

- Mainzer, Klaus, 1994, *Thinking about Complexity*, Springer Verlag, Berlín/Nueva York.
- Martínez, Sergio F., 2003, *Geografía de las prácticas científicas*, Instituto de Investigaciones Filosóficas-UNAM, México.
- , 1997, *De los efectos a las causas*, Paidós/Instituto de Investigaciones Filosóficas-UNAM, México.
- Resnik, Michael D., *Choices*, University of Minnesota Press, Minneapolis.

Olbeth Hansberg y Mark Platts (comps.), *Responsabilidad y libertad*, Instituto de Investigaciones Filosóficas-UNAM/Fondo de Cultura Económica, México, 2002, 207 pp.

La presentación de Olbeth Hansberg es elocuente: esta obra colectiva condensa los resultados de un foro interdisciplinario de expertos donde se discutieron temas cruciales que competen a la atención de la salud; algunos de ellos surgieron de innovaciones científicas y tecnológicas, otros de circunstancias sociales en proceso de cambio que, en cuanto a su relevancia moral, pueden ser evaluadas desde distintos puntos de vista. La directriz que guía y da título a la obra es explicitada en la Introducción por Mark Platts, quien señala que pese a que la mayoría de las libertades —entre ellas, la autonomía, preponderante en los temas que nos ocupan— conllevan responsabilidades correlativas, poco se ha examinado el concepto de responsabilidad. Y en una cultura donde el lenguaje de los derechos parece cerrar cualquier cuestión, es importante que la obra rescate el otro polo sólo en relación con el cual el derecho cobra realidad. No es trivial que nuestras prácticas morales distingan a los agentes morales responsables de sus acciones que se comportan con libertad, aunque ciertas tesis deterministas pongan en tela de juicio el (para ellas) supuesto libre albedrío que opera en nuestras decisiones. En un intento de desarticular estas conclusiones, Platts desestima todo intento de hacer del determinismo una tesis que nos exima de atribuir responsabilidad moral a prácticas mucho más concretas que los postulados metafísicos de los cuales suele partir, desde el momento que la responsabilidad se asocia a

“cargos sociales” concretos que se expresan en códigos de ética profesional o en consensos factuales. Platts señala la necesidad de distinguir distintos niveles de responsabilidad, algunos de los cuales no involucran culpabilidad. Así ilustra esta responsabilidad “de un cargo” sin culpa, tan habitual en la práctica de la atención de la salud, con el ejemplo de un jefe de servicio al que, aun cuando no se le pueda atribuir culpa alguna, no obstante es responsable del accionar de su equipo. Se trata de reconocer, no sólo en el dominio legal sino fundamentalmente en el campo de la ética, tal como sugiere Platts, las distintas *configuraciones de responsabilidad*.

La obra incluye un artículo de Stephen Jay Gould (1984), donde el autor lleva a cabo un recorrido histórico muy documentado con el fin de probar que el tristemente célebre caso *Buck v. Bell*, donde se litigó en torno de un caso de esterilización eugenésica obligatoria, se habría basado en una falsedad patente, donde más que de “tres generaciones de imbéciles”, se trataba de mujeres de estratos socioeconómicos muy bajos que, dada su condición, no tuvieron voz para lograr que se hiciera justicia.

El capítulo que Dan W. Brock firma se basa en la obra colectiva *From Chance to Choice: Genetics and Justice*, y distingue las decisiones reproductivas en el ámbito privado de las políticas públicas. En el ámbito público, el autor nos recuerda que la discusión gira en torno del grado de intervencionismo que puede tener el Estado. Éste es uno de los puntos más controvertidos: ¿en qué medida se debe interferir en la libertad individual en lo que concierne a los derechos reproductivos? ¿Acaso no es lícito hacerlo en la prevención de daños a terceros, pongamos por caso las intervenciones prenatales cuyo fin es proteger al feto, tales como la cesárea obligada o la rehabilitación forzosa de mujeres drogadictas? Brock se va a centrar en el ámbito privado, en especial en aquellos casos en que los futuros padres pueden prescindir o no de utilizar la información o las intervenciones genéticas a fin de evitar daños a su descendencia. El autor distingue tres tipos de casos: en primer lugar, las intervenciones posteriores a la concepción cuyo propósito es prevenir daños compatibles con

una vida digna de ser vivida y que no impiden el nacimiento del niño. En segundo lugar, las intervenciones ejecutadas antes o después de la concepción, con el fin de prevenir daños que son incompatibles con una vida digna de ser vivida (presentadas en las demandas por vida injusta o *wrongful life*). Por último, las intervenciones anteriores a la concepción para prevenir daños compatibles con una vida digna de ser vivida y cuya prevención exige que se impida el nacimiento (filosóficamente condensadas en el problema de la no identidad, formulado por vez primera por Derek Parfit). Brock se pregunta finalmente si en los casos de vida injusta o en los de discapacidad injusta no debería revisarse la norma de no intervención, esa neutralidad valorativa por la que abogan los asesores genéticos.

El artículo de G.J. Annas, tal como se adivina en su título, es una pequeña pieza literaria: “El hombre en la luna, el fin de las enfermedades, gente perfecta y otros mitos: derechos humanos y responsabilidades en el jardín de la ciencia.” Allí distingue las guerras santas, desde las emprendidas por los cruzados hasta la cruel conquista de América, donde en nombre de valores trascendentes y mezquinos celos misionarios se habría dado piedra libre a una dominación donde el costo común fue la oficialización de todo tipo de violaciones de los derechos humanos. Estas violaciones se reiteraron en lo que Annas denominó “guerras no santas” asociadas a la Segunda Guerra Mundial, a la llegada del hombre a la Luna y al papel que desempeña la responsabilidad científica con los nuevos hallazgos de la ingeniería genética. Y preocupado por el poder que la genética tiene de cambiar la esencia misma de lo que significa un ser humano, Annas observa que “El significado de nuestra naturaleza humana es lo que da origen a los conceptos de dignidad y derechos humanos; alterarlo mermaría tanto esa dignidad como los derechos” (p. 80). Finalmente, al atribuir a la ética médica cierta impotencia para construir un movimiento de derechos humanos de alcance internacional, señala la necesidad de un tratado internacional que sea resultado de un foro de discusión mundial —la ONU— y que prohíba las técnicas genéticas que puedan alterar la esencia humana, la cual abandonó su estatus ontológico para pasar a

formar parte de las amenazas latentes en nuestra sociedad tecnificada.

En “Medicina coercitiva: paternalismo y salud pública”, Larry Laudan define la salud pública a partir de dos vertientes básicas del paternalismo: la encarnada en la actitud del médico que considera un deber profesional la toma de decisiones en lugar del paciente y la del paternalismo estatal destinado a procurar lo mejor para sus ciudadanos, aun a costa del uso de medidas coercitivas para proteger a la gente de sí misma. Laudan recuerda que la doctrina del consentimiento informado surgió como un intento de ponerle coto al paternalismo médico, expresado en especial en una información deficiente al paciente, reconociendo que este intento se circunscribió y se circunscribe al ámbito privado. En contraste, en la salud pública y en la medicina preventiva a cargo del Estado no se plantea siquiera la cuestión de la obtención de consentimiento. En consecuencia, es evidente que el problema más serio reside en el paternalismo estatal que, a juicio de Laudan, lisa y llanamente no respeta la autonomía de las personas: las medidas preventivas de salud pública (por ejemplo, la cloración y fluoración forzosa del agua), no apuntan a que *A* deje de hacer algo que amenaza con dañar a *B*, sino que *A* deje de hacer algo que amenaza al propio *A*. Asimismo, el autor observa que tanto la vacunación obligatoria como la imposibilidad del paciente de autorrecetarse ciertos fármacos con fines medicinales o hasta recreativos, o las políticas gubernamentales conforme a las cuales fumar o llevar estilos de vida poco saludables es causal de despido de un empleo estatal, son distintas formas de control cuya intención es proteger a la gente de sí misma, o hasta de intervenir en los estilos de vida. En el ámbito de la salud pública, el ciudadano se ve sometido a dos formas de coacción médica: el primer tipo de coacción impone una terapia a un paciente sin su consentimiento (como sucede en el caso de la vacunación o del tratamiento del agua); el segundo tipo niega la posibilidad de recurrir a una terapia, fármacos o instrumentos médicos sin pedir su consentimiento a quien la pueda desear, sea médico o paciente. Laudan nos advierte que la hegemonía del modelo médico no legitima su

dominio más allá de su radio de acción: la medicina y la salud pública no pueden interferir en los modelos de vida de los ciudadanos. Si bien la propuesta de Laudan es inobjetable cuando se trata de individuos adultos e informados, creo que el autor no toma en cuenta que muchas de las medidas del Estado se dirigen a proteger a menores de la negligencia de sus padres o de las personas a cargo —por ejemplo, en los planes obligatorios de vacunación— y otras a garantizar la calidad de algún producto o servicio a quienes, en su mayoría, no tienen acceso a una adecuada información sobre la calidad de sus consumos.

Mark Platts, en “Dos puntos de vista sobre la confidencialidad (y una moraleja de paso)” compara dos tipos de justificación de la confidencialidad alentada en los trabajadores de la salud en su trato con los pacientes. La primera es la confidencialidad fundada en consideraciones de salud pública; la otra en consideraciones de autonomía. A través de un examen de los valores involucrados, Platts propone diferenciar estos tipos de justificación, para concluir que ni el principio de respeto a la autonomía ni las consideraciones de salud pública son suficientes por sí mismos para justificar la obligación de confidencialidad. En lugar de justificar dicha obligación por medio de principios “monolíticos”, propone una justificación de naturaleza “híbrida”, no sólo de la autonomía sino de otros elementos de los códigos de ética médica.

La confianza y la privacidad son los temas troncales que Carlos Viesca y Juan Ramón de la Fuente abordan en una reseña histórica que parte de la tradición hipocrática y arriba a la obligación del secreto profesional —según señalan los autores, de alcance intercultural— centrada en el deber de no revelar toda información que pueda causar vergüenza o malestar al paciente. Este secreto es fruto de un acuerdo interpersonal, y reviste el carácter de una promesa dirigida a una meta. Dada esta especial naturaleza, el secreto profesional “se torna en un tipo de secreto ‘confidencial’; es decir, algo que conlleva el depósito de la buena fe de ambas partes” (p. 129), si bien tiene excepciones que atienden a los intereses de otros individuos. Por esta razón,

no importa tanto “qué es lo que debe ser mantenido en secreto, sino qué es lo que debe ser revelado, a quién, y en qué circunstancias” (p. 131). Esta confidencialidad comprometida ubica en el terreno de la discusión el tema de la propiedad de los datos obtenidos en los actos médicos: ¿a quién pertenecen, al médico o al paciente? Esta situación de incertidumbre se agrava porque no sólo el médico, sino el equipo de salud, la administración del hospital y hasta la obra social tienen acceso a la historia clínica del paciente, cuya intimidad se ve comprometida más allá de la responsabilidad directa del médico. La medicina encarnada en los médicos, concluyen los autores, experimenta una crisis de confianza.

En “Obligaciones profesionales: cuando los médicos se convierten en investigadores”, Ruth Macklin comienza por recordar que el principio de beneficencia ordena perseguir la maximización de los beneficios y la minimización de los daños al paciente. La autora indica que, amparándose en dicho principio, hasta poco tiempo atrás se ocultaba cierta información que, a juicio del médico, podía perjudicar al paciente. Una vez que entra en juego el principio de respeto a la autonomía, ya no podría sostenerse un paternalismo benevolente fundándolo en razones éticas. Macklin concede que en determinadas circunstancias, en el contexto terapéutico, se puede llegar a justificar que no se comunique determinada información al paciente; sin embargo, ya internándose en el tema que la preocupa, deja en claro que en el marco de un protocolo de investigación dicha excepción es inadmisibles. Es fácil advertir entonces que cuando el médico desempeña dos actividades profesionales, como investigador y en la clínica, se le presenta un conflicto de obligaciones. La necesidad de acelerar el proceso de reclutamiento de sujetos altera a veces su disposición a revelar información en la obtención del consentimiento informado, circunstancias agravadas cuando las compañías farmacéuticas pagan una prima por cada paciente que logran afiliar. Pero además de estos conflictos económicos, también surgen conflictos de obligaciones cuando lo que está en juego es el prestigio académico o la reputación profesional, situación en la que a veces la obligación de hacer lo mejor para

el paciente colisiona con lo que es mejor para el resultado de una investigación. Uno de los desafíos más serios tanto para los investigadores como para los potenciales sujetos de investigación es la denominada “ilusión terapéutica” o “error terapéutico”, esto es, la creencia errónea de que participar en un estudio tiene por objeto beneficiar al paciente que es simultáneamente sujeto de investigación. Fiel a un principio de la Declaración de Helsinki, según el cual “la preocupación por los intereses del sujeto debe prevalecer siempre por encima de los intereses de la ciencia y la sociedad”, al cual agrega Macklin, “y por encima de los intereses del patrocinador” (p. 149), la autora exige un elevado criterio de conducta de parte del médico-investigador, conjuntamente con la práctica de revelar al paciente las cuestiones económicas implícitas.

En “A la búsqueda de una ética global en salud reproductiva”, Gregorio Pérez Palacios y Yolanda Varela Chávez destacan la planificación familiar como uno de los derechos humanos en la medida en que concede a las personas el ejercicio de la libertad requerida para la realización de sus planes de vida, derecho coronado en El Cairo, en 1994, donde se adoptaría un nuevo paradigma en salud reproductiva de carácter integrador, que inaugura la incorporación de la perspectiva de género. Amparándose en los resultados de intensos debates suscitados en foros y reuniones internacionales, los autores se muestran optimistas frente a la posibilidad de construir consensos globales en temas tan controvertidos como son los relacionados con la salud reproductiva. Las tecnologías reproductivas son examinadas, esta vez desde un enfoque legal, por Gonzalo Moctezuma Barragán e Ignacio Ibarra Espinosa, quienes reseñan las numerosas e importantes reformas incorporadas en la Ley General de Salud de México en el año 2000, lo cual ubica a la legislación mexicana en pie de igualdad con otras legislaciones del mundo occidental. Los autores examinan exhaustivamente los aspectos legales de distintas prácticas vinculadas a la salud reproductiva, que van desde la crioconservación de embriones hasta los contratos de maternidad subrogada, pasando por la filiación de los hijos póstumos pro-

ducto de una inseminación artificial a partir de embriones congelados y por el reclamo de la paternidad en una donación heteróloga. La minuciosidad y la amplitud de temas se resumen en su advertencia final según la cual los vacíos legales son intolerables. Por lo tanto, sugiere que se deben proponer soluciones éticamente defendibles y jurídicamente sustentables.

En “Suicidio médicamente asistido y autonomía”, Horacio Spector objeta la tesis de la autonomía como justificativo del suicidio médicamente asistido puesto que, en su opinión, desde el momento en que se solicita esa práctica es evidente que el paciente posee su autonomía disminuida. En contraste con un abordaje consensuado en bioética, niega una diferencia moralmente relevante entre matar y dejar morir. El autor sostiene que el retiro del sostén vital es diferente de la eutanasia activa o del suicidio asistido. Finalmente, en su oposición a la legalización de las prácticas mencionadas, defiende la tradicional doctrina del doble efecto como una guía práctica para prestar atención a cuestiones de política social.

Queda claro que la obra ofrece un abanico de temas de innegable actualidad y los pocos trabajos históricos son compensados con otros estudios críticos de temas controvertidos. No cabe duda de que debe ser bienvenida por el público hispanohablante, pues cuenta con trabajos de primer nivel sobre temas escasamente tratados en el mundo iberolatinoamericano. Mención aparte merece el cuidado de la edición de esta obra que se suma a una colección de ética práctica que, en su conjunto, hace honor al título particular de este libro: son el producto final de trabajos de estudiosos, en su mayor parte mexicanos, dedicados a una producción llevada a término con responsabilidad y libertad.

DIANA COHEN  
Facultad de Filosofía y Letras  
Universidad de Buenos Aires  
dianacohen@arnet.com.ar