguez-Arce, María Antonieta (2008). *Relación médico-paciente.* La Habana: Ciencias Médicas.
- Rowlands, Mark (1998). *Animals Rights: A Philosophical Defence.* Londres: MacMillan.
- Ryder, Richard D. (1975). *Victims of Science: The Use of Animals in Research.* Londres: Davis-Poynter.

- Ryder, Richard D. (2000). *Animal Revolution: Changing Attitudes towards Speciesism*. Oxford: Basil Blackwell.
- Semarnat (2008). *Informe de la situación del medio ambiente en México. Edición 2008. Compendio de estadísticas ambientales*. México
- Sierra-Hernando, Carlos Hugo (2009). «Regímenes de producción de cuerpos en el espacio médico» en: Mendiola-Gonzalo, Ignacio, ed. *Rastros y rostros de la biopolítica*. Rubí (Barcelona): Anthropos.
- Sinari, Ramakant (1994). «Las filosofías en interacción y la posibilidad de una ontología ilimitada» en: *Rev. Filosófica Univ. Costa Rica*. Vol. XXXII. Núm. 78-79.
- Singer, Peter (1987). «Animal Liberation or Animals Righths?» en: *The Monist*. Vol. 70. Núm. 1.
- Singer, Peter (1990). *Animal Liberation: A New Ethic for Our Treatment of Animals*. 2da. Ed. New York: Random House.
- Schmidt-Hernández, Ludwig (2002). «Reflexiones en torno al currículo. Transdisciplinariedad y diálogo bioético político en el siglo XXI» en: *Revista Educación y Desarrollo Social*. Vol. 2. Núm. 2.
- Scruton, Roger (1996). *Animals Righths and Wrongs*. Londres: Metro.
- Testart, Jacques (1986). *El embrión transparente*. Barcelona: Granica.
- Tomás de Aquino (1956). *Suma Teológica Parte I-IIae*. Madrid: BAC.
- Vernadsky, Vladimir I (1945). «The Biosphere and Noösphere» en: *American Scientist*. Vol. 33. Núm. 1.
- Vicuña-Castrejón, Ma. Begoña (2006). *El médico de cabecera al inicio del siglo XXI: entre la curación y la sanación*. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos, Facultad de Ciencias de la Salud, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública.
- Virey, Julien (1828). *Hygiène philosophique ou de la santé dans le régime physique, moral et politique de la civilization moderne*. Paris: Crochard.

- Wallerstein, Immanuel (2007). *Conocer el mundo, saber el mundo: el fin de lo aprendido. Una ciencia social para el siglo XXI*. México: Siglo XXI editores.
- Wittgenstein, Ludwig (1988). *Investigaciones filosóficas*. Barcelona: Editorial Crítica.
- Wolbring, Gregor (2005). *The Triangle of Enhancement Medicine, Disabled People, and the Concept of Health: A New Challenge for HTA, Health Research, and Health Policy*. Health Technology Assessment Unit. Edmonton, Alberta: Alberta Heritage Foundation for Medical Research. Disponible en: www.ihe.ca/documents/HTA-FR23.pdf Consulta realizada el 28 de mayo de 2012.
- Woese, Carl R., Kandler, Otto & Wheelis, Mark L. (1990). «Towards a natural system of organisms: Proposal of the domains Archaea, Bacteria and Eucarya» en: *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*. Vol. 87. Núm. 12.
- Zamora, José A (2003). «Políticas del cuerpo» en: *Iglesia Viva*. Núm. 216.
- Zubirí, Xavier (1986). *Sobre el hombre*. Madrid: Alianza Editorial.

¿Qué es la Bioética?

De vuelta a la división de la vida humana
en vida/bios y vida/zoe

Universidad Libre Seccional Cali

Este libro se terminó de imprimir en Cali, Colombia, en el 2014
en los talleres gráficos de Impresora Feriva S.A.
en tipografía Times de 8, 8.5, 10, 11.5, 13, 15 puntos
Impresión en papel bond bahiasud alta blancura de 75 g