

Acta Bioethica
(Continuación de Cuadernos del Programa Regional de Bioética OPS/OMS)

Año XII – N° 2 - 2006

ISSN 0717 - 5906

Director

Fernando Lolas Stepke

Editor

Álvaro Quezada Sepúlveda

Editor Invitado

Carolina Valdebenito Herrera

Revisión

Marta Glukman Salita

Diagramación

Fabiola Hurtado Céspedes

Publicaciones

Francisco León Correa

Consejo Asesor Internacional

Gabriel D'Empaire Yáñez

Jefe de Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Clínicas, Caracas, Venezuela.

Florencia Luna

Investigadora Adjunta de CONICET, Coordinadora del Programa de Bioética, FLACSO, Argentina.

José Geraldo De Freitas Drumond

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), Brasil.

Alfonso Llano Escobar, S.J.

Director del Instituto de Bioética CENALBE, Pontificia Universidad Javeriana, Colombia.

José Eduardo De Siqueira

Vicepresidente de la Sociedad Brasileña de Bioética, Londrina, Brasil.

Roberto Llanos Zuloaga

Presidente de la Asociación Peruana de Bioética. Presidente del Comité de Salud Mental de la Academia Peruana de Salud, Lima, Perú.

James F. Drane

Russel B. Roth Professor of Clinical Bioethics, Edinboro University of Pennsylvania, U.S.A.

José Alberto Mainetti Campoamor

Director del Instituto de Humanidades Médicas de la Fundación Dr. José María Mainetti, La Plata, Argentina.

Ana Escribar Wicks

Profesora de la Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad de Chile.

Delia Outomuro

Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Sandra Maritza Fábregas Troche

Profesora de la Facultad de Farmacia, Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico.

Alberto Perales Cabrera

Profesor del Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

Gonzalo Figueroa Yáñez

Director de Investigaciones, Fundación Fernando Fueyo Laneri, Chile.

Leo Pessini

Vicerrector del Centro Universitario São Camilo, São Paulo, Brasil.

Marta Fracapani Cuenca de Cuitiño

Profesora Asociada Área de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, Argentina.

María Angélica Sotomayor Saavedra

Asesora Jurídica de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Guillermo Hoyos Vásquez

Director del Centro de Estudios Sociales y Culturales PENSAR, Pontificia Universidad Javeriana, Colombia.

Leonides Santos y Vargas

Director del Instituto de Estudios Humanísticos y Bioética "Eugenio María de Hostos".
Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.

La revista *Acta Bioethica* es publicada semestralmente por el Programa de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS.

Avenida Providencia 1017, Piso 7, Providencia. Casilla 61-T, Santiago, Chile.

Teléfono: (56-2) 236-0330. Fax: (56-2) 346-7219.

<http://www.paho.org/spanish/bio/home.htm>

bioetica@chi.ops-oms.org

Los artículos son de responsabilidad de sus autores y no reflejan necesariamente la opinión del Programa de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS.

Andros Impresores
Hecho en Chile / Printed in Chile

TABLA DE CONTENIDOS

Editorial	143
Originales	
Relación mujer y biotecnología: aproximación al impacto de la bioética	145
<i>Carolina Valdebenito, Alexis Lama y Fernando Lolas</i>	
La aplicación del concepto de <i>autopoiesis</i> en los estudios de género: el derecho a autocomponerse del sujeto en referencia a su identidad sexual	151
<i>Ángela Vivanco Martínez</i>	
Cuerpo y corporalidad desde el vivenciar femenino.....	165
<i>María Angélica Montenegro Medina, Claudia Ornstein Letelier y Patricia Angélica Tapia Ilabaca</i>	
Bioética, salud mental y género	169
<i>Carmen Bravo de Rueda Ortega</i>	
La mujer en las profesiones de la salud	177
<i>Laura Rueda C.</i>	
Salud intercultural: impacto en la identidad social de mujeres aimaras	185
<i>Carolina Valdebenito, Marilyn Rodríguez, Andrea Hidalgo, Ulises Cárdenas y Fernando Lolas</i>	
Género, vejez y salud.....	193
<i>Melba Barrantes Monge</i>	
Aproximación bioética a las terapias reparativas. Tratamiento para el cambio de la orientación homosexual.....	199
<i>Gabriel Jaime Montoya Montoya</i>	
Normalización del discurso homofóbico: aspectos bioéticos	211
<i>María de la Luz Sevilla González y Nelson Eduardo Álvarez Licona</i>	
Aportes al debate sobre el aborto en Chile: derechos, género y bioética	219
<i>Claudia Dides C.</i>	

Interfaces

Nuevas perspectivas en cuidados paliativos 231
Leo Pessini y Luciana Bertachini

La evaluación ética en las ciencias humanas y/o sociales. La investigación científica:
entre la libertad y la responsabilidad 243
M. Lucrecia Rovaletti

Responsabilidad del patrocinador después de un ensayo clínico..... 251
Elizabeth Benites Estupiñán

Recensiones 257

Publicaciones 259

Tabla de contenidos del número anterior 263

EDITORIAL

Este número de *Acta Bioethica* reúne contribuciones relativas a la noción de género y sus vinculaciones con procesos y prácticas sociales. En su sección de *Interfaces* acoge trabajos relacionados con los cuidados paliativos, la investigación en ciencias sociales y las responsabilidades de los patrocinadores tras finalizar ensayos clínicos.

El género puede concebirse como una construcción social basada en el sexo, pero no restringida a él. Es muy probable que las connotaciones de la expresión inglesa “*gender*” no sean exactamente iguales a las palabras “género” en español o “*Geschlecht*” en alemán y que, para bien o para mal, la asociación vulgar se haya establecido con estudios sobre lo femenino. De ello también da cuenta el contenido de este número, toda vez que la mayor parte de las contribuciones versa sobre mujeres y, en tal sentido, puede decirse que refleja –si bien no desea perpetuar– la identificación de feminismo con estudios de género. Es interesante que el estatuto de estos últimos se haya revestido, en ocasiones, de formas combativas y reinvincadoras, pero eso tiende a desaparecer y, en el futuro, cuando nuevamente abordemos esta temática, ya las asociaciones que aquí mencionamos habrán desaparecido.

En la inevitable heterogeneidad que la multiplicidad de autores y temas produce, al aceptar que cada asunto se trate libremente, hay, sin embargo, varios ejes descriptivos en estos artículos. Por un lado, la relación de la mujer con las tecnologías y los trabajos, además de la vivencia propia del cuerpo femenino, y que merecería mayores estudios fenomenológicos. Por otra parte, aunque no en profundidad, se aborda el interesante problema de la priorización de recursos sanitarios, ejemplo predilecto del feminismo radical para sugerir que la orientación falocéntrica de las ciencias y las tecnologías significa transferir prejuicios a la esfera técnica. Por cierto, harían falta mayores precisiones desde los estudios culturales para dar cuenta del caleidoscópico escenario que produce la interacción entre género, nivel socioeconómico, cultura y ciencia. Quede ello reservado a otros escritos, anotando aquí solamente la percepción de los editores de lo mucho que falta por estudiar y comunicar. Interesante resulta en tal sentido la proyección de la perspectiva antropológica, representada aquí por un estudio sobre salud intercultural.

Es interesante que los dos trabajos relacionados con homosexualidad reflejen, por una parte, el énfasis en lo “correctivo” y, por otra, la persistencia del discurso homofóbico en el personal sanitario. Sin duda, están bien situados estos estudios en un número sobre género, mas queda la deuda de semejantes trabajos describiendo lo que significa el papel social masculino (y, por ende, el género masculino) en las sociedades contemporáneas.

Quizá más que otros números temáticos de *Acta Bioethica* deja éste más cabos sueltos que anudados. Se adentra en los meandros de la bioética cultural, que tantas perplejidades ofrece al observador. Allí es talvez imposible evitar la fuerte influencia del prejuicio disfrazado de dato o la creencia convertida en información. La bioética, en su función pontifical (de puente), actúa en los estudios culturales como una herramienta para la traducción, conversión y asimilación de

lo diferente y su ejercicio debiera siempre acompañarse por tolerancia y diálogo. No siempre es fácil impedir el tono moralizante o la admonición basada en las propias creencias cuando se trata de juzgar lo distinto.

Quizás la mayor lección que cabe extraer de este conjunto de escritos es que hay diferencias entre seres humanos que permiten establecer distinciones entre ellos. Lo más saludable sería que nunca hubiera distinciones sin reales diferencias, pues tales distinciones son base de prejuicio, estigma y marginación. Género es una distinción con diferencia, pero esta diferencia tiende a ser más fluida de lo que la tradición nos ha legado como práctica canónica. Hoy aceptamos estilos de vida y orientaciones que tienden a coexistir con los tradicionales papeles sociales (o roles, en el registro anglofónico) de hombres y mujeres. Si la ética es tanto carácter como hábito y costumbre, y si la bioética es el empleo del diálogo para la intermediación entre grupos, racionalidades y personas, entonces el campo queda abierto para la reflexión, el debate y la deliberación. Reflexión, debate y deliberación sobre la con-vivencia y la super-vivencia de la humanidad.

Fernando Lolas Stepke

RELACIÓN MUJER Y BIOTECNOLOGÍA: APROXIMACIÓN AL IMPACTO DE LA BIOÉTICA

Carolina Valdebenito*, Alexis Lama** y Fernando Lolas***

Resumen: En este ensayo se reflexiona sobre la estructuración del *ethos* cultural latinoamericano que construye la imagen social de la mujer. Se intenta determinar cuál es el impacto de la biotecnología, específicamente de los anticonceptivos y de la reproducción asistida, en la construcción de esta imagen y, finalmente, se proponen vías para la reflexión bioética en temas que afectan a la mujer, principalmente a partir del caso chileno.

Palabras clave: bioética, género, biotecnología, imagen social

RELATION BETWEEN WOMAN AND BIOTECHNOLOGY: AN APPROACH TO THE BIOETHICS IMPACT

Abstract: This essay reflects on the Latin American cultural matrix from which the social woman image is built. This paper tries to determine what is the impact of biotechnology, specifically the role of contraception and assisted reproduction in building the woman image. Finally, some ways for bioethical reflection are proposed in relation to ethical issues which affect women, mainly in the Chilean context.

Key words: bioethics, gender, biotechnology, social image

RELAÇÃO MULHER E BIOTECNOLOGIA: APROXIMAÇÃO AO IMPACTO DA BIOÉTICA

Resumo: Neste ensaio reflete-se sobre a estruturação do *ethos* cultural latino-americano que constroi a imagem social da mulher. Procura-se determinar qual é o impacto da biotecnologia, especificamente dos anticoncepcionais e da reprodução assistida, na construção desta imagem. Finalmente, se propõe caminhos de reflexão bioética em temas relacionados com a mulher, principalmente a partir do caso chileno.

Palabras chave: bioética, gênero, biotecnologia, imagem social

* Antropóloga. Magíster en Salud Pública. Investigadora del Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética (CIEB), Universidad de Chile. Chile

** Cardiólogo. Director de la Escuela Medicina, Universidad Andrés Bello. Chile

*** Psiquiatra. Director del Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética (CIEB), Universidad de Chile. Chile

Correspondencia: valdebec@chi.ops-oms.org

Introducción

Los avances biotecnológicos han creado un nuevo escenario para la mujer. Uno de los desarrollos científicos más significativos ha sido, sin duda, la aparición de los métodos anticonceptivos; ellos influyeron en el rol social de la mujer, porque crearon una disociación entre la satisfacción sexual de la mujer y su capacidad reproductora.

Este ensayo reflexiona acerca de la estructuración del *ethos* cultural latinoamericano que construye la imagen social de la mujer; intenta establecer cuál es el impacto de la biotecnología, específicamente de los anticonceptivos y de la reproducción asistida, en la construcción de esa imagen y, finalmente, propone vías para la reflexión bioética en temas que afectan a la mujer, principalmente a partir del caso de Chile.

La influencia del *ethos* cristiano en la representación social de la mujer

La representación social de la mujer en Latinoamérica está vinculada al *ethos* cristiano occidental(1), que se caracteriza por considerar al humano –y especialmente a la mujer– como un ser de naturaleza pecadora; en consecuencia, debe sufrir constantemente el castigo y el sacrificio. Éstos se expresan notoriamente a través de la represión de la sexualidad y, más aún, de la sexualidad femenina(2).

No es extraño que dentro de los valores inculcados se promueva la virginidad de la mujer hasta el matrimonio. Sin embargo, se debe destacar que no siempre ha sido así. En las sociedades precolombinas, si bien existía un poder jerarquizado, también había una división del trabajo que respetaba la posición de la mujer en la sociedad. Por otra parte, en las primeras religiones existía una fuerte presencia de la divinidad femenina, relacionada justamente

con la fertilidad, el abrigo y la protección de la sociedad. Con el cristianismo la mujer es relegada al último peldaño de la sociedad; ella es interpretada como el origen del pecado. Debemos recordar el rol de Eva en la creación del mundo que describe la Biblia.

La Torá, por otra parte, relata que después que Dios creó al primer hombre lo durmió y separó de él a quien sería su esposa, Javá, pues él había visto que estaba solo y necesitaba una compañía. A Javá la Torá la llama “*ézer kenegdó*”, es decir, una ayuda para él. De aquí que para que el hombre pueda cumplir correctamente su función en este mundo necesita a la mujer. En Génesis 2:23, señala: “Adam dijo: esta vez, este es hueso de mis huesos y carne de mi carne”. Según la Torá esta es la razón por la que la mujer necesita del hombre para poder llevar a cabo su función y cumplir, junto con él, el propósito de la vida.

La religión musulmana señala que Alá ordenó a las esposas del Profeta y a las esposas de los creyentes que permanecieran en sus hogares, vistieran la *hiyab* (pañuelo o velo para la cabeza) y no mostraran sus encantos a hombres que no sean familiares con los que se puedan casar (*mahram*), pues esto conduce a la promiscuidad, plaga de la sociedad.

Es importante que nos detengamos en estos aspectos religiosos, pues será el discurso oficial de la Iglesia sobre el papel de la mujer el que influirá en la manera de interpretar su actuación y rol social en Latinoamérica.

El cristianismo produjo varios efectos en la representación social de la mujer, desde el rechazo de la sexualidad femenina hasta la proliferación de místicas, como Hildegard de Bingen, Santa Clara, Santa Catalina de Siena o Santa Isabel de Portugal. Sin embargo, debemos admitir que no todas las mujeres que entraban en el convento lo hacían por vocación. Un

buen número de jóvenes eran donadas a los conventos por sus padres en los testamentos así como numerosas viudas los escogían como retiro. Desde el siglo XII encontramos algunas mujeres que adoptan formas de vida religiosa alejadas del convento. Es el caso de Christina de Markyate, en el siglo XII, al huir de un matrimonio no deseado, y su estancia por vida en una ermita donde tendrá algunas visiones. En los siglos XIV y XV se desarrollará el fenómeno de las emparedadas, mujeres que se introducían en una celda cuya puerta era tapiada. También se encuentran grupos que participaron en las órdenes mendicantes como terciarias. Algunas mujeres medievales no se conformaban con la religión tradicional y buscaban nuevos caminos como el misticismo.

Las experiencias místicas medievales son muy numerosas, pudiendo citar a Margarita de Ypres, Beatriz de Nazaret, Ángela de Foligno o Catalina de Siena. Ellas reivindican su derecho a amar a Dios sin intermediarios y ser amadas por Él del mismo modo. Una pretensión de libertad que rompía con la rigidez de la iglesia ortodoxa y que llevará a numerosas mujeres a la hoguera, víctimas de la Inquisición.

La religión judeocristiana y, en general, las religiones monoteístas nos ofrecen una descripción de cómo las mujeres quedaron excluidas del proceso de creación de símbolos: de la transición desde la naturaleza a la cultura. El monoteísmo borró, poco a poco, el importante papel desempeñado por las mujeres en los cultos primitivos e instauró una religión patriarcal, en cuanto a Dios se le representa como masculino, que habla y pacta sólo con varones (como queda patente en el rito de iniciación exigido por la religión judía –la circuncisión– que atañe sólo a los varones). Luego de eso queda impreso en la sociedad que la mujer es el origen del pecado; es lo concupiscente y, por tanto, se le debe controlar y dominar.

La sexualidad, entendida como proceso biológico del cual se puede obtener placer, es censurada en las sociedades latinoamericanas por la condición pecadora de la mujer. Por lo tanto, mientras más esfuerzos se hagan por controlar el goce sexual más cerca se está de la rendición espiritual. Ejemplo de ello es la exaltación de las figuras religiosas consagradas a lo espiritual sin conocer los placeres de la carne, o que han renunciado a ellos para seguir el camino espiritual.

La sexualidad tiene connotaciones sociales que se alejan de la reproducción y se relacionan con el empoderamiento social. En las sociedades latinoamericanas el hombre es poseedor de su sexualidad y puede administrarla sin censuras; es también quien expresa su poder social con vehemencia sobre las mujeres. Esta actitud falocentrista se sostiene en la noción de que el hombre es superior a la mujer.

Las primeras interpretaciones arqueo-antropológicas mostraron al hombre en un rol social de cazador y constructor de herramientas, mientras que la mujer estaba a cargo de las tareas de recolección de alimentos y cuidado de los hijos. Se produce así la disociación entre (hombre)cultura y (mujer)naturaleza. Si la mujer se asocia a la naturaleza, entonces ésta debe ser dominada y controlada por la cultura.

Desarrollo biotecnológico: impacto en la representación social de lo femenino

Desde la creencia que el doble cromosoma XX era una deformación del XY, la mujer ha sido confinada al ámbito privado, considerándola un ser inferior. En el siglo XVII, Anton van Leeuwenhoek, inventor del microscopio, consideró que los espermatozoides eran los exclusivos causantes de la vida, teoría que sólo cambiaría en 1827 cuando fue descubierto el óvulo. Biológicamente, hasta el siglo XIX (de acuerdo con los descubrimientos de la época) la mujer no tenía

ningún mérito para establecer un rol social que no fuese relacionado con el cuidado de las crías imitando a las demás especies animales.

El avance de la biotecnología ha liberado a la mujer de sus obligaciones tradicionales y ha evidenciado su capacidad en otros ámbitos, fenómeno que la sitúa en igualdad de condiciones frente al hombre. También, desde otro campo de sujeción, los anticonceptivos y la reproducción asistida han disociado su sexualidad de su capacidad reproductiva, lo que ha redundado en mayores espacios de libertad.

Sin embargo, en las primeras civilizaciones o grupos humanos, la posibilidad de embarazo no fue impedimento para el goce sexual de las mujeres ni tampoco para desempeñar tareas de alto rendimiento, como las de recolección o el manejo de embarcaciones. Por lo tanto, parece válido considerar que el cambio en la percepción de lo femenino en Latinoamérica sucede con el advenimiento de la cultura cristiano-occidental, que sitúa a la mujer en el ámbito privado, justificando esto por su condición reproductora. Este cambio se vincula con la interpretación de lo femenino como lo pecaminoso y salvaje, susceptible de ser controlado y subyugado por un ser racional como es el hombre.

Lo que parece acompañar permanentemente a la expresión de la sexualidad de la mujer es el aborto. Ante agresiones sexuales o condiciones no favorables para la crianza de los hijos, mujeres de distintas épocas –ancianas y jóvenes– han conocidos formas de poner término a embarazos no deseados.

Bioteología y argumentos éticos: influencia en la representación social de la mujer

El desarrollo biotecnológico ha afectado la existencia de las mujeres en la sociedad actual. La agresión, tanto corporal como mental, de un

aborto fue reemplazada por métodos menos agresivos, como los anticonceptivos. Los métodos de control natal no fueron el único avance que afectó la representación social de la mujer, también la fertilización *in-vitro* hizo lo propio, dando una oportunidad a aquellas mujeres que no podían engendrar.

Como resultado de estos avances, hay una nueva relación entre la mujer y su naturaleza biológica, tradicionalmente relacionada con la maternidad. Hoy la mujer puede decidir si va a engendrar hijos y cuántos y en qué condiciones; incluso, mediante pruebas genómicas, puede, eventualmente, generar una selección prenatal.

Sin duda, los avances científicos tienen siempre un impacto social, ya sea en cuanto se pueden rechazar o abrazar. No son escasos los debates éticos que involucra la capacidad de la mujer de dar a luz, sin embargo, pocas veces es convocada o escuchada en la toma de decisiones o en las legislaciones al respecto.

Feminismo y biotecnología: el caso chileno

Los problemas bioéticos no sólo se asocian a los usos y destinos del conocimiento científico, sino también a las condiciones sociales en que se generan y las consecuencias que producen. Aunque en algunos de los países latinoamericanos el aborto está prohibido, es más fácil para una adolescente de buena situación económica entrar a una clínica privada por apendicitis y salir con un aborto seguro, que para otra en situación marginal tener un hijo –que no puede alimentar– o someterse a riesgosas prácticas de aborto artesanal que le producirán infertilidad o la muerte.

A su vez, la fertilización asistida genera grandes contradicciones, pues, por la magnitud de sus costos, no son muchos los que pueden acceder a estos programas. En el ensayo “Los Derechos de la Mujer en Chile: Un Reporte Sombra(3)” se subraya que la mujer chilena

tiene dos situaciones desventajosas con las cuales convivir: con el hombre y con mujeres de niveles socioeconómicos más altos.

Dado que las posibilidades de regulación en temas de esta envergadura son limitadas, la bioética tiene un deber indiscutible respecto del rol de la mujer en la sociedad y del empoderamiento de su propio cuerpo. La biotecnología no sólo produce temas para debatir en salas de reuniones, sino que genera grandes controversias sociales.

Producto de la situación económica, la incorporación a la fuerza laboral, el laicismo de las nuevas generaciones y la comodidad que entrega la tecnología, la representación social de la mujer ha cambiado: no sólo ser dueña de casa es posible, también se puede trabajar, ir al gimnasio, tener esposo y cuidar del hogar. Sin embargo, cabe reflexionar también acerca de la situación de quienes no tienen los medios para acceder a los beneficios de la tecnología. Por ejemplo, aunque en Chile existan prohibiciones legales contra el aborto, se producen 160.000 al año en forma clandestina, lo que representa una situación de riesgo para la vida y salud de la mujer. Se estima que un 35% de los embarazos terminan en aborto y un 40% de las mujeres que abortan son menores de 18 años. Tres abortos resultan en la hospitalización por complicaciones y es la causa principal del 30% de las muertes maternas.

Adicionalmente, las que asisten a un hospital de emergencia, pues están en peligro de morir por una mala intervención, son discriminadas y estigmatizadas por los profesionales de la salud que ahí las atienden, sometiéndolas a duros tratos y a descalificaciones personales.

En la sociedad contemporánea existen al menos dos posibilidades para que la mujer viva los avances de la biotecnología. Puede hacer uso de ella fuera de los límites de normalización legislativa y moral del contexto sociocultural, o

someterse a la legislación y tomar de los avances tecnológicos sólo lo que no atente contra su moralidad cristiano-occidental.

Es interesante recordar a Jonas, quien reflexiona sobre la moralidad en la técnica. Toda aplicación técnica es cultura y, en este sentido, toda utilización de la ciencia y de la técnica tiene un marco regulatorio vinculado con la religión, las creencias y las ideologías. Esto permitiría entender que desarrollos como el control natal o la “píldora del día después” requieren de un sustrato cultural que los validen para ser aceptados, de manera de no atentar contra los principios sociales. El problema es que los abortos se siguen produciendo, mientras la sociedad hace consenso y las vidas de niños y mujeres siguen en riesgo.

Sin embargo, la reflexión no debe quedar limitada a los beneficios de la biotecnología en la capacidad reproductiva de la mujer. Hoy existe un empoderamiento de la mujer con su cuerpo, lo que incluye, por cierto, su capacidad reproductiva, que debe ser replanteada y reestudiada.

La bioética tiene un papel muy importante en discernir cómo la sociedad incorpora los cambios tecnocientíficos y, en consecuencia, cómo afecta esto a la imagen que se tiene de la mujer como persona y como interlocutor válido. Pero también debe incluir el examen y discusión de los alcances sociales que tendrá la incorporación de innovaciones tecnológicas en entornos aún conservadores.

Agradecimientos

Artículo realizado en el marco del proyecto: *Representation of genomics research among Latin American laymen and bioethics: a inquiry into the migration of knowledge and its impact on underdeveloped communities*. Department of Energy, DOE # DE-FG02-02ER63435, Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética (CIEB), Universidad de Chile.

Referencias

1. Morandé P. *Cultura y modernización en América Latina*. Santiago de Chile: Cuaderno del Instituto de Sociología de la Pontificia Universidad Católica de Chile; 1984.
2. Girard R. *La violencia y lo sagrado*. Barcelona: Anagrama; 1983.
3. Centro Legal para Derechos Reproductivos. *Los Derechos de la Mujer Chile: Un Reporte Sombra*. New York: Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas; 1999. [Sitio en Internet] Disponible en: <http://www.reproductiverights.org> Último acceso en octubre de 2006.

Bibliografía

- Álvarez G, Álvarez A, Facuse M. Discurso, Cultura, Salud: La Noción de Interculturalidad en Salud. *Atenea* 2002; 486(1): 79-90.
- Cruz-Coke MR. Normas bioéticas de UNESCO para evitar practicas eugenésicas en investigaciones biomédicas. *Revista Médica de Chile* 2000; 128(6):1-6.
- Matamala M. *Discriminación en las mujeres en el sistema de instituciones de salud previsional*. Serie Género y Reforma de Salud N° 1. Santiago de Chile: OPS/OMS; 2002.
- Montecino S. De la Mujer al Género: Implicaciones Académicas y Teóricas. En: Rebolledo L, (ed.) *Mujer y Género: Nuevos Saberes en las Universidades Chilenas*. Santiago de Chile: Bravo y Allende Editores; 1995.
- Montecino S, Rebolledo L. Los Estudios de la Mujer o de Género en el Universo Académico Chileno. En: Rebolledo L, (ed.) *Mujer y Género: Nuevos Saberes en las Universidades Chilenas*. Santiago de Chile: Bravo y Allende Editores; 1995.
- Montecino S, Castro R, De la Parra MA, (eds.) *Mujeres, espejos y fragmentos: antropología del género y salud en Chile del siglo XXI*. Santiago de Chile: Aconcagua; 2003.
- Servicio Nacional de la Mujer. *Mujer Chilena Hoy: Datos Estadísticos (Proyección)*. [Sitio en Internet] Disponible en: <http://www.sernam.cl/basemujer/index.htm> Último acceso en octubre de 2006.
- Tajer D. Construyendo una agenda de género en las políticas publicas en salud. En: *Políticas Públicas, Mujer y Salud*. Popayán: Ediciones Universidad Nacional del Cauca y RSMLAC; 2004: 27-39.
- Unidad Mujer y Desarrollo. *Entender la pobreza desde la perspectiva de género*. Santiago de Chile: CEPAL-UNIFEM- República de Italia; 2004.

Recibido el 26 de enero de 2006.

Aceptado el 03 de marzo de 2006.

LA APLICACIÓN DEL CONCEPTO DE *AUTOPOIESIS* EN LOS ESTUDIOS DE GÉNERO: EL DERECHO A AUTOCOMPONERSE DEL SUJETO EN REFERENCIA A SU IDENTIDAD SEXUAL

Ángela Vivanco Martínez*

Resumen: El presente artículo trata algunas claves aportadas por los estudios de género, en relación con los roles esenciales de hombre y mujer, y con el modo en el que el Derecho los asume. En esa perspectiva, se plantea la crítica de los estudios de género a un modelo patriarcal y su cuestionamiento ético y jurídico a un sistema universal de derechos y al concepto constitucional de “persona”, el que afirmaría la jerarquización de los sujetos y su dependencia a los estereotipos. En cambio, se postula un sistema de autocomposición del sujeto que recoge las características que Maturana y Varela otorgaron a los seres vivos, superando el propio encapsulamiento de la sociedad que significa reconocerla como una unidad cerrada. Para ello, será necesaria la utilización sistemática del conflicto, en orden a posibilitar la “diferencia” y la existencia de estatutos diversos y omnicomprendivos de las realidades humanas.

Palabras clave: persona, género, igualdad, diferencia, *autopoiesis*, autocomposición, conflicto

THE APPLICATION OF AUTO-POIESIS TO GENDER STUDIES: THE SUBJECT RIGHT TO SELF-BUILDING IN RELATION TO HIS/HER SEXUAL IDENTITY

Abstract: This paper deals with some keys given by the gender studies in relation to the main roles of women and men and on the way Law adopts them. From this perspective, the critique of gender studies to the patriarchal model and its ethical and legal questioning to a system of universal rights and to the constitutional concept of person is established. The last one stating a hierarchy for human beings and a dependency for stereotypes. On the contrary, a system of self-building was postulated for the subject, which gathers the characteristics that Maturana and Varela gave to living beings, beyond seeing society as a closed unit. Consequently, the systematic use of conflict will be necessary for giving rise to “differences” and diverse and over- comprehensive status to human realities.

Key words: person, gender, equality, difference, auto-poiesis, self-building, conflict

A APLICAÇÃO DO CONCEITO DE *AUTOPOIESIS* NOS ETUDOS DE GÊNERO: O DIREITO DE AUTOCOMPOR-SE DO SUJEITO RELACIONADO À SUA IDENTIDADE SEXUAL

Resumo: O presente artigo apresenta algumas contribuições chaves dos estudos de gênero, em relação aos papéis essenciais do homem e mulher e como o Direito os assume. Nesta perspectiva, se critica os estudos de gênero frente a um modelo patriarcal e seu questionamento ético-jurídico frente a um sistema universal de direitos e ao conceito constitucional de ‘pessoa’, que afirmaria a hierarquização dos sujeitos e sua dependência aos estereótipos. Por outro lado, postula-se um sistema de autocomposição do sujeito que recolhe as características que Maturana e Varela outorgaram aos seres vivos, superando o próprio encapsulamento da sociedade, reconhecendo-a como uma unidade fechada. Para o autor, será necessário a utilização sistemática do conflito, que possibilite a “diferença” e a existência de diversos estatutos e realidades humanas.

Palavras chave: pessoas, gênero, igualdade, diferença, autopoiesis, autocomposição, conflito

* Abogado. Profesora de Derecho Constitucional y de Derecho y Bioética. Miembro del Centro de Bioética de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Chile
Correspondencia: angelviv@entelchile.net

Los estudios de género

1. El surgimiento de los estudios de género en la posmodernidad

La posmodernidad, vista no sólo como un período de tiempo sino como una tendencia identificable en el pensamiento occidental, ha implicado la existencia y reconocimiento de un sistema atomizado, en el cual la ética no sería un condicionante para obtener reivindicaciones sociales, puesto que, como afirma Engelhardt, estamos frente a *extraños morales*(1)¹, totalmente desvinculados de la posibilidad de reconocer un solo modelo o sistema de valores. Ello representa la renuncia de las colectividades a su imposición y el surgimiento de las democracias puramente *procedimentales*(2, 3)².

Esta pluralidad o diversidad, también ética y no sólo cultural, ha significado que los logros del feminismo dentro de la lucha histórica por *la igualdad* resulten insuficientes(4)³ frente a los

requerimientos de *individualidad o diferencia* (de autocomposición), sobre todo en sociedades altamente industrializadas o en países del primer mundo.

Frente a estos nuevos requerimientos, surge un esquema o modelo de género(5)⁴ que no es un producto exclusivo de la segunda mitad del siglo XX, sino que se ha venido gestando a través de distintos autores que han conformado finalmente una ideología(6)⁵.

2. Rasgos propios de la interpretación de género

Mucho más allá de los feminismos –que pretenden igualdad de derechos, prerrogativas y facultades con el hombre⁶, con cierto grado de conflicto y de resistencia–, esta teoría sostiene que hombre y mujer son categorías creadas desde el punto de vista cultural sobre una base biológica que no es determinante. En consecuencia, la diferencia genética, con todo lo que fenotípicamente significa, es un elemento manipulado por las sociedades a través de la historia, pero irrelevante, porque, en definitiva,

1 “El principio de autoridad moral subraya la circunstancia de que cuando Dios no es escuchado por todos de la misma manera, cuando no todos pertenecen a una comunidad claramente definida y estrechamente unida y, ya que la razón fracasa en el intento de descubrir una moral canónica dotada de contenido, la autorización o autoridad moral justificada secularmente no se deriva de Dios, ni de la visión moral de una comunidad moral ni de la razón, sino de los individuos. En este contexto caracterizado por la “sordera” hacia las palabras de Dios y por el fracaso de la razón, los extraños morales se encuentran como individuos”.

2 “Creo que para dar una definición mínima, pero suficiente de democracia, basta recurrir a lo que se denomina una concepción puramente procedimental de la democracia. La democracia, como conjunto de reglas o de procedimientos, aquellas que a menudo se llaman “las reglas del juego”, que permiten tomar las decisiones colectivas. Decisiones colectivas en el sentido que dirigen a dos los miembros de una colectividad y que, además, son vinculantes”.

3 Los avances históricos del feminismo por conseguir la igualdad de las mujeres con los hombres en los aspectos más básicos de la convivencia social podrían considerarse en ascenso a partir de las reivindicaciones políticas del siglo XIX, para luego, durante el siglo XX, introducir directamente a la mujer desde el mundo de lo privado al de lo público, gracias a las transformaciones sustantivas de la familia y del ámbito laboral, la transformación del estereotipo físico y cultural de *lo femenino* y el gigantesco desarrollo constitucional del principio de no discriminación arbitraria.

4 El origen del concepto de género y su distinción del concepto de sexo proviene de un libro escrito por el psiquiatra Robert Stoller en Estados Unidos, llamado *Sex and Gender*. En dicha obra, Stoller dice que el género se refiere a “grandes áreas de la conducta humana, sentimientos, pensamientos y fantasías que se relacionan con los sexos, pero que no tienen una base biológica”, y concluye que “la asignación del rol (masculino/femenino) casi siempre es más determinante en el establecimiento de la identidad sexual que la carga genética, hormonal o biológica. A esa identidad que se fundamenta en la asignación del rol con base, generalmente, pero no siempre en el sexo biológico, él la llamó identidad de género para diferenciarla de la determinación sexual basada únicamente en la anatomía”.

5 Los estudios de género “dan cabida a una multiplicidad de posiciones teóricas que se desarrollan paralelamente” en las cuales “se han mezclado sin mayores conflictos abordajes positivistas, marxistas, psicoanalíticos, postmodernos, constructivistas e interpretativos de variados colores. A veces coexisten en el mismo texto”.

6 Si pudiéramos hacer una tabla del 1 al 10, y dijéramos que el hombre está en el 10 y la mujer en el 5, giraría la lucha del feminismo en torno a que la mujer ascienda esos 5 pedacitos hasta llegar al 10, lo cual hace al hombre el parámetro del feminismo, como el verdadero titular de los derechos.

cualquiera de nosotros puede optar por ser lo que desee y, en consecuencia, el ser mujer o ser hombre depende de la propia voluntad.

Sin embargo, históricamente, la consideración de que hay un grupo de individuos que pertenece al género masculino y otro al femenino ha sido –de acuerdo con lo que sostienen estos estudios– una imposición cultural sumada a una enorme cantidad de injusticias y abusos sociales cometidos en contra del ser humano, creando distintas clases, esta vez no sociales sino identificadas con patrones preestablecidos, totalmente artificiales.

3. La imposición de estereotipos de “lo femenino” y “lo masculino”

Los estudios y políticas de género en las actuales democracias han significado un profundo replanteamiento sobre el papel de la mujer en la sociedad y sobre la existencia misma de “papeles sociales” diferenciados en razón del sexo, de manera que la situación tradicional de hombre y mujer, dentro de los respectivos grupos humanos desarrollados, ha resultado, en muchos casos, problematizada y aún considerada como anómala, producto cultural arcaico y opresor.

Ello corresponde al supuesto de que, a través de muchos años de historia, diversos países y naciones han desarrollado modelos de sociedad sobre una base ideológica y no real, haciendo al hombre paradigma y modelo de lo humano y forzando a la mujer a adaptarse a un patrón masculino, que le impone una determinada manera de ser y le entrega una ubicación jerárquicamente inferior dentro de ese modelo: “Una ideología ‘sexual’ sería (...) un sistema de creencias que no sólo explica las relaciones y diferencias entre hombres y mujeres, sino que toma a uno de los sexos como parámetro de lo humano. Basándose en ese parámetro, el sistema especifica derechos y responsabi-

dades, así como restricciones y recompensas, diferentes e inevitablemente desiguales, en perjuicio del sexo que es entendido como diferente al modelo. Además, el sistema justifica las reacciones negativas ante quienes no se conforman, asegurándose así el mantenimiento del *statu quo*” (7).

Tal ideología, de suyo discriminadora y arbitraria, significa también el encasillamiento fatal del hombre en el estereotipo de lo masculino, que le niega posibilidades genuinamente humanas, como la sensibilidad, la emotividad o incluso –según afirma– la libre opción sexual por otros hombres: “Esta es la definición de lo que llamaremos masculinidad *hegemónica*, la imagen de masculinidad de aquellos hombres que controlan el poder, que han llegado a ser la norma de las evaluaciones psicológicas, en la investigación sociológica y en la literatura de autoayuda (...) La definición hegemónica de la virilidad es un hombre *en* el poder, un hombre *con* poder y un hombre *de* poder. Igualamos la masculinidad con ser fuerte, exitoso, capaz, confiable y ostentando control. Las propias definiciones de virilidad que hemos desarrollado en nuestra cultura perpetúan el poder que unos hombres tienen sobre otros, y que los hombres tienen sobre las mujeres” (8).

Estas distinciones convencionales entre “lo femenino” y “lo masculino” conducen a la creación de grupos subyugados: la consideración de la mujer como un ente secundario y la estimación de inferioridad y la segregación para con el hombre que no se adapte a los patrones preestablecidos de masculinidad.

4. Las justificaciones biológicas en la diferenciación de estereotipos sexuales

A la configuración histórica de estos estereotipos se ha agregado también una explicación biológica, en orden a que las diferencias sexuales entre hombre y mujer justifican y explican

la distinción tajante entre “lo masculino” y “lo femenino”, de manera que la diferenciación cultural encontraría arraigo en la propia naturaleza de los sexos, no sólo en cuanto a sus aspectos morfológicos sino integrales.

Se concluye que: “Cada ser humano es hombre o mujer; el sexo se determina mediante características externas perceptibles y cada ser humano recibe su sexo al tiempo del nacimiento, de tal suerte que nadie puede dejar de pertenecer a uno de los dos sexos, no es posible determinar el sexo de forma distinta que mediante la percepción de características externas, la determinación del sexo es inmodificable durante la vida del interesado y no existe un derecho a elegir el sexo”(9).

El enfoque de género critica la subsunción del problema de la diferencia sexual en términos biológicos por las siguientes causas: (a) Se centra sólo en la *exterioridad* de las características del sujeto, es decir, en la existencia o no de órganos sexuales; (b) utiliza un criterio de *actualidad*, esto es, “lo inmediatamente percibido aquí y ahora vale sin tener en cuenta cuál será su desarrollo”(9, p.152), y (c) fundamenta la distinción de los géneros en la *perceptibilidad* del público o del entorno, no en la identidad del propio individuo, lo cual niega totalmente la dimensión existencial para la calificación del género.

Frente a estas falencias o simplificaciones, plantea otra visión(9, p.151)⁷, basada más bien en una concepción dualista del ser humano, que incluye tanto aspectos externos como internos, lo cual implica “aprender a comprender que el hombre y la mujer se miran como seres dife-

rentes porque están culturizados para percibir las diferencias”(9, p.180), llegándose a hablar de una *asignación social de sexo* o de un *sexo cultural*.

5. El miedo como condicionante en la creación de estereotipos

De acuerdo con una interpretación freudiana, la dominación de género a partir de la creación de estereotipos encuentra también justificación en el miedo del propio hombre a sentirse o verse feminizado por los demás hombres, lo cual lo obliga a huir de “lo femenino” y segregar a los individuos de su sexo que se acercan a las sensibilidades o emotividades femeninas. “La homofobia es el miedo a que otros hombres nos desenmascaren, nos castren, nos revelen a nosotros mismos y al mundo que no alcanzamos los *standards*, que no somos verdaderamente hombres. Tenemos temor de permitir que otros hombres vean ese miedo (...) Nuestro miedo es el miedo a la humillación”(10)⁸.

Por otra parte, las mujeres son también forzadas a la aceptación de este patrón de vida social a través de múltiples formas de convencimiento o de presión sobre ellas, entre las que se destacan: 1) la *alienación* –tomada sin duda del marxismo–, que implica educar y formar a

7 “Lo que es indiscutible es que, también en la actualidad, el carácter absoluto de la diferencia entre hombre y mujer, aceptada por el derecho como autoevidencia y elevada a fundamento del orden jurídico, es contestado por la secreta mirada dirigida hacia el hombre que es también mujer y hacia la mujer que es también hombre”.

8 Freud explica este “miedo” a través de la relación del niño con su padre, la cual le implica renunciar a su madre, por la que siente deseo sexual, con el objeto de no ser castrado. Ello hace que se identifique con su padre y que sea capaz de relacionarse sexualmente con otras mujeres, lo cual implica la obtención del género masculino y su definición como heterosexual. “Cuando el ciclo infantil que precede al período de latencia se encuentra ya próximo a su término, el objeto elegido sigue siendo casi idéntico al del placer bucal del período precedente. Este objeto, si no es ya el seno materno, es, sin embargo, siempre la madre. Decimos, pues, de ésta que es el primer objeto de amor. Hablamos, sobre todo, de amor cuando las tendencias psíquicas del deseo sexual pasan a ocupar el primer plano, mientras que las exigencias corporales o sexuales, se hallan reprimidas o momentáneamente olvidadas. En la época en que la madre llega a constituir un objeto de amor, el trabajo psíquico de la represión ha comenzado ya en el niño, trabajo a consecuencia del cual una parte de sus fines sexuales queda sustraída a su conciencia...”.

la mujer en la convicción de que debe asumir tal papel en la sociedad, que es *moralmente correcto* o, incluso, que la religión se lo indica como un medio de salvación y de dignificación; 2) el *mando y obediencia*, aplicado en la vida familiar e impuesto históricamente de los hombres a las mujeres; 3) la *incapacidad*, tanto física como mental, que sitúa a la mujer en un plano de presunto desvalimiento y que importa la consideración del hombre y de su papel tradicional como de estricta necesidad frente a la “natural minusvalía de lo femenino”, y 4) el *castigo*, que implica desde la violencia sexual, sistemáticamente ejercida, hasta la segregación de la mujer que no acepta el modelo social, su condición de desarraigo, de persecución y de sanción moral, particularmente por las otras mujeres.

De esta forma, la perpetuación del concepto de “lo femenino”, como subyugado y dependiente de “lo masculino”, no sólo se refuerza en la política de consentimiento de los pares en el hombre, sino que, particularmente en la mujer, a través de su situación de dependencia abierta o encubierta con el hombre y de la crítica y persecución poco solidaria que teme de las demás mujeres.

El derecho como instrumento de discriminación de género

El modelo de sociedad que representa, de acuerdo con el enfoque de género, la existencia de cárceles invisibles tanto para los individuos de un sexo como del otro, ha tenido y tiene un reflejo en el Derecho, como producto social, encargado de la regulación de las relaciones entre los Estados, las personas y entre éstas y los primeros.

Sin embargo, la particular dificultad que a este respecto presenta el Derecho no se traduce sólo en su calidad de “producto envenenado”

por la dominación de “lo masculino” sobre “lo femenino”, sino en el hecho –lo cual también resulta una herencia de la interpretación marxista– que se constituya en una verdadera *superestructura* dependiente de esa dominación y destinada a otorgarle una modalidad de legitimidad legal (racional en términos de Max Weber)(11).

1. El Derecho como superestructura de la dominación masculina

El Derecho implica la existencia de una tríada de elementos que se aúnan en la norma jurídica: el hecho social –que se pretende regular–, el precepto –que implica una idea general aplicable a ese caso y a otros similares– y el valor contenido en dicho precepto –que corresponde al principio que se pretende salvaguardar y al que se busca dar materialidad a través de la regulación jurídica.

De acuerdo con la óptica del género, el hecho social está constituido por la posición del hombre y de la mujer en la sociedad, desmedrada una, privilegiado el otro; el precepto se traducirá en la existencia de mandatos o de regulaciones que importen la perpetuación de esa situación, en todas las formas y en todos los planos posibles, y el valor que se buscará proteger –y que se presentará como *justicia*, aunque ello representaría otro gran engaño– será el de la superioridad de “lo masculino” por sobre “lo femenino”: “El derecho es un instrumento de articulación del sistema patriarcal. A través de éste se regulan las conductas de hombres y de mujeres hacia un determinado modelo de convivencia, el patriarcal, y se modelan las identidades de género de forma tal que respondan a las funciones ideológicamente asignadas a hombres y mujeres. El derecho se entrama con otros sistemas normativos (social y moral) que, al igual que éste, contribuyen al disciplinamiento del género”(7, p.56).

2. El Derecho como fuente racional-legal de la legitimidad de la estructura de dominación

El mayor poder de la norma jurídica no reside en esa fuerza, sino en la autoridad que representa, en su condición de elemento “certificador” o “avalador” de lo correcto, de lo socialmente aceptado, de lo que es “debido” en la sociedad.

Max Weber estudió *la legitimidad* desde la perspectiva sociológica a la que pretendemos referirnos aquí –es decir, en cuanto aceptación social respecto del poder ejercido por una determinada autoridad– recurriendo a tres fuentes: 1) La tradición: los gobernados aceptan el mando de una persona porque ella ha llegado al poder en cumplimiento de la costumbre arraigada en la sociedad, con la base o fundamento “en la creencia cotidiana en la santidad de las tradiciones que rigieron desde lejanos tiempos y en la legitimidad de los señalados por esa tradición para ejercer la autoridad”(11); 2) El carisma: la sociedad acepta que una persona gobierne, porque tiene ciertas características excepcionales o goza de un don o facultad especial y extraordinario que lo distinguen de los demás y que lo hacen ser considerado. La obediencia de la gente hacia esta persona “no se debe precisamente a la costumbre o norma legal establecida, sino a la fe puesta en él, quien, de no resultar un ser miserable, efímero y jactancioso, vive para su obra y es su persona y son sus cualidades intrínsecas las que atraen al conjunto de discípulos, al séquito o al partido”(12), y 3) El sistema racional-legal: es el más moderno y corresponde a la aceptación de un mando, porque la autoridad está investida de acuerdo con lo que el ordenamiento jurídico establece, como en el caso de un presidente elegido por votación popular, según el procedimiento establecido en la ley. La racionalidad “descansa en la creencia en la legalidad de ordenaciones estatuidas y de los derechos de mando de los llamados por esas ordenaciones a ejercer la autoridad”(12).

Si aplicamos las tesis de Weber al enfoque de género, la relación es fácilmente perceptible: en la medida en que la complejidad del entramado social y de las perspectivas políticas lo ha exigido así, ha sido el Derecho el que ha aportado la legitimidad racional-legal a la interpretación según la cual la mujer es inferior al hombre, es decir, ha permitido la aceptación del modelo e, incluso, su consideración como “justo”.

En este sentido, el Derecho “vehiculiza una concepción de la sociedad estructurada sobre la base de las desigualdades de género y, a partir de esferas de acción diferenciadas (público-privado), mantiene el ejercicio del poder en el varón (...), confina a las mujeres a un lugar de secundariedad social, política y económica” y se erige como el principal elemento estratégico de la dominación, instalando “los intereses de los varones como verdad única y objetiva, haciendo de las mujeres sólo un objeto del Derecho” que deriva en su exclusión histórica “como efecto de los mecanismos que el propio sistema genera con total legitimidad”(13).

3. Las herramientas del Derecho destinadas a legitimar el modelo patriarcal

Los estudios de género centran el papel legitimador del Derecho aplicados al modelo patriarcal en tres aspectos fundamentales: los procesos de codificación y sus productos, el principio de igualdad y los procesos de constitucionalización.

En cuanto a los procesos de codificación, sus productos se muestran como “una expresión de los procesos de objetivación y abstracción universal, y conforman un sistema global de exclusión referido a un solo sujeto que asume la representatividad de todos”(14), lo cual implica: la creación de axiomas generales y fundamentales desde los cuales se puede llegar deductivamente a todas las soluciones jurídicas requeridas; la creación de categorías jurídicas a menudo contrapuestas,

tales como hombre-mujer, casado-soltero, mayor-menor de edad, etc., y la necesaria jerarquización de ellas, donde el nivel máximo del ejercicio de los derechos y de las potestades corresponde al varón (14, p. 34-37).

En relación con el principio de igualdad, si bien se reconoce que ha significado una importante reivindicación de derechos para la mujer y que cumple con el imperativo ético del trato equitativo, puede estimarse que ha sido ahogado en gran medida con la defensa del trato igualitario de diversos grupos en la sociedad, y que, si bien las mujeres han obtenido gracias a él ciertas garantías laborales o de otro orden, “la igualdad, en tanto concepto, ha presentado complicaciones en su aplicación que han llevado nuevamente a situaciones de discriminación” (14, p. 40), como en el caso de los papeles asociados con la reproducción o en el de la forzosa obligación de cumplir con ciertos deberes en el ámbito privado.

Finalmente, en cuanto a la constitucionalización, las bases históricas del proceso no se asientan precisamente en la consideración de la mujer, sino, por el contrario, en la identificación de la idea de “ciudadano” —es decir, de sujeto dotado de las necesarias virtudes cívicas y de la plenitud de los derechos políticos— con el concepto mismo de “lo masculino”.

De esta forma, la primera referencia al poder, a la estructura de éste e, incluso, a la estimación de los derechos fundamentales, se dirige al varón y parte de él como el paradigma del sujeto constitucionalmente protegido. Tal acusación, entonces, se cierne en la perspectiva del género, sobre los procesos de constitucionalización como viciados *ab initio*: “Desde la perspectiva política, las constituciones son fundacionales de un modelo de organización política y social, de ahí que el lenguaje general que se utiliza resulte ambiguo y en relación con la integración de una diversidad de sujetos” (14, p. 39).

Sobre la base anterior, el Derecho Constitucional podría resultar una manifestación de la opresión sexual, tanto en sus aspectos dogmáticos como orgánicos, lo cual transforma a la mayoría de las constituciones en verdaderas *cartas de configuración jurídica del modelo patriarcal*:

a) El “lenguaje constitucional”

En la óptica de género, el lenguaje que el Derecho Constitucional utiliza para referirse a los aspectos que se propone regular, tales como las prerrogativas de los individuos, las instituciones que recoge, el ejercicio de los cargos y la distribución del poder, no es en absoluto indiferente y corresponde a una simbología y a una estrategia claras y precisas.

En efecto, el empleo constante de sustantivos únicamente masculinos, entendidos con un sentido genérico, la estimación de que el vocablo “hombres” es sinónimo de “personas” o la utilización del masculino de manera exclusiva para nombrar a los cargos públicos, no constituiría solamente una técnica convencional de utilización del idioma, sino que tendría un sentido sexista, implicaría entender que el parámetro de los sujetos del Derecho y de las instituciones es masculino y que lo femenino sólo participa de él por aproximación. En ese sentido, como ha ocurrido con el artículo 1º de la Constitución chilena, “el gesto de abandono explícito del concepto genérico de “hombre” (como sinónimo de ser humano) (...) puede reconocerse un avance en el discurso oficial como voluntad de incorporar un punto de vista crítico procedente de la concepción de género y de la teoría feminista” (15).

b) El concepto de “persona” de la Constitución

El reconocimiento constitucional a “todas las personas” de derechos tales como la igualdad

ante la ley, la libertad de asociación, el derecho de propiedad, etc., puede entenderse como una explícita forma de evitar el condicionamiento sexual para el ejercicio de estas prerrogativas, ya que se trata de un término omnicompreensivo de ambos géneros: “En vísperas de un nuevo milenio, este avance –espero que no sea una mera declaración– nos acerca a una democracia de mayor respeto, consideraciones, oportunidades y derechos para con las mujeres de todas las condiciones sociales (...) Sin duda, quedan muchas materias pendientes, pero el paso que hoy damos es fundamental en el propósito de establecer la mayor prioridad al valor de la igualdad entre hombres y mujeres”⁹.

Sin embargo, el concepto constitucional de “persona”, objetivado, identificado con la forma en la que el individuo “es” en sociedad(16)¹⁰ –donde a cada uno corresponde su papel, en gran medida determinado por el “género”– no resulta conveniente o cómodo al enfoque de género.

c) El fenómeno de la objetivación presente en el concepto constitucional de “persona”

La objetivación de la situación de dignidad y respeto que se debe al hombre en sociedad(17)¹¹, es decir, la consideración del ser hu-

mano con una identidad objetiva, perfectamente compatible con su papel en la comunidad en la que vive, resulta tensionada respecto de la subjetividad del enfoque de género, ya que, por una parte, el concepto constitucional significa estimar que “a los hombres los llamamos personas porque son lo que son de forma distinta que los demás seres que existen. Lo que son se compone de cualidades que, en la mayoría de los casos, comparten con otros. La combinación individual de estas cualidades será probablemente siempre singular”(17, p.173), mientras que el enfoque de género apelará a otras posturas totalmente diferentes: “ya no es posible pensar en la identidad del yo como algo meramente dado o constituido como resultado de las supuestas continuidades de acción individual. La identidad nunca debe concebirse como punto de partida, sino como la siempre renovada capacidad de referirse a sí mismo o a sí misma y al propio actuar en el mundo”(18,19).

De esta forma, la idea de “persona” unívoca, referida necesariamente a sujetos predeterminados sexualmente, con una identidad dada desde lo biológico a lo social, y que en esa situación gozan de un intrínseco respeto, se opone al énfasis extremo que el enfoque de género pone en la autocomposición del individuo a partir de una serie de subjetividades propias.

La *autopoiesis* o autocomposición del individuo en la interpretación de género

1. Autopoiesis o autocomposición del sujeto

La palabra *autopoiesis* significa, literalmente, autoorganización o autocomposición (proviene de *auto*: a sí mismo, y *poiesis*: en griego, creación, fabricación, construcción). Como concepto, nace en la biología de la mano de los chilenos Humberto Maturana y Francisco Varela, y designa un proceso mediante el cual un sistema (por ejemplo, una célula, un ser

9 Senadora señora Carmen Frei Ruiz-Tagle, Sesión del Congreso Pleno de Chile, Sábado 15 de mayo de 1999, p. 195.

10 “No existe un tránsito paulatino desde “algo” a “alguien”.... Si el ser persona fuera un estado, podría surgir poco a poco. Pero si la persona es alguien que pasa por diferentes estados, entonces los supone todos. No es el resultado de un cambio, sino de una generación, como la sustancia según Aristóteles... La persona no es un concepto específico, sino el modo como son los individuos de la especie “hombre”. Son de tal manera que cada uno de ellos ocupa un lugar irrepetible en la comunidad de personas que llamamos “humanidad”, y sólo como titulares de ese lugar son percibidos como personas por alguien que ocupa asimismo un lugar semejante. Si hacemos depender la concesión del lugar del previo cumplimiento de determinadas propiedades cualitativas, destruimos la incondicionalidad de la demanda. Quien ocupa ese lugar lo ocupa como miembro engendrado, no cooptado, de la humanidad”.

11 “La dignidad de la persona no es superioridad de un hombre sobre otro, sino de todo hombre sobre los seres que carecen de razón”. Jesús González Pérez.

vivo o una organización) se genera a sí mismo a través de la interacción con su medio.

De este modo, los sistemas vivos tienen un carácter dinámico, capacidad de autocontrol (homeostasis), excitabilidad, capacidad de reproducirse, herencia de los caracteres y una tendencia evolutiva(20), lo cual hace considerar a Maturana que “todos los fenómenos biológicos resultan en el operar de los sistemas *autopoieticos* moleculares o de las contingencias históricas de su operar como tales y que, por lo tanto, ser vivo y sistema *autopoietico* molecular son lo mismo”(21).

2. Aplicación del modelo autopoietico a la vida del hombre en sociedad

Si bien los propios autores de la teoría han aclarado que la *autopoiesis* no define a los sistemas sociales(22,23)¹², sino en cuanto a la agregación de individuos en ellos, que conforman sistemas autopoieticos moleculares(21, p.19), consideran que se ha abusado del término “cuando la idea de una red de procesos se transforma en “interacciones de personas” y la membrana celular se transforma en el “borde” de un grupo humano”(21, p.51). Francisco Varela estima que resulta fructífera la aplicación del término “al ligar la *autopoiesis* como una opción epistemológica más allá de la vida celular, al operar el sistema nervioso y los fundamentos de la comunicación humana”(21).

Ello significa que los creadores del modelo no consideran algo desprovisto de interés su aplicación a la existencia del sujeto multicelular (hombre) en sociedad, particularmente en cuanto a la comunicación con *otro*, ya que el término enfatiza precisamente la autonomía biológica de éste y “abre (...) la posibilidad de

considerar a los seres vivos como dotados de capacidades interpretativas desde su mismo origen”(21).

Esta concepción autónoma es trasladada al ámbito de la cognición y de la interacción entre sujetos, lo cual significa el intercambio entre individuos autocompuestos, es decir, con identidades preestablecidas: “La pregunta sobre qué se gana adoptando la teoría de la *autopoiesis* en el caso del análisis de los sistemas humanos y sociales podría responderse con dos argumentos: primero, porque especifica o singulariza la realidad percibida; toda realidad es sólo para alguien de una cierta y única manera. Dos, porque permite validar cualquier afirmación a partir de lo primero, lo cual es enormemente revolucionario para el análisis de anormalidad o patología. Lo que está detrás de todo esto es la regla moral, de la moral de Maturana, sobre el respeto y aceptación incondicional del otro y de ‘su verdad’ como el único camino posible para una convivencia humana a futuro”(24)¹³.

De este modo, la identidad *autopoietica* del sujeto admite, en el medio, la relación con otro sobre la base de la experiencia, pero exige y demanda reconocer que esa experiencia es pro-

12 Criterio que corresponde a la interpretación de Luhmann sobre el fenómeno autopoietico, la cual no seguiremos aquí, al centrarnos en la aplicación que los propios autores del modelo han dado a este fenómeno.

13 “El hecho de que los seres vivos están sometidos al determinismo estructural no significa que los mismos sean previsibles. En otras palabras, están determinados, pero esto no significa que estén predeterminados. A decir verdad, considerando que su estructura cambia constantemente (y en congruencia con las modificaciones aleatorias del entorno) es inadecuado hablar de predeterminación. Hablaremos mejor de circularidad. Para evitar cualquier duda al respecto, tendremos en mente este detalle: lo que ocurre a un sistema en un momento dado depende de su estructura en ese momento específico (...) El mundo en que vivimos es el mundo que construimos con nuestras percepciones, y es nuestra estructura la que nos habilita para tener esas percepciones. Así que nuestro mundo es el mundo sobre el que poseemos conocimiento. Si la realidad que percibimos depende de nuestra estructura, que es individual, hay tantas realidades como personas perceptoras. Esto explica por qué el así llamado conocimiento objetivo es imposible: el observador no es ajeno al fenómeno que observa. Considerando que estamos determinados por la manera en que se interconectan las partes de las que estamos hechos (por nuestra estructura) el entorno sólo puede disparar en nuestros organismos las alteraciones que están determinadas en el mismo”.

pía y, en consecuencia, diversa: “Lo colectivo, entonces, no es un fenómeno esencialmente humano sino biológico: a partir de unidades individuales autónomas surge un orden que coordina el comportamiento operativo de las unidades individuales orgánicas, cuando entran en relaciones recurrentes. El sustento biológico de la vida no contrapone individuo y colectividad: *se es altruistamente egoísta y egoístamente altruista, porque la realización individual incluye la pertenencia al grupo que integra*”(25).

3. *Autopoiesis y género*

Si bien el ser humano está determinado por su estructura biológica, no por ello está predeterminado ni destinado a una determinada conducta, ya que ella depende de su experiencia de la realidad y del modo en que se vincula con ella, aprehendiendo los elementos necesarios para autocomponerse.

Por su parte, la imposición de un modelo social que presupone que, de acuerdo a sus determinaciones biológicas, el hombre debe comportarse de un modo u otro y, como consecuencia de ello, asumir un determinado papel en sociedad, implica transformar un modelo experiencial en esencial y pretender generalizar al todo de los miembros de la sociedad una determinada identidad que sólo corresponde a algunos y que se basa en el modo en que son traducidas a conductas, e incluso a reglas, las experiencias de éstos.

Por tal razón, el modelo que importa el reconocimiento de ciertas identidades sexuales y el desprecio de otras, o la consideración de que los roles obligatorios del sujeto en sociedad se encuentran totalmente condicionados por el modo en que ésta valoriza y estima los aspectos biológicos del sujeto, se traduce en estimar a las sociedades como modelos *autopoiéticos* cerrados, en los cuales la membrana separa-

dora consistiría en un conjunto de reglas y de presunciones de normalidad determinadas por ésta, interpretación a lo que los autores de la teoría se resisten.

Los derechos sexuales y reproductivos como manifestación del enfoque de las teorías de género

Ya en 1968, en la Conferencia de Teherán sobre Derechos Humanos, se habló de estos derechos. No obstante, son la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo, en 1994, y la Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing, en 1995, las que vuelven a tomar este concepto, desarrollándolo y consagrándolo tal y como lo conocemos hoy. Así, en ambas se afirma que “los derechos reproductivos (...) se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos, y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye el derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos”.

Como puede apreciarse, estos derechos se caracterizan por vincularse al libre ejercicio de la sexualidad y reproducción humana y están insertos, sobre todo, en un contexto internacional que, en principio, buscaba la reivindicación de la condición de la mujer y que se proyecta también, por sus características, al plano nacional de cada país involucrado: “No eran sólo el desarrollo, los problemas demográficos y los derechos de la mujer los que estaban en juego —como erróneamente han creído muchos—, sino conceptos de tanto espesor filosófico y jurídico como los de libertad, naturaleza o persona”(26).

En efecto, los derechos reproductivos no se agotan en la capacidad de la mujer para elegir cuándo quiere tener relaciones sexuales con un hombre y cuándo quiere que, producto de ellas, nazca descendencia, sino que van mucho más allá: es también fundamental que, tanto el hombre como la mujer, se liberen de la necesidad de la previa relación sexual para poder procrear.

Es por esto que la idea de derechos humanos universales es discutida en muchas interpretaciones doctrinarias actuales. El género no es la excepción, ya que, en la medida en que el Derecho evidencie la profunda tensión de una sociedad que se visualiza como basada en la dominación de géneros, obviamente dejará de ser un estatuto “de todos” para transformarse en una compleja trama de estatutos particulares, lo cual tiene importantes efectos(27): “...la reivindicación de los derechos especiales para las minorías¹⁴ incurre en una suerte de falacia sociológica –o etnológica–: en virtud de la mera constatación empírica de datos sociológicos se reclaman prestaciones morales o jurídicas; acreditada la diferencia, debe otorgársele protección especial. Cada cultura dispone de un conjunto de criterios o pautas de moralidad, tiene su propia posición en asuntos morales, derivada de su particular contingencia y evolución histórica, y cada una de ellas es más importante y apropiada que las demás. Por consiguiente, mantener la primacía de un punto de vista determinado frente a los otros representaría un intolerable ‘etnocentrismo imperialista’”¹⁵.

Así, los este enfoque de pensamiento plantearán que cada género debe tener su propio estatuto y reconocimiento de derechos, los

cuales, además, se cruzan con sus necesidades etnográficas, económicas y culturales.

La aplicación de los criterios *autopoiéticos* al enfoque de género en el derecho a la identidad sexual

“La conquista de derechos provoca efectivamente modificaciones, también reduce las posibilidades de reconocer la disparidad y, con ello, posterga la legitimación del deseo de presencia social”, de tal forma que “en virtud de mayores derechos e igualdades, la mujer puede; sin embargo, no se siente legitimada por el poder. Así, el deseo de poder no hay que pedirlo a los poderes porque proviene de las propias mujeres”(7, p.68).

Si bien, históricamente, el feminismo ha procurado luchar por la igualdad, es decir, “acceder a lo mismo que el hombre”, una tendencia más actual considera que esa igualdad no es otra cosa que reconocer las razones de la profunda desigualdad que conlleva, legitimándolas. Lo anterior implica que, en torno a los enfoques de género y su relación con el Derecho Constitucional, existen tres planteamientos sucesivos y a la vez conflictivos:

1. La demanda de igualdad como una garantía constitucional: “el trato igualitario”

Se proyecta desde las exigencias en relación con los derechos políticos hasta las tendencias más actuales asociadas con la no-discriminación arbitraria y los derechos reproductivos. Presentamos aquí una pretensión clara en cuanto a “restarle importancia al cuerpo y confiar en la capacidad de cada persona para desarrollar un yo que, en último término, no se circunscriba a una ley colectiva de género”(28). Ello, sin duda, se encuentra fuertemente vinculado con una interpretación *autopoiética* del individuo, ya que la autocomposición precisamente estriba en la no circunscripción a una ley colectiva de

14 Curiosamente, es común el trato político de las mujeres como “minoría”, no en sentido cuantitativo, sino dada su imposibilidad de tomar reales decisiones de poder.

15 A lo que nosotros podemos agregar “un inaceptable imperialismo machista”, tratándose de las sensibilidades y requerimientos propios de los géneros.

conductas, sino más bien su sumisión a una ley colectiva que distinga los espacios autónomos de los ámbitos de eventual daño a terceros.

De esta manera, se busca que las distinciones biológicas no sirvan como una justificación para establecer distintas jerarquías o categorías de individuos, con desiguales derechos y prerrogativas sociales, en consecuencia.

2. El reconocimiento de la diferencia a través de un “trato especial”

“A cada uno según sus características”, podríamos considerar como el principio aplicable en esta postura, la que, sin duda, se encuentra en mayor medida en los enfoques de género. Se trata de comprender la “diferencia” como base del entramado social, negando la posibilidad de convergencia en una igualdad objetiva e impuesta a los seres humanos: Los individuos son diferentes entre sí no precisamente a causa de sus características biológicas, sino particularmente en atención a su psiquis, a sus sensibilidades, experiencias y deseos —es decir, a su autocomposición a partir del modelo tratado—, por lo cual el Derecho Constitucional debe ser capaz de dar a cada uno el trato especial que su situación exige, lo que se traduce, en principio, en la creación y diversificación de los catálogos de derechos (de los heterosexuales, de los homosexuales, de las lesbianas, de los transexuales, etc.) y, posteriormente, en la paulatina transformación del Derecho Constitucional en cuanto a su unidad y a la característica de ser la Constitución “la ley fundamental” del Estado.

El “trato especial” en este ámbito no constituye, en realidad, una postura del ordenamiento jurídico para con las personas, aunque aparentemente así lo parezca, sino que termina siendo una postura de las personas hacia el ordenamiento jurídico, que va reemplazando poco a poco la pretensión de universalidad por la de singularidad, la generalidad del Derecho

por la particularidad del caso y la concepción de sujeto de “Derecho” por la de “grupo con derechos”.

3. El elogio al conflicto y la posibilidad de convergencia

Como las tensiones que, dentro de los estudios y enfoques de género, presentan las interpretaciones antes reseñadas no son menores (“Las abogadas activistas se enfrentan entre ellas al no estar de acuerdo sobre si “igual trato” ante la ley es mejor o peor para las mujeres que “trato especial...”(28)), se ha venido brindando por los estudiosos de estos enfoques, de manera más o menos alternada, ya un elogio a la diversidad de posturas y a la tensión entre estos polos, ya la búsqueda de una tercera propuesta, aún altamente utópica, en cuanto a converger jurídicamente en un centro acordado que se aleje de la igualdad entendida en clave “masculina” y que, por otra parte, contemple alguna posibilidad de “trato general”.

La verdad es que tales pretensiones pueden resultar muy convenientes, ya sea como una salida a los conflictos de los estudios de género, o como la posibilidad dialéctica de llegar a una síntesis en los términos marxistas que han ideológicamente heredado. Sin embargo, para el Derecho Constitucional tales posturas o promesas no representan específicamente un aspecto fructífero, sino, por el contrario, ya que, en gran medida, ha hecho suyas varias de las controversias planteadas por el género, se han tensionado sus instituciones hasta un punto límite.

De allí entonces que hoy los legisladores y los jueces constitucionales se debatan sin solución entre el principio de autonomía del individuo y el imperio del Derecho, entre el bien común y el bien individual —muchas veces como contrapuestos irreconciliables—, entre el reconocimiento de principios éticos

y la imposición de una ética exclusivamente procedimental, todos aspectos de contraposición sembrados en la modernidad, y llevados al extremo por la posmodernidad y por sus productos –enfoques tales como los estudios

de género, entre otros– que desde un inicio no han comulgado con la idea misma de Derecho, pero que han desarrollado una táctica que les ha permitido, si no conquistarlo, al menos hacer replantear sus postulados.

Referencias

1. Engelhardt HT. *Los fundamentos de la bioética*. Barcelona: Paidós; 1995: 21.
2. Bobbio N. *Fundamento y futuro de la democracia*. Valparaíso: Edeval; 1990: 11.
3. Vivanco A. Una reflexión acerca de la ética individual, los “nuevos derechos” y el regreso a la paradoja de la tolerancia”. *Revista Chilena de Derecho* 1998; Número Especial: 103-113.
4. Vivanco A. La ideología de género y la destrucción de la identidad femenina. En: *AAVV, La mujer ante la sociedad y el Derecho*. Conferencias Santo Tomás de Aquino 2001. Santiago de Chile: Universidad Santo Tomás; 2002: 37-53.
5. Facio A, Fries L. Feminismo, género y patriarcado. En: Facio A, Fries L, (eds.) *Género y Derecho*. Santiago: LOM/La Morada; 1999: 31-32.
6. Anderson J. El Conocimiento, el género, el cambio. En: Guzmán V, Hola E, (eds.) *El Conocimiento como un Hecho Político*. Santiago de Chile: CEM; 1996: 45.
7. Facio A, Fries L, (eds.) *Género y Derecho*. Santiago: LOM/La Morada; 1999: 23.
8. Kimmel MS. Homofobia, temor, vergüenza y silencio en la identidad masculina. En: Valdés T, Olavarria J, (eds.) *Masculinidad/es*. Santiago de Chile: Ediciones de las Mujeres N° 24 de FLACSO; 1997: 51.
9. Broekman JM. *Bioética con rasgos jurídicos*. Madrid: Editorial Dilex; 1998: 155.
10. Freud S. *Introducción al Psicoanálisis*. Madrid: Sarpe; 1984: 99.
11. Weber M. *Economía y Sociedad*. Bogotá: Fondo de Cultura Económica; 1997: 172.
12. Weber M. *El Político y el Científico*. México: Premiá Editora de Libros S.A.; 1988: 9.
13. Fries L, Matus V. *La ley hace el delito*. Santiago de Chile: LOM Ediciones/La Morada; 2000: 9.
14. Fries L, Matus V. *El derecho. Trama y conjura patriarcal*. Santiago de Chile: LOM Ediciones/La Morada; 1999: 33.
15. Olea R, et al. *El género en apuros*. Santiago de Chile: LOM Ediciones/La Morada; 2000: 21-22.
16. Spaemann R. *Personas. Acerca de la distinción entre “algo” y “alguien”*. Pamplona: Eunsa; 2000: 227.
17. Arce y Florez-Valdés J. *Los principios generales del Derecho y su formulación constitucional*. Madrid: Civitas; 1990: 148.
18. Birulés F. Del sujeto a la subjetividad. En: Cruz M, (comp.) *Tiempo de subjetividad*. Barcelona: Paidós; 1996: 223-234.

19. Montecino S, Obach A, (comp). *Género y Epistemología. Mujeres y disciplinas*. Santiago de Chile: LOM Ediciones; 1999: 51-52.
20. Colombo R. De la bioética a la ética. En: Scola A, (ed.) *¿Qué es la vida? La Bioética al debate*. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica; 1999: 159.
21. Maturana H, Varela F. *Autopoiesis: La organización de lo vivo*. Sexta edición. Santiago de Chile: Lumen; 18.
22. Luhmann N. *Sistemas Sociales: Lineamientos para una Teoría General*. México: Alianza Editorial/ Universidad Iberoamericana; 1991.
23. Luhmann N, De Giorgi R. *Teoría de la sociedad*. 2ª ed. México: Universidad Iberoamericana/Triana Editores; 1998.
24. Mariotti H. *Autopoiesis, cultura y sociedad*. [Sitio en Internet] Disponible en www.puntoedu.edu.ar/.../comunicacion/sanpedro/comunicacion_estrategica/textos/autopoiesis.htm Último acceso en septiembre de 2006.
25. Maturana H, Varela F. *El árbol del conocimiento*. Santiago de Chile: OEA/Editorial Universitaria; 1984: 131.
26. Vidal Martínez J, et al. *Derechos Reproductivos y Técnicas de Reproducción Asistida*. Granada: Editorial Comares; 1998: 8.
27. Seoane Rodríguez JA. La Universalidad de los Derechos Humanos y sus desafíos. Los derechos “especiales” de las minorías. *Persona y Derecho* 1998; 38: 219.
28. Snitow A. Un diario de género. En: Navarro M, Stimpson C, (comp.) *¿Qué son los estudios de mujeres?* Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina; 1998.

Recibido el 11 de mayo de 2006.
Aceptado el 26 de mayo de 2006.

CUERPO Y CORPORALIDAD DESDE EL VIVENCIAR FEMENINO

María Angélica Montenegro Medina, Claudia Ornstein Letelier y
Patricia Angélica Tapia Ilabaca*

Resumen: Este artículo revisa las acepciones comunes de los términos “cuerpo” y “corporalidad”, las distingue y las sitúa en la vivencia de la imagen corporal femenina actual. Desde este análisis, propone algunas explicaciones en torno del culto al cuerpo, la vigorexia y los trastornos alimentarios. Concluye proponiendo un viraje desde la somatolisis actual a un proceso de integración cuerpo-corporalidad.

Palabras clave: cuerpo, corporalidad, imagen corporal, femenino, género

BODY AND CORPORALITY FROM A FEMININE STANCE

Abstract: This paper review the common definitions of body and corporality. These are distinguished and settled in the current feminine corporal image. From this analysis it proposes some explanations in relation to the body worship, the “vigorexia” and the alimentary disorders. This paper concludes proposing a change from the current “somatolysis” to an integrative process of the body and corporality.

Key words: body, corporality, corporal image, feminine, gender

CORPO E CORPORALIDADE A PARTIR DA VIVÊNCIA FEMININA

Resumo: Este artigo revisa os conceitos comuns dos termos “corpo” e “corporalidade”, as distingue e as situa na vivência da imagem corporal feminina atual. Desde esta análise, propõe algumas explicações em torno ao culto do corpo, a anorexia e os transtornos alimentares. Conclui propondo um olhar a partir da “somatolises” atual a um processo de integração corpo-corporalidade.

Palavras chave: corpo, corporalidade, imagem corporal, feminino, gênero

* Académicos del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Universidad de Chile. Chile.
Correspondencia: angelica_montenegro52@yahoo.com

Introducción

En el discurso coloquial hay múltiples referencias a la palabra “cuerpo”, toda vez que con ella se quiere representar unidad, totalidad, integridad. Así, por ejemplo, en Derecho Penal o en periodismo policial se habla de “cuerpo del delito” para referirse a un hallazgo irrefutable de una trasgresión; en reuniones de carácter formal suele usarse el término “de cuerpo presente” para señalar la permanencia de alguien ausente; en el ámbito de lo culinario se alude a “tomar y/o tener cuerpo” de algunos preparados o vinos, en señal aparente de equilibrio.

En el hombre normal, el uso de su corporalidad y la certera precisión de sus movimientos parecen estar siempre bajo control voluntario. Ante un prurito, el sujeto dirige su mano hacia la zona de la molestia ejecutando una fricción, en la despereza matinal se extienden ambos brazos, etc. Especial reflexión merece la maternidad. En este evento ontogénico, tan pronto se confirma la espera, la mujer, con frecuencia, deposita ambas manos sobre el vientre como una forma de cobijar al hijo y de explicitar analógicamente el albergue.

Por otra parte, el cuerpo es un claro referente de la expresión emocional, siendo evidente que se expande con la alegría en señal de apertura, de liviandad, y se constriñe con la tristeza, casi como si recayera en el sujeto una pesadez gravitacional. Se podría decir que las emociones “encarnan” en el cuerpo con el consecuente correlato neurológico: taquicardia, sudoración, sequedad de la boca y otros.

La corporalidad en el santo

Numerosas son las referencias religiosas sobre autoinjurias, flagelaciones, purgas y ayunos a las que se sometían todos quienes, a través del castigo del cuerpo, querían alcanzar la vida eterna. Pareciera que en la vida terrena

de quien aspiraba a trascender a una existencia supraterrena, las prácticas en contra de la propia corporalidad constituían una forma válida para alcanzar el Paraíso. El cuerpo aquí es concebido como algo precario, finito, limitado. En la medida en que, voluntariamente, se le haga también doliente, se lo posterga y toma preeminencia la constancia del alma.

Similar actitud ostentaba el héroe épico de la antigüedad. Este exponía temerariamente su corporalidad y, si bien podía perder la vida en los enfrentamientos, era precisamente el sufrimiento corporal el que lo hacía ostentar la categoría heroica.

Cuerpo y corporalidad

Cuerpo y corporalidad parecen no ser lo mismo. “Cuerpo” se define como una realidad objetiva que, a la manera de un objeto, posee una forma definida. Diversos modelos teóricos señalan que no tiene historia o historicidad (a diferencia de la corporalidad), bastándole sólo la espacialidad.

Esto último permite sostener que el hombre muerto también posee un cuerpo, aunque ya exánime. El cuerpo sufre desgaste según los avances evolutivos del ciclo vital (pesa en la vejez), posee un carácter instrumental, “sirve” para el desplazamiento, la aprehensión, etc., y, curiosamente, tiene una doble pertenencia.

En tanto realidad objetiva pertenece al mundo de las cosas, de los objetos, pero también pertenece al sí mismo. Tenemos nuestro cuerpo, pero a la vez nuestro cuerpo nos tiene. Merleau Ponty señala que la envoltura corporal es a la vez posibilidad y prisión.

La corporalidad, en tanto, hace referencia más bien a la realidad subjetiva, vivenciada o experienciada; por ello está en la intencionalidad de la vida psíquica. La corporalidad

es historia vital interna, madura hacia la diferenciación; en tanto cada cual tiene su propia historia individual y no se limita al volumen del cuerpo, es capaz de extenderse e incluso tomar posesión de los objetos del espacio. Zutt da gran importancia a la jerarquía en el mundo de la corporalidad, señalando que la vestimenta forma parte de su mundo, es decir, se ha integrado a ella.

Se dice que el proyecto divino sólo se puede realizar a través de la corporalidad, es decir, con la dimensión temporal integrada.

Consideraciones en torno a la imagen corporal

La palabra imagen proviene del latín “*imago*”, que significa retrato, estatua, representación. El modelo teórico que representa las cosas sin serlas propiamente pertenece al orden de la imagen; por lo tanto, el término imagen corporal pertenece al terreno de lo imaginario. Se presume que cada sujeto tendría, en su imaginario simbólico, una conciencia o imagen de su cuerpo.

Sin embargo, ésta suele ser bastante inasible, dado que el mundo es siempre “sin nosotros”, existiendo incluso partes de nuestro cuerpo a las que ni siquiera se puede acceder a través de la imagen especular, cual es la espalda. La representación de una imagen corporal certera es prácticamente imposible; puede llegar a configurarse una imagen aproximada, pero nunca completa. El carácter indefinido, móvil e impreciso de la corporalidad, la no exclusiva adscripción a figura geométrica, propia del cuerpo, dificultan este proceso.

La corporalidad en la actualidad

La medicina griega clásica establecía una íntima conexión entre “la belleza y la bondad”. Su objetivo era hacer que los hombres fueran

bellos y buenos, y no era posible conseguir un fin sin el otro debido al convencimiento de que el cuerpo era el espejo del alma. Así las cosas, el cuerpo alimentado, ejercitado y utilizado en armonía con la naturaleza es bello; en cambio, es feo cuando evita la integración o cuando sucumbe indulgentemente ante el placer. Uno lleva a la armonía y el otro a la destrucción.

La autoimagen es un *constructo* a partir de la percepción de sí mismo, a lo que se agregan las atribuciones, explícitas o tácitas, de otros respecto de ese sí mismo.

En la actualidad, la atribución en torno a la figura femenina estaría validada sólo desde una mirada esteticista, hedonista, lo que ha redundado en un verdadero culto al cuerpo. Culto que, como muchos otros, está sujeto a rituales; posee nombre propio: *vigorexia*; decreta una asistencia regular al lugar de culto o templo: gimnasio; su práctica es mediante la repetición de oraciones o *mantras*: consignas verbales y/o música estereotipada que señalan el compás del ejercicio, y, por último, hace uso de una vestimenta que proporciona identidad con los pares: ropa *fitness*, equivalente al velo, *kipá*, etc.

Así las cosas, resulta explicable la emergencia de trastornos de la conducta alimentaria, cuadros que, claramente, afectan en mayor medida a la población femenina. Si bien se presenta sobre todo en la etapa adolescente –y cada vez más tempranamente–, en las últimas décadas hay una emergencia de estas patologías en la adultez temprana y media.

En términos de identidad de género, la menstruación y el embarazo son dos eventos biológicos que, más que diferenciar, “distinguen” respecto del hombre. La temprana edad de aparición de la anorexia (el 77% de los casos se inicia antes de los 20 años) trae como consecuencia amenorrea y, no pocas veces, una serie de trastornos en torno a la fertilidad.

Por otra parte, la apatencia de la mujer por un desarrollo muscular, incluso exagerado, sumado a la eventual interrupción de la menstruación por la práctica de dietas restrictivas, ha ido promoviendo cuerpos más androgénicos y menos diferenciados de la figura masculina.

La tendencia es preguntarse qué ha ocurrido durante las últimas décadas para que se manifieste este fenómeno. Tal vez la mirada que se tiene hoy hacia lo femenino es una mirada fragmentada, en la que no se integra la valoración de “sólo” el cuidado de la prole, en la que se menoscaba el desempeño de la mujer y se la restringía únicamente al quehacer doméstico.

Comentario

En la sociedad patriarcal existía una clara diferenciación de roles, cabiéndole al hombre uno instrumental, en términos de toma de decisiones y de resolución de problemas, y a la mujer uno expresivo, en cuanto al cuidado

de la prole y la expresión y contención emocional.

Pareciera ser que, en la actualidad, hay un retorno al cuerpo en el vivenciar femenino, en tanto pura espacialidad, cayendo en el descrédito la historicidad de ese cuerpo, es decir, su historia vital. El embarazo, la lactancia y otras angustias y pesares propios de los aconteceres biográficos, van dejando, inevitablemente, huellas indelebles. No obstante, la tendencia es al retorno de la imagen juvenil, pretérita, aquella que aún conservaba otra historia de vida.

Pareciera entonces que la vigorexia se trata más de una enfermedad que de un culto, por lo que, en ocasiones, debe ser abordada a través de métodos quirúrgicos para obtener la “sanación”.

Creemos imperativo un viraje desde la somatolisis actual a un proceso de integración cuerpo-corporalidad.

Bibliografía

López-Ibor JJ, López-Ibor Aliño JJ. *El cuerpo y la corporalidad*. Madrid: Gredos; 1974.

López-Ibor JJ, Ortiz T, López-Ibor MI. *Lecciones de Psicología Médica*. Barcelona: Masson; 1999.

MINEDUC. *Estilos de vida y conducta alimentaria del adolescente*. Santiago de Chile: MINEDUC/ Programa MECE MEDIA; 1997.

Ojeda C. El cuerpo biológico (BIOS) en psiquiatría. *Revista de Psiquiatría Clínica* 1995; 32(1): 57.

Recibido el 21 de abril de 2006.

Aceptado el 04 de mayo de 2006.

BIOÉTICA, SALUD MENTAL Y GÉNERO

Carmen Bravo de Rueda Ortega*

Resumen: Este artículo enfoca el desarrollo de tres importantes conceptos, propios de nuestra era, cuya definición y alcance inicial han cambiado en los últimos años: bioética, salud mental y género. Analiza su interrelación, utilizando datos del estudio epidemiológico hecho en Lima, Perú, por el Instituto Nacional de Salud Mental en “mujeres unidas”.

Palabras clave: bioética, salud mental, mujer, género

BIOETHICS, MENTAL HEALTH CARE AND GENDER

Abstract: This paper focuses on the development of three main concepts, representing our time, whose definition and initial impact has changed in the last years: bioethics, mental health care and gender. It analyzes their interrelationship using data from the epidemiological research carried out in Lima, Peru, by the National Institute of Mental Health Care of Woman in “united women”

Key words: bioethics, mental health care, woman, gender

BIOÉTICA, SAÚDE MENTAL E GÊNERO

Resumo: Este artigo enfoca o desenvolvimento de três importantes conceitos, próprios de nosso tempo, cuja definição e alcance inicial mudaram nos últimos anos: bioética, saúde mental e gênero. Analisa sua inter-relação, utilizando dados do estudo epidemiológico feito em Lima, Perú, pelo Instituto Nacional de Saúde Mental.

Palavras chave: bioética, saúde mental, mulher, gênero

* Magíster en Psicología Clínica y de Familia (USMP). Presidenta de la Asociación Peruana de Salud Mental para la Mujer. Secretaria de Asociación Peruana de Bioética. Perú

Correspondencia: cbravoderueda@terra.com.pe

¿Mujer o género?

Este artículo habla sobre la mujer, su salud mental, su problemática y su relación con la bioética. El concepto “género”, aunque muy utilizado en los últimos tiempos, todavía genera ciertas confusiones, por eso creemos importante explicarlo previamente.

Hay un abismo entre el concepto “mujer”, que predominó en tiempos antiguos, y el concepto “género” empleado en la actualidad, aunque algunas implicancias todavía no se hayan superado. Hurtado(1) señala que el nacimiento de la mujer era desgracia para la tribu, se le encomendaban las labores de bestia de carga, labradora de la tierra, pastora de rebaños, podía cambiar de dueño en la guerra y era cuidadora de enfermos y niños; menciona que, bajo la influencia de la civilización griega, pasó a ser productora de ciudadanos, según su condición social, y luego, con el cristianismo y su desprecio por la carne, llegaron a llamarla “impura” o “hija del demonio”. Lo cierto es que siempre fue considerada como un ser inferior y, lamentablemente, esto continúa en algunas sociedades.

El Diccionario de la Real Academia Española define “género” (del latín *genus, generis*) como “conjunto de seres que tienen uno o varios caracteres comunes (...) Clase o tipo a que pertenecen personas o cosas(2). El género, por tanto, puede usarse tanto para definir a personas de sexo masculino como femenino.

La palabra “género”, como se usa actualmente, fue utilizada por las feministas americanas, que deseaban hacer hincapié en las distinciones de tipo social, en lugar de tan sólo en las diferencias biológicas aludidas con el concepto de “sexo”. “Fueron las feministas radicales quienes desarrollaron el concepto de género”, recalca Kate Millar. “En virtud de las condiciones sociales a que nos hallamos some-

tidos, lo femenino y lo masculino constituyen, a ciencia cierta, dos culturas y dos tipos de vivencia radicalmente distintos. El desarrollo de la identidad genérica depende, en el transcurso de la infancia, de la suma de todo aquello que los padres, los compañeros y la cultura en general consideran propio de cada género en lo concerniente al temperamento, al carácter, a los intereses, a la posición, a los méritos, a los gestos y a las expresiones. Cada momento de la vida del niño implica una serie de pautas acerca de cómo tiene que pensar o comportarse para satisfacer las exigencias inherentes al género. Durante la adolescencia se recrudecen los requerimientos de conformismo, desencadenando una crisis que suele templarse y aplacarse en la edad adulta”(3).

Sin embargo, no faltaron quienes se opusieron al enfoque de género. Guerra(4) considera que la definición de la perspectiva de género –respecto de que “las diferencias entre hombres y mujeres responden a una estructura cultural, social y psicológica y no a condiciones biológicas”– es muy radical y deja de lado la base biológica en lo que suele llamarse “femenino o masculino”. Según él, “tenemos que constatar que por mujer designamos a un ser cuyo cuerpo se contradistingue del masculino por una serie de rasgos *sui generis*”, añadiendo que estos conceptos son muy diversificados y complejos dada su base biológica.

En su acepción reciente más simple, “género” es sinónimo de mujeres(5, p.7), aunque hay autores que rechazan categóricamente este concepto. Según Scott(5, p.2), el concepto resalta los aspectos relacionales de las definiciones normativas de la femineidad. Expresa que quienes se preocuparon porque los estudios académicos en torno a las mujeres pudieran centrarse de forma separada y demasiado limitada en ellas, utilizaron el término para introducir una noción relacional en el vocabulario analítico. De acuerdo con esta perspectiva, hombres y

mujeres fueron definidos el uno en términos del otro, y no se podría conseguir la comprensión de uno u otro mediante estudios completamente separados.

¿Por qué es necesario hacer hincapié sobre la problemática de género? ¿Por qué no basta que se den lineamientos para todas las personas? Tan sólo el hecho de que, por mucho tiempo, haya primado la desigualdad entre hombre y mujer, marginando y poniendo en un plano inferior a esta última, justifica que, en la actualidad, se esté trabajando en los conceptos de equidad de género y se fomente el desarrollo de la mujer y su empoderamiento en todos los roles que desempeña y en las diferentes áreas en las que actúa.

Por otro lado, el enfoque de género permite visualizar la desigual distribución del poder entre varones y mujeres, y la manera en que estas desigualdades son reforzadas por instituciones sociales, jurídicas, religiosas y políticas. En este sentido, esta división dicotómica basada en el género subordina y desvaloriza a las mujeres, recorta oportunidades y crea barreras para la igualdad política, cultural, social y económica. Junto con esta discriminación basada en el género, operan otras formas de subordinación, por ejemplo, de clase social, edad, raza u orientación sexual(6).

Salud mental

Así como el concepto de “género” ha ido variando a través del tiempo, expandiéndose y abarcando más roles y áreas en las que se desempeñan las personas, también el de “enfermedad mental” ha evolucionado y ha dado paso al concepto de “salud mental”.

Al principio, la salud mental estuvo vinculada a la ausencia de enfermedad mental; ha evolucionado y, en este momento, predomina el enfoque de tipo integral que involucra un con-

junto de factores de tipo biológico, psicológico y social que incluyen a la persona sana.

Llanos opina que la salud mental corresponde al aspecto sano del individuo en sus dimensiones psicológicas y sociales, a través de las cuales lleva una relación armoniosa con su medio ambiente, lo cual le permite realizar las conductas adecuadas y necesarias para su autoafirmación y autorrealización(7).

En Perú, la salud mental –conceptuada por psiquiatras como Honorio Delgado, con gran influencia del humanismo– contemplaba la importancia de los aspectos psicológicos y ambientales tanto en la génesis de las patologías como al momento del tratamiento. Sin embargo, esto no se veía reflejado en la práctica ni en las políticas de salud. Hace unos pocos años se ha puesto énfasis en la prevención de la enfermedad y en la promoción de la salud, considerando la participación activa de la sociedad.

Ha sido sólo en 2004, a través de la elaboración de “Lineamientos para la Acción en Salud Mental” (Ministerio de Salud), que se ha considerado desarrollar políticas de salud mental como un componente de la salud integral y el desarrollo humano. Teniendo en cuenta que “toda condición que daña la adaptación recíproca entre la persona y su medio, como por ejemplo, la pobreza, la contaminación y la discriminación, constituyen un obstáculo para la salud mental. De manera inversa, toda condición que facilita esta adaptación recíproca, como por ejemplo, la distribución equitativa de la riqueza colectiva, el acceso a una educación de calidad o a un ambiente sano, favorece y mantiene la salud mental(8)”.

Bioética

Como bien resume Lolas(9), “la bioética tiene un largo pasado pero una breve historia”: tuvo muchos antecedentes desde tiempos anti-

guos, pero fue recién en 1971 que el neologismo fue introducido por Van Rensselaer Potter en su libro "*Bioethics: Bridge to the future*", denominando algo así como una combinación entre conocimientos biológicos y derechos humanos, y dándole luego una acepción de ética global, pero queriendo a la vez alejarse de la ética tradicional.

Gracia Guillén menciona que, en sus inicios, la bioética estuvo unida al desarrollo de la democracia y los derechos humanos(10), pero, en el transcurso de su desarrollo, se ligó más a la medicina y ciencias afines: "la bioética es un intento de lograr procedimientos seculares para formular, analizar y ojalá atenuar los dilemas que plantea la moderna investigación médica y biológica, la asistencia sanitaria y la preservación del medio ambiente"(11).

En esta misma dirección, Llanos¹ la define como "algo más que los problemas éticos de la práctica médica", y en otro párrafo explica: "es el conjunto de conocimientos científicos que estudian la transformación tecnológica de la medicina y es, además, la respuesta racional a los problemas morales, políticos y sociales que plantean las formas de atención a la salud humana, con la única finalidad de producir beneficio en las intervenciones biomédicas". Sin embargo, "su campo se ha ido ensanchando y actualmente evoluciona hacia una mayor imbricación con las humanidades y las ciencias psicológicas y sociales"(11, p.73).

Cruce de caminos

Podemos advertir entonces que, al ampliarse las definiciones y alcances de estos tres conceptos, se han encontrado en el terreno psicológico, sociológico y cultural, formando en la actualidad parte de la vida diaria, del

hacer y del pensar, del desarrollo individual y social de toda persona. Ello permite evaluar las interacciones de estos factores o las carencias en cada dimensión de la persona, en este caso de la mujer.

Sería muy extenso analizar todas las dimensiones de salud mental que implica el concepto de género, pero haremos algunos alcances sobre el trastorno depresivo, basándonos en los datos del Estudio Epidemiológico Metropolitano de Salud Mental 2002(12), realizado en Lima, Perú.

Planteamos la existencia de problemas y malestares propios de la mujer que devienen de particularidades físicas, funciones biológicas, roles y responsabilidades durante las distintas etapas de su vida y que son inherentes a su género. Por ejemplo, las mujeres tienen tasas más altas de depresión que los hombres, causadas por una serie de factores biológicos y culturales. Las fluctuaciones hormonales juegan un papel importante en la disforia premenstrual o en la depresión post parto. La alteración de la imagen corporal durante el embarazo y su incertidumbre frente a su recuperación son motivos de ansiedad. También la preocupación por la normalidad y salud del feto y el temor de ponerlo en peligro pueden ser abrumadores. Por otro lado, muchas mujeres experimentan diversas molestias y desórdenes emocionales, tanto durante el embarazo como durante el puerperio(13).

A través del estudio epidemiológico(12, p.98) en el que se encuestó a 1.838 "mujeres unidas"², mayores de 15 años, apreciamos que el trastorno más frecuente es el estado depresivo, con una prevalencia a seis meses de 16,3%, seguido por una a seis meses de depresión mayor en 15,4% y por una actual de depresión mayor

1 Llanos R. (1998) "*Historia de la Bioética en el Perú en el siglo XX*". En "Artículos". Archivo personal del autor.

2 Casada o con pareja o alguna vez unida a pareja, jefa del hogar o pareja de jefe del hogar.

en 11,4%. El pensamiento de índole suicida ha sido significativamente mayor comparado con el varón, tanto en la prevalencia de vida (42,3%) como en la prevalencia anual (12,7%), siendo la de vida de 8,1% frente a un 5,2% del adulto masculino.

Estos altos índices de depresión en las mujeres no se relacionan sólo con lo biológico. También en el aspecto psicológico vemos que existe una serie de comportamientos inadecuados que pueden generarlos; por ejemplo, durante el período de enamoramiento de la pareja se encuentran comportamientos tales como: celos (50%), actitudes machistas (36,8%), mucho control por parte de la pareja (21,7%), descuido por el consumo de alcohol (21,1%) e infidelidad (19,1%), entre otros.

Al hacer una estimación de estos tratos inadecuados por su actual o última pareja en mujeres unidas, la prevalencia asciende a un 69,6%. Para determinar abuso hacia la mujer se utilizó una submuestra (el 80,4% de la muestra total) que tenía pareja actual y, en ellas, la prevalencia de vida de algún tipo de abuso fue de 47,0%: insultos (41,9%), abuso físico (28,6%), humillaciones (16%), abandono (12%) y abuso sexual (9,6%). Ello revela un alto índice de violencia hacia la mujer y resalta su condición de vulnerabilidad.

Si, por el contrario, buscamos en el área social factores de protección o seguridad, las mujeres no confían o confían poco en las autoridades policiales (68,5%) y aún menos en las autoridades políticas (92,7%).

La ocurrencia de la violencia física y sexual se produce muchas veces dentro del ámbito doméstico o escolar y proviene de alguien del sexo masculino cercano a la víctima. Sin embargo, el impacto que tiene sobre la vida de las mujeres trasciende el ámbito familiar privado,

ya que involucra a diversos agentes públicos, tales como policía, trabajadores de salud y encargados de la justicia, entre otros. Pese a ello, durante muchos años se ha pretendido abordar el tema como un asunto privado que se soluciona solamente entre las partes involucradas, y se niega su carácter de violación de derechos humanos, ante la cual deben existir sanciones para el agresor y reparaciones para la víctima, y en la que el Estado tiene responsabilidades ineludibles(14).

Deberían analizarse las diversas dimensiones de la vida diaria de la mujer, pues es ahí donde se debe actuar –sobre la base de los principios de la bioética– y preparar el campo propicio para producir salud mental.

En conclusión, sugerimos trabajar sobre los siguientes principios:

Respeto a la persona

- Respeto a la vida de la mujer.
- Defender su dignidad y su valor como persona.
- Adoptar medidas legislativas que prohíban toda discriminación contra ella.
- Eliminar prejuicios sobre su inferioridad.
- Suprimir la trata de mujeres y la explotación de la prostitución.
- Elección del cónyuge por libre albedrío y matrimonio con pleno consentimiento.
- Defender los derechos de la mujer y facilitar su acceso a todos los niveles e instancias de toma de decisiones.
- Defender su derecho a no ser sometida a tratos crueles o degradantes.

Beneficencia

- Acceso a alimentación adecuada de acuerdo con los ciclos de vida y condiciones especiales como el embarazo.
- Promover la prevención y un sistema oportuno y de calidad para el cuidado de la salud de la mujer.
- Protegerla durante el embarazo, con atención médica e información sobre planificación familiar.
- Prevenir y erradicar la violencia física, sexual y psicológica contra las mujeres.

Justicia

- Igualdad de derechos, oportunidades y responsabilidades, fomentando la redistri-

bución de roles, en los cuales las mujeres no sólo estén relegadas a lo privado mientras los hombres dominen en lo público.

- Erradicar el analfabetismo y lograr el acceso equitativo y no discriminatorio a la educación.
- Facilitar su acceso a puestos de responsabilidad que ofrezcan la posibilidad de inspirar las políticas de las naciones y promover soluciones innovadoras para los problemas económicos y sociales.

Al sentar las bases de una sociedad sobre los principios de la bioética, estaremos protegiendo la salud mental de nuestra población y permitiendo que las personas, de acuerdo con su género, se desarrollen en un ambiente armónico, equilibrando lo biológico, psicológico y social.

Referencias

1. Hurtado Gálvez JM. La mujer social y la mujer histórica. *El Catoblepas* 2003; 15:18. [Sitio en Internet] Disponible en <http://www.nodulo.org/ec/2003/n015p18.htm> Último acceso en octubre de 2006.
2. Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española*. Vigésima segunda edición; 2001.
3. Varela N. *Feminismo para principiantes*. México: Ediciones B; 2005: 182.
4. Guerra R. Reflexiones sobre la condición femenina y el fundamento antropológico de la diferenciación sexual. *Medicina y Ética* 1996; VII(49).
5. Scott JW. El género: una categoría útil para el análisis histórico. [Documento en Internet] Disponible en <http://www.cholonautas.edu.pe/modulo/upload/scott.pdf> Acceso en octubre 2006.
6. Género y Salud. [Sitio en Internet] Disponible en <http://www.diassere.org.pe/gs.html> Último acceso en octubre de 2006.
7. Llanos R. Bioética en psiquiatría y psicología: Importancia y proyección en medicina y ciencias de la conducta. *Acta Médica Peruana* 2001; XVIII: 3-4.
8. Ministerio de Salud. *Lineamientos para la acción en salud mental*. Lima: Comité Nacional de Salud Mental; 2004.
9. Lolas F. Rehistoriar la bioética en Latinoamérica. La contribución de James Drane. *Acta Bioethica* 2005; 11(2): 162.

10. Gracia D. Introducción a la bioética médica. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 1990; 108(5-6): 374-378.
11. Lolas F. *Bioética. El diálogo moral en las ciencias de la vida*. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2001.
12. Instituto Especializado en Salud Mental. Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. Informe General. *Anales de Salud Mental* 2002; XVIII(1-2).
13. Rondón M. Trastornos depresivos del embarazo y el puerperio. *Acta Médica Peruana* 2005; XXII(1).
14. Tristán F. *Violencia Sexual*. [Sitio en Internet] Disponible en <http://www.flora.org.pe/violencia%20sexual.htm> Último acceso en octubre de 2006.

Recibido el 11 de mayo de 2006.
Aceptado el 25 de mayo de 2006.

LA MUJER EN LAS PROFESIONES DE LA SALUD

Laura Rueda C.*

Resumen: El presente artículo busca establecer, a partir de la detección de competencias afectivas entre las jóvenes que se encuentran estudiando profesiones de la salud, una reflexión acerca de la presencia femenina en esta área profesional. El análisis incluye elementos del desarrollo moral femenino, de la vocación por cuidar y prevenir el riesgo, y del perfil profesional que se va generando en las carreras dedicadas al cuidado de la salud humana.

Palabras clave: desarrollo moral, ética del cuidado, profesiones de la salud

THE WOMAN IN THE HEALTH CARE PROFESSIONS

Abstract: This paper tries to establish, through identifying the affective capacities of young women who are studying health care professions, a reflection about the feminine presence in this professional sector. This analysis includes some aspects of the feminine moral development, the vocation to care and to prevent risks and the professional profile that has been developed in careers dedicated to health care.

Key words: moral development, ethics of care, health care professions

A MULHER NAS PROFISSÕES DE SAÚDE

Resumo: O presente artigo procura estabelecer, a partir da detecção de competências afetivas entre as jovens estudantes nas profissões de saúde, uma reflexão sobre a presença feminina nesta área profissional. A análise inclui elementos do desenvolvimento moral feminino, da vocação de cuidar e prevenir o risco, bem como do perfil profissional que vai sendo gerado nas profissionais dedicadas ao cuidado da saúde humana.

Palavras chave: desenvolvimento moral, ética do cuidado, profissões da saúde

* Terapeuta Ocupacional, Magíster en Bioética. Profesora Asistente de la Facultad de Medicina y colaboradora del Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile. Chile

Correspondencia: ruedal@chi.ops-oms.org

Introducción

Desde el surgimiento de la medicina occidental, cuyo exponente más reconocido es el médico griego Hipócrates de Cos, se define el ejercicio profesional dirigido al cuidado y restablecimiento de la salud de las personas. Es necesario acotar que las acciones de este médico originario reunían todas las funciones que en la actualidad desarrollan las diferentes profesiones de la salud.

En aquella época las mujeres no accedían a la educación formal para adquirir las competencias. Sin embargo, los cuidados y acciones dirigidas a procurar el bienestar del enfermo coinciden con los quehaceres femeninos domésticos. La siguiente cita del primer aforismo hipocrático transmite esta observación(1):

*Vida breve y arte largo:
Ocasión acelerada
Experimento arriesgado.
Juicio difícil. No basta
Que cumpla con sus deberes
El profesor de más fama;
Es necesario concurran
Otras cosas de importancia
A saber: en el enfermo
Obediencia y tolerancia:
En los asistentes celo,
caridad y vigilancia:
Buen alimento, remedios
De propiedad, buena cama.
Ropa limpia, olores gratos,
Habitación ventilada,
Tranquilidad del espíritu.
Y además que a vencer valgan
la enfermedad, o cooperar
A extinguirla, o moderarla.*

Para abordar el tema de la mujer como profesional de la salud es necesario analizar dos

aspectos vinculados: la teoría del desarrollo moral femenino de Carol Gilligan y la vocación de la mujer por desarrollarse en las profesiones de la salud.

Fundamentos

Entre las teorías del desarrollo moral, la de Kohlberg define la adquisición de la conciencia moral como el desarrollo de un sentido individual de justicia. Sin embargo, Gilligan sostiene que las mujeres definen su moralidad como la capacidad de situarse en el punto de vista de la otra persona y como una inclinación a sacrificarse para asegurar el bienestar del otro. Los hombres se desenvuelven entre lo formal y abstracto, en el respeto a los derechos formales de los demás, en el ámbito individual y en las reglas. Las mujeres actúan en lo contextual, en la responsabilidad por los demás, en las relaciones y en una concepción global y no sólo normativa de la moral. Esta diferencia se genera a partir de un esquema de aprendizaje constructivo, sociocultural, vital y moral que recibimos los hombres y las mujeres en la sociedad.

Gilligan elaboró un cuadro del desarrollo moral en el ámbito de la ética del cuidado. Estableció tres niveles de desarrollo que, aunque se estructuran sobre los estadios de Kohlberg, tienen un contenido muy diferente. Esto tiene que ver con las diferencias básicas de género: ambos géneros defienden la igualdad, pero la ética de la justicia pone el acento en la imparcialidad y la universalidad, lo que elimina las diferencias, mientras que la del cuidado pone el acento en el respeto a la diversidad y en la satisfacción de las necesidades del otro.

Desde este punto de vista se entenderá la diferente orientación que la ética del cuidado de Gilligan da al desarrollo moral:

Primer nivel	Atención al Yo para asegurar la supervivencia: el cuidado de sí misma.
Transición	Consideración del planteamiento del primer nivel como egoísta.
Segundo nivel	Conexión entre el Yo y los otros por medio del concepto de responsabilidad: la atención a los demás y la relegación de sí misma a un segundo plano.
Transición	Análisis del desequilibrio entre autosacrificio y cuidado, reconsideración de la relación entre el Yo y los otros.
Tercer nivel	Inclusión del Yo y de los otros en la responsabilidad del cuidado. Necesidad de equilibrio entre el poder y el cuidado de sí misma, por una parte, y el cuidado a los demás, por otra.

En el quehacer práctico, en el tercer nivel se adquiere seguridad, estabilidad y dignidad. Desempeñar una profesión de la salud es una instancia donde se pueden desarrollar estos valores y hacer que cada mujer contribuya eficazmente en todas las áreas en que participa: personales, familiares, sociales y profesionales.

El trabajo es el campo donde germinan nuestros talentos, nuestra creatividad y originalidad. Es la extensión de la esencia de cada yo: como auténticamente se es; de este modo, la persona se proyecta y da sentido y fin a su vida, más allá de lo alcanzable a corto plazo, más allá de las competencias inútiles o del logro de los fines materiales en exclusividad; éstos, si bien aumentan la capacidad de *tener*, no incrementan la posibilidad de *ser*.

Redescubrir el valor del quehacer junto con otros nos hace cocreadores de una actividad que nos lleva más allá de nosotros mismos, transforma el cansancio, la fatiga o la rutina en el placer de compartir y hacernos más personas(2).

Materiales y métodos del informe

El siguiente es un informe descriptivo e interpretativo, que extrae elementos de la información oficial sobre el grupo de estudiantes mujeres que ingresan regularmente a carreras

de la salud en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

Se recogen, además, datos extraídos de la entrevista de ingreso en una de las escuelas, predominantemente femenina, y de la evaluación metodológica de otras escuelas con semejantes características. Esta última información se obtiene en el marco de la asignatura de bioética que se ofrece a mediados del currículo de la carrera.

Resultados

La tabla 1 presenta el número de estudiantes que son seleccionadas mediante el proceso regular de ingreso a las universidades chilenas. Se consideran las matrículas de las escuelas de la salud en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, pues en ellas es posible evaluar las competencias afectivas en diferentes etapas curriculares.

El registro de ingreso a la casa de estudios corresponde a la promoción del presente año. Los datos sobre desarrollo axiográfico, que se consignan en la tabla 2, corresponden a estudiantes mujeres en proceso de formación. Las evaluaciones se realizan entre primer y quinto grado, en el marco de las asignaturas de ética y bioética que se imparten en tres escuelas profesionales con mayor presencia femenina.

Tabla 1: Ingresos 2006

Escuelas de la salud	Hombres	Mujeres	Total
Enfermería	13	72	85
Fonoaudiología	7	26	33
Kinesiología	10	22	32
Medicina	95	65	160
Nutrición	8	29	37
Obstetricia	13	64	77
Tecnología Médica	28	49	77
Terapia Ocupacional	4	32	36
Totales	178	359	537
Porcentajes	33,2 %	66,8%	100%

Las teorías del desarrollo moral coinciden en dos aspectos; por una parte, establecen que, durante el proceso, se definen motivaciones que norman el comportamiento, es decir, se van formando los valores que guían las interacciones entre los seres humanos. Por otra, visualizan la adolescencia como la etapa crucial en la cual las personas revisan y confirman sus valores.

La elección de una carrera profesional es una decisión que se efectúa precisamente durante la adolescencia. Optar por una profesión es la oportunidad clave para expresar los valores que se han ido generando a lo largo del desarrollo moral.

Desde la base que otorga la literatura disponible sobre este tipo de desarrollo(2,3), ciertas escuelas, al inicio de las actividades académicas, solicitan al estudiante –como parte de sus actividades oficiales– indicar los principales valores que impulsan su vocación. Además, en el marco de las asignaturas de ética o bioética se desarrollan talleres donde se identifican los valores que permanecen desde la elección vocacional y los que se incorporan dentro de las competencias profesionales.

En la tabla 2 se presentan los datos recogidos en las escuelas con mayor presencia femenina –Terapia Ocupacional, Obstetricia y Fonoaudiología– que llevan a cabo las actividades académicas descritas.

Tabla 2: Valores vocacionales

Valores	Entrevista de Ingreso		A mediados del programa		Al final del programa	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
	32 mujeres ¹ (64)		38 mujeres ² (108)		48 mujeres ³ (148)	
Prudencia	-		10	9,26	26	17,57
Perseverancia	-		5	4,63	-	
Responsabilidad	-		4	3,70	-	
Justicia	2	3,13	16	14,82	10	6,76

1 En la entrevista de ingreso se les pide mencionar dos motivaciones que fundamentan su elección profesional.

2 En el Taller de Bioética, en 4º año, se les solicita establecer tres valores básicos para alcanzar competencias profesionales.

3 En la Reunión Clínica en Bioética, durante el internado, se jerarquizan lista de 12 valores, de acuerdo con las competencias profesionales. Los resultados indican el número de veces que fueron mencionados en los tres primeros lugares por integrantes de cada grupo de trabajo.

Amistad	12	18,75	3	2,78	-	
Respeto	-		15	13,89	-	
Comprensión o empatía	16	25	9	8,33	-	
Orden	-		-		-	
Servicio	10	15,63	9	8,33	40	27,03
Solidaridad	6	9,38	19	17,59	13	8,78
Benevolencia	-		9	8,33	-	
Autorrealización	14	21,88	6	5,57	51	34,46
Total veces valores mencionados	60		105		140	
Otros valores indicados	4	6,25	3	2,78	8	5,41

Discusión

La primera tabla nos muestra que aproximadamente dos tercios de los estudiantes que ingresan a las escuelas de las profesiones de la salud son mujeres. Esta relación se ha ido estableciendo en los últimos diez años.

El proceso de formación profesional genera una estructura valórica. Inicialmente, las estudiantes distinguen los resortes emocionales que impulsan la elección vocacional a partir de un *“estar en contacto con las personas”*, *“ayudar a lograr el bienestar”*, *“desarrollarse como persona”*, *“aprender las ciencias biológicas”*. Se destacan los valores de *“autorrealización”* y *“empatía”* junto a *“servicio”* y *“amistad”*. Después de completar la formación básica y empezar con las actividades de práctica clínica, los valores se reorientan con mayor fuerza a *“prudencia”*, *“justicia”* y *“respeto en el desarrollo de las funciones profesionales”*. En esta misma etapa se mantiene la valoración de la *“solidaridad”*. En la fase final de su formación profesional las estudiantes definen como valores capitales para la adquisición de sus competencias la *“prudencia”*, la *“justicia”* y la *“solidaridad”*; con claridad se establecen dos pilares fundamentales: el *“servicio”* y la *“autorrealización profesional”*.

La mujer sigue siendo artífice del mantenimiento de un ambiente social. A ella, que

sufrió discriminaciones –y sufre todavía–, le corresponde, por memoria social y capacidad de ternura, generar un contexto que propicie una genuina posición diversificadora, de defensa, de legítima y directa vinculación, que trascienda la universalidad de la justicia a su vivencia en la individualidad.

El proceso de *“ponerse en el lugar del otro”* debe ser liderado por la mujer, porque debe partir de un acto de afecto que es el mejor camino para el conocimiento: es allí donde la mujer aporta su punto de vista templado, valorado desde el sentimiento y reflexión serena, subjetiva, y no desde la mera repetición de frases hechas.

Uno de los campos donde la mujer puede realizar este aporte es en los comités de ética. En nuestro país la incorporación femenina ha sido lenta. En el Proyecto de investigación Fondecyt # 1010947, *“Una aproximación histórica a los comités de ética de la investigación en Chile”*, que desarrolla el Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética de la Universidad de Chile, se menciona que algunas mujeres empezaron a integrarse recientemente para cumplir con necesidades estratégicas del comité. Investigadores e integrantes de comités, que evalúan frecuentemente protocolos, informaron que sólo a partir de 2001 se incorporaron mujeres, particularmente abogadas y jefas de enfermeras.

Lo anterior evidencia la realidad de muchos ámbitos de desarrollo profesional, en los cuales prevalecen los roles femeninos tradicionales (subordinados), aun cuando se trate de actividades que requieren preferentemente de capacidad de reflexión y pluralidad.

Conclusiones

La elección profesional es una opción personal de vida que refleja la valoración de una actividad, pues allí se define un modo activo y dinámico de asumir un lugar en la historia de la comunidad y una autocomprensión de sí mismo.

Los progresos de las ciencias de la salud se han traducido en tecnologías; sin embargo, la figura femenina al interior de las profesiones de la salud plantea una tesis humanizante, que conlleva una construcción del hacer coherente con la justicia, la solidaridad y la responsabilidad, y el respeto a la dignidad humana.

La profesión es una forma de realizar la cercanía al legítimo otro en respeto y solidaridad, de reconocerlo en su necesidad y de acogerlo y encontrarlo como un tú. Se trata, entonces, de alcanzar, por medio de la profesión, el desarrollo de una condición racional del ser-saber-hacer.

Referencias

1. García Gual C, (ed.) *Tratados Hipocráticos*. Vol. I. Madrid: Gredos; 1983: 238.
2. Bravo N. *Valores humanos: por la senda de una ética cotidiana*. Santiago de Chile: RIL ediciones; 2001.
3. Isaac D. *La educación de las virtudes humanas*. Madrid: Ediciones E.U.N.S.A; 1981.

Bibliografía

- Aranguren JL. *Moral de la vida cotidiana, personal y religiosa*. Madrid: Tecnos; 1987.
- Cortina A. *La ética de la sociedad*. Madrid: Alianza; 1995.
- García G. *La noción de profesión, su ser y su sentido: referentes ético-morales en problemas de ética aplicada*. Colombia: Ediciones El Bosque; 1987.
- Gilligan C. *In a different voice: Psychological theory and women's Moral Development*. Cambridge: Harvard University Press; 1982.
- Gilligan C. *La moral y la teoría: psicología del desarrollo femenino*. México: FCE; 1985.
- Habermas J. *Conciencia moral y acción comunicativa*. Barcelona: Península; 1985.
- Kohlberg L. El enfoque cognitivo-evolutivo de la educación moral. En; Santolaria F, Jordán JA, (comp.) *La educación moral, hoy. Cuestiones y perspectivas*. Barcelona: PPU; 1987.
- Kohlberg L, Power FC, Higgins A. *La educación moral según Lawrence Kohlberg*. Barcelona: Gedisa; 1997.
- Kohlberg L. *Psicología del desarrollo moral*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1992.
- Lain Entralgo P. *Teoría y realidad del otro*. Madrid: Alianza; 1982.

Lolas F. Aspectos éticos de la investigación biomédica. Conceptos frecuentes en las normas escritas. *Revista Médica de Chile* 2001; 129: 680-84.

Papalia D, Wendkos S. *Desarrollo Humano*. Bogotá: McGraw-Hill/Interamericana; 1994.

Peters RS. *Desarrollo moral y educación moral*. México: FCE; 1984.

Recibido el 27 de abril de 2006.

Aceptado el 04 de mayo de 2006.

SALUD INTERCULTURAL: IMPACTO EN LA IDENTIDAD SOCIAL DE MUJERES AIMARAS

Carolina Valdebenito, Marilyn Rodríguez, Andrea Hidalgo, Ulises Cárdenas y Fernando Lolas*

Resumen: Este artículo busca determinar el impacto sociocultural de las políticas públicas y la modernización en salud y educación en los pueblos aimaras en Chile, desde un enfoque cultural. Su intención es aproximarse al significado atribuido por las mujeres aimaras de Colchane a las políticas públicas en salud reproductiva y cómo impacta en su cosmovisión.

Nuestra hipótesis es que las mujeres aimaras no se apropian de las políticas culturales en salud reproductiva porque no responden al sentido cultural que involucra el proceso reproductivo. Este trabajo quiso indagar sobre el sentido social y la construcción valórica tras estos procesos sociales y determinar cómo afecta a la incorporación de las políticas públicas.

Palabras clave: aimara, mujer, salud, salud intercultural

INTERCULTURAL HEALTH: THE IMPACT IN THE AIMARA WOMEN SOCIAL IDENTITY

Abstract: This paper is part of a research project which tries to determine the socio cultural impact of public policies and the modernization process in the health care of the aimara ethnic group in Chile, from a cultural perspective. Its purpose is to approach to the meaning attributed by the aimara women from Colchane to the public policies related to reproductive health and how it impacts their cosmic vision.

Our hypothesis is that the aimara women do not appropriate these public policies on reproductive health as proper because they do not respond to their cultural meaning about the reproductive process.

Key words: aimara, women, reproductive health, public policies

SAÚDE INTERCULTURAL: IMPACTO NA IDENTIDADE SOCIAL DAS MULHERES AIMARAS

Resumo: Este artigo procura determinar o impacto socio-cultural das políticas públicas, a modernização em saúde e a educação nos povos Aimaras no Chile, desde um enfoque cultural. Seu objetivo é se aproximar do significado atribuído pelas mulheres Aimaras de Colchane às políticas públicas em saúde reprodutiva e como impacta em sua cosmovisão.

Nossa hipótese é que as mulheres Aimaras não se apropriam das políticas culturais em saúde reprodutiva porque não respondem ao sentido cultural que envolve o processo reprodutivo. Este trabalho quis indagar sobre o sentido social e a construção de valores através destes processos sociais e determinar como isto afeta a incorporação das políticas públicas.

Palavras chave: aimara, mulher, saúde, saúde intrcultural

* Investigadores del Proyecto CHI0R105: "Impacto sociocultural de las políticas públicas y la modernización en salud y educación de los pueblos aimaras en Chile, desde un enfoque cultural", financiado por PNUD-UNFPA. Convenio número 06/2005.
Correspondencia: valdebec@chi.ops-oms.org

Construcción cultural del género en la cultura aimara

“Es el género uno de los principios organizativos desde donde se piensa y construye la vida social, económica, política y religiosa de la sociedad aimara(1)”.

Las diferenciaciones sobre género en la cultura aimara se definen en torno a las fases de ciclo vital de las personas y al rol social que cumplen. La construcción cultural y simbólica del género variará según el contexto relacional que cada persona vivencie. Por lo tanto, las valoraciones del rol social de cada género pueden no ser comprendidas por un extraño a su cultura y traducir el rol de la mujer aimara en su comunidad sólo como mera subordinación, toda vez que el valor cultural de lo femenino en la cultura señalada reposa en su capacidad reproductiva. Es así que las distintas interpretaciones culturales pueden dar significados erróneos.

Estas mujeres tienen una fuerte presencia en todas las actividades asociadas con la fertilidad, como son la siembra, la cosecha, la alimentación y el pastoreo de animales. “Lo femenino es fundamentalmente pensado como generativo y fértil(2)”. Pero también tienen una fuerte vinculación con lo económico, siendo las encargadas del comercio y del hospedaje, es decir, del sustento de los hijos.

Respecto de su sexualidad, se debe considerar que llevan doscientos años de socialización occidental y que en los últimos diez la religión pentecostal ha producido un gran proceso de aculturación y desarraigo cultural. Por lo tanto, si lo ortodoxo en su cultura fue que la adolescencia fuese considerada una etapa para explorar la sexualidad, hoy esta cosmovisión ha cambiado con el cristianismo y, específicamente, con el pentecontalismo. Otro aspecto es

que la cultura aimara no exalta el placer sexual como valor.

A su vez, la capacidad reproductiva de la mujer aimara es tan altamente valorada que, aunque surjan embarazos no previstos o fuera del matrimonio, éstos no constituyen un problema social. Consecuentemente, los hijos representan siempre un valor.

Otro aspecto que afecta la valoración de la mujer en la comunidad es que el proceso de articulación familiar es patrilocal y endogámico. Esto tiene por consecuencia la movilidad y desarraigo familiar de las mujeres a las tierras del esposo, lo que la convierte en extranjera y dependiente en una nueva familia. La translocalidad puede extrapolarse a la idea de los pisos ecológicos(3).

Entre las mujeres aimaras, hay algunas que viven en la ciudad mientras sus maridos cuidan el ganado en el altiplano (aunque la experiencia en terreno mostró que son los jóvenes y niños quienes están a cargo de estas tareas en la actualidad, debido a que los hombres se ocupan del comercio de automóviles). Algunas mujeres se quedan en el altiplano mientras los jóvenes bajan a las ciudades, o bien, los ancianos se quedan al cuidado de los nietos mientras los jóvenes migran a las ciudades en busca de fuentes de trabajo. En consecuencia, se podría proponer que la patrilocalidad es un paradigma en crisis.

Lo destacable de esta movilidad social son tres fenómenos que tienen que ver con el proceso de modernización: 1) la mujer está a cargo del sustento de la familia; 2) existe el concepto de movilidad y complementariedad ecológica de recursos, que trasciende las fronteras políticas entre Perú/Bolivia/Chile, y 3) en un intento por establecer soberanía política se han desarrollado políticas de integración que

buscan promover el sentido de chilenidad en la comunidad aimara y, con ello, separarlas de las demás comunidades del altiplano.

Cosmovisión del origen de la vida y embarazo

Según los aimara, la concepción humana se produce por la mezcla del semen del hombre y la sangre de la mujer. Gavilán y Carrasco señalan que las mujeres aimaras identifican el período menstrual como el momento más fértil de la mujer.

Por otra parte, durante el período prenatal las futuras madres continúan ejerciendo sus actividades cotidianas hasta el momento de dar a luz e, incluso, recomiendan hacer el mayor número de actividades para asegurar un parto más fácil y rápido, creencias que se contraponen a las recomendaciones occidentales de evitar el esfuerzo físico que ponga en peligro el término del embarazo. La percepción de éste es totalmente distinta a la que existe en la cultura chilena: las mujeres aimaras dan a luz solas, sin ayuda médica, excepto por las parteras; el conocimiento sobre la salud puerperal es algo que manejan todas y no está restringido a alguna categoría social en particular.

Uno de los elementos que más se destaca en la cosmovisión andina –muy presente en el período de gestación y parto– es la complementariedad de las mitades y su necesidad e interdependencia: no es posible la existencia de uno sin el otro. Esta relación de opuestos complementarios se expresa durante el embarazo, al considerar que el cuerpo de la madre es “cálido” y al momento del parto hay “frío”, por lo que en el período de gestación se utilizan plantas medicinales con el propósito de alcanzar el equilibrio con el entorno. Siendo lo cálido lo deseable, no gustan de adoptar los métodos de la medicina alopática, porque ser

desvestidas o depiladas atenta contra el equilibrio entre lo externo y lo interno¹.

Al considerar que durante el parto se enfría el cuerpo, el lugar preferido para dar a luz es la cocina, ya que el frío las hace vulnerables a diferentes males. Por otra parte, ellas frecuentemente consideran algunas de sus enfermedades como consecuencia de la maternidad.

Control natal

La importancia y valoración de la capacidad fertilizadora de la mujer se expresa incluso por medio de la sanción informal a aquellas mujeres que no pueden concebir. Igualmente, existe un entramado cultural que las disuade de hacer uso de métodos anticonceptivos. Sin embargo, esto también debe ser observado a la luz de la influencia pentecostal, que está en contra de las prácticas abortivas o anticonceptivas.

Sin embargo, ciertas tendencias analíticas relacionan la opresión de las mujeres y su papel reproductivo con la falta de uso de anticonceptivos. Según esas tendencias, los hombres buscarían así evitar posibles infidelidades de sus mujeres mientras ellos no están. Estas concepciones parecen no considerar, sin embargo, las diferentes construcciones sobre los roles de género en los pueblos indígenas.

Las tasas de fecundidad demuestran que, dentro de su cultura, la planificación familiar no está totalmente integrada. Aunque se practican diferentes métodos anticonceptivos, naturales y no validados por la ciencia, o distanciamiento entre embarazos, no existe una aceptación pública de la tecnología anticonceptiva y su

1 Esto se explica, pues la duplicidad está presente en toda la cosmovisión de los grupos del altiplano, desde el imperio *Tiwanaku*. La partición del mundo en dos mitades implica que lo que un día está arriba –poderoso, fuerte y viril– puede luego estar abajo –débil, pasivo, femenino–, lo que es absolutamente opuesto a la dominación de un rol sobre otro.

etno-conocimiento al respecto es desplazado por los preceptos de la iglesia pentecostal, de la cual en su mayoría son fieles.

No obstante, las estadísticas sociales de los pueblos indígenas en Chile muestran que los niveles de fecundidad han disminuido. Al comparar las mujeres indígenas de zonas urbanas con las que habitan en zonas rurales, estas últimas tienen, en promedio, un hijo más que las primeras. ¿Qué demuestran estos cambios en las tasas de embarazos? ¿Han sido incorporados los métodos de control natal impulsados por las políticas públicas a pesar de las limitantes culturales y sociales?

Política indígena chilena

Los aimara han experimentado un proceso de chilenización, sin considerar las diferencias culturales, desde la Guerra del Pacífico (en 1879) hasta el fin de la dictadura militar (1990 aproximadamente). Antes del conflicto, la actual Región de Tarapacá pertenecía a Perú y parte de la Región de Antofagasta a Bolivia. Esto es, sin esa guerra la incorporación de este grupo a la idiosincrasia chilena no habría existido.

Junto con la elección del primer gobierno democrático en Chile, luego de la dictadura militar, se genera un conjunto de leyes que amparan a los grupos indígenas y buscan la integración de las diferencias culturales. En este período se pudo apreciar una valoración del multiculturalismo debido a la influencia ejercida por nuevas corrientes mundiales: Amnistía Internacional, Ley de los DD.HH. (Convenio 169 OIT), entre otros.

A su vez, durante los años 90 surge una nueva estructura estatal que busca incorporar a los marginados a través de programas especializados, como son SERNAM (Servicio Nacional de la Mujer, 1991), FONADIS (Fondo Nacional de Discapacidad, 1994), CONADI (Corporación

Nacional de Desarrollo Indígena, 1993), FOSIS (Fondo de Solidaridad e Inversión Social, 1990), e INJUV (Instituto Nacional de la Juventud, 1991), todas organizaciones bajo la tutela de MIDEPLAN (Ministerio de Planificación y Desarrollo). Cabe resaltar el papel de CONADI y de su Programa Orígenes como un valioso instrumento para el desarrollo de las políticas estatales en materia de derechos originarios.

El Programa de Salud Intercultural del Programa Orígenes tiene como objetivo mejorar las condiciones de vida de la población indígena por medio de reformas al acceso a servicios de salud y la integración de la medicina indígena(4). Un ejemplo del esfuerzo integrador es la formación en salud de “facilitadores” que, siendo miembros de los grupos indígenas, conocen la lengua vernácula, pero también han estudiado y han estado en contacto con la sociedad moderna; de esta manera logran manejar la duplicidad de los códigos culturales. Estas personas “facilitan”, por tanto, la comunicación con los miembros de los grupos indígenas que no manejan la lengua española, o que no comprenden los códigos burocráticos de los sistemas públicos modernos.

Conclusión

La apropiación de las políticas culturales en salud reproductiva por parte de las mujeres aimaras se ve interferida por las condiciones de infraestructura: la posta de Colchane carece de un médico alopático o de servicios básicos de urgencia que incentiven y den confianza a la población. En consecuencia, es habitual escuchar que prefieren ver a la partera, pues ella controla y vigila sus embarazos.

En otro sentido, es claro que el sistema de salud trata de incorporar a la población indígena, haciendo un esfuerzo por acercarse y establecer puentes de comunicación. El dilema se presenta cuando, aun existiendo las formas

de integración, no existe el fondo. Por ejemplo, el Programa de Parto Aimara es un gran esfuerzo de profesionales y del servicio de salud de la zona, en Iquique; pero las mujeres aimaras no tienen gran adherencia al programa pues, aunque este comprende la forma en que se debe producir el parto, no tiene el simbolismo social que se da en la comunidad.

A su vez, el distanciamiento –que por momentos dificulta el acceso a la “modernidad”– es también lo propio de su cultura: es la distancia física, en complementariedad con la trashumancia. Ya se ha hablado del factor de traslocalidad del pueblo aimara: ellos son portadores de su cultura con independencia del lugar en que se encuentren, por lo tanto, sus fronteras culturales chocan de igual modo con los agentes externos, ya sea que estén en zona urbana o rural.

“La mujer aimara prefiere el trato personal en la seguridad de su casa, la conversación en su propia lengua y la comprensión y la importancia que le da a su mundo espiritual el especialista local. Ella evita así la vergüenza de los exámenes vaginales, la posición incómoda para dar a luz en el hospital, las prácticas de higienes rigurosas que contradicen a la prescripción tradicional del baño parcial sólo después de una semana del parto o el baño completo luego de un mes, además del gasto que significa llegar al hospital(5)”.

Las diferencias lingüísticas juegan un papel muy importante en el distanciamiento de los centros hospitalarios. Aunque la comunidad es bilingüe casi en su totalidad, las mujeres buscan la comodidad de un ambiente familiar donde puedan hablar su propia lengua. Si la mujer indígena no puede expresar adecuadamente sus síntomas y, a su vez, el médico no puede darse a entender apropiadamente, se crean barreras culturales que tienen un impacto en el diagnóstico y tratamiento sanitario, lo cual puede

crear una mala disposición hacia el servicio médico. Las mujeres prefieren dar a luz en su casa, porque ahí encuentran el apoyo psicosocial y la familiaridad que los hospitales no les ofrecen. En estas comunidades es frecuente que el esposo esté presente durante el parto, lo que no sucede en hospitales públicos.

Frente a la aversión por asistir a los centros médicos oficiales y a la preocupación por los sistemas públicos de fiscalizar todas las operaciones y acciones sociales, es que las políticas públicas han hecho esfuerzos por atraer a las mujeres y manifestar su deseo de integración, siempre que sea en un lugar autorizado, sanitizado, según los cánones occidentales². En este punto radica entonces el dilema social de apropiación de políticas públicas.

Sin duda que el *ethos* cultural(6) aimara se ha visto modificado por la apertura al mundo globalizante. Sería ingenuo de nuestra parte esperar que las comunidades estuviesen estáticas en su *ethos* cultural. La cultura aimara está totalmente integrada; conoce los códigos del mercado y la forma de transar y de comerciar; no se puede esperar conocer grupos aislados y huérfanos de modernidad.

En Colchane, la comunidad de estudio en este trabajo cuenta con servicios básicos idénticos a cualquier pueblo rural de Chile y con iguales limitaciones de infraestructura. Los dilemas antropológicos, por lo tanto, tienen que ver con el sentido de esta integración. Las mujeres aimaras, a cargo del sustento económico y moral de las familias, son quienes comercian, se asientan en la frontera con Bolivia a vender víveres a los transeúntes y administran

2 “Desde el 9 de julio de 2006, el Hospital de Iquique, en la zona norte de Chile, cuenta con una sala especialmente adornada con motivos propios de la cultura aimara para que ellas den a luz de la forma que más les acomode (de pie, acostadas sobre una cama normal, sentadas en el piso o en una mesa ginecológica)”. Agencia Servicio Especial de la Mujer, SEM.

hosterías, mientras los hombres salen tras el comercio fronterizo de autos y drogas. Ellas tienen un concepto más capitalista que los románticos del capitalismo, pues se incorporan a la economía de mercado y conocen muy bien los códigos de la modernidad, en un pragmatismo prosaico. No existe el conflicto por la ganancia o la maximización de recursos.

La aculturación se produce con la incorporación de la iglesia pentecostal, que parece más estricta que la Iglesia Católica. La rigurosidad de esta iglesia no da cabida al sincretismo religioso del que fue parte el catolicismo. El protestantismo aleja a los aimaras de su identidad étnica, de sus valores indígenas, dado que tales etnoconocimientos son considerados hechicería. Frente a este código estricto, el laicismo de un Estado modernizador trata de implementar medidas de control natal y se encuentra con un muro de resistencia significativa.

Los aimaras son una cultura que ha cambiado: ya no son los descendientes del imperio

Tiwanaku, son aimaras modernos, híbridos, cristianos, donde habita la moral de los opuestos complementarios y la rigurosidad de un cristianismo que rechaza las duplicidades.

Frente a esta realidad, el éxito de las políticas sanitarias dependerá no sólo de la integración de elementos culturales, a la usanza de un museo o un *collage*; no sólo de resucitar elementos culturales. El éxito de la incorporación y apropiación de la modernidad por parte de las mujeres aimaras descansa en la producción de una red semántica, en la cual se inserten procedimientos con sentido cultural y no desarraigados del contexto.

Agradecimientos

Artículo producido con los resultados del Proyecto CHI0R105: "Impacto sociocultural de las políticas públicas y la modernización en salud y educación de los pueblos aimaras en Chile, desde un enfoque cultural", financiado por PNUD-UNFPA. Convenio número 06/2005.

Referencias

1. Carrasco AM. Constitución de Género y Ciclo Vital entre los Aimara Contemporáneos del Norte de Chile. *Chungará* 1998; 30(1): 87.
2. Gavilán V. Buscando Vida: Hacia Una Teoría Aimara de la División del Trabajo por Género. *Chungará* 2002; 34(1): 114.
3. Murra JV. *El mundo andino: población, medio ambiente y economía*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 2002.
4. Programa Orígenes. *Estudio Línea de Base en Comunidades Indígenas: Primera Fase*. Santiago de Chile: Departamento de Economía, Universidad de Chile; 2003.
5. Defossez A, Bassin D. El Embarazo en Mujeres Aimara Migrantes. En: *Mujeres de los Andes: Condiciones de Vida y Salud*. Bogotá: Instituto Francés de Estudios Andinos; 1992: 128.
6. Morandé P. *Cultura y modernización en América Latina: ensayo sociológico acerca de la crisis del desarrollismo y de su superación*. Madrid: Encuentro; 1987.

Bibliografía

Albo X. Aimaras entre Bolivia, Perú y Chile. *Estudios Atacameños* 2000; 19: 43-73.

Gundermann H. *Sociedad aimara y procesos de modernización durante la segunda mitad del siglo XX*. Santiago de Chile: Comisión de Verdad Histórica y Nuevo Trato; 2002.

Grebe Vicuña ME. *Antropología cultural del pueblo aimara*. Santiago de Chile: BAFONA; 1989.

Tudela P. *El Estado y sociedad chilena ante los aimaras de Tarapacá* (I Región de Chile). Santiago de Chile: Comisión de Verdad Histórica y Nuevo Trato; 2002.

Recibido el 23 de mayo de 2006.

Aceptado el 22 de junio de 2006.

GÉNERO, VEJEZ Y SALUD

Melba Barrantes Monge*

Resumen: Es necesario considerar los principios de beneficencia y justicia para una atención individual de las mujeres mayores y la formación de sistemas sanitarios (o políticas sanitarias) de carácter ético donde prevalezca siempre la equidad. Para ser justo y benéfico es imprescindible ser eficiente, y ello se alcanza tomando en cuenta factores propios de las mujeres ancianas: salud física y mental, estado de vida, real acceso a los servicios, entre otros.

Palabras clave: envejecimiento, género, salud, justicia y beneficencia

GENDER, ELDERLY AND HEALTH CARE

Abstract: It is necessary to consider the bioethical principles of beneficence and justice for giving individual health care to elderly women and for generating a health care system (or public policies) with an ethical approach where equity will be always present. In order to be fair and beneficent one must be efficient, which is achieved considering particular factors of the elderly: physical and mental health, quality of life, their real access to the health care services among others.

Key words: elderly, gender, health, justice and beneficence

GÊNERO, VELHICE E SAÚDE

Resumo: É necessário considerar os princípios de beneficência e justiça para uma atenção individual das mulheres idosas e a formação de sistemas de saúde (ou políticas sanitarias) de caráter ético, em que prevaleça a equidade. Para ser justo e benéfico é imprescindível ser eficiente e isto se alcança levando-se em conta os fatores próprios das mulheres idosas: saúde física e mental, estado de vida, acesso aos serviços, entre outros fatores

Palavras chave: envelhecimento, gênero, saúde, justiça e beneficencia

* Médico Internista y Geriatra. Nicaragua
Correspondencia: melcruzbar@hotmail.com

Introducción

Para evaluar la salud durante el envejecimiento es necesario tomar en cuenta el género, porque ello nos permite reconocer las dificultades y desigualdades en este grupo. En una sociedad donde no existe cultura de envejecimiento (como es el caso de la mayoría de los países latinoamericanos) y en la cual, a través de la historia, ser mujer ha constituido una desventaja social, resulta necesario enfocar éticamente la atención individual de este grupo de la población y formular políticas de salud atinentes. No obstante, esto no ocurre en la mayoría de los casos: se genera atención o políticas de salud para mujeres sin hacer separación por edad, o para el adulto mayor sin discriminar por género. Por lo tanto, las adultas mayores no reciben la atención adecuada o, en el peor de los casos, quedan excluidas de ella.

Género y vejez

Existen desigualdades en relación con el género y con la edad. Estas últimas deben tratarse desde el punto de vista bioético dentro del acápite de equidad y justicia. Son problemas que, usualmente, se abordan por separado; tal desconexión dificulta el diagnóstico, intervención, tratamiento y soluciones de las consecuencias de este proceso en las funciones, relaciones e identidades de ancianas y ancianos.

¿Por qué la edad, el género y la etnia se encuentran excluidos del discurso científico? Esto forma parte de una perspectiva masculina y los resultados se utilizan posteriormente (en forma errónea) como válidos para la generalidad de los individuos, hombres y mujeres, de cualquier condición (joven o viejo).

Generalmente se percibe el envejecimiento como deterioro mental y físico, consideración que es común tanto entre profesionales de

salud como entre el público en general. Pero, en realidad, el envejecimiento es un proceso complejo: una persona es considerada “mayor” cuando alcanza la edad de 60-65 años, independientemente de su historia clínica y situación particular.

En el plano mundial la población está envejeciendo. La mayoría de esa población son mujeres, especialmente en el grupo mayor de 80 años. Si bien es cierto la mujer vive más, esto no indica que viva mejor, sino todo lo contrario. Los problemas surgidos a lo largo de la historia personal, como: mala nutrición, embarazos repetidos, eventuales abortos inseguros, falta de atención de algunas enfermedades médicas, violencia, problemas psicológicos no tratados, trabajos de múltiples jornadas, entre otros, cobran un alto precio durante esta etapa de la vida. Esa cantidad de años se acompaña de más morbilidades y, sin embargo, tienen menos acceso a atención en salud. Esto se debe a los ingresos precarios de las ancianas, porque no cuentan con previsión social o porque, en muchas ocasiones, sus trabajos no han sido remunerados.

La variable género es crucial para estudiar enfermedad, salud y calidad de vida. No son iguales los desafíos que la sociedad impone a hombres y mujeres ni semejantes sus efectos; de modo que cuando examinamos el efecto de una dolencia determinada o de un tratamiento específico debemos tomar en cuenta el escenario social en lo que a género respecta. En el campo de la salud este es un factor de complejidad.

Es esencial tener en cuenta que la situación de salud de cada mujer es diferente y que no se debe usar solamente la edad para su clasificación universal, diagnóstico o tratamiento de enfermedades. Aún más importante es que no se use la edad para justificar la discriminación o el trato inequitativo.

Las principales causas de morbilidad y mortalidad de las mujeres de mayor edad en los países latinoamericanos son parecidas a la de países desarrollados: enfermedad cerebrovascular, enfermedades crónicas discapacitantes, enfermedades mentales, entre otras. Lamentablemente, los programas de salud para mujeres de países en vías de desarrollo están más orientados a aquellas en edad fértil. Algunas veces sólo los adultos mayores masculinos pueden utilizar o tienen derecho a los servicios de salud, o bien, sólo se tratan algunas patologías más frecuentes en mujeres ancianas.

La salud en la vejez es un proceso acumulativo. La perspectiva del ciclo de vida reconoce que la salud de las mujeres de mayor edad dependerá en gran medida de su estilo de vida y comportamiento. El cuidado de la salud en las mujeres más jóvenes es crucial en cualquier programa que otorgue prioridad a la prevención de la enfermedad en lugar de a su tratamiento, situación que no ocurre en nuestros países latinoamericanos.

Papel de la bioética

Para la atención de salud de las adultas mayores se deben considerar los principios de beneficencia y justicia. Estos contribuirán a la atención individual y a la formación de sistemas sanitarios (o políticas sanitarias) de carácter equitativo, de tal modo que se distribuyan los recursos de acuerdo con las necesidades de:

- Población vieja.
- Mayoritariamente mujeres.
- Sin políticas de salud (en la mayoría de los casos).

No se es justo y no se hace el bien si no hay eficiencia. Para alcanzarla se deben considerar los factores propios de las adultas mayores:

Factores de salud:

- Estilo de vida: Dieta y nutrición, peso, nivel de actividad física y de estrés físico y emocional. Hábitos tóxicos (consumo de tabaco, alcohol o drogas) y actividad sexual.
- Trabajo: En la mayoría de las sociedades latinoamericanas el trabajo remunerado de las mujeres concluye alrededor de los 60 ó 65 años; sin embargo, la mayoría trabaja hasta que muere, hecho no reconocido por el sector salud y/o las estadísticas laborales. A esta edad son mayormente responsables de las tareas domésticas en el hogar y, en algunas ocasiones, se encargan del esposo en igual o peores condiciones que ellas (y de mayor edad).
- Protección social: Las mujeres tienen menos acceso a ésta, lo que repercute negativa y seriamente en su salud durante la vejez. Ello se debe a que, en los países en desarrollo, su trabajo está concentrado en los sectores informal, agropecuario y de servicios.
- Responsabilidades de atención a la familia: Es parte del trabajo invisible (doméstico) que realizan las mujeres (el cuidado de la pareja enferma, de los niños y de los nietos) situación que puede tener consecuencias graves en su salud física y psicológica.

Estado de vida:

- Estado socioeconómico: Incluye desde el nivel de ingreso durante su vida hasta el lugar que ocupa en la comunidad, sin olvidar el grupo étnico a que pertenece (el valor atribuido al género y a la raza repercute claramente en la salud y calidad de vida). Es un factor determinante de la salud, particularmente entre las mujeres de mayor edad, que, una vez jubiladas, dependen de la seguridad social, de sus ahorros o de otros

miembros de su familia (quienes pueden ser pobres también).

- Estado civil: Ser solteras (viudas, divorciadas, abandonadas o nunca casadas) es una realidad para muchas mujeres de mayor edad. Sus efectos sobre la salud son difíciles de cuantificar, pero pueden incluir la falta de recursos, depresión, falta de movilidad y pobreza.
- Acceso a los servicios de salud: La salud de la mujer durante la vejez dependerá de este acceso durante toda su vida. Esto incluye no solamente los recursos para pagarlo, sino también la forma de trato que reciben por parte de los profesionales de la salud. Hay una tendencia a prescribir medicamentos para las mujeres de mayor edad, en lugar de buscar las causas de sus problemas. En vez de hacer la vida más agradable, los efectos secundarios y los peligros de combinar diferentes medicamentos pueden tener repercusiones perjudiciales sobre su calidad de vida.

Más factores

- Historia clínica y familiar: Debido a que constituye un factor de riesgo importante para ciertas enfermedades (cáncer de mama, por ejemplo), es esencial contar con la historia de la paciente, tomando en cuenta: enfermedades y lesiones de la infancia, uso de diferentes medicamentos, salud reproductiva, exposición a la violencia, intervenciones quirúrgicas, entre otros aspectos. Todos estos eventos tienen un impacto en su salud a medida que envejece y deben tomarse en cuenta al evaluar su perfil de salud.

- Salud mental: La soledad o la dependencia de otros miembros de la familia también afecta la salud mental de las mujeres mayores. Hay que tomar en cuenta siempre los efectos acumulativos, ya que, desde su juventud, han estado expuestas a la violencia de género, al trabajo no remunerado y a la discriminación.

Es necesario modificar para todas las mujeres jóvenes la situación de abandono y discriminación, independientemente de su posición social, su etnia o su lugar de residencia. Debemos aceptar el reto y sumar esfuerzos en la construcción de un nuevo contexto: una sociedad justa, solidaria, contenedora y equitativa, con su centro en la condición humana. De manera que sea factible que ellas envejezcan con la máxima calidad de vida y con un mínimo de enfermedad, sin que ello signifique hacer insostenibles los costos de salud, como es la tendencia actual.

La salud en el envejecimiento requiere de la perspectiva de género para una mejor comprensión. Con esta visión reconocemos dificultades y desigualdades posibles de solucionar poniendo en práctica los principios bioéticos.

Agradecimientos

Trabajo realizado durante el Programa Internacional de Formación en Ética de la Investigación Biomédica y Psicosocial del Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética de la Universidad de Chile, financiado por el *Program Training Grant* 1R25TW06056-01, *Fogarty International Center* (FYC) de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) de Estados Unidos.

Bibliografía

- Bonita R. *Women, Aging and Health: Achieving Health across the Lifespan*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1998.
- Bronfman E. Envejecimiento y género: algunas reflexiones. *Revista Mujer Salud RSMLAC* 2005; 2(3): 66-70.
- González A, Rodríguez L. Derribar los mitos en la tercera edad. Un reto para la ética médica. *GEROINFO* 2006; 2(2).
- Lolas F. Las dimensiones bioética de la vejez. *Acta Bioethica* 2001; 7(1): 57-69.
- Lolas F. *Escritos sobre vejez, envejecimiento y muerte*. Iquique: Ediciones Campus; 2002.
- Lolas F. El desafío bioético de la equidad: su relevancia en la salud pública. En: *Salud pública: enfoque bioético*. Caracas: Editorial Disinlimed CA; 2005: 35-41.
- Lolas F. *Bioética: el diálogo moral en las ciencias de la vida*. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2003.
- Málaga H. Intervenciones para combatir la exclusión individual y su impacto en la exclusión social. En: *Salud pública: enfoque bioético*. Caracas: Editorial Disinlimed CA; 2005: 41-50.
- Matamala MI. Mujer, menopausia y una larga vida. Necesidad de una nueva ética occidental. *Revista Mujer Salud RSMLAC* 2005; 2(3): 60-65.

Recibido el 18 de mayo de 2006.

Aceptado el 22 de junio de 2006.

APROXIMACIÓN BIOÉTICA A LAS TERAPIAS REPARATIVAS. TRATAMIENTO PARA EL CAMBIO DE LA ORIENTACIÓN HOMOSEXUAL

Gabriel Jaime Montoya Montoya*

Resumen: La articulación temática entre bioética y estudios de género resulta evidente, además de vigente, en el análisis de las llamadas terapias reparativas para la “corrección” o cambio de la orientación homosexual. En este artículo se exponen los elementos básicos que, a manera de insumos, permiten el diálogo bioético sobre este asunto. Se exponen los fundamentos de la orientación sexual y su reconocimiento como un derecho humano. Además, se toman algunos elementos teóricos respecto del empleo del poder médico como mecanismo de domesticación. En la parte final se analizan algunas características de las terapias reparativas y se exponen las razones que no hacen éticamente sustentable su aplicación.

Palabras clave: homosexualidad, bioética, género, orientación sexual

BIOETHICAL APPROACH TO RE-CONSTRUCTIVE THERAPIES. TREATMENT TO CHANGE THE HOMOSEXUAL ORIENTATION

Abstract: The interrelation between bioethics and gender studies is clear and contingent. It is obvious in the analysis of the re-constructive therapies for the “correction” or change of the homosexual orientation. This paper shows the fundamental elements which allow the bioethics dialogue about it in a summary way. Also, the fundamentals of the sexual orientation and their acknowledgement as a human right are exposed. Furthermore, some theoretical aspects are taken with respect to the use of physician power in the domesticating process. The paper finalizes analyzing some characteristics of the re-constructive therapies and showing the ethical arguments which refuse their application

Key words: homosexuality, bioethics, gender, sexual orientation

APROXIMAÇÃO BIOÉTICA ÀS TERAPIAS REPARADORAS. TRATAMENTO PARA A MUDANÇA DE ORIENTAÇÃO HOMOSSEXUAL

Resumo: A articulação temática entre bioética e estudos de gênero resulta evidente, além de vigente, na análise das chamadas terapias reparadoras de “correção” ou mudança da orientação homossexual. Neste artigo se expõem os elementos básicos que, em forma de insumos, permitem o diálogo bioético sobre este assunto. São apresentados os fundamentos da orientação sexual e seu reconhecimento como um direito humano. Além disso, aborda-se alguns elementos teóricos a respeito do emprego do poder médico como mecanismo de domesticação. Na parte final se analisam algumas características das terapias reparadoras e se expõe as razões que não tornam eticamente sustentável sua aplicação.

Palabras chave: homossexualidade, bioética, gênero, orientação sexual

* Médico Psiquiatra. Investigador del Grupo de Investigación en Psiquiatría (Gipsi). Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. Colombia
Correspondencia: gajamon2004@yahoo.com

“Yo, con el tiempo, he aprendido a disfrutar y a gozarme la homosexualidad.

Pero confieso que no fue fácil, y ahora tampoco es que lo sea, sólo que cuando se acepta y entiende que no es culpa nuestra ser así, ni que es un invento del diablo que se metió en nuestros cuerpos para hacer el mal, y mucho menos el pecado del que hablan las beatas en misa de cinco, ni que hay que darse golpes en el pecho, ni latigarse, ni siquiera llorar cada noche cuando estamos en nuestras camas bajo las cobijas, tan sólo por ser diferentes al resto de la humanidad. Que tampoco es que sea muy diferente pues, para ser sinceros, lo que nos diferencia a los gays de los straight no es que nosotros nos acostemos con hombres y ellos no. Ellos también lo hacen. Lo que nos diferencia, repito, es que nosotros tenemos la corajudez de vivir como nos da la gana, rompiendo todos los esquemas impuestos por la “sociedad” y decidiendo, con la honestidad que esa misma “sociedad” no quiere aceptar, enfrentar todos los paradigmas que dicen que uno se debe casar con una mujer y tener hijos, y criarlos, y mandarlos al colegio, y producir para darles su mesada mensualmente, y obligarlos a casarse con la mujer que a nosotros, sus padres, nos parezca conveniente, y dejarlos ir un buen día a que vivan lejos de casa para, en ese momento, cuando uno ya tiene cincuenta años, hacer las cosas que siempre quisimos hacer.”¹

“...en Occidente la sexualidad no es lo que callamos, no es lo que estamos obligados a callar, es lo que estamos obligados a confesar.”²

Introducción

La sexualidad ha venido ganando posición en el debate bioético y no es gratuito que tal protagonismo se alcance precisamente por ser una esfera que resulta sustancial y medular a la condición humana. La sociedad ha establecido, a través de las prescripciones morales, los ideales de comportamiento en la vida sexual. La visión tradicional de una pareja hombre-mujer soporta la ineludible condición biológica reproductiva de la sexualidad. No obstante, a partir de la década del sesenta y con la denominada Revolución Sexual, se da una marcada expansión social de las dimensiones placentera de la sexualidad y autoafirmativa de la identidad.

El desarrollo de los métodos de regulación de la fertilidad ofreció la opción de un goce sexual no ligado al temor de un embarazo no deseado. Al mismo tiempo, los grupos minoritarios sexuales –principalmente la comunidad homosexual– alcanzaron mayor visibilidad en la sociedad y canalizaron sus esfuerzos hacia la conquista de unos mínimos en igualdad de trato y oportunidades. Las parejas hombre-hombre y mujer-mujer comenzaron igualmente a aspirar por las condiciones que la sociedad le otorga a las uniones tradicionales. Es en este punto donde surgen algunas tensiones bioéticas cuando, por ejemplo, las parejas de lesbianas solicitan los servicios de la reproducción asistida o las personas transexuales demandan una intervención quirúrgica de reasignación sexual genital.

De alguna manera, se tenía la visión que, con el retiro de la homosexualidad como trastorno psiquiátrico por parte de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), en 1973, lo que seguía era un período de activismo de los movimientos homosexuales que les permitiera alcanzar el reconocimiento legal de las uniones entre parejas de hombres o mujeres, el acceso de las parejas a la seguridad social y, en fin, todos los elementos que evidenciaban la igualdad y la

1 Sánchez Baute A. *Al diablo la maldita primavera*. Bogotá: Alfaguara; 2003.

2 Foucault M. *Los anormales. Curso en el College de France* (1974-1975). Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2001.

no discriminación derivadas de la orientación sexual.

No obstante, surge en Estados Unidos —con más fuerza en los últimos diez años— una creciente corriente conservadora que, además de retirar el reconocimiento de los derechos alcanzados, aboga por la instauración de terapias psicológicas para “corregir” la orientación. Tal movimiento supone, de entrada, que la homosexualidad es un trastorno y que la inclusión de los homosexuales en la sociedad debe proceder mediante su transformación y “curación” por las terapias reparativas.

En este artículo cuestiono los sustentos de tales terapias. Para ello, expongo inicialmente los fundamentos del *constructo* llamado “orientación sexual”; luego, me refiero al reconocimiento de la orientación sexual como un derecho humano y, enseguida, reviso algunos elementos teóricos respecto del empleo del poder médico como mecanismo de domesticación. En la parte final defino algunas características de las terapias reparativas para, por último, dar algunas razones que hacen éticamente insostenible su aplicación.

Orientación sexual

Para la OPS/WAS³, la orientación sexual es la organización del erotismo y/o apego emocional de un individuo respecto al sexo y género de la pareja implicada en la actividad sexual. Se puede manifestar mediante una combinación de conducta sexual, pensamientos, fantasías o deseos.

Esta definición alude a la multidimensionalidad de la sexualidad humana, que abarca desde el mero contacto sexual corporal hasta su representación psíquica. No obstante, carece

de contenido respecto del entorno social y cultural donde tal orientación sexual es asumida. Aunque se hayan dado significativos avances en la equidad para las minorías sexuales, es un hecho que el panorama mundial es bastante asimétrico en el asunto de la homosexualidad y la bisexualidad.

Por ejemplo, en países como Egipto y Botswana está criminalizada su práctica e incluso las personas van a la cárcel por incurrir en actividades homosexuales(1). En Rusia se contempla la participación obligatoria en terapias psicológicas para remover las conductas homoeróticas de aquellos sorprendidos por la ley. En el otro extremo, los países nórdicos reconocen la igualdad de derechos para las parejas homosexuales e, incluso, permiten la adopción de hijos y el uso de técnicas de reproducción asistida.

De tal suerte que la expresión de la orientación sexual resulta sustancialmente modificada por el entorno social, cultural, político, económico y religioso.

La sexualidad humana se compone de varias esferas. En una primera está el *sexo*, relacionado principalmente con la condición biológica y anatómica de macho o hembra, los genitales y las características sexuales primarias y secundarias. El *género* está conectado con esta realidad biológica, pero se construye desde lo social, lo histórico y lo cultural, para dar lo que denominamos “masculino” o “femenino”, en tanto roles que asumen o le son asignados a los individuos sexuados. La *identidad sexual* está representada en la asunción individual de la condición de hombre o mujer, con todas las consecuencias que ello lleva en el orden relacional humano. Otra esfera de la sexualidad humana está configurada por la *orientación sexual*: en este caso se hace referencia, en esencia, al sexo que estimula psicológica, afectiva y sexualmente a un individuo(2).

3 Organización Panamericana de la Salud/World Association for Sexual Health.

Los heterosexuales responden eróticamente a personas del sexo opuesto, los homosexuales a personas de su mismo sexo y los bisexuales a personas de ambos sexos.

La orientación sexual es multidimensional e integra las facetas de la identidad sexual personal (las características físicas masculinas o femeninas, así como la identificación con un género –masculino o femenino– y con el rol social del mismo) con otras dimensiones de la sexualidad como el comportamiento, las fantasías y los vínculos emocionales(3).

Desde la visión de John Money, investigador americano reconocido por sus trabajos en sexualidad experimental, todos los seres humanos poseen una bisexualidad potencial de varios órdenes: gonadal, cerebral y psicológica. El ser humano presenta finalmente alguna de las orientaciones sexuales en el proceso del desarrollo psicosexual(2). En la actualidad se tiene la visión de que tal proceso no corresponde a un estado inmutable, sino que, más bien, es un proceso de continua interacción entre la estructura biológica y psíquica de la persona y el entorno donde expresa su sexualidad. No obstante, resulta conveniente aclarar que no se ha demostrado que alguna de las orientaciones sexuales obedezca a una elección voluntaria individual. No se ha encontrado que sólo un factor genético, anatómico o conductual dé cuenta completa de toda la orientación sexual.

Desde 1973, la APA retiró la homosexualidad de la lista de enfermedades mentales y adoptó una resolución rechazando la discriminación de las personas homosexuales. En 1987 se excluyó la categoría de homosexualidad egodistónica del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). En 1993 la Organización Mundial de la Salud (OMS) removió la homosexualidad de la Clasificación Internacional de Enfermedades(4). Desde entonces, se la ha descrito como una condición más del ser

humano en lo relacionado con su orientación sexual. Sin embargo, en los últimos años han surgido posiciones, desde la psiquiatría, que defienden una mayor atención a las personas homosexuales, en la medida en que representan un grupo vulnerable para trastornos depresivos, ansiedad y suicidio, sin que se haya establecido una relación de causalidad con su orientación sexual: sólo se ha encontrado asociación.

Ninguna de las orientaciones sexuales es considerada por sí misma como patológica. De tal manera que, cuando se habla de heterosexualidad, homosexualidad o bisexualidad, no se está enunciando una condición que requiera por sí misma tratamiento. Las dificultades que motivan la atención psiquiátrica están dadas, más bien, por la estigmatización y discriminación que pueden experimentar los homosexuales o bisexuales en un medio adverso a su condición.

Hasta el momento, uno de los enfoques teóricos más aceptados para explicar el origen de la orientación sexual es el de la interacción secuencial propuesto por John Money. Según él, se da una interacción entre estructuras cerebrales, factores hormonales y estímulos sociales que, finalmente, terminan expresando la orientación sexual. “Money considera que el niño predispuesto neurohormonalmente a ser homosexual, estaría destinado solamente en el sentido en que posee una mayor vulnerabilidad a diferenciar una orientación homosexual si el medio social o las experiencias personales lo proveen de las circunstancias precisas en el período crítico correspondiente”(2).

Investigaciones realizadas por grupos alemanes, dirigidos por Dörner, han dado significativo peso al efecto del ambiente hormonal materno en la determinación de la orientación sexual(3). Esto se produciría a través de duplas de la masculinización (mayor influencia de andrógenos)/desmasculinización o la feminización/

desfeminización cerebral. Reduciéndolo a términos sencillos, al parecer se daría un patrón de impregnación hormonal más de tipo femenino (baja masculinización y alta feminización) en el cerebro de los fetos de hombres homosexuales y en sentido inverso para los fetos de mujeres lesbianas. No obstante, hay que guardar siempre la cautela antes de extrapolar conclusiones, ya que se trata de aproximaciones teóricas que todavía requieren más comprobación experimental.

Aspectos demográficos y poblacionales

Se estima que entre el 4 y el 10% de la población es homosexual y que entre el 15 y 20% puede haber tenido alguna modalidad (pensamientos, deseos, actos sexuales) de bisexualidad. El resto de la población tendría una orientación heterosexual. Para Kinsey, la población heterosexual exclusiva es de 75 a 81%, mientras que la con orientación sexual que incluye la homosexual (homosexuales más bisexuales) es de 19 a 25%. Por su parte, la población con orientación homosexual exclusiva es de 4 a 6%. Kinsey describió que el 37% de los hombres americanos había tenido alguna experiencia homosexual con orgasmo, mientras que el 13% de los hombres, predominantemente heterosexuales, había sentido alguna vez atracción sexual por otro hombre sin expresarlo abiertamente.

La observación de la conducta sexual humana y los resultados de trabajos clásicos, como los de Kinsey, han sugerido que la orientación sexual humana se distribuye a lo largo de un *continuum*, algo así como una escala de grises que va del blanco al negro. Las polaridades de tal distribución vendrían dadas por la heterosexualidad y la homosexualidad. Las personas se distribuyen en diversos puntos de esta escala. Kinsey propuso una que va desde 0 –con una conducta exclusivamente heterosexual– hasta 6, con una conducta de predominio homosexual. La bisexualidad se ubicaría en puntajes cerca-

nos a 3. Esta visión teórica explica, en parte, lo complejo de determinar, en un momento dado, cuántas personas son homosexuales, bisexuales y heterosexuales en una sociedad, ya que depende de la autoidentificación que ellas hacen de su ubicación en el espectro de orientación sexual y del grado de aceptación que tienen de la misma.

Lo interesante para esta discusión teórica es comprender que la orientación sexual humana corresponde a un conjunto de posiciones variables para la población, pero que no son excluyentes unas de otras. Así, la heterosexualidad es una más de las orientaciones sexuales, al igual que la bisexualidad y la homosexualidad. Ninguna tiene más valor que la otra, todas pesan por igual en la diversidad sexual humana. Para los términos de este trabajo, cuando se habla de persona heterosexual, homosexual o bisexual se hace referencia al patrón predominante en su orientación sexual.

La divulgación y aplicación de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y de los Derechos Sexuales y Reproductivos ha buscado que grupos minoritarios puedan contar, cada vez más, con las garantías mínimas para vivir en igualdad de condiciones en la sociedad. No obstante, el panorama mundial suele ser bastante heterogéneo y todavía es evidente la discriminación asociada a las orientaciones homosexual y bisexual.

Para autores como Simon Lewin e Ilan Meyer, la relación entre derechos humanos y salud de las personas *gays*, lesbianas, bisexuales y transexuales (GLBT) sigue siendo problemática(4). La primera mención a la orientación sexual en un tratado de derechos humanos se dio como parte de la implementación de la Convención Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en lo referente a las obligaciones de salud de los Estados. Por su parte el Comité de Derechos

Humanos de Naciones Unidas ha afirmado que la discriminación basada en la orientación sexual viola los estándares internacionales de derechos humanos. Entidades como Amnistía Internacional ubican los problemas de la población GLBT en el discurso internacional de derechos humanos y abogan por su condición como sujetos de derecho desde su particular condición de orientación sexual. En su reporte “Crímenes de odio, conspiración de silencio”, esta entidad muestra que la expresión de sexualidades no-heterosexuales tiene mundialmente experiencias similares de estigmatización, deshumanización, discriminación, tortura y tratamiento impuesto, basado en la concepción de que se trata de una enfermedad(6). Todavía hay riesgo de ser estigmatizado e, incluso, de ser incluido forzosamente en un tratamiento psiquiátrico, hecho que sigue sucediendo en algunos países como Rusia y Ucrania. Señalan Lewin y Meyer: “no sorprende que las personas *gays*, lesbianas, bisexuales y transexuales puedan estar temerosas de revelar su orientación sexual al trabajador de la salud ante el temor de una ruptura de la confidencialidad, abuso o represalias”(5).

La doctrina de los derechos humanos deriva de los ideales de la Revolución Francesa: libertad, igualdad y fraternidad. En este mismo orden se han dado las tres generaciones de Derechos Humanos⁴.

- *Derechos Humanos de Primera Generación* (Libertad): apuntan a los derechos fundamentales del ciudadano como la libre asociación, el derecho de propiedad, el de información y el derecho al sufragio.

- *Derechos Humanos de Segunda Generación* (Igualdad): buscan corregir las deficiencias de los de primera generación, enfatizan en aspectos como la igualdad de trato ante la ley, el derecho a la educación, la libertad religiosa y el derecho a la salud y a la seguridad social.
- *Derechos Humanos de Tercera Generación* (Fraternidad): se dividen en derechos de primer plano –derechos de consumidores y pacientes, derecho a un ambiente sano, a la paz, al desarrollo– y de segundo plano –derivaciones jurídicas que realzan la libertad y la igualdad y con esto dan entrada a los Derechos Sexuales y Reproductivos.

Los Derechos Sexuales y Reproductivos, que incluyen el respeto a la diversidad sexual, se fundamentan en dos premisas: la igualdad traducida en no discriminación arbitraria y la autodeterminación de los sujetos, conectada con su autonomía y sustentada por la condición inalienable de la dignidad del ser humano. La primera comprende la no discriminación con base en la identidad y la opción sexual, de manera que la persona tenga igualdad para acceder a los recursos y oportunidades, al igual que el resto de los miembros de la sociedad. La segunda alude al derecho a una vida sexual placentera, a tener una opción sexual y a lo que podríamos denominar autocomponerse, según la perspectiva teórica de Maturana y Varela.

Para hacer la interpretación de estos elementos se debe considerar las condiciones de cada sociedad y su nivel particular de elaboración acerca del respeto a la diferencia en lo sexual. El proceso parte con eliminar la discriminación; sigue con la igualdad de trato, comprendida en el concepto de equidad, y se integra finalmente en la “sociedad de la diferencia”.

Los Derechos Sexuales y Reproductivos cobraron protagonismo desde 1993 en el marco

4 Notas del curso “Bioética y Derecho”, dictado por la profesora Ángela Vivanco. Programa Internacional de Formación Ética de la Investigación Biomédica y Psicosocial. Año lectivo 2004. Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile.

de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, en Viena, de la que emergió la Declaración y Programa de Acción para la eliminación de la violencia basada en el género, el acoso y la explotación sexual(7). Más adelante, la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo, en 1994, introdujo el concepto de “salud sexual” en el registro positivo, como una de las experiencias humanas que debe ser cuidada y fomentada.

Como efecto de la acción ejercida por la Asociación Internacional de Gays y Lesbianas (ILGA), fundada en 1978, la Corte Europea de Derechos Humanos decidió que la criminalización de actos homosexuales mutuamente consentidos contravenía el derecho a la privacidad. Sudáfrica es el único país que garantiza explícitamente en su Constitución, adoptada en 1996, la protección de las personas homosexuales contra cualquier forma de discriminación(8).

La visión teórica de Foucault del “individuo a corregir”

En su libro “Los anormales”, Michel Foucault(9) explora las relaciones entre saber médico psiquiátrico y poder social. Toma el entorno de los siglos XVIII y XIX para enfocarse en aquellos individuos “peligrosos” a los que la misma sociedad denomina “anormales”. Se trata esencialmente de tres grupos: en el primero, que corresponde al monstruo humano, están incluidos los casos de quimeras y hermafroditas; en el segundo, los individuos a corregir que escapan a la domesticación del cuerpo, del comportamiento y de las actitudes. En el último grupo se ubican los onanistas que reflejan las nuevas relaciones entre la sexualidad y la infancia.

“A partir del momento en que la psiquiatría se plantea efectivamente como tecnología de lo anormal, de los estados anormales fijados here-

ditariamente por la genealogía del individuo, el proyecto mismo de curar no tiene sentido. En efecto, lo que desaparece con el contenido patológico del dominio cubierto por la psiquiatría es el sentido terapéutico. La psiquiatría ya no trata de curar, o ya no lo hace en esencia. Puede proponerse (y es lo que se produjo, efectivamente en esa época) funcionar sólo como protección de la sociedad contra los peligros definitivos de que puede ser víctima por parte de gente que se encuentra en un estado anormal. A partir de la medicalización de lo anormal, a partir de la puesta a un lado de lo enfermizo y, por lo tanto, de lo terapéutico, la psiquiatría va a poder atribuirse efectivamente una función que será sólo de protección y de orden.”(9)

Con el incremento del poder del discurso médico, y del psiquiátrico en particular, la sexualidad también se introduce en la visión de lo patológico. Lo hace desde la dimensión física, asunto planteado en la ambigüedad genital y el hermafroditismo, hasta la dimensión conductual, donde las parafilias y la sodomía ocupan la atención de los psiquiatras. La permanencia de esta visión atávica de una psiquiatría protectora de la sociedad frente a la amenaza de los enfermos sexuales (para el caso los homosexuales) explicaría en parte el sustento de las terapias reparativas.

En el siglo XVIII los homosexuales y los bisexuales se clasificaban dentro de lo que Foucault denomina “individuos a corregir”. (Este) “es un fenómeno corriente. Tan corriente que presenta –y esa es su primera paradoja– la característica de ser, en cierto modo, regular en su irregularidad”. Foucault distingue dos consecuencias fundamentales de este hecho: por un lado, su vecindad con la regla o norma de la sociedad hace que sea difícil distinguirlo o determinarlo como anormal. Por otro, el individuo es incorregible en la medida en que todos los esfuerzos tendientes a modificarlo han fracasado; “...el incorregible, en la medida en

que lo es, exige en torno de sí cierta cantidad de intervenciones específicas, de sobreintervenciones con respecto a las técnicas conocidas o familiares de domesticación y corrección, es decir, una nueva tecnología de recuperación o sobrecorrección”.

Y de eso se trata precisamente cuando se plantea, en este siglo XXI, la aplicación de las terapias reparativas. Doscientos años atrás la sociedad intentó modificar todo lo que era modificable según su técnica; ahora, con un optimismo científico, intenta incidir donde no ha tenido los resultados esperados: la orientación homosexual. Las terapias reparativas representan los esfuerzos de una nueva domesticación y de una sobreintervención, para emplear el término de Foucault. Sus objetivos no son la comprensión y tolerancia del individuo en su situación particular, y su inclusión integral en la sociedad, sino, más bien, el tratamiento arrasador (la sobreintervención); no atienden a las múltiples condiciones que causan malestar al individuo en su relación con el entorno, sino que depositan de inmediato toda responsabilidad en él y le fabrican en la terapia una solución absoluta, permanente y necesaria para su forzosa inclusión en el mundo de los normales.

Terapias de conversión o terapias reparativas

El término de terapia reparativa fue acuñado por Joseph Nicolosi(10), en 1991, para hacer referencia a una modalidad psicoterapéutica enfocada a cambiar la orientación homosexual por la heterosexual.

Aunque la homosexualidad no figura en las clasificaciones internacionales de enfermedades, no significa necesariamente que toda la comunidad psiquiátrica acepte tal determinación y que se hayan extinguido los debates sobre el estatuto de la homosexualidad. Al

respecto, J. Drescher(11) propone estudiar el asunto desde dos perspectivas:

- **Modelo de Normalidad/Identidad:** afirma que la homosexualidad es una variación normal de la expresión humana, similar, por ejemplo, a la zurdera; además, incluye la aceptación de la orientación homosexual como integrante de la identidad personal. Acorde con este modelo, las personas homosexuales son vistas como pertenecientes a una minoría que requiere protección de las prácticas discriminatorias y de las creencias de la sociedad mayoritariamente heterosexual. Incluso pueden recibir psicoterapia que facilite la asimilación de la situación actual y canalice la integración de la identidad sexual individual.
- **Modelo de Enfermedad/Conducta:** sostiene que “la enfermedad o la inmoralidad no pueden proporcionar fundamento para la producción de una identidad normal”(4) y que las personas que tienen conductas homosexuales no ameritan ser protegidas legalmente como una minoría, ya que, al ser enfermos, lo que deben recibir es un tratamiento. Este modelo es el que da sustento a las terapias reparativas o de “conversión”, que buscan “reparar” el daño producido en el desarrollo psicosexual “cambiando” la orientación sexual desenfocada.

Luego de la decisión de la APA, en 1973, el modelo de Enfermedad/Conducta fue cada vez menos citado en la literatura científica. No obstante, permaneció en boca de los sectores más conservadores de la sociedad. Lo que sucedió entonces fue que cambió el ámbito de la discusión: se abandonó el terreno científico-médico y se dio especial énfasis a lo político, donde todavía se sustentaba la visión de los homosexuales como anormales. Allí es donde se bloquean las iniciativas que abogan por la

igualdad de trato en asuntos como el matrimonio, la adopción de hijos y la seguridad social de las parejas *gays* y lesbianas.

No obstante, quedaba aún un último bastión de este modelo Enfermedad/Conducta en las teorías psicológicas. Para Freud, la conducta homosexual no era una enfermedad, pero sí una detención o regresión del desarrollo psicosexual. Valiéndose de esta conclusión, Sandor Rado, entre los años 60 y 70, concluye que la única salida no patológica para la orientación sexual es la heterosexualidad y que la homosexualidad requiere un tratamiento, desde la perspectiva psicoanalítica, enfocado a superar esta tergiversación del desarrollo psicosexual.

Se produjo entonces una dualidad en el terreno de la psicoterapia: por un lado, se tenía a la homosexualidad como una condición más de la diversidad sexual, cuyas dificultades radicaban en la inserción con equidad en el entramado social; por otro, se trabajaba en desarrollar una terapia para un trastorno del desarrollo. En este último enfoque se evidencia el acercamiento psicoterapéutico al “individuo a corregir”, enunciado por Foucault: la persona homosexual viola la norma de la universalidad de la heterosexualidad e, incluso, amenaza la estructura valórica sexual. La psiquiatría debería actuar entonces y ofrecer una medida que sirva para proteger a la sociedad, como lo hizo en su momento con los “locos” y los delinquentes. La inclusión social de la persona homosexual o bisexual estaría supeditada a la autoaceptación de su estatuto de enfermo, frente al cual se restituye, en plenitud, la soberanía del poder médico. No se puede ser diferente en esta sociedad pluralista y supuestamente posmoderna.

Si bien estos puntos de vista se sostenían con las lecturas axiológicas conservadoras, no contaban con el respaldo que el paradigma

científico podía aportar. La plataforma pseudo científica que soporta las terapias reparativas se deforma por los pobres resultados obtenidos. Puede ser que las personas consulten porque experimentan dificultades en la expresión social de su orientación –lo que viene apareado, con frecuencia, a cogniciones de culpa–, más no necesariamente por la naturaleza de su deseo erótico-afectivo ni por la orientación que han descubierto en su interior.

Sin embargo, el psicoterapeuta que aplica la terapia reparativa transforma el motivo de la consulta en una queja por la condición sexual y, obedeciendo a un modelo médico del siglo XVIII y XIX, retira lo que considera está malo, así como se extirpa un tumor o se extrae una muela cuando duele. El terapeuta toma partido por su paciente, decide por él, basado en un paternalismo médico que suprime el ejercicio de una autonomía construida con el conocimiento. Se asume, erróneamente, que en todos los homosexuales está latente una heterosexualidad y que son infelices por su condición.

El asunto concreto es que la evidencia de resultados exitosos de la terapia hasta el momento es deficiente. Además, tampoco se cuenta con un modelo patológico y terapéutico lo suficientemente fuerte como para soportar la fuerza de la evidencia clínica. Al respecto la APA, en uno de sus documentos oficiales, expresa: “Como principio general, un terapeuta no debería determinar la meta de un tratamiento de manera coercitiva o a través de influencia encubierta. Las modalidades psicoterapéuticas destinadas a cambiar o ‘reparar’ la homosexualidad están basadas en teorías del desarrollo cuya validez científica es cuestionable. Más aun, los reportes anecdóticos de ‘curas’ están contrapuestos por reclamos de daño psicológico. En las últimas cuatro décadas, los terapeutas ‘reparativos’ no han producido alguna investigación científicamente rigurosa por sustentar sus afirmaciones

de ‘cura’. Hasta que tal investigación esté disponible, la APA recomienda que los médicos éticos se abstengan de cambiar la orientación sexual del individuo, teniendo en mente el dictado médico de primero no hacer daño”(4).

Las terapias reparativas desconocen los avances en la explicación de la orientación sexual, como el propuesto por J. Money. Consideran principalmente que la homosexualidad es un trastorno donde hay una detención y distorsión de desarrollo sexual, que fluye hacia un objetivo errático, búsqueda de placer y no de reproducción. Además, involucran elementos cognitivo-conductuales para afirmar que la persona homosexual refuerza con su conducta un esquema distorsionado de deseo sexual y que los movimientos activistas *gay* estarían tratando de imponer a la sociedad como normal una conducta aberrante. Las estrategias que emplean son variadas, incluyen desde el condicionamiento aversivo (con choque eléctricos o agentes eméticos) hasta el celibato con reforzamiento de las estructuras mentales de culpa-daño(11).

La mayoría de las terapias reparativas fallan en distinguir la orientación homosexual de las conductas homosexuales. En algunos casos, proclaman que hubo éxito cuando la persona simplemente entró en celibato, pese a que, internamente, su orientación homosexual permanezca intacta; o cuando aumentó o inició los contactos heterosexuales. En este último caso les resulta más aceptable una conducta bisexual con una estructura mental homosexual inhibida.

Los efectos secundarios o colaterales de estas terapias son: empeoramiento de la homofobia internalizada existente, interrupción del desarrollo de una identidad homosexual integrada, empeoramiento de síntomas de depresión y ansiedad, incremento del autorrechazo, baja autoestima, conductas autodestructivas, desarrollo

de hostilidad en las relaciones heterosexuales y desconfianza con los profesionales de la salud mental(11).

Aproximación bioética

Las terapias reparativas llevan implícita la renuncia individual a los derechos sexuales y reproductivos, que apuntan al disfrute pleno de la sexualidad en todas sus modalidades siempre y cuando no esté comprometiendo la integridad y bienestar de terceros. Citando a Diego Gracia: “los temas de la ética de la sexualidad pueden ser enfocados desde esta perspectiva (la ética de la responsabilidad). Hay un canon que es, como ya sabemos, el respeto a los seres humanos. Este respeto se concreta, en el orden privado, en los principios éticos de autonomía y beneficencia. Y como el ejercicio de la sexualidad es básicamente privado, resulta que un acto será moralmente reprobable cuando viole la autonomía de las personas o éstas no lo consideren beneficioso para ellas. Naturalmente, este ejercicio privado y autónomo de la sexualidad tiene unos límites, que vienen marcados por los principios de no-maleficencia y de justicia. Por maleficientes o por injustas, consideramos inmorales todas aquellas conductas que agreden, escandalizan, etc., a personas determinadas, sobre todo si son menores de edad o incapaces. La violación, la agresión sexual, el acoso sexual, el exhibicionismo y la provocación sexual, etc., son conductas moralmente negativas precisamente por eso”(12).

La homosexualidad o la bisexualidad *per se* no representan una condición que éticamente atente contra el respeto a los seres humanos. El psiquiatra puede evaluar lo moralmente sancionable de las conductas sexuales basado, en principio, en lo maleficiente o injusto de las mismas en tanto afectan la integridad del otro y no necesariamente por la orientación sexual de quien las realiza.

Más adelante, Gracia afirma: “el ejercicio de la sexualidad pertenece a la esfera de lo privado, más aún de lo íntimo, y, por tanto, está protegido por el derecho a la privacidad y a la intimidad (...) el respeto a la diversidad sexual y al ejercicio libre de la sexualidad, por supuesto dentro de ciertos límites que las sociedades tienen que establecer por consenso, es un deber perfecto, generalmente conocido con los nombres de derecho a la intimidad y a la privacidad”.

Así vista, la orientación sexual, como expresión de la diversidad sexual, debe estar protegida por el carácter de intimidad y privacidad que le acompañan en su esencia. Al introducir las terapias reparativas se está vulnerando precisamente ese derecho a la intimidad y a la diversidad de opciones de desarrollo vital.

Los principales cuestionamientos éticos realizados a las terapias reparativas pueden ser resumidos en lo siguiente:

- No hay suficiente cuerpo de conocimientos, científicamente validados, como para considerar que las terapias reparativas sean efectivas. No puede ser éticamente sustentable presentar o proponer a las personas una terapia que no tiene soporte técnico.
- El proceso de consentimiento informado en las terapias reparativas se distorsiona en la medida en que se magnifican las expectativas de éxito y se aminoran las del fracaso.
- Las terapias reparativas parten de la premisa de que la conducta y la identidad homosexuales son patológicas y, en consecuencia, moralmente inaceptables. Con lo que desconocen el ejercicio responsable de una homosexualidad basada en el respeto a la autonomía y a la dignidad de las personas.

- Si las terapias no tienen el debido soporte científico y técnico, es difícil referir que haya personas competentes para realizarlas. No es ético aplicar procedimientos o técnicas psicoterapéuticas cuando no se cuenta con la idoneidad profesional.
- El empleo de técnicas de disuasión para convencer a las personas homosexuales de que su orientación es patológica o inferior es cuestionable desde las mismas bases de la ética profesional; también lo es la imposición de criterios individuales, derivados de corrientes políticas o religiosas, en la prestación de un servicio de salud mental.
- Las terapias reparativas no son inocuas: con frecuencia exacerban los elementos homofóbicos internalizados con deterioro de la autoestima e incremento del riesgo de suicidio, lo que constituye un inadecuado equilibrio entre los riesgos y los beneficios.
- Algunos centros llegan a cobrar hasta 10.000 dólares por un tratamiento que dura mínimo dos años, sin que se pueda demostrar la efectividad de la terapia aplicada, lo que representa una forma de explotación económica.

Para concluir, las terapias reparativas representan una distorsión del abordaje psicoterapéutico de la diversidad sexual humana. Desconocen los alcances logrados con los Derechos Humanos y, en especial, con los Derechos Sexuales y Reproductivos. Pueden reflejar la tergiversación del poder médico-psiquiátrico y su inclusión en procesos de domesticación y ocultamiento de la diversidad sexual humana. También son éticamente insustentables, al carecer del soporte científico que demuestre sus indicaciones y la efectividad de su intervención.

Agradecimientos

El autor desarrolló la revisión temática y la construcción conceptual de este artículo durante su formación en el Programa Internacional en Ética

de la Investigación Biomédica y Psicosocial del Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética de la Universidad de Chile. Recibió beca de la *Fogarty Foundation*, de los NIH de Estados Unidos, *Program Training Grant* 1R25TW06056-01.

Referencias

1. Ehleres VJ, Zuyderduin A, Oosthuizen MJ. The well-being of gays, lesbians and bisexuals in Botswana. *Issues and innovations in Nursing Practice* 2001; 35: 848-856.
2. Giraldo O. *Nuestras sexualidades*. Cali: Litocencia; 2002.
3. Coleman E, Tietje L, Harrison J. Homosexuality. En: Reich WT, (ed.) *Encyclopedia of Bioethics*. Vol. 1. New York: Macmillan; 1995: 1143-1156.
4. American Psychiatric Association. Official actions. Position Statement on Therapies Focused on Attempts to Change Sexual Orientation (Reparative or Conversion Therapies). *Am J Psychiatry* 2000; 157: 10.
5. Lewin S, Meyer I. Torture and ill-treatment based on sexual identity: the roles and responsibilities of health professionals and their institutions. *Health and Human Rights* 2002; 6(1).
6. Amnesty International. *Crimes of Hate, Conspiracy of silence. Torture and Ill-treatment Based on sexual Identity*. London: Amnesty International; 2001.
7. Parker RG. Sexual Rights: Concepts and action. *Health and Human Rights* 1996; 2(3).
8. Altman D. HIV, homophobia and Human Rights. *Health and Human Rights* 1996; 2 (4).
9. Foucault M. *Los Anormales. Curso en el College de France (1974-1975)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2001.
10. Halpert SC. If it Ain't Broke, Don't fix it: Ethical Considerations Regarding Conversion Therapies. *International Journal of Sexuality and Gender Studies* 2000; 5(1).
11. Drescher J. Ethical issues in treating gay and lesbian patients. *Psychiatr Clin N Am* 2002; 25: 605-621.
12. Gracia D. Ética de los confines de la vida. En: *Ética y vida. Estudios de Bioética* 3. Santafé de Bogotá: El Búho; 1998.

Recibido el 23 de agosto de 2006.

Aceptado el 27 de septiembre de 2006.

NORMALIZACIÓN DEL DISCURSO HOMOFÓBICO: ASPECTOS BIOÉTICOS

María de la Luz Sevilla González y Nelson Eduardo Álvarez Licona*

Resumen: La homofobia está presente en todo discurso, sólo que por la normalización de ciertas conductas de rechazo hacia los homosexuales no nos percatamos. Este artículo analiza específicamente el discurso homofóbico del personal de salud. La ética profesional dicta que este personal trate con respeto y dignidad a los pacientes; sin embargo, se ha comprobado que existen actitudes prejuiciadas en las instituciones de salud que disminuyen la posibilidad de ayuda al paciente y generan mala relación y desconfianza.

Palabras clave: homofobia, discriminación, rechazo, estigmatización, normalización de la homofobia

NORMALIZING HOMOPHOBIC DISCOURSE. BIOETHICAL CONSIDERATIONS

Abstract: The homophobia is present in all social discourses, but we do not realize it due to the normalization of certain rejection behaviors against homosexual persons. This paper analyzes specifically the homophobic discourse of health care personnel. The professional ethics dictates this personnel treats with respect and dignity to all patients. Nevertheless it has been proved that there are some prejudice attitudes in health care centers which diminish the possibility of health care assistances to patients and generate a poor and distrusted relationship between the health care professional and the patient

Key words: homophobic, discrimination, reject, stigmatization, normalization of homophobic

NORMALIZAÇÃO DO DISCURSO HOMOFÓBICO: ASPECTOS BIOÉTICOS

Resumo: A homofobia está presente em todo discurso, e não nos damos conta de certas condutas de rejeição aos homossexuais. Este artigo analisa especificamente o discurso homofóbico dos profissionais da saúde. A ética profissional diz que estes profissionais tratem com respeito e dignidade ao paciente, contudo, comprovou-se que existem atitudes prejudiciais nas instituições de saúde que diminuem a possibilidade de ajuda ao paciente e geram uma relação de desconfiança.

Palavras chave: homofobia, discriminação, rejeição, estigmatização, normaliação da homofobia

* Doctores en Antropología Social. Sección de Estudios de Posgrado e Investigación, Escuela Superior de Medicina, Instituto Politécnico Nacional. México
Correspondencia: msevillag@ipn.mx / nalvarez@ipn.mx

Introducción

La lingüística pragmática, como interdisciplina, permite mostrar la forma en que el lenguaje cotidiano se carga de valorizaciones. Mediante el análisis se puede desvelar lo que hay detrás de todo discurso escrito, oral o kinésico (corporal).

Todos los discursos se expresan con palabras, explícitas y ocultas (funcionamientos implícitos). Tanto enmascaradas como claramente dirigidas, forman una gran red (el lenguaje)(1), una compleja malla constituida por prohibiciones, tabúes o exclusiones que, en algunas regiones –la sexualidad y el poder, por ejemplo–, se encuentra más apretada que en otras.

La capacidad de observar y analizar las prácticas culturales a partir del discurso no es privativa de lingüistas o literatos que, con mayor tradición, realizan este tipo de trabajo. Son capacidades que se desarrollan a partir del ejercicio práctico. En bioética es necesario incorporar este conocimiento, ya que las prácticas discursivas revelan prácticas sociales y viceversa.

Es evidente que el discurso médico se diferencia del jurídico, como también el político se distingue del literario. Podemos clasificar toda una tipología de discursos que hacen que los grupos colegiados, los gremios o las asociaciones se entiendan entre sí, con conceptos, palabras y términos propios de ese grupo(2,3).

Nos interesa reflexionar acerca de cómo funcionan las prácticas discursivas, cómo se puede reconocer que los discursos tienen marcas propias y que reflejan la “cosmovisión” o visión del mundo de los actores sociales.

Tipología del discurso vs. discurso cotidiano de los sujetos

Debiéramos decir, desde el principio, que no existe un discurso homofóbico específico ni es

propio de un grupo determinado de sujetos: no tiene que ver con la profesión, edad, género o adscripción política o religiosa de quien emite el discurso. Por lo tanto, creemos que forma parte del discurso cotidiano de cualquier sujeto. Habría que determinar cuáles son las estructuras que soportan estas prácticas discursivas y analizar por qué se mantienen a través del tiempo, qué significan y qué implicaciones tienen.

Es posible analizar al sujeto del discurso desde una perspectiva extralingüística, es decir, desde la relación que se establece entre el locutor (emisor) y el interlocutor (destinatario) en el marco social en que son producidos los discursos (referente). Pero la perspectiva intralingüística también juega un papel interesante, en la cual aparecen marcas propias de la identidad del sujeto-hablante.

¿Qué características podemos reconocer en un discurso de este tipo? Podemos mostrar que las formas en las que aparecen las expresiones homofóbicas son múltiples, imprecisas e incluso cotidianas. La cultura moldea al sujeto, su lenguaje y su pensamiento. Su tipo de respuesta ante una situación específica es relativamente previsible, como lo han sugerido algunos autores(1,4-5).

Es difícil aceptar que muchos de nosotros participamos de estas actitudes de menosprecio, discriminación, marginación y rechazo hacia los grupos que tienen una preferencia sexual distinta a la heterosexual. Este tipo de respuesta ni siquiera es percibida por la mayoría de los sujetos que la tienen, porque se considera como aceptable y válida, es decir, la respuesta es compartida así como los prejuicios y valorizaciones.

El discurso de los sujetos como una malla de funciones

La lingüística pragmática define al discurso específico de un grupo como la unidad cons-

tituida de funcionamientos discursivos que se articulan entre sí. Son estos funcionamientos develadores de sentidos ocultos en el habla de los sujetos(4,5), tomando en cuenta que discurso, en el sentido más amplio, son las palabras, los símbolos, las fotografías, el cine, la historia, los códigos, la literatura, la pintura y los comportamientos humanos. Para Foucault, “la historia está constituida de acontecimientos discursivos”(1). Desde la corriente de la escuela francesa, todo tipo de discurso está formado por una estructura que conforma la denominada “grille”, que no es más que una red o malla en la cual se cruzan y entrecruzan sistemas estructurados de relaciones: políticas, simbólicas, psicológicas, culturales, económicas, religiosas, míticas e históricas.

A estos entrecruzamientos de funciones se les llama “ejes semánticos”. Esto muestra lo complejo que puede ser un discurso y las regiones que hay que desvelar para entender el potencial de información y datos que allí existe. Es muy interesante descubrir cómo funcionan estas estructuras y cómo se refuerzan entre sí formando una supuesta amalgama de ideas.

El poder de la palabra

El sujeto tiene la ilusión de que es autónomo y libre en la toma de decisiones. “En toda sociedad la producción del discurso está a la vez controlada, seleccionada y distribuida por cierto número de procedimientos que tienen por función conjurar los poderes y peligros, dominar el acontecimiento aleatorio y esquivar su pesada y temible materialidad”(1). El discurso está controlado por esas estructuras invisibles –la ideología y la educación formal y no formal, por ejemplo–, es decir, por la cultura que moldea al sujeto y lo define como perteneciente a un grupo. La palabra tiene el poder para convocar, solicitar, perdonar, sancionar, prohibir, excluir, ofender; en fin, la lista podría parecer interminable, pero, en la última línea, este sujeto

–programado o moldeado por la cultura– puede escapar a su pesada y temible materialidad. Foucault afirma que, por esta razón, los hombres son “sujetos domados”, tomando en cuenta que también existen aquellos que escapan a esta programación, basados en su racionalidad y en el ejercicio de su autonomía.

Pero lo cierto es que el discurso homofóbico se refuerza en los distintos ámbitos de socialización del sujeto: en el familiar, en el escolar y dentro de las instituciones religiosas, laborales, sociales y afectivas.

Este discurso también se reproduce en el área de la salud: en el hospital, en la administración, en los consultorios, en los dispensarios y, en general, en todos los servicios donde haya práctica médica. Es precisamente en esta área donde se debe trabajar con el personal sanitario, porque aquí las repercusiones podrían ser mayores: el personal de salud debe ser educado y orientado para mantener un respeto a la autonomía del paciente, a sus creencias y preferencias.

¿Cómo se refuerzan el rechazo, la discriminación y la homofobia?

¿Por qué se refuerzan las actitudes de rechazo y discriminación hacia los grupos homosexuales? ¿Cuáles son las razones que mueven a los sujetos heterosexuales en contra de quienes tienen preferencias sexuales distintas? Foucault aclara que “existen dos voluntades que mueven al hombre: la del poder y la de la sexualidad. Es en esas dos regiones donde la malla, “grille”, se encuentra más apretada y donde es más difícil de analizar”(1).

El discurso homofóbico se materializa en la región de la sexualidad, en la cual es más difícil analizarlo porque se encuentra atravesado por un sinnúmero de ejes semánticos. El tabú hacia la sexualidad, el espacio de la intimidad, los

prejuicios sexuales, el sistema de creencias, la moral, la educación masculinizada, la inequidad de género, constituyen ejes que se cruzan y refuerzan entre sí; también es aquí donde se reproducen las mismas estructuras y donde cabe la posibilidad de un cambio de actitud, si se desea. Se pueden utilizar las mismas estructuras para cambiar de sentido y volverse hacia un discurso de la diversidad. Foucault(1) aclara que se puede esquivar su pesada y temible materialidad.

La identidad como generadora de las normas sociales

Para entender que el discurso tiene cuerpo y organización internos, se debe comprender primero el espacio de la norma, en el cual sólo cabe lo que la mayoría hace o dice en un contexto específico. Lo que es anormal es algo enfermo y debe ser atendido como tal hasta lograr que se adapte a los requisitos que la mayoría establece.

No es bioético aceptar las normas que las mayorías establecen. ¿Dónde quedan los derechos de las minorías? ¿No tienen ellas derecho a existir, a ser tratadas en los mismos términos que cualquier ciudadano? Los derechos de los seres humanos no pueden establecerse basándose en una relación porcentual ni cuantitativa.

El discurso homofóbico circula en la cotidianidad, es parte del sentido común de los sujetos, razón por la cual cuesta más trabajo observarlo y detectarlo. Basta agudizar un poco los sentidos y el razonamiento para comprender que está presente en todos los medios de comunicación, incluso el de la imagen.

El discurso se produce y reproduce

Los sujetos formamos parte de esas estructuras que producen el discurso y que también lo reproducen. Un ejemplo son los siguientes comentarios de médicos a quienes se les pre-

guntó acerca de su actitud frente a la práctica homosexual de algunos pacientes:

1. *“Yo no tengo nada en contra de los homosexuales, pero no considero justo que se les permita casarse y mucho menos adoptar un inocente”*.
2. *“Los homosexuales son indiscutiblemente enfermos, que no me digan lo contrario, porque ni lo aceptaré ni lo entenderé nunca. Qué quieres, así fui educado”*.
3. *“Me considero muy liberal, pero cuando empiezan a hacerse cariños y demás, eso sí que me da asco”*.

Estas tres expresiones mantienen un claro componente discriminatorio. Incluso muestran ignorancia al desear prohibir el matrimonio o la adopción de hijos. Las experiencias en otros países demuestran las inconsistencias de sus comentarios. No se acepta el derecho a elegir las preferencias sexuales, no se es consciente de que, en una sociedad, lo que prima es la diferencia y no la homogeneidad, y que es la diferencia la que enriquece la diversidad.

Este tipo de discursos fueron emitidos en el campo de la salud como una expresión de la cotidianidad. Es ese el espacio donde hay que verificar el tipo de respuestas de los sujetos, porque allí los sujetos explicitan lo que piensan sin tanta reflexión. No pasa lo mismo en los espacios donde se cuida el lenguaje, como en un encuentro de conferencistas o en una cátedra magistral. Ahí se puede evitar una respuesta homofóbica o discriminatoria, se puede hablar de equidad y de igualdad de derechos y exhibir una imagen democrática. Es en el discurso cotidiano donde se muestran con mayor claridad los prejuicios sexuales y homofóbicos de algunos trabajadores de la salud.

Para desactivar este comportamiento y entender que forma parte de una argumentación

normalizada, primero hay que reconocer las características en otros para después reconocerlas en nuestro entorno.

El sentido común: una región que revela prácticas

Clifford Geertz analiza el comportamiento en el ámbito del sentido común y explicita lo siguiente: “quiero centrarme en una dimensión de la cultura que no suele asociarse a la idea de orden que encontramos en esos distritos más familiares. Me refiero al ‘sentido común’. Existe un buen número de razones por las que esa imagen del sentido común es como un conjunto relativamente organizado de pensamiento especulativo y no como lo que alguien emplea y conoce con moderación. Esto debería conducirnos a ciertas conclusiones útiles, pero talvez la más importante sea que negar eso constituye una característica inherente al sentido común, como lo es, en cambio, afirmar que sus principios son liberaciones inmediatas de la experiencia, y no reflexiones deliberadas sobre ésta”(6).

Con esto podemos entender que si alguien rechaza a otro no es por un malentendido: las actitudes son “liberaciones inmediatas de la experiencia” y no una reflexión elaborada. Los comportamientos de rechazo obedecen a ciertas actitudes relacionadas entre sí y con otras prácticas.

Calvo Buezas(7,8), profesor de la Universidad Complutense de Madrid y Director del Centro de Estudios sobre Migración y Racismo (CEMIRA), afirma que aún se está a tiempo para combatir el racismo en los colegios de España. La primera condición es aceptar la existencia de prácticas racistas que se disfrazan mejor en ambientes universitarios. “Los jóvenes racistas son pocos, pero muy peligrosos. Un 3% de los escolares afirma que le gustaría salir por la noche a dar palizas a los migrantes”. Cuando se le pide una receta para luchar contra el

racismo y la xenofobia en los colegios, Calvo Buezas señala: “Que la convivencia escolar sea una práctica cotidiana de democracia, respeto y aprendizaje desde la diversidad”. Parafraseándolo, se puede afirmar que la convivencia respetuosa con la homosexualidad, el respeto a su práctica y la integración de una cultura de la diversidad puede ser un camino para educar en la pluralidad.

La construcción social del SIDA surge prejuiciadamente

El discurso homófóbico parte de juicios previos o prejuicios ubicados en la región más difícil de analizar: la sexualidad. Hay que recordar que la aparición del SIDA activó ciertos comportamientos estigmatizadores en contra de homosexuales, heroinómanos y haitianos. Esta estigmatización no fue consciente y menos deliberada, y se extendió hacia trabajadoras sexuales, travestis, transgénero y adictos.

Susan Sontag explica que el temor de las personas se incrementa ante el desconocimiento, la incertidumbre y el miedo al contagio: “Basta ver una enfermedad como un misterio y temerla intensamente para que se vuelva no sólo moralmente, sino literalmente contagiosa”(9).

Cuando el SIDA hizo su aparición, el argumento del miedo ante lo desconocido pudo explicar algunas actitudes por no contar con más información sobre las formas de contagio. Sin embargo, no se puede justificar actualmente las actitudes discriminatorias y de rechazo que siguen teniendo algunas personas, sobre todo si trabajan en instituciones de salud.

Una actitud discriminatoria afecta la relación médico-paciente, obstaculiza políticas de educación y prevención, afecta la credibilidad del sistema, impide que los usuarios soliciten pruebas voluntarias y atenta contra el derecho a la salud.

Distintos tipos de homofobia

- Violenta: entre 1995 y 2003, en México, se registraron 290 asesinatos de homosexuales: 275 varones y 15 mujeres.
- Donde existe una actitud de rechazo –verbal, gestual y kinésica– también hay muestras de descontento o aversión.
- Actitudes encubiertas, que son tan peligrosas como las anteriores, ya que activan las estructuras sociales, reproduciendo esquemas homofóbicos en hospitales, escuelas, centros públicos, libros y panfletos.
- Sutiles: más difíciles de detectar cuanto más se avanza en estudios formales, pero que también se expresan con palabras o actitudes.

La homofobia es parte de un discurso normalizado de la discriminación

La homofobia forma parte del discurso cotidiano de cualquier sujeto que no ha reflexionado que las prácticas “homofóbicas” son discriminatorias. Las preferencias homosexuales no tienen por qué ser analizadas desde los contextos de salud-enfermedad: “pretender curar a un homosexual” o “proponer terapias para equilibrar al paciente homosexual y así recuperar su heterosexualidad” no parece una postura legítima actualmente. El discurso homofóbico es un discurso de la discriminación. Se discrimina al pobre, al homosexual, al enfermo mental, al niño down, al indígena, al ciego, a la trabajadora sexual y a los sujetos con disminución de sus capacidades.

Para cambiar actitudes homofóbicas, hay que reconocerlas y aceptarlas. Identificarlas supone un acto de crecimiento interpersonal, reflexivo y de cambio. Negar las actitudes no resuelve el problema, sólo lo incrementa.

Existe la tendencia a que las mayorías impongan sus normas de valor, pero lo que predomina en las culturas es la diversidad. No existe la homogeneidad en la cultura, esa es una ilusión ideológica. La diversidad de los sistemas culturales no se basa en criterios de mayorías, sino en las diferencias.

- No existen familias homogéneas, hay una diversidad de formas familiares y de relaciones.
- No hay gustos homogéneos, los sujetos tenemos preferencias distintas.
- No hay una sola religión, sino una variedad de creencias.

Entonces, habiendo tanta diversidad, ¿por qué algunos sujetos se aferran a la homogeneidad? Sostenemos que la norma les da seguridad para continuar reproduciendo sus sistemas de valores, que son los de las mayorías. Así se entienden las relaciones interpersonales en un discurso autoritario; sin embargo, la bioética nos enseña que:

1. Las minorías tienen tanto derecho a ser tomados en cuenta como cualquier otro grupo.
2. No tienen por qué ser “toleradas” por cualquier sujeto o grupo. Deben de ser respetadas como iguales.
3. Los derechos humanos de los sujetos no se establecen sobre la base de una cifra cuantitativa o sobre su pertenencia a un grupo social.

Hemos visto que el discurso médico no escapa a estas actitudes estigmatizadoras. Por eso hay que seleccionar cuidadosamente al personal que trabaje en asuntos de sexualidad y bioética. El que publica, escribe y dicta cursos acerca de estos temas tiene un gran compro-

miso, porque desde esos foros se producen y reproducen discursos que, en manos de sujetos prejuiciados, convierten una práctica sexual en un hecho morboso.

Para que el diálogo bioético exista debe haber una correspondencia entre lo que se dice y lo que se hace, y también entre el sujeto emisor y el referente (aquello de lo que se habla). Si no existe tal correlación, el discurso bioético

puede convertirse en un discurso hueco y falso, carente de sentido. La bioética tiene que abordar temas como el de la homofobia para mostrar que las actitudes se pueden cambiar con educación y respeto, no con tolerancia, ya que tolerar es soportar. Y esto refleja una posición de poder. En una sociedad plural, todos los sujetos tienen el mismo espacio. No se tolera al otro: se le respeta en su diversidad.

Referencias

1. Foucault M. *El orden del discurso*. Madrid: Tusquets Editores; 1980: 12.
2. Pérez Argote A. La identidad colectiva: una reflexión abierta desde la sociología. *Revista de Occidente* 1986; 56: 76-90.
3. García JL. El discurso del nativo sobre su propia cultura: análisis de un consejo asturiano. *Fueyes Dixebraes de Lletres Asturianas* 1987; 23:113-124.
4. Bourdieu P. E que parler veut dire. *Questions de sociologie* 1980; Les éditions de Minuit: 95-112.
5. Bourdieu P. *El sentido de la práctica*. Madrid, Editorial Taurus; 1991.
6. Geertz C. *Conocimiento local, ensayos sobre la interpretación de las culturas*. Barcelona: Paidós; 1994: 95.
7. Calvo Buezas T. *Encuesta sobre racismo y discriminación en el colegio*. Madrid: Editorial Complutense; 1999.
8. Calvo Buezas T. *Estamos a tiempo de combatir el racismo en los colegios*. Diario El País, 12 de mayo de 2003.
9. Sontag S. *La enfermedad y sus metáforas*. Barcelona: Muchnick Editores S. A.; 1989.

Recibido el 12 de septiembre de 2006.

Aceptado el 13 de octubre de 2006.

APORTES AL DEBATE SOBRE EL ABORTO EN CHILE: DERECHOS, GÉNERO Y BIOÉTICA

Claudia Dides C.*

Resumen: El presente artículo es un ensayo reflexivo sobre el problema del aborto en Chile, a partir de la revisión del contexto histórico actual del país, así como un planteamiento crítico desde la perspectiva de género y bioética. El análisis se ha organizado en tres apartados: el contexto del aborto en Chile en el marco de los derechos humanos, las transformaciones en la intimidad y los aportes de la bioética y la perspectiva de género al debate. Por último, se presentan, a modo de reflexión, algunas de las tensiones existentes así como las interrogantes para posibles investigaciones.

Palabras clave: aborto, debate, derechos humanos, derechos sexuales y reproductivos, género, bioética

CONTRIBUTIONS TO THE DEBATE ABOUT ABORTION IN CHILE: RIGHTS, GENDER AND BIOETHICS

Abstract: This paper is a reflexive essay about the abortion problem in Chile, considering the current historical context as well as a critical approach from the gender and bioethical perspective. The analysis has been organized in three tracks: the abortion context in Chile in relation to the human rights, the changes in privacy and the contribution of bioethics and gender perspective to this debate. Finally, for reflection, some current tensions as well as questions for future studies are presented.

Key words: abortion, debate, human rights, sexual and reproductive rights, gender, bioethics

CONTRIBUIÇÕES AO DEBATE SOBRE O ABORTO NO CHILE: DIREITOS, GÊNERO E BIOÉTICA

Resumo: O presente artigo é um ensaio reflexivo sobre o problema do aborto no Chile, a partir da revisão do contexto histórico atual do país, assim como um posicionamento crítico a partir da perspectiva de gênero e bioética. A análise foi organizada em três momentos: o contexto do aborto no Chile, no marco dos direitos humanos, as transformações na intimidade e as contribuições da bioética e a perspectiva de gênero ao debate. Por último, apresentam-se, em forma de reflexão, algumas das tensões existentes, assim como as interrogações para as possíveis pesquisas.

Palavras chave: aborto, debate, direitos humanos, direitos sexuais e reprodutivos, gênero, bioética

* Socióloga, Magíster en Género y Cultura. Investigadora de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales FLACSO. Chile
Correspondencia: cdides@flacso.cl

Introducción

Durante los últimos años hemos asistido a diferentes transformaciones en los ámbitos de la sexualidad y la reproducción en Chile, así como en el resto de los países de la región. Se ha producido un espacio de disputas políticas, científicas, éticas y valóricas, en las cuales es posible visualizar diversas formas de interpretar problemas como el del aborto. En este debate, los discursos biomédicos y bioéticos han alcanzado una legitimidad social de gran relevancia. Es así como la medicina se ha convertido en el un nuevo depositario de la verdad, en el lugar donde expertos, supuestamente objetivos y moralmente neutrales, emiten juicios absolutos y, a menudo, definitivos.

El presente artículo reflexiona sobre el problema del aborto en Chile, a partir de la revisión del contexto histórico actual del país, y plantea una crítica desde la perspectiva de género y bioética. El análisis se ha organizado en tres secciones: el contexto del aborto en Chile en el marco de los derechos humanos, las transformaciones en la intimidad y los aportes de la bioética y la perspectiva de género al debate. Por último, se presentan, a modo de reflexión, algunas de las tensiones existentes así como las interrogantes para posibles investigaciones.

El contexto del aborto en Chile en el marco de los derechos humanos

En la década de los 90 se constata en Chile una serie de transformaciones en el campo de la vida social y económica del país, cuyas consecuencias se observan en la situación social de las mujeres que comienzan a ocupar espacios que tradicionalmente eran masculinos, como resultado, entre otros factores, de su gradual incorporación al mercado de trabajo y del notorio aumento en los niveles de escolaridad. Por otro lado, nuevos marcos de comprensión de la realidad y, por tanto, del lugar de la mujer en

la sociedad empiezan a instalarse. Se incorpora la concepción de las mujeres como sujetos de derecho, la extensión del concepto mismo de “derechos” –y derechos humanos, en particular, hasta alcanzar la precisión de ser derechos humanos de las mujeres–, la introducción de principios de no discriminación, la aspiración a la igualdad y justicia de género, entre los más importantes. Esto como resultado de una combinación de las luchas transnacionales del movimiento feminista y de la acción e influencia de actores institucionales nacionales e internacionales.

La Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo, El Cairo (1994), y la Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing (1995), han puesto especial énfasis en la relación entre derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos, entendidos éstos como el derecho de hombres y mujeres a decidir libremente y tener opciones en lo concerniente a la libertad y seguridad de la persona, sexualidad, derecho a la vida, reproducción, calidad de atención en salud, acceso a la información y otras cuestiones como la privacidad y confidencialidad en la toma de decisiones referidas a la salud sexual y reproductiva, derechos que el Estado tiene la responsabilidad de no transgredir y de adoptar las medidas que sean necesarias para asegurar su ejercicio.

En este marco de transformaciones de los últimos veinte años se han suscitado debates intensos en torno al aborto. En la mayor parte del mundo industrializado el aborto no era catalogado como un delito criminal hasta que, en la mitad del siglo XX, se promulgó una serie de leyes antiaborto, debido, principalmente, a los riesgos que esa intervención tenía entonces para la vida de las mujeres.

En Chile, desde que en septiembre de 1989 se derogara la disposición que por aproximadamente cincuenta años había permitido el aborto

terapéutico, todos los abortos que se realizan en este país ocurren en la clandestinidad, ya que está penalizado sin excepción(1). En los años previos a 1930, cuando el aborto tuvo el estatus de grave problema de salud pública y se autorizó en caso de grave riesgo para la vida o la salud de la mujer, a través del Código Sanitario, Artículo 119, el aborto inducido había permanecido en el ámbito de la vida privada, y no constituía preocupación de la opinión pública, de las autoridades ni de otras instituciones(2). Con la disminución de la mortalidad infantil –gracias a planes estatales de alimentación y salud y el descubrimiento de los antibióticos– aumentó dramáticamente su número en mujeres desfavorecidas económicamente(3). Cabe señalar que, en ese período de la historia del país, la reflexión sobre el tema se abordó desde la mirada de la salud pública.

Las cifras actuales sobre el número de abortos que se practican son desconocidas, ya que su práctica está penalizada. No obstante, algunos estudios de la última década sobre la incidencia del aborto inducido indican que Chile tiene una de las tasas más altas de América Latina, dado que las estimaciones del número de abortos clandestinos que se practican anualmente en el país varían entre 159.650(4), 200.000(5), y alrededor de 60.000(6) abortos por cada 100 mujeres de 15 a 49 años. Según el informe de *The Alan Guttmacher Institute*, de 1994, de 451.800 embarazos un 35% terminó en un aborto inducido(4, p.24).

El diagnóstico realizado por el Instituto Chileno de Medicina Reproductiva (ICMER) y la Corporación de Salud y Políticas Sociales (CORSAPS)(7) da a conocer datos del Programa de Salud de la Mujer del Ministerio de Salud de 2000, donde los egresos hospitalarios por aborto, en los servicios de salud públicos y privados del país, disminuyeron, entre 1990 y 2000, de 36.528 a 29.546, respectivamente. Por

su parte, las tasas de egresos por aborto también han mostrado un leve descenso en los últimos años. En 1997 la tasa fue de 115,8 por mil nacidos vivos, de 113,8 en 1998 y de 111,7 en 1999. Estas varían según los servicios de salud del país. En 1999, las tasas más altas observadas fueron en los servicios de salud O'Higgins (178,8) y Atacama (178,3), superando la tasa de egresos por abortos a escala nacional. Esta información es parcial y se refiere a los egresos hospitalarios por complicaciones derivadas de aborto.

La situación descrita determina, según Salazar, diversos riesgos para las mujeres. Por una parte, de orden médico, pues la mayoría de las personas que realiza las intervenciones no tiene competencia técnica, no cuenta con infraestructura y materiales adecuados ni se responsabiliza por las complicaciones derivadas; por otra, de orden psicológico: la imposibilidad de hablar sobre la experiencia del aborto dificulta su elaboración en términos psíquicos, lo que origina diversos síntomas y favorece la repetición de la experiencia(8).

Si bien se constata un descenso de las hospitalizaciones por aborto, esta situación puede ser reflejo de la disminución de los abortos inducidos o, posiblemente, sea el resultado de una mejoría de las técnicas y procedimientos utilizados(9). También es necesario señalar que las tasas de mortalidad por aborto en el país han disminuido drásticamente una vez iniciado el programa de Planificación Familiar en la década de los 60. Esto se constata en la disminución de 10,7 a 0,5 muertes por cada 10.000 nacidos vivos entre 1960 y 2000(7, p.50).

Los estudios más recientes realizados en nuestro país acerca de los procesados por aborto muestran que casi la totalidad de las inculpadas, proveedores y cómplices son mujeres. La mayoría de las abortantes procesadas por este

delito en Chile son mujeres jóvenes, con hijos, con o sin relación de pareja estable, de baja escolaridad y de escasos recursos(10).

Cabe recordar que en los años setenta(11), a partir del temor al crecimiento demográfico con sus eventuales consecuencias políticas y del desarrollo de nuevas tecnologías anticonceptivas, se inició el debate internacional en relación con los derechos de las personas a la información y a los medios para decidir cuándo tener hijos y cuántos. Los actores más relevantes han sido los agentes y organismos internacionales –preocupados por el crecimiento de la población mundial– y el movimiento de mujeres, que comenzó a promover los derechos de las personas en materia de salud sexual y reproductiva.

Desde el paradigma del control de la natalidad, como procedimiento altruista de protección de la especie, hasta la postura emergente en el sistema de Naciones Unidas, que establece la regulación de la fecundidad como un derecho de las personas; desde la sublimación de la maternidad, como forma de control moral de la sexualidad, hasta la defensa de la autodeterminación absoluta de las mujeres sobre su cuerpo, impulsada por grupos de mujeres, la reproducción humana, su control y sus representaciones constituyen una arena de debate político, religioso y económico. Un denominador común de esta discusión es la tensión que se produce entre la valoración socio-histórica y políticamente condicionada de la maternidad, y el carácter subjetivo de un proceso que ocurre –en concreto– en el espacio íntimo-sexual y, en última instancia, en el cuerpo humano femenino.

Hoy se reconoce que los derechos sexuales y reproductivos son parte de los derechos humanos, como han establecido las conferencias mencionadas. En estas reuniones se diseñó una plataforma de acción que aseguraría el ejercicio de estos derechos para la población, ya que,

a pesar de que los acuerdos internacionales no tienen carácter vinculante, sirven para que los Estados formulen las bases de las políticas públicas y fijen acciones tendientes a alcanzar los objetivos internacionalmente acordados. El gobierno chileno adhirió a las definiciones y los programas de acción de estas conferencias.

Otro instrumento jurídico internacional es la Convención sobre la Eliminación de las Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), adoptada por Chile en 1989. Los compromisos adquiridos por el Estado desde esta convención tienen un carácter de obligatoriedad, lo que representa un gran avance en orden a configurar un estatuto sobre derechos sexuales y reproductivos, inspirador de legislaciones locales. Aunque el protocolo facultativo de la CEDAW fue suscrito en 1999, aún está pendiente su ratificación por el Congreso chileno. El país no tiene un cuerpo legal que trate directamente los derechos sexuales y reproductivos, y la normativa existente se refiere a la defensa de los derechos del que está por nacer, la penalización del aborto y protección de la maternidad.

Las transformaciones en la intimidad: sexualidad y reproducción

Las transformaciones en los ámbitos de la estructura productiva y los procesos de modernización han generado importantes cambios en las pautas culturales y las estructuras sociales, lo que ha influido también en el ámbito de la intimidad de las personas y ha impactado de manera relevante el campo de la sexualidad y la reproducción, es decir, la manera cómo se vive, los comportamientos sexuales y las prácticas discursivas. Según Beck, Giddens y Lash, en la modernidad ya no existirían patrones definidos, más bien habría una reinterpretación de los sentidos de lo sexual, pues ya no hay una coherencia y homogeneidad, sino que el sentido se iría construyendo cotidianamente(12,13).

La intimidad ha implicado una democratización del “dominio interpersonal” en una forma homologable a la democracia en la esfera pública, lo que ha influido sobre las diferentes instituciones modernas. La vida personal de las mujeres ha entrado en un campo de negociación de la intimidad: se ha convertido en un proyecto personal abierto que ha creado nuevas demandas. Es un proceso donde las mujeres han ejercido un rol importante para develar lo difuso de la dicotomía privado-público. Esto es posible visualizarlo a través de los derechos sexuales y reproductivos como un espacio de ejercicio, a partir de las nuevas concepciones sobre la sexualidad, las tecnologías en salud reproductiva, el aborto, los debates sobre población y desarrollo y la discusión acerca de lo público y lo privado(14).

Según Beck, uno de los aspectos centrales en este cambio en la intimidad ha sido la “autonomía”. Más allá de las discusiones ético-filosóficas respecto del concepto, se trata de rescatarlo como uno de los hilos conductores y componente sustantivo en el escenario de la vida personal, como condición para relacionarse con los otros de forma igualitaria, permitiendo el respeto por las capacidades de los demás, que es nuclear al orden democrático(15).

Los aportes de las investigaciones que se han enmarcado en la perspectiva de género han sido la deconstrucción de la sexualidad y la reproducción, la recuperación del concepto de “sujeto autónomo” y la discusión sobre la frontera entre lo público y lo privado.

Palma señala que, en las últimas décadas, han sido sometidas a crítica en el campo científico las perspectivas teóricas y metodológicas que provienen de las ciencias biomédicas –la epidemiología, la salud pública, la psiquiatría– y las ciencias sociales. La expansión de la epidemia del VIH/SIDA puso en evidencia los

límites conceptuales y metodológicos de la investigación del comportamiento sexual humano en los diversos campos de la investigación científica. Este proceso implicó una revisión crítica de la tradición teórica y metodológica, nuevos debates, desarrollos teóricos, deconstrucción de las categorías y clasificaciones, y ampliación de los enfoques hacia las aproximaciones cualitativas y etnográficas(16).

De acuerdo con Weeks, la construcción social de la sexualidad se relaciona con las maneras múltiples e intrincadas en que las emociones, deseos y relaciones son configuradas por las sociedades. Cada sociedad organiza el potencial erótico humano y posee una determinada concepción sobre la sexualidad, la que condiciona normalmente una parte de la conducta y comportamiento de sus individuos, en particular en la participación en las relaciones sexuales, la constitución de una familia –monógama o polígama–, la fecundidad, el comportamiento reproductivo, etc.; es decir, lo permitido, lo prohibido, lo deseable y lo real. Por tanto, la sexualidad es un complejo sociocultural históricamente determinado, consistente en relaciones sociales, instituciones sociales y políticas, así como concepciones del mundo que definen las identidades básicas de los sujetos. Contiene y supone también los roles sociales, las funciones y las actividades económicas asignadas –sobre la base del sexo– a los grupos sociales y al trabajo, al erotismo, al arte, a la política y a todas las experiencias humanas. Consiste, además, en el acceso y la posesión de saberes, lenguajes, conocimientos y creencias específicas, implicando rangos y posiciones con relación al poder(17).

Desde diversas instituciones sociales se tejen redes “morales”, “jurídicas” y “biomédicas” que controlan el cuerpo y la sexualidad de las mujeres. Uno de los soportes de estas redes son los discursos hegemónicos sobre aborto que

circulan en nuestra sociedad. El abordaje crítico de estos discursos deconstruye precisamente el predominio del control público por sobre la subjetividad de las mujeres y su capacidad de autodeterminación, intervenida por la ciencia médica, la religión y el Estado.

La reproducción —y la sexualidad siempre latente como fondo del problema— es también un ámbito discursivo y tiene particulares resonancias para la conservación de un sistema cultural. En toda Latinoamérica la recurrencia argumentativa de sectores conservadores, en cuanto a los roles, normas y valoraciones asignables a las mujeres en razón de su capacidad reproductiva, da una medida de la importancia política que se le asigna. Sin embargo, también es cierto que, en el momento actual, estas *hablas* deben competir con otras discursividades emergentes —aunque con grandes dificultades de divulgación— que tensionan sentidos validados acriticamente desde hace siglos(18).

Por su parte, las organizaciones que trabajan, desde la sociedad civil, en derechos sexuales y reproductivos de la región latinoamericana¹ han argumentado las luchas por estos derechos a partir de la reivindicación de la autonomía, también denominada “autodeterminación sexual o reproductiva”, planteada desde una lógica individual o privada, ligada a la construcción de la individualidad como sujeto sexuado. Su propuesta reclama el derecho a participar en las decisiones estatales y gubernamentales respecto de la regulación de la sexualidad y la reproducción.

1 Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM), 2001. *Derechos Sexuales y reproductivos desafíos para el feminismo contemporáneo*. Esta encuesta se envió a organizaciones de mujeres y activistas en materia de DD.SS.RR. de América Latina y el Caribe. La sistematización se realizó con 170 respuestas. Sistematización realizada por María Isabel Cedano.

Los aportes de la bioética al debate sobre aborto en Chile

En el problema del aborto está en debate la cuestión sobre el inicio de la vida y el derecho de las personas a decidir sobre su fertilidad. El aborto se lleva a cabo para terminar un embarazo no deseado. Este proceso contiene el tema de la maternidad posible y pone en juego una eventual paternidad, entendidas ambas no sólo como generación biológica, sino como ejercicio de crianza y proyección de relaciones por vida.

Considerando lo anterior, la importancia de las construcciones discursivas en las sociedades en general —y en particular en la sociedad chilena— radica en que estas ejercen un poder en diferentes niveles: por un lado, en un plano intersubjetivo; por otro, en las relaciones con el mundo social. Por medio de los discursos se expresan las representaciones del mundo, se formulan y reproducen ideologías y, por ende, los grupos ejercen poder sobre los conocimientos y opiniones de las personas, de manera de controlar indirectamente sus prácticas.

En Chile, como en otros países de la región, es posible constatar que los discursos bioéticos se han convertido en actores centrales a la hora de tomar decisiones frente a temas como el aborto, la reproducción asistida, la confidencialidad de la información, el consentimiento informado, los protocolos de investigación, la muerte cerebral, los cuidados paliativos, los trasplantes de órganos, entre otros. Una buena parte de estos discursos son atingentes al ámbito de la salud sexual y reproductiva de las mujeres y no constituyen un todo homogéneo, pues tienen diferentes filiaciones —por ejemplo, católica, laica, etc.—, lo que organiza un espacio de debate.

Si bien la reproducción humana y sus consecuencias constituyen asuntos del ámbito privado, relacionados con la vida afectiva de las personas,

se convierten en un tema político cuando su ocurrencia hace surgir la necesidad de elaborar políticas públicas. Las diferencias ideológicas se basan en valoraciones distintas que –política, social y culturalmente– se asignan no sólo a la maternidad, sino también, y talvez básicamente, al ejercicio de la sexualidad y de la reproducción. Es decir, un hecho íntimo se transforma en un hecho político cuando se le otorga un valor y una importancia específica en el mantenimiento o en la modificación de un orden social.

En esta perspectiva es innegable la importancia de introducir en el análisis la perspectiva de género, ya que los valores asignados a la sexualidad y a la reproducción se vuelven realidad evidente a partir de un embarazo, y éste sólo es posible en el cuerpo de las mujeres. Ellas se constituyen en el campo directo de la normativa para efectos del aborto y, dada esta situación, se transforman en objetos y sujetos de las políticas públicas.

Existen varias formas de entender la bioética. La noción más aceptada, como plantea Durand(19), la describe como la búsqueda de soluciones a los conflictos de valores originados por el progreso científico y tecnológico en el ámbito de las ciencias de la salud y la vida. Por otra parte, Lolas(20) plantea que la bioética se entiende como el empleo del diálogo para articular y resolver, en lo posible, dilemas causados por las ciencias y las tecnologías.

La bioética se puede plantear también como una nueva práctica reflexiva que tiene por objeto comprender y analizar los múltiples procesos sociales e individuales implicados por la enfermedad, la salud y el desarrollo de la tecnociencia. Desde esta perspectiva, independiente de sus progresos en el campo de la interpretación y de la argumentación interdisciplinaria, no puede convertirse en disciplina ni tampoco ocupar un lugar jerárquico respecto de otras. Debe integrar de forma constante las diferentes prácticas

científicas y de la salud, el reconocimiento de la existencia de problemas éticos, la consciencia de que en el tratamiento con la naturaleza, con la vida y con los individuos sufrientes se generan desafíos que ponen en juego las finalidades sociales y culturales compartidas. La experiencia de la bioética se expresa en diferentes ámbitos, individuales y colectivos, y, de manera más precisa, en el campo de lo médico en un sentido amplio, de lo jurídico, de lo político, de lo religioso, entre otros(21,22).

La bioética y los discursos que de ella se desprenden no han estado exentos de aproximarse y producir conocimiento en el campo de la sexualidad y la reproducción. Partimos de la base que estudia temáticas relacionadas con la vida y la muerte(23). Por ejemplo, conviene recordar que la discusión sobre el estatuto del embrión se ha relacionado directamente con la experimentación y la reproducción asistida, en particular con la fecundación *in vitro*. Dado que en esta discusión participan diferentes sectores de la sociedad, algunos conservadores y otros liberales, es interesante identificar los aspectos más relevantes y sus consecuencias en la temática del aborto.

En la discusión bioética sobre el estatuto del embrión y la noción de persona es posible identificar, al menos, tres posiciones generales:

- La argumentación que privilegia el criterio biológico o el punto de vista de la naturaleza. Existiría persona humana desde el momento de la fecundación, lo que implicaría que todo aborto es un homicidio y un infanticidio; métodos tales como el DIU y la anticoncepción de emergencia se consideran también como abortivos(24). Reconocer la persona humana desde el momento de la concepción implica aceptar la existencia de derechos naturales, el primero de los cuales es el derecho a nacer, planteando que desde la primera célula –donde se encuentra presente el genoma humano– se aplican esos dere-

chos. Esta es la posición del Vaticano, que utiliza los descubrimientos de la biología y, en particular, de la genética(25).

- La segunda posición interpreta la noción de persona y el estatuto del embrión a partir de la autonomía de la voluntad. La persona, en los hechos, es el adulto, al que se educa y se socializa en la perspectiva de la autonomía de la voluntad. Ésta se reconoce gracias a la racionalidad, que podría subdividirse en una conciencia de sí mismo y en una capacidad de comunicación. El embrión, por tanto, no puede tener derechos. Los contenidos que definen y promueven el respeto a la persona no serían válidos para el embrión.
- Una tercera posición filosófica ha intentado desarrollarse en función de las dos anteriores. Se trata de no negar al embrión un estatuto personal, pero tampoco conferir a la célula la misma dignidad que se reconoce a las personas. Esta posición intermedia permite diferenciar las obligaciones morales respecto del cigoto, del embrión implantándose y del feto de 24 semanas. El embrión humano se considera como un sujeto en potencia respecto del cual no es posible actuar sin límites y sin dignidad.

La bioética no ha abordado de manera privilegiada la temática del aborto, aunque sus discusiones a propósito del estatuto del embrión han transformado el contexto en el cual se situaba hace algunos años este problema.

En el debate público sobre el aborto –muchas veces a propósito de otras temáticas como la anticoncepción de emergencia²– existe una asimetría de valoración de los discursos según

su proveniencia. Así, el que surge del campo biomédico es un discurso legitimado como saber específico; todavía más, algunos de sus representantes defienden para sí el derecho exclusivo de fundar una política pública y una legislación sobre el aborto.

La producción discursiva en el campo de la bioética, en particular sobre este tema, requiere de un análisis desde la perspectiva de género, porque ello permite indagar las relaciones de poder en los espacios públicos y privados, y también en los dispositivos culturales –de orden material y simbólico– que reproducen el orden discriminatorio. El interés por dilucidar los procedimientos de reproducción del sistema de género potencia una vocación más expresiva en pos del cambio cultural y la superación de la discriminación de las mujeres, asumido el supuesto que ello contribuye a una democratización de las relaciones sociales, lo que beneficia a la sociedad en su conjunto.

A modo de reflexión

En Chile existen diferentes dominios discursivos que son parte del debate sobre el aborto. Durante mucho tiempo la institución de la medicina ha constituido un espacio de resolución de los problemas planteados por la sexualidad en general, incluido el aborto. Independientemente de que los discursos biomédicos no fueran similares a los de las organizaciones y movimientos de mujeres, la interpretación del aborto como un problema de salud pública permitió solucionar angustias y necesidades de aquellas con embarazos no deseados, como sucedió en la década de los 60.

En este contexto –descrito como un espacio de debate ideológico, político, cultural, ético y valórico– es necesario revisar los elementos culturales e ideológicos contenidos en los discursos bioéticos y que son determinantes en la formación de la opinión pública. Es imprescindible,

2 Dides, C. El Discurso Conservador en el Debate Público sobre Anticoncepción de Emergencia en Chile: Análisis a partir de la prensa escrita (2001-2005). Tesis para optar al grado de Magister en Estudios de Género y Cultura. Mención Humanidades. Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad de Chile, Santiago, 2005. Por publicar en FLACSO.

además, explorar en los sustratos éticos de los discursos con que los distintos actores se refieren en la última década a los derechos reproductivos y a eventuales legislaciones al respecto³.

En el actual y reducido debate sobre el aborto, en Chile –como en otros países de la región– se expresan las valoraciones de la sexualidad, la maternidad, la calidad de vida y la capacidad y derecho de autodeterminación de las personas. También se expresan de manera tácita los significados asignados a la muerte y, posiblemente, se revele también el nivel de elaboración de este tema en la sociedad.

La presencia de este marco de comprensión y de acción sobre la realidad social se ha traducido en las modificaciones de las expectativas e ideales asociados con lo femenino, lo que ha influido en nuevas maneras de las mujeres de concebirse a sí mismas y a sus proyectos vitales. Ciertamente, estas transformaciones no podrían entenderse si no se consideran los cambios sociales más generales, resultado de los procesos de globalización y liberalización de los mercados económicos y culturales, así

como la concepción de las relaciones sociales y de sujetos: introducción de la idea de derechos, biografías móviles, nuevos valores e ideales sociales, entre otros.

Los límites de las acciones transformadoras de las organizaciones sociales vinculadas a los temas de sexualidad y reproducción deben entenderse en el contexto de los desafíos que les plantea la configuración del objeto sobre o en torno al cual actúan, así como la conformación del campo de pugna política y social.

Desde esta perspectiva, se plantean al menos las siguientes interrogantes:

- ¿Cuáles han sido las consecuencias esperables en términos de transformación de prácticas intersubjetivas o institucionales en los incipientes debates sobre el aborto en Chile?
- ¿Cuáles son los cambios sociales específicos acontecidos en Chile que influyen en la ausencia de un debate abierto y pluralista sobre el aborto?
- ¿Cómo afecta la ausencia de debate y, por tanto, de políticas públicas específicas en la experiencia de la intimidad y en las concepciones sobre sexualidad de las personas?
- ¿Cuáles son las tensiones existentes entre las nuevas posiciones de actores políticos tradicionales que intervienen en este campo (particularmente la Iglesia y el Estado) y los nuevos actores que reconfiguran el ámbito de pugna política (movimientos sociales por la diversidad sexual, movimientos ecuménicos, discursos tecnocientíficos)?

Se plantean una serie de preguntas, especialmente aquellas que apuntan a la dificultad de debatir sobre el aborto en el país, partiendo de la base que Chile es el único país en el mundo que penaliza el aborto en todas sus

3 Actualmente existen dos proyectos de ley presentados en el Parlamento. El primero, presentado en junio de 2002 por diputados/as de la Unión Demócrata Independiente (UDI), apunta a cambiar la ubicación actual del delito de aborto entre los delitos contra la moralidad pública y el orden de las familias al capítulo de los delitos contra las personas, lo que conllevaría un significativo aumento de las penas, tanto para las mujeres que se practican o someten a abortos como para los terceros que intervienen; además, este proyecto propone introducir la figura de arrepentimiento eficaz como circunstancia que permitiría no aplicar la sanción penal a la mujer que aborta y, por último, faculta al juez a conmutar la pena privativa de libertad que se le impone por la realización de trabajos determinados en favor de la comunidad, especialmente en organizaciones de tipo “pro vida”. El segundo proyecto, presentado en enero de 2003, apunta a reestablecer el aborto terapéutico en el Código Sanitario tal y como se permitiera antes de su derogación por el Gobierno Militar, esto es, “*Sólo con fines terapéuticos se podrá interrumpir un embarazo. Para proceder a esta intervención se requerirá la opinión documentada de dos médicos cirujanos*”. Este se encuentra en la Comisión de Salud y cuenta con el apoyo de diputados/as tanto de la bancada de la Concertación como de la derecha (en particular, del Partido Renovación Nacional).

circunstancias y que su discusión es incipiente, dependiente de otros problemas o temáticas asociadas a la sexualidad, lo que hace que muchas veces sea poco rigurosa y para nada respetuosa de los derechos en el marco de una sociedad democrática.

Referencias

1. Valenzuela A. *Algunos antecedentes en torno al estado actual del aborto terapéutico en Chile*. Santiago de Chile: Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos; 1993.
2. Salazar G, Silva AM. *Estudio de la opinión pública sobre el aborto inducido y sus matices*. Santiago de Chile: Instituto de la Mujer; 1994.
3. Rosselot J, Mardones F. Salud de la familia y paternidad responsable. La experiencia de Chile 1965-1988. *Revista Médica de Chile* 1990; 118(3): 330-338.
4. The Alan Guttmacher Institute. *Aborto clandestino: una realidad latinoamericana*. New York y Washington; 1994.
5. Requena M, (ed.) *Aborto inducido en Chile*. Santiago de Chile: Ediciones de la Sociedad Chilena de Salud Pública; 1990.
6. Lavín P, et al. *Informe preliminar sobre la caracterización de los casos y costos del tratamiento del aborto hospitalizado en Santiago de Chile*. Ponencia presentada en el “Encuentro de Investigadores sobre Aborto Inducido en América Latina y el Caribe”. Santafé de Bogotá: Universidad Externado de Colombia; 1994.
7. Shiappacasse V, Casas L, Vidal P, et al. *Chile. Situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos*. Santiago de Chile: SERNAM, Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, Corporación de Salud y Políticas Sociales; 2003.
8. Salazar G. *Investigación-acción sobre el aborto inducido mediante el apoyo integral a la mujer post-abortante*. Santiago de Chile: Instituto de la Mujer; 1993.
9. Foro de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos y Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe. *Atención Humanizada del Aborto Inseguro en Chile*. Monitoreo del Programa de Acción de la “Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo”, El Cairo, 1994. Santiago de Chile; octubre, 2005.
10. Casas L. *Mujeres procesadas por aborto*. Santiago de Chile: Foro Abierto de Salud y Derechos Reproductivos; 1996.
11. Barzelatto J, Calderon MC, Isaacs S, et al. *El aborto en Chile. Elementos para el debate*. Santiago de Chile: CORSAPS; 1996.
12. Beck U, Giddens A, Lash S. *Modernización reflexiva. Política, tradición y estética en el orden social moderno*. Madrid: Alianza Universidad; 1997.
13. Giddens A. *La transformación de la intimidad*. Madrid: Editorial Cátedra; 1992.
14. Dides C. Aproximaciones a los debates públicos sobre sexualidad y reproducción: aprendizajes sobre la introducción de anticoncepción de emergencia en Chile. En: Cáceres C, Frasca T, Pecheny M, et al. (edit.) *Ciudadanía Sexual en América Latina: abriendo debate*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2004.

15. Beck U. *Hijos de la libertad*. México: FCE; 1999.
16. Palma I. *Estrategias de prevención en salud sexual y reproductiva en jóvenes en América Latina y el Caribe: hacia una nueva síntesis de enfoques*. Informe Técnico. Equipo de Apoyo Técnico Fondo de Población de Naciones Unidas para América Latina y el Caribe; enero 2002.
17. Weeks J. *Sexualidad*. México: Paidós; 1998.
18. Grau O, Delsing R, Brito E, et al. *Discurso, Género y Poder. Discursos públicos: Chile 1978-1993*. Santiago de Chile: La Morada. Universidad Arcis; 1997.
19. Durand G. *La bioética: naturaleza, principios, opciones*. Bilbao: Desclée de Brouwer; 1991.
20. Lolás F. *Temas de bioética*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 2000.
21. Zorrilla S, et al. Reproducción asistida. Encuentro entre la bioética y el género. *Revista Mujer Salud/Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y el Caribe* 1997; (2).
22. Dides C, (comp.) *Bioética y tradiciones. El desafío de la tecnociencia*. Santiago de Chile: Centro de Investigaciones en Bioética y Salud Pública. Universidad de Santiago; 1997.
23. Dharkin R. *El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual*. Barcelona: Ariel; 1994.
24. Pedrot P. Le statut juridique de l'embryon et du foetus humain en droit comparé. *La Semaine Juridique* 1991; 65: 26-30.
25. Mejía MC, Pérez G. Concepciones alternativas sobre sexualidad, reproducción, anticoncepción y aborto. En: *Ética y salud reproductiva*. México: Programa Universitario de Estudios de Género y Programa Universitario de Investigación en Salud/UNAM; 1996.

Recibido el 15 de mayo de 2006.

Aceptado el 26 de mayo de 2006.

NUEVAS PERSPECTIVAS EN CUIDADOS PALIATIVOS

Leo Pessini* y Luciana Bertachini**

Resumen: Este artículo examina los cuidados paliativos bajo diversos aspectos. Tras una revisión histórica y conceptual, nos preguntamos cuáles deben ser los cuidados de la salud en los contextos geriátrico y gerontológico, así como su contribución en el mantenimiento y rescate de las capacidades funcionales. Reafirmamos la importancia de la reflexión ética, científica, humana, espiritual y sociocultural sobre los programas dirigidos al cuidado de los ancianos en su multidimensionalidad. Al final, señalamos algunos desafíos referentes a rescatar la sabiduría de vivir y la dignidad en el adiós a la vida.

Palabras clave: cuidados paliativos, ética, medicina paliativa, geriatría, gerontología

NEW PERSPECTIVES IN PALLIATIVE CARE

Abstract: This paper examines palliative care under diverse aspects. After a historical and conceptual review, the question of which health care interventions must be done in the geriatric and gerontology context is examined, as well as their contribution to the maintenance and rescue of functional capacities. We reaffirm the importance of ethical, scientific, humane, spiritual and socio cultural reflection about programs addressed to the health care of elderly in their multidimensional coverage. Finally, we point out some challenges with respect to rescuing the wisdom of living and the dignity of dying.

Key words: palliative care, ethics, palliative medicine, geriatrics, gerontology

NOVAS PERSPECTIVAS EM CUIDADOS PALIATIVOS

Resumo: Este artigo apresenta a filosofia dos cuidados paliativos sob diversos aspectos. Inicia com uma revisão histórico conceitual. A seguir nos perguntamos como deveria ser os cuidados paliativos num contextos geriátrico e gerontológico, bem como sua contribuição na manutenção e resgate das capacidades funcionais. Reafirmamos a importância da reflexão ética, científica, humana, espiritual e socio-cultural nos programas direcionados ao cuidado dos anciãos em sua multidimensionalidade. Finalmente, apontamos alguns desafios, relacionados com o resgate da sabedoria de viver e a dignidade no adeus à vida.

Palavras chave: cuidados paliativos, ética, medicina paliativa, geriatría, gerontología

* Profesor Doctor en Teología Moral/Bioética. Vicerrector del Centro Universitario São Camilo, São Paulo, Brasil

** Fonoaudióloga del Ambulatorio de Neuropsiquiatría e Gerontología del Instituto de Geriatría y Gerontología de la Universidad Federal de São Paulo, Brasil

Correspondencia: pessini@scamilo.edu.br

Introducción

Datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) estiman que más de 50 millones de personas mueren por año, víctimas de enfermedades fatales; en 2004, 4,9 millones habían sido infectadas con el virus del SIDA; 3,1 millones habían muerto por esa causa y 39,4 millones son portadoras del virus. Cada año fallecen 6 millones de personas a causa del cáncer y hay más de 10 millones de casos nuevos. Se estima que hasta 2020 tendremos 15 millones de nuevos casos al año. Frente a esta realidad, los cuidados paliativos y los hospicios se presentan como una forma innovadora de cuidado en el área de la salud.

La OMS también alienta el aumento de la esperanza de vida en las diversas regiones del mundo como una de las conquistas de la humanidad. Reconoce que el mundo está soportando una transformación demográfica sin precedentes, que el 2050 la población de más de 60 años pasará de 600 millones a 2 mil millones y predice un aumento de 10% para 21% del total de la población. El aumento será más grande y más rápido en los países en vías de desarrollo, donde se espera que cuadruple la población envejecida en los próximos 50 años. En la Declaración Política de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de la ONU (Madrid, 2002) los principios y recomendaciones del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento 2002, señalados por la Asamblea General de la ONU 1982, han sido reiterados. Lo mismo aconteció con los principios de la ONU en favor de la gente envejecida, adoptados por la Asamblea General de 1991, que habían definido líneas de acción en las áreas de la independencia, participación, cuidado, dignidad y autorrealización.

Este texto revisa aspectos históricos relacionados con la emergencia de los cuidados paliativos y de los hospicios (I); presenta enseguida la

definición de la OMS acerca de estos cuidados (II) y comenta algunos principios de base de esta filosofía (III); introduce luego ciertas cuestiones éticas (IV), aspectos relacionados con la geriatría (V) y, al final, desafíos en términos de la sabiduría del vivir y del morir¹. Algunos marcos histórico-conceptuales

Desde los tiempos más remotos las sociedades ofrecen ayuda y confortan a sus miembros enfermos y a los que están muriendo. Normalmente, cierta reverencia y una mística profunda se mezclan en estos acontecimientos. El período que sucede a la muerte de seres queridos es marcado generalmente por la ejecución de rituales religiosos y culturales bien definidos, cuyas manifestaciones varían de una cultura a otra.

En la búsqueda de las raíces históricas del movimiento actual de hospicios, descubrimos que en el medioevo el término fue utilizado para describir el lugar que recibía a peregrinos y viajeros: una posada. Más recientemente, desde principios del siglo XIX, ha habido progresos en el cuidado de la gente enferma en fase final. Entre quienes merecen la mención se encuentran: Jeanne Garnier, en Francia; Maria Aikenhead, en Irlanda, y Rose Hawthorne, en EE.UU.

En la mitad del siglo XX, cambios importantes han ocurrido en la medicina occidental y en el ámbito de la salud, como el crecimiento de especializaciones, la creación de nuevos tratamientos y un énfasis creciente en la curación y la rehabilitación. La escena del adiós a la vida, que antes ocurría predominantemente en el ambiente familiar, se transfiere y comienza a suceder en el hospital. Los pacientes en fase final o los casos sin esperanza eran considerados con frecuencia como imperfecciones de la prác-

1 Estas reflexiones incorporan sugerencias críticas de los lectores de Pessini L, Bertachini L. *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Loyola/Centro Universitário São Camilo; 2004.

tica médica. El interés creciente por la eutanasia en el Reino Unido y Estados Unidos se debe, en gran parte, a la carencia de conocimiento profundo sobre las cuestiones relacionadas con los cuidados al final de la vida.

Al principio de los años 50, en el Reino Unido, la atención se vuelve a la gente en la fase final de la vida, mientras que en Estados Unidos la reacción contra la medicalización de la muerte comenzó a ganar fuerza(1). Cuatro innovaciones pueden ser destacadas: a) la inserción sistemática de preguntas ligadas a los cuidados paliativos en la literatura profesional; b) una nueva visión de los pacientes en fase terminal, que indujo a más estudios acerca del proceso de morir, incluyendo la discusión sobre hasta qué punto los pacientes deben saber de su condición terminal; c) la adopción de una aproximación activa de los cuidados, en oposición a la actitud pasiva tradicional (emergió la determinación de descubrir nuevas e imaginativas maneras de “cuidado” al final de la vida y, más allá de él, el cuidado de los enlutados), y d) una conciencia creciente de la relación entre los estados físicos y los estados mentales trajo un concepto más comprensivo del sufrimiento que desafió las bases sobre las cuales las prácticas médicas hasta entonces se apoyaban.

Fue el trabajo de Cicely Saunders, desarrollado inicialmente en el *St. Joseph's Hospice*, en Hackney, Londres, el que introdujo una nueva filosofía frente a los cuidados en la fase final de la vida. Con la atención sistemática a las narrativas de los pacientes, la atención cuidadosa a relatos sobre la enfermedad y el sufrimiento se desarrolló el concepto de “dolor total”. Esta visión fue más allá de la dimensión física, englobando las dimensiones social, emocional y espiritual del sufrimiento. Cuando Cicely Saunders estableció el *St. Christopher's Hospice*, en Londres, en 1967, éste se convirtió inmediatamente en una fuente de inspiración

para otras iniciativas de esta naturaleza y, al combinar tres principios clave –cuidados clínicos de calidad, educación e investigación–, pasó a ser una referencia mundial en términos de los cuidados, investigación sobre el dolor y educación para los profesionales de la salud de todo el mundo.

En muchas instituciones que cuidaban pacientes con enfermedades avanzadas e incurables, los esfuerzos para controlar el dolor y otros síntomas no habían avanzado debido a la carencia de comprensión de su naturaleza y a la ineficacia de la medicación. En torno a los años 50 apareció un conjunto importante de drogas, incluyendo psicotrópicos, fenoliasinas, antidepresivos, anti inflamatorios, entre otros. Desde entonces, se tuvo una comprensión más profunda de la naturaleza del dolor y del papel de los opioides en su control.

El concepto de cuidados paliativos

El término “paliativo” deriva de *pallium*, palabra latina que significa “capa”, capote. Etimológicamente, significa proporcionar una capa para calentar a “los que pasan frío”, toda vez que no pueden más ser ayudados por la medicina curativa. Respecto de la esencia de su concepto, se destaca el alivio de los síntomas, del dolor y del sufrimiento en los pacientes que sufren de enfermedades crónico-degenerativas o están en la fase final, y se trata al paciente en su globalidad de ser y buscando mejorar su calidad de vida.

Estos cuidados no dicen primordialmente relación con los cuidados institucionales, pero consisten básicamente en una filosofía que se puede utilizar en diversos contextos e instituciones, es decir, en el domicilio de la persona, en la institución de salud, en el hospicio o en una unidad específica destinada exclusivamente para este propósito dentro de la institución de salud.

Según Cicely Saunders, los “cuidados paliativos se han iniciado desde el supuesto que cada paciente tiene su propia historia, relaciones y cultura y de que merece respeto, como un ser único y original. Esto incluye proporcionar el mejor cuidado médico posible y poner a su disposición las conquistas de las últimas décadas, de forma que todos tengan la mejor posibilidad de vivir bien su tiempo”(2). Los cuidados paliativos fueron definidos, entonces, teniendo en cuenta no un órgano, edad, tipo de enfermedad o de patología, sino, ante todo, la evaluación de una diagnosis probable y de posibles necesidades especiales de la persona enferma y de su familia.

Por tradición, fueron considerados como aplicables exclusivamente en momentos de muerte inminente; sin embargo, estos cuidados se ofrecen hoy desde el período inicial del curso de una determinada enfermedad progresiva, avanzada e incurable(3).

En 1987, la medicina paliativa fue reconocida como una especialidad médica, siendo definida como “el estudio y gestión de los pacientes con enfermedad activa, gradual y ultra-avanzada, para la cual es limitado el pronóstico y la aproximación del cuidado es la calidad de vida”(4). Inicialmente, este concepto apareció incorporado a las prácticas médicas. Sin embargo, cuando otros profesionales—como enfermeras, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, fonoaudiólogos o capellanes— están implicados, se refiere más a cuidados paliativos que a medicina paliativa, porque tal cuidado es casi siempre multiprofesional o interdisciplinario. El Manual de Medicina Paliativa de Oxford, en su tercera edición (2005), aunque hace esta distinción conceptual, utiliza los dos conceptos como sinónimos.

El hospicio, antes de un lugar físico, es un concepto; es una filosofía y un modelo del cuidado, así como una forma organizada de

proporcionar atenciones de salud. La filosofía del hospicio amplió su alcance en el transcurso de un tiempo, al incluir a personas que están muriendo no solamente de cáncer, sino de muchas otras enfermedades con pronósticos de menos de seis meses de vida, más allá de quienes pasan por el proceso largo, crónico y imprevisible.

En 1990 la OMS definió cuidados paliativos como “el cuidado activo total de los pacientes cuya enfermedad no responde ya al tratamiento. Tiene prioridad el control del dolor y de otros síntomas y problemas de orden psicológico, social y espiritual. El objetivo de los cuidados paliativos es proporcionar la mejor calidad de la vida para los pacientes y sus familiares”(5).

Esta definición es digna de elogio porque se centra en el paciente, destaca la naturaleza múltiple de la condición humana e identifica la calidad de vida como su objetivo último. El uso del término “curativo” no se justifica, toda vez que muchas condiciones crónicas no pueden ser curadas, pero pueden ser compatibles con una esperanza de vida por algunas décadas.

La OMS definió además, en 1998, los cuidados paliativos para los niños y sus familias—cuyos principios se aplican también a otros trastornos pediátricos crónicos(6). Esta misma organización internacional redefinió en 2002 el concepto acentuando la prevención del sufrimiento(7).

Es importante observar que no tienen que ser considerados esencialmente diferentes de otras formas o áreas de cuidados de la salud. La distinción tornaría difícil y hasta imposible su integración en el curso regular de la atención. Muchos aspectos cruciales de estos cuidados se aplican perfectamente a la medicina curativa, así como, por otra parte, su desarrollo puede influir positivamente sobre otras formas de cuidado de la salud, al valorar aspectos tra-

dicionalmente subordinados por la medicina tecnocientífica, por ejemplo, la dimensión ético-espiritual de las personas.

Principios de base

Los cuidados paliativos:

- Valorizan alcanzar y mantener un nivel óptimo de control del dolor y la administración de los síntomas. Esto exige una evaluación cuidadosa de cada persona enferma, considerando su historia detallada, su examen físico y otras indagaciones. La gente enferma debe tener acceso inmediato a toda la medicación necesaria, incluyendo una gama de opioides y de fórmulas farmacéuticas.
- Afirman la vida y entienden el morir como proceso normal. Lo que los seres humanos tenemos en común es la realidad inexorable de la muerte. Los pacientes que solicitan cuidados paliativos no tienen que ser vistos como el resultado de imperfecciones médicas. Estos cuidados tienen como objetivo asegurar a las personas enfermas condiciones que las capaciten y las animen para vivir su vida de una forma útil, productiva y plena hasta el momento de su muerte. La importancia de la rehabilitación, en términos del bienestar físico, psíquico y espiritual, no puede ser descuidada.
- No apresuran ni posponen la muerte; no deben acortar la vida “prematuramente”, al igual que las tecnologías de la moderna práctica médica no se aplican para prolongar la vida de forma no natural. No obligan a los doctores a emplear indefinidamente tratamientos considerados fútiles o excesivamente onerosos para los pacientes; así también los pacientes pueden rechazar los tratamientos médicos. En cuidados paliativos el objetivo es asegurar la mejor calidad de vida posible y, de ese modo, el proceso de la enfermedad conduce la vida a un extremo natural. Específicamente, la eutanasia y el suicidio asistido no se incluyen en ninguna definición de estos cuidados.
- Integran aspectos psicológicos y espirituales en los cuidados al paciente. Un alto nivel de cuidado físico es, ciertamente, de importancia vital, pero no suficiente en sí mismo. La persona humana no tiene que ser reducida a una simple entidad biológica.
- Ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta el momento de su muerte. El paciente establece los objetivos y las prioridades, y el profesional de la salud debe capacitarlo y atenderlo para alcanzar su objetivo identificado. Las prioridades de un paciente pueden cambiar dramáticamente con el tiempo, pero el profesional debe ser consciente de estos cambios y atender a ellos.
- Ayudan a la familia a ocuparse de la enfermedad del paciente y del duelo. La familia es una unidad de cuidados y, por eso, las dudas y dificultades de sus miembros deben ser identificadas y atendidas. El duelo se inicia antes del momento de la muerte de la persona enferma.
- Exigen trabajo en equipo. Ninguna especialidad por sí misma prepara adecuadamente al profesional para ocuparse de la complejidad de las dudas pertinentes a este período. Aunque el equipo central consiste en un médico, una enfermera y un asistente social, es importante contar con un equipo más grande de profesionales del área médica: fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, entre otros. Para que este grupo trabaje de forma integrada, es crucial establecer metas y objetivos comunes, así como usar medios rápidos y eficaces de comunicación.

- Buscan mejorar la calidad de vida, concepto que sólo puede ser definido por la persona enferma y que se puede modificar perceptiblemente en el curso del tiempo.
- Son aplicables en el período inicial de la enfermedad y concomitantes con sus modificaciones y con las terapias que prolongan la vida. Se exige entonces que estén íntimamente integrados a los otros servicios de salud, en el hospital o en instituciones comunitarias.

Desde los principios antes descritos se evidencia que los cuidados paliativos se definen no sólo a partir de un tipo determinado de enfermedad, sino que, potencialmente, se aplican a pacientes de todas las edades, basados en una evaluación específica de su diagnóstico y necesidades probables. Además, tienen como foco central alcanzar la mejor calidad de vida posible para cada paciente y su familia, lo que implica la atención específica en lo referente al control de los síntomas y la adopción de un acercamiento holístico que tome en cuenta las experiencias de la vida de la persona y su situación actual. Abarcan la persona que está muriendo y sus prójimos –familiares y amigos–, exigiendo una atención especial en la práctica de una comunicación abierta y sensible con los pacientes, familiares y cuidadores.

Cuestiones éticas

Las cuestiones éticas implicadas en cuidados paliativos se basan en el reconocimiento de que el paciente incurable –o en fase terminal– no es un residuo biológico sobre el cual ya no se puede hacer más, y cuya vida no debe ser prolongada innecesariamente. Estamos siempre delante de una persona y, como tal, capaz de relación hasta el momento final y de hacer de la vida una experiencia de plenitud y crecimiento.

Los profesionales deben reconocer los límites de la medicina y prevenir el exceso de tratamiento –la llamada “distanasia”– o el tratamiento fútil. Es importante desafiar la ilusión de que existe solamente una forma de ocuparse del dolor y del sufrimiento: la eliminación de los enfermos. Es necesario acentuar que el llamado “dolor total” –concepto acuñado por Cicely Saunders– no se puede tratar solamente a través de instrumentos técnico-científicos. En el caso del “dolor total”, la eficacia de analgésicos se relaciona con la posibilidad de incluir el tratamiento médico en el contexto de relaciones humanas significativas, afectivas.

Los médicos y otros profesionales del cuidado deben respetar la *autonomía* del paciente, aceptando sus prioridades y sus objetivos, no ocultando la información solicitada por el paciente y respetando sus deseos de no ser tratado cuando esta intervención es sólo una prolongación del proceso de morir. Deben medir cuidadosamente las ventajas del tratamiento (*beneficencia*) y evaluar los riesgos y beneficios de cada decisión clínica (*no-maleficencia*) para prevenir el tratamiento fútil(9), que no se condice con los objetivos de la prevención: cura, cuidado, rehabilitación y superación del dolor.

Esta perspectiva de la bioética principialista norteamericana puede ser insuficiente en esta área de los cuidados de la salud. Las éticas del cuidado y de las virtudes se presentan como apropiadas y necesarias en cuidados paliativos. Las primeras enfatizan esencialmente la naturaleza vulnerable y dependiente de los seres humanos, por lo tanto, destacan no sólo el proceso de decidir, sino también la calidad de las relaciones: por ejemplo, continuidad, apertura y confianza. Las éticas de las virtudes critican el acercamiento ético basado en las decisiones desde el carácter, acentuando la importancia de acciones virtuosas(10).

Los pacientes con enfermedades avanzadas o en estado terminal tienen los mismos derechos básicos que los otros pacientes, por ejemplo, el derecho de recibir los cuidados médicos apropiados, de ayuda personal y de ser informados. Pero, también, les asiste el derecho de rechazar los procedimientos de diagnóstico y/o tratamientos cuando éstos nada agregan frente a la muerte prevista; sin embargo, la denegación del tratamiento no tiene que influir en la calidad de los cuidados paliativos. Más aún, tienen el derecho al grado máximo de respeto por su dignidad y a la mejor analgesia disponible para el dolor y el alivio del sufrimiento.

Aunque la realidad de cada país siempre tiene sus particularidades socio-político-culturales es siempre enriquecedor considerar como fuente de inspiración lo que se hace en otros países. Por ejemplo, lo que la Asociación Húngara de Hospicios y Cuidados Paliativos propone en términos de principios éticos(8, p.20):

1. Los miembros del equipo de cuidados deben respetar la *autonomía* de los pacientes al aceptar sus prioridades y objetivos, así como hablar de las opciones del tratamiento. Formular en común el plan de cuidados, nunca ocultar la información que el paciente desea recibir, proveer sus necesidades de información sobre cualquier tratamiento y, también, respetar la opción de abandonarlo.
2. El equipo de cuidados debe evaluar las ventajas y riesgos del tratamiento (*beneficencia*), evaluar los riesgos en lo referente a las ventajas de cada decisión clínica (*non-maleficencia*), entender que el paciente tiene derecho al más alto estándar de cuidado en el contexto de los recursos disponibles y juzgar las decisiones en el contexto de la asignación y el uso de recursos (*justicia*).
3. Los derechos fundamentales de los pacientes que están en el final de la vida son: recibir la asistencia médica necesaria, ser respetado en su dignidad y ser apoyado y cuidado en sus necesidades. Además, tienen derecho al alivio del dolor y del sufrimiento, a ser informados, a la autodeterminación y a la suspensión de tratamientos.
4. El paciente tiene el derecho de recibir información detallada respecto de su estado de salud, sobre cualquiera evaluación médica, examen y oferta de intervenciones en lo que respecta considerar las ventajas, los riesgos y las operaciones potenciales, así como la decisión sobre tales exámenes e intervenciones. Por otra parte, el paciente tiene el derecho de recibir información respecto de cualquier procedimiento o método alternativo, así como del proceso del tratamiento y los resultados esperados.
5. Los pacientes tienen el derecho de participar en las decisiones relacionadas con sus cuidados de salud, es decir, exámenes y tratamiento considerados. El consentimiento informado del paciente es un requisito anterior a cualquier intervención médica.
6. En el caso de que el paciente sufra de una enfermedad considerada incurable y terminal, que –de acuerdo con el conocimiento médico actual– conducirá probablemente a la muerte en un período de tiempo corto, se pueden rechazar éticamente intervenciones de mantenimiento o de rescate de la vida, y dejar que la enfermedad siga su curso natural. En caso de incapacidad, el paciente puede designar a otra persona para el ejercicio de ese derecho. Esta declaración se puede anular en cualquier momento si el paciente así lo desea.
7. De cada acto y decisión se debe dejar constancia en forma escrita.

Investigación y cuidados paliativos

Es necesario un pronunciamiento especial respecto de la investigación en cuidados paliativos, toda vez que es parte integrante del desarrollo de estos cuidados. Gracias a la investigación tenemos progresos importantes en el campo del dolor y la administración de los síntomas. Muchas prácticas paliativas, sin embargo, se basan en evidencias históricas y, en muchos casos, sin la necesaria fundamentación con métodos científicos.

El reclutamiento de pacientes para un determinado estudio es difícil y exige mucho tiempo debido a la propia naturaleza de la atención. Por otra parte, existen características clínicas definitivas que complican la investigación en este campo:

- Los pacientes son, con frecuencia, personas viejas que sufren de una cierta condición que afecta muchos sistemas del cuerpo y no solamente un órgano. Esa condición es comúnmente severa y presenta muchos síntomas simultáneos.
- La enfermedad es gradual y sus síntomas cambian muy rápidamente, sobre todo, en los períodos finales.
- El tiempo de supervivencia es limitado y el uso de variada medicación es frecuente.

La investigación en pacientes en fase terminal ha sido éticamente cuestionada, en especial debido a la vulnerabilidad de este grupo de pacientes y de su inhabilidad para participar en el proceso de decisión. Existe alta incidencia de problemas cognitivos y dificultades para lograr su asentimiento libre e informado, toda vez que se produce fácilmente dependencia de la institución en donde son cuidados, sensaciones de gratitud, entre otros elementos.

Tales desafíos no son específicos de esta

área, sino también de otras, como la geriatría y la medicina intensiva, pero eso no justifica insertar los cuidados paliativos en una categoría especial. La investigación en esta área debe respetar los principios éticos consagrados internacionalmente, que gobiernan cualquier investigación clínica. Sin embargo, debe ponerse atención al proceso de evaluación de riesgos y ventajas de un proyecto de investigación determinado, cuya interpretación puede variar mucho según el período de progresión de la enfermedad. Los objetivos del cuidado cambian con frecuencia en los períodos finales y, en éstos, la calidad de vida es la prioridad mayor(8, p.30).

Cuidados paliativos en geriatría/gerontología

El informe europeo de la Organización Mundial de Salud sobre cuidados paliativos afirma enfáticamente que “existen evidencias considerables de que la gente envejecida sufre innecesariamente debido a una carencia de evaluación y de tratamiento generalizados de sus problemas y a la falta de acceso a los programas de cuidados paliativos”(11).

La medicina geriátrica emergió del aumento extraordinario de la esperanza de vida de la población y continúa creciendo en la época actual. Este aumento significativo del tiempo de vida es una gran conquista, atribuida en parte a los avances de la civilización, estándares de vida, salud pública y la creciente intervención de cuidados médicos. La medicina geriátrica reconoció los procesos fisiológicos básicos del envejecimiento, sin embargo, los especialistas médicos en la compañía y cuidado de la gente de avanzada edad necesitaron ir más allá del sistema de la enfermedad y del órgano único –o sea, sobrepasar la óptica de una única especialidad– para considerar la intervención de enfermedades crónicas y medicaciones múltiples, más allá de un estado fisiológico altamente

cambiante. Hace un cuarto de siglo los geriatras recusaban con frecuencia a los especialistas, alegando que las tecnologías invasivas no beneficiarían a sus pacientes y que éstos y sus familiares preferían un acercamiento más conformista de aceptación de la muerte.

Esta escena se alteró mucho en la actualidad, de tal forma que el papel más frecuente de los geriatras ha sido hablar con los especialistas renuentes o intervencionistas acerca de si, a los 95 años, una mujer tiene una buena posibilidad de beneficiarse de un procedimiento quirúrgico o de una intervención de rehabilitación. La geriatría trabaja más en el proceso de convencer a los médicos que no sean fatalistas cuando están delante de pacientes envejecidos, sino que busquen, de forma asertiva, los problemas tratables, la mejora de la calidad de vida, enfatizando que la base de todo es el paciente en su humanidad y dignidad.

Los cuidados paliativos también son, irónicamente, una “nueva especialidad”, que surge del reconocimiento de las conquistas de la tecnología médica moderna. Ésta, aunque ha salvado muchas vidas, no puede irrespeter la dimensión de la mortalidad y de la finitud humanas. Los pioneros en cuidados paliativos reconocen la importancia de las raíces históricas de la medicina y de la enfermería en el cuidado de los moribundos, aliviando el dolor y el sufrimiento, buscando contestar las preguntas e incluyendo a la familia como unidad de cuidados junto con los pacientes en el final de la vida. Este objetivo es hoy tan importante como fue a principios del siglo pasado.

En sus orígenes, estos cuidados se enfocaron principalmente en mejorar la calidad de vida de los pacientes, en los pocos días o semanas restantes de vida, y en respetar la dignidad y la humanidad individuales. En la década pasada ha sido sobrepasada esta perspectiva, pues se considera moralmente relevante sólo cuando

“ya nada más se puede hacer para prolongar la vida”.

La filosofía de los cuidados paliativos reconoce hoy una transición gradual y la necesidad de equilibrio entre las tentativas legítimas de prolongar la vida —cuando hay posibilidades verdaderas de recuperación— y la atención paliativa de los síntomas y la aceptación de un proceso cuando no hay más cura. Eso es verdad en el cuidado de pacientes en estadios avanzados de enfermedades como Alzheimer, Parkinson, etc.

Actualmente, más del ochenta por ciento de los norteamericanos muere con más de 65 años, aumenta el número de personas con más de 80 años e, incluso, un número expresivo celebra su centenario de vida. La mayoría de esas personas no muere de una forma rápida, característica de un cáncer metastático, sino como consecuencia de la acumulación de enfermedades degenerativas múltiples, más allá de la creciente fragilidad inevitable del proceso biológico humano. Aunque esta trayectoria es menos previsible, sigue muy claramente el pronóstico último.

En el centro de toda la cuestión del aumento de la “esperanza de vida” están el paciente, el médico y el imperativo de establecer una comunicación que permita una relación significativa en uno de los momentos más profundos de la vida. Es grande la responsabilidad del médico para crear una relación con los pacientes y familiares que ayude en la confrontación de esta escena compleja. El cuidador se convierte en un factor clave para ayudar a la gente a encontrar una dirección en el final de la vida.

En una perspectiva integradora, los cuidados paliativos y los valores básicos de la geriatría coinciden: el paciente está en el centro de los cuidados y la perspectiva es interdisciplinaria, holística y comprensiva, más allá del paciente

y de la familia, vistos como una sola unidad de cuidados. Una prioridad es garantizar, en la medida de lo posible, la independencia funcional y calidad de vida, mediante una evaluación regular y formal que asegure la identificación y el tratamiento de los eventos en el momento adecuado. Ambas especialidades proporcionan cuidados donde el paciente esté, ya sea en su casa o en el hospital, y en cualquier estadio de la enfermedad y cualquiera sea la diagnosis: “El objetivo es dar el cuidado preciso para el paciente preciso y en el momento preciso”.

Conclusión

Los cuidados paliativos constituyen hoy una cuestión importante de la salud pública. Trabajan con el sufrimiento, la dignidad de la persona, el cuidado de las necesidades humanas y la calidad de vida de la gente afectada por una enfermedad crónico-degenerativa o que está en la fase final de la vida. También se preocupan de la ayuda a familias y amigos como unidad de cuidados, frente al sufrimiento por la pérdida, potencial o inminente, de seres queridos.

Nuestro sistema de salud es negligente en lo que respecta a esas necesidades humanas. La próxima etapa será su introducción en el currículo principal de los cursos de medicina y en programas de educación en el área de la salud, sea para los profesionales o para el público en general.

Cicely Saunders afirma que eso requiere “cambio de actitudes y educación de todos los profesionales implicados con los pacientes que tienen una enfermedad crónico-degenerativa. Esto exige un compromiso humano, más allá de medicaciones e intervenciones costosas, y debe ser una preocupación de todos los gobiernos”(2, p.7).

Los cuidados paliativos tienen como objetivo especial aliviar, en los pacientes con

enfermedades crónico-degenerativas o en fase terminal, una gama extensa de síntomas de sufrimientos, de orden físico, psíquico, mental y espiritual. Por lo tanto, exigen un equipo multi e interdisciplinario de especialistas, con capacidades específicas y sintonizados entre sí(12-14).

En la medida en que los cuidados paliativos se desarrollan, crece el convencimiento de que con las drogas y las técnicas en la actualidad disponibles es relativamente fácil proporcionar comodidad física al paciente. Sin embargo, aún con eso, la persona puede sentir miedo, soledad o poca autoestima. Los que ahora trabajan en este campo perciben que, además de la atención y control de los síntomas físicos, la filosofía de los cuidados paliativos se preocupa básicamente de la calidad, valor y sentido de la vida.

La investigación confirma que los pacientes que no son informados sienten un mayor sufrimiento físico y psicosocial, y hablan de un nivel inferior de calidad de vida que los que son informados según su voluntad.

En relación con el valor de la vida, a medida que se aproxima su final, las personas se preguntan si su vida ha tenido algún valor para los otros, para la comunidad, y si todavía tienen algún valor como personas, principalmente cuando están incapacitadas por una determinada enfermedad fatal, dependientes de los otros y “siendo” un gasto en términos del cuidado. Investigaciones en EE.UU. han demostrado que la pérdida de independencia y el miedo de convertirse en un peso para los otros, antes que el dolor físico, son, con frecuencia, las primeras motivaciones que llevan la gente a pedir el suicidio asistido o eutanasia. Respetando la evaluación del propio paciente acerca del valor de su vida, mientras aún es consciente del efecto de la depresión o del aislamiento social, estamos frente a uno de los más profundos desafíos clínicos y éticos de los cuidados paliativos.

Otra preocupación es el sentido de la vida. Únicamente cuando su sufrimiento físico es aliviado y su familia cuida de ella, la persona en fase terminal comienza a hacer preguntas existenciales. Aunque ha disminuido en el mundo occidental secularizado el número de personas que tienen una profunda fe religiosa que confiere sentido a su vida, el 75% de los pacientes en la fase final expresa el deseo de hablar del sentido de la vida, del sufrimiento y de la muerte, y pueden decepcionarse si nadie se interesa en ayudarlas. Un servicio de pastoral atento a estas necesidades será de gran ayuda en el rescate del sentido de la vida. No es casualidad que el cuidado de las necesidades espirituales y psicosociales esté en el centro de la filosofía de los cuidados paliativos.

El desafío ético, en el contexto de países en vías de desarrollo, debe considerar la cuestión de la dignidad en el adiós a la vida, trascendiendo la dimensión física y biológica y la perspectiva médica del hospital, ampliando el horizonte para integrar el espacio socio-relacional. Hay que hacer entender a la sociedad que morir con dignidad es el resultado de una vida digna, más allá de la mera supervivencia sufri-

da. ¿Si no existen condiciones de vida digna, cómo garantizaríamos una muerte digna? Antes de existir un derecho a la muerte humana, hay que destacar el derecho de tener condiciones de conservar y preservar la vida existente y de hacerla desplegar plenamente. Llamariamos a esto el “derecho a la salud”. Es chocante y aun irónico percibir que la misma sociedad que le negó al ser humano el pan para vivir le ofrezca la más avanzada tecnología para que “muera bien”.

No podemos aceptar pasivamente la muerte como consecuencia de la indiferencia por la vida, causada por la exclusión, la violencia, los accidentes y la pobreza. La sabiduría nace de la reflexión, de la aceptación y del compromiso con el cuidado de la vida humana en el adiós final. Entre dos límites opuestos: de un lado, la convicción profunda de que no se debe acortar la vida, y del otro, la visión de que no se deben prolongar la agonía, el sufrimiento y la muerte. Entre el acortar la vida y el no prolongarla inútilmente se sitúa el amarás... Así como nos ayudaron a nacer, también necesitamos ser ayudados en el momento del adiós a la vida.

Referencias

1. Metzger J, Kaplan KO. *Transforming Death in America. A State of the Nation Report*. Washington, DC: Last Acts; 2001.
2. Saunders C. Preface. In: Davies E, Higginson IJ, (ed.) *The solid facts: palliative care*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2004.
3. Sepúlveda C. Los cuidados paliativos: perspectiva de la Organización Mundial de la Salud. *Dolentium Hominum* 2005; 58(1): 16-19.
4. Dolyle D, Hanks G, Cherny NI, Calman K, (ed.) *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. New York: Oxford University Press; 2005: 1.
5. World Health Organization. *Cancer Pain Relief and Palliative: a report of a OMS expert committee*. Geneva: OMS; 1990.
6. World Health Organization. *Cancer pain relief and palliative care in children*. Geneva: OMS; 1998. [Website] Available at <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/print.html> Último acceso en octubre de 2006.

7. World Health Organization. *National cancer control programmes: policies and managerial guidelines*. Geneva: OMS; 2002.
8. Council of Europe. *Recommendation Rec 24 of the Committee of Ministers to member states on the organization of palliative care*. Adopted on 12 nov 2003: 15-17. [Website] Available at <http://www.coc.int>. Último acceso en octubre de 2006.
9. Pessini L. *Distanásia: até quando prolongar a vida?* São Paulo: Loyola/Centro Universitário São Camilo; 2001.
10. Pessini L. Envelhecimento e dignidade humana: ame o(a) idoso(a) que você é ou está nascendo em você! In: Pasqualotti A, Portella MR, Tetinelli LA (orgs.) *Envelhecimento humano: desafios e perspectivas*. Passo Fundo(RS): Universidade de Passo Fundo; 2004: 311-24.
11. Bertachini L. *Envelhecer: desafios, valores e dignidade* (vídeo). The 18th congress of the International Association of Gerontology. Rio de Janeiro, June 26-30, 2005.
12. Pessini L. O idoso e a dignidade no processo de morrer. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M. *Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica*. São Paulo: Atheneu; 2005: 755-62.
13. Doyle D, Barnard D. Palliative care and hospice. In: Post SG. (editor in chief) *Encyclopedia of bioethics*, vol. 4. New York: MacMillan/Thomson/Gale; 2003.
14. Actas de la "XIX Conferencia Internacional sobre los Cuidados Paliativos" (11-13 nov., 2004). *Dolentium Hominum 2005*; 58(1):8.

Recibido el 03 de mayo de 2006.

Aceptado el 31 de mayo de 2006.

LA EVALUACIÓN ÉTICA EN LAS CIENCIAS HUMANAS Y/O SOCIALES. LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA: ENTRE LA LIBERTAD Y LA RESPONSABILIDAD

M. Lucrecia Rovalletti*

Resumen: Este artículo analiza la situación de la evaluación ética de proyectos de investigación en las ciencias sociales y/o humanas. En las evaluaciones de proyectos pertenecientes a estas áreas, el análisis de los requisitos éticos no se considera necesario o no se pone una atención tan estricta como en materias biomédicas. Sin embargo, las diferencias entre proyectos clínico-farmacológicos y de ciencias humanas y/o sociales exigen una evaluación ética específica para estos últimos, de modo de resguardar los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

Palabras clave: ética de la investigación, ciencias sociales y/o humanas, libertad, responsabilidad

ETHICAL REVIEW IN HUMANITIES AND SOCIAL SCIENCES. SCIENTIFIC RESEARCH: BETWEEN FREEDOM AND RESPONSIBILITY

Abstract: This paper analyzes the situation of the ethical review of research projects in social sciences and humanities. In the review of research projects belonging to these fields, it has been found that the analysis of ethical requirements are not considered necessary or there is no close attention devoted to it as in biomedical projects. Nevertheless, the differences between clinical-pharmacological projects and the humanities and social sciences demand a specific ethical review for the latter, so that the principles of beneficence, non maleficence, autonomy and justice are safeguarded.

Key words: ethics of research, social sciences and/or humanities, freedom, responsibility

A AVALIAÇÃO ÉTICA NAS CIÊNCIAS HUMANAS E/OU SOCIAIS. A PESQUISA CIENTÍFICA ENTRE A LIBERDADE E A RESPONSABILIDADE

Resumo: Este artigo analisa a situação da avaliação ética de projetos de pesquisa nas ciências sociais e/ou humanas. Nas avaliações de projetos destas áreas, a análise dos requisitos éticos não se considera necessária ou não se dá uma atenção específica como nas questões biomédicas. Contudo, as diferenças entre projetos clínico-farmacológicos e de ciências humanas e/ou sociais, exigem uma avaliação ética específica para estas últimos, procurando salvaguardar os princípios de beneficência, não maleficência, autonomia e justiça.

Palavras chave: ética da pesquisa, ciencias sociais e/ou humanas, liberdade, responsabilidade

* Investigadora Principal del CONICET, Profesora Regular de la Universidad de Buenos Aires. Argentina
Correspondencia: mlrova@psi.uba.ar

De la comunidad científica a la comunidad moral

Al comienzo de su *Metafísica*, Aristóteles afirma que “todos los hombres están deseosos de saber”. Tiempo después, Freud traducirá esta orientación en una pulsión de apropiación de lo otro como objeto, que se sublima voluntariamente en un impulso de ver y saber. En la época actual son muchos los que arrojan una sospecha sobre esta *libido cognoscendi*, que ha devenido finalmente una *libido dominandi*. En efecto, allí se combinan una valorización legítima del conocer con el presentimiento de un avance científico potencialmente peligroso, tanto para el sujeto cognoscente como para el objeto conocido.

¿Cómo es posible entonces mantener un equilibrio entre la libertad y/o la obligación del conocimiento y el bien público?(1, p.65). El problema ético y filosófico se ubica exactamente en este punto. “Cuando se comienza a tratar al hombre según los criterios de la cientificidad ‘objetiva’ (...) se transforma efectivamente al ser humano en objeto y, como consecuencia, se lo suprime en tanto ser humano”(2, p.289).

¿La utilización social del conocimiento basta para su aceptabilidad, como piensan Sábato, Varsawsky y Herrera? Aunque el mito de la “neutralidad” del hecho científico siga impregnando la práctica social de la ciencia como profesión, no todo “lo factible en ciencia” es siempre socialmente legítimo(3, p.146).

Hay algo más, se trata de responder si existe el derecho de hacer progresar el conocimiento o se postula una libertad condicionada; se debate si la búsqueda cognitiva justifica moralmente que se apliquen al ser humano procedimientos de investigación o experimentación que puedan ser agresivos, arriesgados o indiscretos. Anne Langlois considera que las comisiones de ética ejercen un rol tranquilizador que funciona como

barrera de contención ante esta “angustia cultural”. Se trata de compatibilizar el conocimiento con los otros valores con los cuales relacionamos nuestras elecciones éticas: el bienestar, la libertad y la justicia.

Por lo expuesto, la ciencia se ha convertido en un asunto que atañe a la sociedad toda, porque ésta adhiere a la investigación en la medida en que es compatible con los derechos del hombre. El respeto a la “dignidad de la ciencia” es parte, sin duda, del respeto a la dignidad humana, pero la coherencia entre estos dos aspectos no siempre es evidente, y la intuición más común dicta que el deber de proteger a las personas humanas fije los límites del conocer.

La investigación debe estar gobernada por normas y valores éticos, aun cuando no exista acuerdo sobre qué normas éticas son aplicables. Algunas normas expresan valores éticos generales que son, sin duda, fundamentales. Otras veces las perspectivas éticas no son tan claras ni han sido tan ponderadas; incluso pueden contradecirse entre sí. Esta falta de claridad y acuerdo surge porque la investigación nos brinda oportunidades y conocimientos nuevos respecto de los cuales no podemos tomar una posición ética de inmediato.

Sin embargo, mientras la comunidad científica se defina sólo por criterios de “excelencia” no podrá lograrse una comunidad moral, y los científicos, a falta de competencia ética, siempre estarán expuestos a ser recusados a título diverso. Además, las instituciones académicas están obligadas a evaluar no sólo metodológica, sino también éticamente toda investigación que así lo requiera, estableciendo normativas claras y de fácil acceso.

Al referirse al proceso de investigación científica, Fernando Lolas (3, p.143) distingue tres aspectos: el *técnico* o *instrumental*, que incluye

las características y justificación de los métodos empleados, la exactitud de las mediciones y la aceptación de los enunciados por la comunidad de pares; el *científico o hermenéutico*, que alude a la capacidad “fertilizadora” que pueda tener una propuesta de investigación para su propia disciplina o para otras, es decir, la “utilidad” de los conceptos que produce (invención) o las innovaciones de forma y fondo que introduce en la praxis científica, y, en tercer término, el aspecto *social o emancipatorio*, que indica el impacto de una propuesta (o sus productos) en la sociedad general, esto es, más allá de los expertos o pares y de otros científicos. Por tanto, un proyecto de investigación, en tanto proceso social, puede ser examinado como procedimiento técnico y como producto intelectual empleando estas tres dimensiones.

Ahora bien, el análisis de la institución social de la ciencia suele realizarse por dos grupos de personas: por quienes profesionalmente se dedican a ella, la llamada “*scientific community*”, que puede equipararse a la “opinión pública” de la comunidad cognoscitiva y social investigadora; luego, por el juicio externo de los usuarios de productos científicos, planificadores de la actividad científica, políticos, industriales(4). Para ambos grupos rigen distintas racionalidades y, por tanto, una diversa ponderación de las dimensiones técnica, científica y social. Mientras la *scientific community* probablemente valore más las dos primeras, la comunidad general se orientará a la tercera.

Las pautas éticas en la investigación tienen como objetivo ayudar a todo investigador y a la comunidad de investigadores: a reflexionar sobre sus perspectivas y actitudes éticas; a tener en cuenta que existen reglas que, entre sí, pueden entrar en conflicto, y a capacitarse para decidir de manera fundamentada. En consecuencia, estas pautas no se limitan a las normas que atañen al investigador y a directivos de las instituciones

de investigación, sino que también contienen normas para otras organizaciones que puedan tener influencia sobre sus consecuencias.

Estas pautas no tienen las mismas funciones que las leyes. Más bien se ocupan de la cautela y protección, y sustentan o complementan las actuales normas jurídicas, aunque a veces se superponen con ellas. En una democracia donde impera el Estado de Derecho, los científicos, al igual que otros miembros de la sociedad, están sujetos a la ley.

Las obligaciones éticas de la investigación se refieren, en parte, a las normas que rigen el proceso de investigación y, en parte, a la responsabilidad sobre sus consecuencias. De allí la necesidad de contar con una evaluación ética.

Las investigaciones en ciencias sociales y/o humanas y la necesidad de una evaluación ética

¿Cuál es la situación en las ciencias sociales y/o humanas respecto de la evaluación ética de proyectos de investigación?

- En la literatura actual, cuando se señalan problemas éticos, una gran parte se relaciona con el ejercicio profesional y sólo una pequeña con investigación. En Internet, sin embargo, aparece un interesante material proveniente de los recientes comités de investigación en ciencias sociales y/o humanas.
- En los seminarios, jornadas y cursos sobre pautas éticas de investigación, los comités de evaluación de proyectos en ciencias sociales y humanas no constituyen todavía un tema.
- En los comités de ética de investigación clínica y farmacológica, que residen en su mayoría en centros hospitalarios, los aspectos

tos psicoéticos son soslayados o se diluyen en problemas generales; lo mismo ocurre en las otras áreas de las ciencias sociales. En relación con proyectos de investigación pertenecientes a estas áreas la valoración ética no se considera un requisito.

En efecto, partiendo de una concepción dualista, se piensa que el riesgo para los participantes, a diferencia de la investigación médica, es casi nulo, dado que no implica daño físico. Más aún, se estima que, en este ámbito, resulta difícil definir y medir el daño potencial, es decir, evaluar sus efectos a largo plazo.

En caso de demandar una evaluación ética, se exige a estas investigaciones los mismos tipos de protocolos que las ciencias biomédicas, sin reparar ni respetar las diferentes metodologías ni reconocer que los objetos formales que se investigarán presentan características diferentes. Ya no se trata de meros “sujetos” de investigación sino de “participantes” en ella: más que una investigación “sobre” el hombre devendría en una investigación “con” el hombre. En estas áreas del saber los humanos dejan de ser “objetos” pasivos de una dirección cognitiva reductora para convertirse en “sujetos” activos del esfuerzo de conocimiento que les concierne.

¿Podrá la investigación científica actual considerar nuevas alianzas entre las tareas científicas y las demandas humanas? “Urge plantear una ‘comunidad científica ampliada’ que permita a los nuevos actores sociales una apropiación colectiva de los saberes (5, p.109).

La especificidad de los proyectos de ciencias humanas y/o sociales

Se trata ahora de analizar las diferencias significativas entre los proyectos clínico-farmacológicos y los de ciencias humanas y/o sociales, para mostrar la especificidad de estos últimos, amenazados en su diversidad y en sus

metodología por la hegemonía biomédica y experimental.

Los proyectos de investigación en el campo clínico y farmacológico son, en general, multicéntricos, están subsidiados por la industria pero son evaluados científica y éticamente por las instituciones donde se realiza la investigación (en general hospitales públicos). Los proyectos que se realizan en el campo de las ciencias sociales y/o humanas, en cambio, están subsidiados por instituciones académicas y, a veces, ONG que los evalúan científica, pero no éticamente. Por su parte, aquellos variados ámbitos donde se realiza la investigación (poblaciones e instituciones pequeñas, colegios, cárceles, entre otros) suponen y confían en el aval global de las instituciones que aprobaron el proyecto, sin distinguir los aspectos científicos de los éticos.

Si a esta situación se añaden algunos proyectos de investigación de público conocimiento en el área académica, como el caso Milgram, Tronick, Berkun, Bramel, Golbert y otros(6,7), que fueron aprobados por instituciones académicas, a pesar de que no cumplían con los requisitos éticos, se hace patente la necesidad de una instancia de evaluación en esta área de las ciencias humanas. Como señala França-Tarrago(8), en las nuevas pautas de los organismos oficiales “se debe subsanar la excesiva insistencia en los aspectos de la salud física y la minusvalía” que se da en “la investigación relacionada con la salud mental o conductual de los seres humanos”.

El aumento de las investigaciones en estas disciplinas hace necesario realizar una evaluación ética de sus protocolos, para que se respeten los principios de *beneficencia* (qué resultados se lograrán), *no-maleficencia* (examen costo-beneficio, aseguramiento ante posibles perjuicios, protección de los sujetos vulnerables), *autonomía* (información acerca

del objetivo de la investigación, consentimiento esclarecido o validado, coerción en la participación respeto de subordinados, respeto a la intimidad y singularidad étnica y/o grupal, confidencialidad y resguardo de datos, posibilidad de abandonar la investigación) y *justicia* (respeto a la diversidad local, equidad en la selección de la muestra).

Las nuevas exigencias de evaluación ética requieren de una guía que permita identificar estos conflictos, con el fin de ser utilizada a la hora de formular estos proyectos. De allí la necesidad de contar con un tipo de instrumento que pueda también dar cuenta específicamente de aquellas investigaciones con temáticas propias de América Latina.

Ahora bien, dado el tiempo que puede insumir la constitución de comités de ética de la investigación en el campo “*Psi*” –por el debate que implica su aprobación, caracterización e implementación–, una guía que permita identificar conflictos éticos en la formulación y ejecución de proyectos por parte de los investigadores –y para la evaluación de los mismos por parte de las instituciones académicas– puede cubrir en mejores condiciones el período que lleve la constitución de estos comités.

a) Garantizar la libertad para investigar

Las universidades e instituciones académicas son especialmente responsables de garantizar la libertad de investigar. Esto implica que las investigaciones deben ser libres, críticas e innovadoras, y deben otorgarse todas las garantías para que no se impida ni se interrumpa ningún proyecto por el solo hecho de que su tema resulte polémico. El investigador debe verse libre tanto de los controles que le impidan plantear problemas que supuestamente se oponen a ciertos intereses (económicos, políticos y sociales) como de la supresión de los resultados y las conclusiones.

No se debe permitir que los intereses de los patrocinadores –tanto del sector público como privado– tengan mayor peso que la exigencia de un informe veraz, ni que se retengan los resultados de una investigación por ser contrarios a esos intereses, o que se extraigan determinadas conclusiones que puedan brindar una imagen distorsionada de la misma. En ciertas circunstancias se debe recurrir al derecho de suspender una investigación por incumplimiento del contrato.

Es imprescindible que se proteja la investigación de aquellas presiones que amenazan con socavar los estándares del método científico, como ocurre cuando se otorga confiabilidad científica a metodologías espurias.

Independientemente de sus decisiones y elecciones personales, el investigador, como miembro de una comunidad científica, tiene que defender ante los actores sociales la idea de que la pesquisa desinteresada es parte del enriquecimiento cultural de la sociedad y que el saber científico contribuye al desarrollo de nuestra civilización. La libertad de investigar demanda de cada investigador y de la comunidad científica la voluntad y la capacidad para cumplir con las exigencias éticas.

b) La responsabilidad del científico como agente ético

La libertad del investigador se sostiene y se mantiene con el cumplimiento de sus responsabilidades. El concepto de responsabilidad se asocia al de imputabilidad, es decir, a la posibilidad de evaluar éticamente ciertas conductas. Ahora bien, un sujeto sólo es imputable por comisión o por omisión, si por su competencia tenía el deber de conocer las consecuencias de los medios utilizados para lograr unos fines éticamente justificables. “No basta decir que un determinado sujeto debe responder con determinada tarea, sino que debe hacerlo, actuando

libre, razonada y prudentemente. Es decir, la forma de llevar a cabo la tarea imputable por el sujeto imputable debe ser ella misma imputable de responsabilidad” (8).

En este sentido, los científicos, como agentes éticos, son responsables de informar a la sociedad de las consecuencias de determinadas investigaciones o de utilizar ciertos medios o técnicas para lograr tales objetivos. Frente a los participantes deben definir los límites, expectativas y requisitos que son propios de su papel de investigador.

Si bien los investigadores están potencialmente interesados en todos los aspectos del comportamiento humano, existen razones éticas que impiden trascender algunas áreas de la experiencia y conducta, ya sea por metodologías experimentales, observacionales u otra forma de investigación psicológica. Por eso, en toda circunstancia deben tenerse en cuenta las implicaciones éticas y las consecuencias psicológicas y sociales que puedan ejercerse para los participantes¹.

El investigador debe asegurar la libertad y autodeterminación del participante, dado que éste se encuentra, de algún modo, sujeto a la voluntad del proyecto científico y a la posibilidad de manipulación que esa sujeción implica. Esta situación puede llevarlo a sentirse degradado, al estar en juego su autoestima u otros valores de importancia para él. Los investigadores no deben olvidar que están en deuda con aquellos que acuerdan participar en sus estudios, porque están dispuestos a dar su tiempo (incluso cuando hay remuneración) y hasta correr algún riesgo, por lo que merecen ser tratados con los más altos estándares de consideración y respeto.

¹ En algunos países, alegando que se han infringido los derechos y dignidad de los participantes, han aumentado recientemente las acciones legales contra los profesionales. Prueba de ello es la existencia de seguros para la *praxis* profesional.

Cuando se trata de analizar comportamientos y valores de minorías—como grupos religiosos, minorías étnicas, grupos de jóvenes o subculturas políticas y marginados— hay que ponderar que éstos pueden sentir que la investigación los hace más vulnerables a la desaprobación social. Ello obliga a un cuidadoso respeto por sus creencias, opiniones y modos de vida, aun cuando éstos difieran de los aceptados por la mayoría. Además, se debe ser prudente con las descripciones a fin de evitar prejuicios en su autoimagen y en los derechos que los asisten como minorías.

También las personas fallecidas nos exigen, a su modo, respeto por su reputación, para lo cual es preciso elegir con cautela los términos que se emplean para referirse a ellas.

c) Frente a la sociedad

Al difundir los resultados de la investigación, el investigador debe expresarse con la mayor claridad posible, a fin de evitar malentendidos y/o equivocadas interpretaciones; también debe ser especialmente cauteloso al publicar resultados que no han sido suficientemente discutidos y evaluados en círculos de investigación.

d) Frente a la comunidad de investigadores

El material de investigación debe estar disponible para que otros investigadores puedan verificarlo, o volver a analizarlo y utilizarlo. El investigador debe respetar el trabajo de otros, citando las fuentes de sus ideas, como publicaciones o materiales de investigación. Algo similar deben tener en cuenta los directores respecto de sus dirigidos o becarios, reconociendo las aportaciones personales de los mismos.

La responsabilidad alcanza a los propios investigadores cuando, como evaluadores, tienen que dictaminar sobre cuestiones científicas.

Sería el caso de postulantes para cargos científicos, tesis doctorales y de posgrado, aplicaciones de proyectos, presentaciones de trabajos a revistas científicas, evaluación de protocolos hospitalarios y otras cuestiones similares. Ellos están obligados a aplicar estándares académicos razonables, promoviendo un debate objetivo sobre aplicaciones y limitaciones que tienen los diversos métodos.

Pero ello debe estar acompañado de una actitud abierta frente a las distintas metodologías, a las diversas áreas de investigación y a las diferentes perspectivas y orientaciones. Además, los miembros o jurados de esas comisiones dictaminadoras deben estar dispuestos a oír los argumentos provenientes por otras escuelas de pensamiento; dicha apertura demostrará si son competentes o no para esa tarea.

La diversidad de escuelas y orientaciones no debe ser obstáculo para que se trabaje según normas fundadas y reconocidas. También es necesario que, durante la realización de las investigaciones, se hagan cumplir esos mismos estándares, controlando su calidad. Cuando esto no acaece, no deben silenciarse las críticas, esgrimiendo razones de lealtad o de obediencia. Sólo el juicio constructivo y el intercambio de información permiten alcanzar, en cada ámbito, verdaderos estándares científicos.

Los estándares que deben cumplirse y la validez de los razonamientos cobran particular importancia cuando la investigación puede acarrear consecuencias para la reputación o integridad de individuos o grupos, o pudiera influir en decisiones políticas. En estos casos, es de gran importancia que el investigador presente posibles interpretaciones alternativas de sus descubrimientos.

Las organizaciones de las ciencias psicológicas y los organismos internacionales

En el campo preciso de las ciencias de la conducta, França-Tarragó² ha planteado que en las pautas CIOMS no se han explicitado suficientemente las dificultades psicológicas que puedan surgir en la investigación con seres humanos. En efecto, si bien no excluyen la perspectiva de la salud mental como objeto de investigación, hay una excesiva “medicalización” del tema dejando de lado los aportes fundamentales de la psicología. No hace falta recordar que la OMS incluye en la definición de la salud los aspectos psicológicos. Por ello, estas normativas deberían insistir que en toda investigación en salud mental o conductual el diseño sea sometido a la evaluación de los comités de ética respectivos.

2 “Quizá haya llegado el momento en que a la CIOMS se agreguen las organizaciones de las ciencias psicológicas. O, por el contrario, que la Organización Mundial de la Salud anime a la conformación de una organización específica para los aspectos de la salud mental o psicológica de los seres humanos, que se ocupe de afrontar los dilemas propios de la investigación con este tipo de personas”. França-Tarragó O. *Algunas dificultades en la aplicabilidad de las Pautas Éticas en los países de América Latina*. Presentado en el seminario “Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Seres Humanos. Nuevos desarrollos”. Santiago de Chile, 16 y 17 de octubre de 2003.

Referencias

1. Jonas H. *Técnica, medicina y ética. La práctica del principio de responsabilidad*. Barcelona: Paidós; 1997.
2. Ladrière J. Expérimentation humaine et droits de l'homme. En : *Experimentation biomédicale et droits de l'homme*. Paris : PUF; 1988.
3. Lolas F. *Bioética y antropología médica*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; 2000: 143-150.
4. Benson PR. The social control of biomedical research. *Social Science and Medicine* 1989; 29: 1-12.
5. Rovaletti ML. La investigación biomédica actual: un cuestionamiento a la sociedad en su conjunto. *Acta Bioethica* 2003; 9(1): 105-111.
6. Schuler H. *Ethical problems of psychological research*. New Cork: Academic Press; 1982: 88.
7. Leibovich de Duarte AS. La dimensión ética en la investigación psicológica. *Investigaciones en Psicología* 2000; 5(1): 41-61.
8. França-Tarragó O. *Ética para Psicólogos*. Bilbao: Desclée De Brouwer; 1996.

Recibido el 16 de noviembre de 2005.

Aceptado el 04 de enero de 2006.

RESPONSABILIDAD DEL PATROCINADOR DESPUÉS DE UN ENSAYO CLÍNICO

Elizabeth Benites Estupiñán*

Resumen: Este artículo describe algunos problemas éticos derivados de los estudios multicéntricos en países en desarrollo, particularmente los referidos al rol de los patrocinadores luego de concluido un ensayo clínico. Luego de pasar revista a algunas normativas internacionales, propone un conjunto de obligaciones éticas para los patrocinadores de estos ensayos. Las evidencias mostradas hacia el final sugieren más bien pesimismo respecto de su cumplimiento.

Palabras clave: ética, ensayo clínico, patrocinador, fármaco

RESPONSABILITY OF SPONSORS AFTER CLINICAL TRIALS ARE FINISHED

Abstract: This paper describes some ethical problems derived from multi center studies in developing countries, specifically those referred to the role of sponsors after the clinical trial is concluded. After reviewing some international norms, it proposes several ethical obligations fro sponsors of these trials. Finally, the evidence shows pessimism with respect to fulfilling them.

Key words: ethics, clinical trial, sponsor, drug

RESPONSABILIDADE DO PATROCINADOR APÓS A REALIZAÇÃO DE UM ENSAIO CLÍNICO

Resumo: Este artigo descreve alguns problemas éticos derivados dos estudos muticêntricos nos países em desenvolvimento, particularmente os relacionados com o papel dos patrocinadores logo após a conclusão de um ensaio clínico. Após análise de algumas normas interaccionáis, propõe um conjunto de obrigações éticas para os patrocinadores destes ensaios. As evidências indicam um certo pessimismo quanto ao seu cumprimento.

Palavras chave: ética, ensaio clínico, patrocinador, fármaco

* Doctora en Medicina y Cirugía, Master en Salud Pública. Subdirectora técnica y responsable de la Coordinación de Aseguramiento de la Calidad del Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical "LIP", Guayaquil, Ecuador
Correspondencia: ebenitese@yahoo.com

Situación actual

Se estima que, dentro de un proceso de elaboración, uno de cada 10.000 fármacos va desde la fase preclínica a la fase clínica de comercialización y, de ellos, sólo un 20% empieza a distribuirse comercialmente. El criterio de calidad de un nuevo fármaco se mide en la etapa de post comercialización, vigilando permanentemente sus reacciones adversas. Se pide al nuevo fármaco que aporte a tratamientos ya existentes con mayor eficacia, menor riesgo, mejor cumplimiento terapéutico, menor probabilidad de errores, facilidad de dosificación y mayor comodidad de administración(1).

Cada día de atraso en las investigaciones clínicas y farmacológicas les cuesta a las industrias farmacéuticas aproximadamente 1.300.000 dólares, por lo que uno de sus intereses sería una rápida aprobación de sus protocolos. Las patentes expiran muy rápido, aunque su duración recientemente ha sido extendida de quince a veinte años(2).

Una investigación puede llevar de ocho a doce años en desarrollar todos los estudios y su costo aproximado es de cuatrocientos a seiscientos millones de dólares por cada producto terminado. Ciertos pasos, como los de Fase I y Fase II temprana, no pueden acortarse, pero sí los siguientes pueden acelerarse, tal es el caso de la fases finales II y III tardías.

Una forma de apurar el proceso es reclutar en el menor tiempo posible. Es por eso que las dos últimas fases de investigación se están realizando en distintas partes del mundo, y se recluta un gran número de sujetos de investigación en un breve período de tiempo, con el objeto de reunir la información necesaria y obtener así la patente. De este modo, se puede introducir la droga en el mercado equiparando así la pérdida económica que implica la realización de ensayos clínicos. En muy raras excepciones,

cuando la droga tiene un costo muy elevado, el patrocinador solicita la patente durante la fase preclínica, antes de que la investigación haya concluido.

Efectivamente, el objetivo de mejorar la eficacia de un producto presenta un dilema para los investigadores, los patrocinadores y los encargados de formular las políticas. Los servicios de inclusión fijan criterios de admisión más rígidos que contribuyen a aumentar las tasas de éxito. Adicionalmente, las características de los clientes, antes y después del tratamiento, lo mismo que su entorno social, influyen en el éxito del ensayo(3).

Por otro lado, el sujeto vinculado a estudios de investigación clínica, farmacológica y terapéutica, inmerso en una sociedad donde la utilidad económica juega un rol preponderante, se vuelve vulnerable a las necesidades de atención sanitaria. Las relaciones médico-paciente están sujetas a disposiciones legales, patrocinadores, farmacéuticos, organizaciones de investigación por contrato (CRO) y sistemas de salud privados y públicos.

Más aún, se ha hecho práctica habitual de empresas farmacéuticas y de fabricantes de equipos o insumos médicos financiar viajes, estadías en el extranjero, proyectos de investigación u ofrecer directamente regalos a profesionales que, por su nivel jerárquico, están en situación de inclinarse para uno u otro producto que suele producir ganancias a estas empresas(4).

Los compromisos del patrocinador están establecidos en el Código de Nuremberg, la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial de 1964 y sus posteriores actualizaciones, las Guías para la Buenas Prácticas Clínicas (BPC) de la Conferencia Internacional de Armonización, emitidas por Estados Unidos, la Unión Europea y Japón en 1996, y todas las

pautas éticas y declaraciones emitidas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS).

Desde un punto de vista histórico, las BPC actuales son herederas de una serie de normas u obligaciones que han ido formulando diferentes autoridades en el curso de los años, entre ellas las “Obligaciones para el Monitor y el Promotor”, formuladas por la *Foods and Drug Administration* (FDA) norteamericana, en 1977; las “Obligaciones para el Investigador”, de la misma FDA, en 1978 y 1988; las “*Nordic Guidelines*”, en 1989; las primeras Directrices Europeas, de julio de 1991; las recomendaciones BPC de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 1994, o las normas BPC de *The International Conference on Harmonisation of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use* (ICH), en 1997.

Del patrocinador

En la mayoría de los países en los cuales se realizan ensayos clínicos existen normativas y disposiciones nacionales, y las agencias regulatorias son las encargadas de hacer que se cumplan. Ciertas instrucciones generales comunes son, por ejemplo:

- El patrocinador es el individuo, compañía, institución u organización responsable de iniciar, administrar, monitorear y/o financiar los ensayos clínicos.
- Serán deberes y responsabilidades del patrocinador todos aquellos establecidos en las reglamentaciones, tanto nacionales como internacionales; adicionalmente en todo estudio que se apruebe para su ejecución.
- El patrocinador será el responsable de firmar y cumplir el contrato económico que deberá suscribir para efectos individuales de cada estudio junto con el director del establecimiento donde se realizará la investigación.
- En caso de ensayos clínicos controlados con medicamentos, el patrocinador deberá comprometerse a suministrar, sin costo alguno, el producto de investigación al sujeto, en caso de comprobarse sus beneficios, hasta cuando se encuentre comercializado en el país.
- La continuación del tratamiento en pacientes crónicos debe ser calificada caso a caso por organismos responsables de la evaluación y solicitarla cuando lo considere necesario.
- El patrocinador de la investigación en seres humanos presentará al organismo oferente, la solicitud de evaluación y aprobación, adjuntando el protocolo en idioma oficial del país oferente y todos los requisitos por el ejecutivo de cada país. Debe presentarse cualquier información escrita que vaya a distribuirse a los pacientes como: panfletos informativos, instructivos, tarjetas de diario, entre otros.
- El patrocinador conservará los protocolos de fabricación y control de los lotes de productos fabricados para la investigación. Asimismo, las muestras de cada lote se conservarán hasta doce meses o más, dependiendo de cada país, después de la fecha de caducidad.
- El patrocinador de un ensayo o estudio clínico firmará un contrato donde constarán todos los aspectos económicos relacionados con un ensayo o estudio clínico de cualquier agente terapéutico, profiláctico o diagnóstico realizado en seres humanos, dirigido a descubrir o verificar los efectos clínicos, farmacológicos y/u otros efectos fármaco-dinámicos de un producto en investigación, y/o a identificar una reacción adversa al producto en investigación, y/o a estudiar la absorción, distribución, metabolismo y excreción de un producto en investigación con el objeto de determinar su seguridad y/o eficacia.

- La aprobación del ensayo o estudio clínico queda sujeta a que el patrocinador o el investigador principal suscriba y mantenga vigente, hasta por al menos un año después de concluido el estudio, una póliza que cubra los daños o perjuicios que pudieran ocasionarse a los pacientes sujetos de investigación como resultado del estudio o sus procedimientos, sin perjuicio de la responsabilidad solidaria del patrocinador y del investigador. El monto de la póliza se fijará para cada caso concreto según la naturaleza de la investigación. El derecho a la indemnización del paciente participante en un ensayo o estudio clínico es irrenunciable.
- El patrocinador de la investigación pagará la totalidad de los gastos que asume el establecimiento. El cobro de las actividades o servicios generados por la investigación se ajustará a las tarifas vigentes y, en ningún caso, podrá ser inferior al costo total (directo e indirecto) que dichos bienes y servicios significan para la autoridad oferente.

Condicionamiento ético

Existen cuatro obligaciones éticas en la orientación de las investigaciones médicas y en las políticas de los patrocinadores y organismos que proponen la realización de estos ensayos clínicos en países en desarrollo:

- Aliviar el sufrimiento.
- Mostrar respeto hacia las personas.
- Ser sensibles a las diferencias culturales.
- No aprovecharse de la vulnerabilidad(5).

Pero, ¿cuál es la situación del sujeto que participa en un estudio una vez que el producto entra a la etapa de comercialización? ¿Se beneficia con la continuación de su tratamiento o deberá interrumpirlo una vez terminado dicho

estudio (países en vía de desarrollo)? ¿Cuál es el rol de los gobiernos en la subvención del tratamiento post ensayo clínico hacia estos sujetos? ¿Deberá el patrocinador continuar solventando el tratamiento y por cuánto tiempo?

Me permito sugerir algunas obligaciones para los patrocinadores, en concordancia con los principios éticos presentes en las declaraciones y normativas citadas.

1. La obligación ética de los patrocinadores es proporcionar al sujeto investigado la asistencia y tratamiento en función de sus recursos durante los siguientes cinco años, una vez que el producto esté en el mercado internacional.
2. Los patrocinadores deberán intentar asegurar la calidad de su producto mediante monitoreo continuo y farmacovigilancia durante los diez años siguientes a su comercialización.
3. Deberán contribuir a la capacitación científica y prestación de servicios en las comunidades donde se llevaron a cabo dichos estudios durante los cinco primeros años post comercialización.
4. Deberán participar en reuniones con entidades gubernamentales para establecer el costo del medicamento ya registrado, cuya disponibilidad económica beneficie a países en desarrollo.

¿Aceptarán los patrocinadores estas sugerencias? Examinemos algunas evidencias.

El diario *El Clarín*, de Buenos Aires, del jueves 3 de noviembre de 2005, informa en titulares: “En Estados Unidos de Norteamérica revelan que pruebas de medicamentos causan muertos y heridos”. Refiere que los laboratorios farmacéuticos contratan otras empresas privadas para llevar a cabo pruebas experimentales

de sus medicamentos en seres humanos (la empresa subcontratada SFBC, fundada en 1984, que desde 2001 elevó su rentabilidad al menos en un 45%). Señala el artículo que la industria farmacéutica paga a la mayoría de los grupos encargados de controlar estas pruebas y quienes se someten a ellas son inmigrantes pobres procedentes de Latinoamérica, quienes, por mantener un ingreso económico, participan en más de un ensayo al mismo tiempo. Señala, además, la nota que la FDA ha delegado gran parte de la responsabilidad de supervisar la seguridad de estas pruebas en compañías privadas, conocidas como Consejos Institucionales de Revisión, que también son financiados por los laboratorios(6).

La vida, la integridad personal y la salud han sido consideradas, desde la conciencia social y el derecho positivo, como valores que revisten interés público y no sólo como derechos subjetivos privados. En efecto, su protección expresa se encuentra en la Declaración Americana de

los Derechos y Deberes del Hombre, Arts. VII y XI; la Declaración Universal de Derechos Humanos, Arts. 3º, 8º y 25º; Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Art. 12 incs. 1º y 2º, apartado d); Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Art. 24; Convención Americana de Derechos Humanos, Art. 4, inc. 1º, Art. 5º, inc. 1º, Arts. 19 y 26; Convención sobre los Derechos del Niño, Arts. 3º, 6º, 23º, 24º y 25º.

¿Es éticamente aceptable la actitud de las farmacéuticas? Podremos confiar en los estudios que se llevan a cabo en países en vías de desarrollo? ¿Estarán los medicamentos garantizados si, desde la fase inicial, ya hay denuncias de conflicto y fraude científico por la falla en el control por parte de las agencias regulatorias?

Estas interrogantes dejo al lector para que analice y establezca su propia versión sobre cuál es la responsabilidad del patrocinador después de un ensayo clínico.

Referencias

1. Dimnik C. Ensayos Clínicos en la Argentina: Logística del material clínico. *Las Tesinas de Belgrano* 2005; 162. [Sitio en Internet] Disponible en http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/162_dimnik.pdf Último acceso en octubre 2006.
2. *ClinicalTrials.gov*. [Sitio en Internet] Disponible en www.ClinicalTrials.gov Último acceso en octubre 2006.
3. Carroll KM. Relapse Prevention and psycho-social treatment. A review of controlled clinical trials. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 1996; 4: 46-73.
4. CENDEISS. Guía para el trámite de investigaciones en Seres Humanos en la Caja Costarricense de Seguro Social. *Boletín Subárea de Investigación y Bioética* 2004; 3. [Sitio en Internet] Disponible en www.cendeiss.sa.cr/etica/BOL3.html Último acceso en octubre 2006.
5. Nuffield Council on Bioethics. *Ética de la investigación relativa a la atención sanitaria en los países en desarrollo. El resumen, las conclusiones y las recomendaciones contenidas en las normas CIOMS*. [Sitio en Internet] Disponible en <http://www.puc.cl/enfermeria/html/noticias/doc/cioms.pdf> Último acceso en octubre 2006.
6. *El Clarín*, Sociedad, jueves 3 de noviembre de 2005, págs. 36-37.

Recibido el 24 de marzo de 2006.

Aceptado el 04 de mayo de 2006.

FERNANDO LOLAS, ÁLVARO QUEZADA Y EDUARDO RODRÍGUEZ (Editores)
Investigación en salud. Dimensión ética.

Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética (CIEB), Universidad de Chile, 2006, 390 pp.

El Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética (CIEB) de la Universidad de Chile, en conjunto con el Programa de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS, acaban de publicar un manual de ética de la investigación en salud. El volumen reúne contribuciones de miembros académicos del CIEB, de alumnos del Programa Internacional de Ética de la Investigación Biomédica y Psicosocial, auspiciado por el Fogarty International Center, de los *National Institutes of Health* (USA), y de investigadores y académicos de más de siete países latinoamericanos. Los editores del libro son el Dr. Fernando Lolas, Director del Programa de Bioética OPS/OMS, Álvaro Quezada, encargado de publicaciones de dicho Programa, y Eduardo Rodríguez Yunta, coordinador del Programa de Ética de la Investigación ya señalado.

El libro aborda tópicos de ética de la investigación, con capítulos sobre ciencias sociales, salud pública, funciones de los comités de ética, normas legales en países latinoamericanos, confidencialidad, odontología, trabajo con animales de laboratorio, estudios multicéntricos, conflictos de interés y ética de la publicación científica, entre otros. En definitiva, la mayor parte de las cuestiones actualmente en debate en bioética sobre la investigación científica y biomédica. Incluye, además, pautas y declaraciones de indiscutida vigencia. Cuenta con una bibliografía relevante, fuentes de referencia y una lista de instituciones y recursos investigativos que incrementan su utilidad.

El volumen está dirigido—en palabras de Fernando Lolas, “a manera de prólogo”—“a investigadores latinoamericanos que deseen una orientación en algunos debates actuales sobre control y regulación de su trabajo. También a estudiantes que inician una carrera académica y precisan conocer los fundamentos de la competitividad y legitimidad que caracterizan el ambiente internacional. Los directivos de instituciones académicas y los miembros de comités de ética encontrarán aquí material para reflexionar y decidir (...) Aspiramos a que legisladores y políticos mediten sobre las consecuencias de la investigación científica, aunque su nivel no sea comparable al de países más prósperos”.

Organizado en diecinueve capítulos, presenta, en primer lugar, una introducción de la historia y el presente de la bioética, como disciplina de diálogo ético creativo. A continuación, se analizan los tipos de investigación científica y, en especial, la desarrollada con seres humanos en el contexto social de los países en desarrollo. Se muestra una breve historia de la ética de la investigación con seres humanos, las normas legales existentes, tanto para la investigación como para los comités de ética de la investigación científica, y la situación actual de estos últimos en los países latinoamericanos y del Caribe.

Como aspectos más concretos, se revisa la ética de la salud pública y de la investigación en ciencias sociales, que supone una buena novedad en este tipo de estudios, pues ha estado muy centrada en las ciencias biomédicas y, sobre todo, en el ámbito clínico. Se incluyen también—entre otros— estudios sobre la investigación en genética humana, los ensayos clínicos, la investigación con embriones humanos o la que se realiza con poblaciones más vulnerables, como menores de edad, mujeres, adultos mayores, enfermos terminales o personas infectadas con VIH/SIDA.

Se trata, en definitiva, de un repaso bastante completo a la mayoría de las cuestiones éticas debatidas en el campo de la investigación en salud. Con análisis bien fundados, con una muy buena utilización de la bibliografía más reciente. Aunque no sea la intención de los propios autores, es, en efecto, el primer manual sobre ética de la investigación en salud editado en Latinoamérica. Será de gran utilidad en la formación de profesionales relacionados con la salud y, también, en el debate público sobre estos temas, tan necesitado de reflexión, de altura académica y de diálogo constructivo.

Es de agradecer que editores y autores hayan puesto al alcance de todos los resultados de los trabajos e investigaciones realizadas en el Programa Internacional de Ética de la Investigación. Tiene gran importancia que el debate en bioética se desarrolle en un nivel académico y de investigación; muchas veces las tesis de alumnos de maestrías o posgrados, o los trabajos de investigación realizados en las universidades, se difunden en un ámbito muy reducido. Todos necesitamos este aporte de estudios de calidad que mejoren nuestra perspectiva de cuáles son los problemas bioéticos reales en nuestros países latinoamericanos, para conseguir un debate más útil. En palabras de Fernando Lolas: “las consecuencias éticas, económicas o culturales (de la investigación) no respetan fronteras y afectan por igual a los habitantes de todas las naciones, pobres y ricas, desarrolladas o en desarrollo. Y anticipar desafíos y debates es elemental cautela, no lujo prescindible”.

Francisco León Correa

DIETRICH VON ENGELHARDT, JOSÉ ALBERTO MAINETTI, ROBERTO CATALDI, LUISA MEYER (Editores)***Bioética y Humanidades Médicas.***

Editorial Biblos, Buenos Aires, 2004, 231 pp.

La historia de la bioética, la perspectiva metódica, los dilemas ante el paciente terminal, el SIDA o la distribución de los recursos en salud –entre otros temas– son abordados aquí de manera precisa, en una clara demostración de vocación interdisciplinaria. Se evidencia la influencia de las escuelas de Heidelberg (Schipperger) y de Madrid (P. Laín Entralgo) y es notable la intención de los autores de alcanzar una racionalidad médica, uniendo la teoría y la práctica.

Publica el libro la Academia Argentina de Ética en Medicina. La aportación de Dietrich von Engelhardt –ex presidente de la Academia Alemana de Ética Médica– es extensa, con artículos sobre la ética médica, el médico y el paciente: entre la ciencia y la humanidad, el principio de la subjetividad, filosofía y praxis psiquiátrica, la verdad junto al lecho del enfermo, y la eutanasia: entre el acortamiento de la vida y el apoyo a morir. Los artículos se ordenan en una primera sección más general de introducción, otra sobre las relaciones entre la bioética y las humanidades en el aspecto metódico, y la tercera sobre la conflictividad entre la bioética y esas mismas humanidades médicas.

MIGUEL KOTTOW***Introducción a la Bioética.***

Ed. Mediterráneo, Santiago de Chile, 2005, 267 pp.

El presente texto es una revisión y ampliación de otro que el autor publicó en 1995. Se mantiene en esta segunda edición el carácter discursivo con que presenta los problemas y conflictos de la bioética, pero se abstiene voluntariamente de prescribir soluciones, aunque en ocasiones insinúe los abordajes que considera más apropiados. La temática es amplia, desde los fundamentos de la ética y las herramientas de la bioética y sus diversas escuelas, hasta los aspectos directamente bioéticos: el entorno natural, la ética de la sexualidad, inicios de la vida, genética, calidad de vida, dilemas en torno al final de la vida, trasplante de órganos. Dedicar los últimos capítulos al encuentro clínico, la bioética y la salud pública –tema de otro libro reciente del mismo autor–, y la profesión médica. En cada caso invita a una reflexión no sólo centrada en las profesiones biomédicas, sino en el debate más amplio que se produce en la sociedad civil.

VOLNEI GARRAFA, MIGUEL KOTTOW, ALYA SAADA (Coordinadores)***El estatuto epistemológico de la Bioética.***

UNESCO e Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, 1ª ed., 2005.

La Red Bioética de la UNESCO organizó un simposio en Montevideo, en noviembre de 2004, sobre el “Estatuto Epistemológico de la Bioética”. El presente libro contiene las ocho ponencias principales, con los comentarios de los especialistas invitados. Colaboran en esta obra profesionales de nueve países latinoamericanos que, desde la perspectiva de las ciencias biológicas, sociales y las humanidades, abordan los problemas epistemológicos de la bioética. Miguel Kottow trata sobre “Bioética prescriptiva. La falacia naturalista y el concepto de principios en bioética”. Juan Carlos Tealdi, “Los principios de Georgetown: análisis crítico”. Volnei Garrafa, “Multi-inter-transdisciplinariedad, complejidad y totalidad concreta en bioética”. Pedro Luis Sotolongo, “El tema de la complejidad en el contexto de la bioética”. León Olivé, “Epistemología en la ética y en las éticas aplicadas”. Fermin Roland Schramm, “¿Bioética sin universalidad?”

Justificación de una bioética latinoamericana y caribeña de protección”. Guillermo Hoyos Vásquez y Julio Cabrera, “Estructuración del lenguaje bioético”. Comentan las ponencias principales José M^a Cantú, Stella Cerruti, Pedro Federico Hooft, Fernando Cano, Marta Escurra, Daniel Piedra, José Eduardo de Siquiera y Javier Luna Orozco.

J.M^a. G^a GÓMEZ-HERAS Y C. VELAYOS

Bioética, perspectivas emergentes y nuevos problemas.

Editorial: Tecnos. Madrid, 2005, 327 pp.

Los textos de este libro son el resultado del simposio “Salud y Enfermedad. Perspectivas y Problemas”, celebrado en Salamanca y publicado ahora por Tecnos. Este libro, como anuncia el subtítulo, tiene la intención de contribuir a que la bioética reflexione alrededor de las perspectivas emergentes y los problemas en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud.

El volumen consta de tres partes bien diferenciadas. La primera –perspectivas emergentes– aborda cuestiones referentes al método, presupuestos y planteamientos de la disciplina; la segunda –problemas nuevos– replantea de manera novedosa temas bioéticos de actualidad, y, la tercera –en torno al consentimiento informado– recoge varios trabajos sobre esta cuestión importante.

JOSÉ GARCÍA FÉREZ

La Bioética ante la enfermedad de Alzheimer.

Editorial Desclee De Brouwer, S.A. Publicaciones de la Cátedra de Bioética de la Universidad Pontificia de Comillas (13), Madrid, 2005, 584 pp.

El propósito de este libro no es elaborar lo que algunos podrían llamar una ética geriátrica o gerontológica, ni siquiera una ética de o para la enfermedad de Alzheimer (EA), sino proponer, mediante un paradigma bioético-asistencial y un procedimiento analítico-decisional, un modelo ético que sea útil para cualquier cuidador principal o profesional sociosanitario implicado o comprometido en la atención de alguna persona afectada por esta patología, y que permita afrontar con responsabilidad, prudencia y excelencia el complejo y problemático mundo de la toma de decisiones morales en pacientes con EA. Esta obra se organiza en tres marcos narrativos: exposición y descripción de la ancianidad y la EA; fundamentación y explicación teórica de un paradigma bioético-asistencial riguroso y coherente para esta enfermedad y sus problemas asistenciales, y aplicación práctica de dicho paradigma

**JOAQUIM CLOTET, ANA MARÍA FEIJÓ, MARÍLIA GERHARDT DE OLIVERA
(Coordinadores)**

Bioética, Uma Visão panorâmica.

Ediciones de la Pontificia Universidad Católica do Rio Grande do Sul (EDIPUCRA), Porto Alegre, 2005, 280 pp.

En total, diecinueve especialistas proporcionan una “visión panorámica” de la bioética y de los múltiples problemas de debate que los autores han expuesto en la docencia del Curso de Invierno de Bioética, que imparten desde 1999. Ofrecen así al lector, especialmente a los alumnos universitarios y de educación continua, “una contribución eficaz para el diálogo, el respeto y la justicia, siempre que esté relacionada con la vida en nuestro planeta en sentido extenso, o con la calidad de la vida humana en particular”, como escribe Joaquim Clotet en la presentación de esta obra.

MAY CHOMALÍ GARIB Y JAIME MAÑALICH MUXI

La desconfianza de los impacientes. Reflexiones sobre el cuidado médico y la gestión de riesgos en las instituciones de salud.

Mediterráneo, Santiago de Chile, 2006, 185 pp.

May Chomalí y Jaime Mañalich coordinan las aportaciones de doce autores del ámbito de las ciencias de la salud, el derecho y la sociología, centrados en tres secciones. La primera, sobre calidad de la atención médica, expone los cambios sociales recientes en Chile, y los cambios en la relación médico-paciente, con el marco ético y jurídico chileno en torno al consentimiento informado, la ficha clínica y la confidencialidad de los datos de salud. En la segunda parte se centran en la gestión de los riesgos en salud y en cómo prevenir los eventos adversos, dentro de una atención en salud de calidad. La tercera analiza las relaciones entre Medicina y Derecho, con el estudio de la responsabilidad médica y de las instituciones de salud en el ámbito del Derecho Civil y Penal, y el marco legal de los derechos y deberes de médicos y pacientes.

Francisco León Correa

TABLA DE CONTENIDOS

ACTA BIOETHICA 2006 AÑO XII - N° 1

Presentación

Fernando Lolas Stepke

Originales

Pobreza y desigualdades sociales: un debate obligatorio en salud oral

César Ernesto Abadía Barrero

Atención al paciente VIH/SIDA: legislación y bioseguridad odontológica en Colombia

Blanca Lucía Acosta de Velásquez

La bioética como soporte de la bioseguridad

Roberto R. Iribarra Mengarelli

Necesidad de la bioética en la educación superior

Clemencia Bermúdez de Caicedo

Nivel de conocimiento de la bioética en carreras de odontología de dos universidades de América Latina

Ana Laura Buendía-López y Carolina Álvarez de la Cadena-Sandoval

Bioética en la malla curricular de odontología

Rina Ana Guerra

Importancia de las humanidades en odontoestomatología

Cristina Alicia Deangelillo

Bioética, ética y odontoestomatología legal

Luis Ciocca Gómez

Bioética y ejercicio profesional de la odontología

María Angélica Torres-Quintana y Fernando Romo O.

La ética: un problema para el odontólogo

Jorge Triana Estrada

El consentimiento informado en odontólogos residentes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de la Plata

Ricardo Miguel y Martín Zemel

Interfaces

Modelos de prevención en la lucha contra el VIH/SIDA

John Harold Estrada M.

Prematuros extremos. ¿Es posible establecer un límite de viabilidad?

María Estela Grzona

Documentos

Bioethics at the Pan American Health Organization. Origins, development, and challenges

Fernando Lolas Stepke

Recensiones

Publicaciones