

PRAXIS 74

Contenido

5 Presentación

Artículos

- 11 “Evidencia” y biomedicina
Ana Rodríguez Allen
DOI: <http://dx.doi.org/10.15359/pHiperbinculoraxis.74.1>
- 35 Bioética de la liberación y análisis del discurso
Luis Barrantes Montero
DOI: <http://dx.doi.org/10.15359/praxis.74.2>
- 51 Recuperar el dolor por la vía platónica
Luis A. Fallas
DOI: <http://dx.doi.org/10.15359/praxis.74.3>
- 65 Una aproximación bioética y de derechos humanos a la intersexualidad en Costa Rica
José Joaquín Alvarado Acuña
DOI: <http://dx.doi.org/10.15359/praxis.74.4>
- 95 Voluntades anticipadas: derecho a decidir
Randall Jiménez Retana
DOI: <http://dx.doi.org/10.15359/praxis.74.5>

PRESENTACIÓN

En el presente número de la Revista Praxis coinciden cinco artículos de personas preocupadas por temas relativos a la práctica médica, la salud, el cuerpo y sus representaciones y los derechos de que tienen y que deberían practicarse a la hora de atenderles.

Un **primer artículo**, de Ana Rodríguez, discute los principios de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE), que les permiten a las voces representantes de la medicina hegemónica auto-legitimarse discursivamente como práctica científica, en detrimento de otras formas terapéuticas descalificadas por “falta de pruebas”. En este artículo, a la vez, se contrastan ciertos abordajes a problemas científicos y filosóficos, que afirman la fe en el método científico, con otras concepciones, tales como las del científico y sociólogo Ludwig Fleck, un contemporáneo de Kuhn, y prácticamente ignorado por este, quien se adelantó a plantear que, para entender el hecho científico, deben estudiarse las estructuras sociológicas y las convicciones que unen entre sí a lo que llamó *colectivo de pensamiento*, cuyo estilo impone los conceptos que para ello se operacionalizan. De esta forma, con Fleck se devela la poca solidez conceptual en teoría y en filosofía de la medicina convencional.

El **segundo artículo**, de Luis Barrantes Montero, resulta un intento de aplicar la Ética de la Liberación, de Enrique Dussel, a problemas propios de la bioética. A partir de un ejemplo, analiza (im)posibilidades de diálogo entre médicos y pacientes, tomando en cuenta la manera de los primeros de abordar la enfermedad y su tratamiento desde prácticas presentadas

como incuestionables. De modo que el autor se dedica a tratar el tema de la intersubjetividad en el uso del lenguaje que media en dicha relación, y a poner en relieve la encriptada forma que tienen las disciplinas científicas de interactuar con las personas que carecen de herramientas verbales para entender y expresarse de la misma manera que los médicos. Para ello, enmarca esta relación en el sistema de pensamiento y de acción moderno-capitalista, que dota a ciertas disciplinas de una autoridad que pasa por encima de valiosos principios éticos. Todo ello para, entonces, proponer la ética de Dussel como instrumento de inicio de un camino orientado a la superación de este tipo de asimetrías.

El **tercer artículo**, de Luis Fallas, es un cuidadoso examen de la forma en la que varios pensadores, y principalmente Platón, piensan el dolor, su inevitabilidad, la urgencia de su atención de forma terapéutica pero también para el análisis del alma. El dolor, dice Platón, más que inevitable es también una necesaria compañía, que bien puede ser aprovechada para pensar, toda vez que no se tenga por un mal en sí. Y estas reflexiones no podrían eximir al placer de su lugar en la escena, a ambas experiencias, dolor y gozo, está atado el ser humano por naturaleza. El autor del artículo nos llama la atención hacia las palabras usadas por Platón para observar el dolor, debidas al abanico de emociones al que está ligado, y reflejo de su capacidad de *potenciador de la vida*, de su riqueza. Como nos lo recuerda Luis Fallas: “no es sino frente a él que empezamos a ser conscientes del bienestar que vivimos, de las posibilidades que desperdiciamos y, sobre todo, del complejo entramado que constituyen nuestros organismos”.

El **cuarto artículo**, de José Joaquín Alvarado Acuña, trata un tema pertinente en el contexto en el cual nos encontramos, de tanto debate relativo a derechos de personas con sexualidades que no responden al patrón heteronormativo. Es un escrito que refleja preocupación en cuanto a los protocolos para tratar personas intersexuales, especialmente menores de edad. Para ello, nos brinda un vistazo a la intersaxualidad en el mundo y en Costa Rica, se adentra en los estigmas que pesan sobre las personas con estas características, y en los aspectos bioéticos y de derechos humanos que deben tener las prácticas médicas propias de la atención a ella. Además, denuncia la patologización de la intersexualidad, a partir de discursos y argumentos fundamentalistas, y su satanización en los medios de comunicación. Y, por

supuesto, se concentra en un llamado a cambiar los paradigmas existentes, que llevan a la asignación de un sexo basada en la genitalidad, en vez de centrarse en la identidad de género con la cual la persona intersexual se identifica, cosa que solo puede expresar a partir de cierto momento de su vida.

Por último, el **quinto capítulo**, de Randall Jiménez Retana, se ocupa de la importancia de un protocolo de *voluntades anticipadas*, del cual carece el sistema médico costarricense, que sirva para asistir a personas que, en trance de muerte o de una enfermedad muy dolorosa o terminal, quieran decidir cómo llegar al final de su vida. El escrito quiere ser una propuesta para el sistema de salud costarricense, de modo que ofrezca esta la posibilidad de un consentimiento informado que se base en el principio de autonomía. La condición para que las voluntades anticipadas permitan a los sujetos tomar decisiones con previsión tiene como requisito indispensable que se sensibilice y forme a los operarios de la salud, de modo que sean capaces de establecer una comunicación con sus pacientes desde los intereses y necesidades de ellos.

Esperamos que lo expuesto en este número provoque preguntas críticas generadoras, y que abra paso a ideas cada vez más pertinentes para pensar nuestro presente y sus retos.

Anabelle Contreras Castro

ARTÍCULOS

“EVIDENCIA” Y BIOMEDICINA

“EVIDENCE” AND BIOMEDICINE

Ana Rodríguez Allen¹
Universidad Nacional
ana.reneallen@gmail.com

Publicado 2016

Resumen

Este artículo muestra que la justificación del enfoque médico dominante, de que su actividad es científica porque parte de la evidencia de las pruebas, en muchos casos observacionales, es un acto de fe, que resulta completamente anacrónico en comparación con los debates científicos contemporáneos.

Palabras clave: evidencia, hecho, método, verificacionismo, falsacionismo, paradigma, estilos de pensamiento, colectivos de pensamiento.

Summary

This article demonstrates that the justification of the dominant medical focus, stating its activities are scientific because they require the evidence of proof, that is in many cases observational, is an act of faith that is ultimately completely anachronistic in comparison to the contemporary scientific debates.

Keywords: evidence, fact, method, verificationism, falsificationism, paradigm, styles of thought, collectives of thinking.

“El conocimiento de la verdad no hace cambiar nada,
a menos que sea un conocimiento afectivo.”
Baruch Spinoza

1 La autora tiene una licenciatura y un doctorado en Filosofía, es cofundadora de la Maestría en Bioética (UNA-CR). Actualmente, trabaja como catedrática en la Escuela de Filosofía y pertenece al Consejo Nacional de Investigación en Salud (Conis).

En medicina convencional se habla mucho de los datos y las evidencias como pruebas irrefutables de que estamos en el camino correcto de un diagnóstico, un tratamiento y un pronóstico; eso es ciencia. El tema de la medicina basada en la evidencia (MBE) se ha convertido en un tópico común, cada vez más recurrente en las discusiones en torno a las diferencias entre medicina convencional y otras aproximaciones terapéuticas. La percepción del paciente, acerca de los tratamientos de la medicina convencional, ha llevado a poner en tela de juicio a los profesionales médicos y paramédicos; con ello, también a sentir recelo ante los fundamentos científicos de la medicina –precisamente ahora, cuando más avanzado se encuentra el conocimiento- lo muestra el éxodo de estos hacia otras terapias. Dice el médico Álvaro Díaz Berenguer, en el libro *El narcisismo en la medicina contemporánea*, que la mayoría de los médicos no comprenden este éxodo, y lo atribuyen “...a la ignorancia del paciente, o a sus creencias que impiden que acepte la verdad de la ciencia”.

De la tesis de la veracidad científica, dice Díaz Berenguer (2010), que la medicina del nivel terciario (hospitalario) es el ámbito médico en que:

...se asigna un lugar de privilegio: es el lugar donde la fisiología es “más exacta” donde se siente con más énfasis el “hálito científico”, donde se trabaja con más certeza y con mayor inmediatez: donde los resultados son evidentes en breve plazo. Al mismo tiempo es el lugar más mecanizado por la tecnología, más distante de la realidad humana de los pacientes (p.57)

Esta supuesta científicidad de la medicina es la que me interesa exponer en este artículo. Para ello, me he propuesto examinar el término evidencia, extenderme en el concepto para comprender el *quid* del asunto en filosofía de la ciencia, y, en especial, el lugar que ocupa la medicina respecto de otras ciencias. La justificación del enfoque médico dominante, de que su actividad es científica porque parte de la evidencia de las pruebas en muchos casos observacionales, es un acto de fe, que resulta completamente anacrónico en comparación con los debates científicos contemporáneos.

Comenzaré por puntualizar algunas cuestiones en torno al enfrentamiento entre la medicina convencional y “otras” terapias. La mayoría de los críticos de las denominadas medicinas alternativas y complementarias

son médicos alópatas, quienes las consideran débiles en sus bases filosóficas y científicas; las acusan de ser macroscópicas y pseudocientíficas, carentes de una revisión sistemática de la biblioteca “Cochrane Collaboration”, así como de no haber sido fundamentadas en un ensayo clínico riguroso.

Desde otro ángulo, se afirma que el auge, en nuestro país, de las terapias alternativas, posiblemente se deba, entre otras causas, a que la medicina convencional ortodoxa en las instituciones sanitarias se ha visto compelida a reducir su acción casi solo a diagnóstico y tratamiento basados, únicamente, en la prescripción de fármacos, pre-asignados por las instituciones sanitarias en concordancia con la industria farmacéutica.

Según H. Wulff, A. Pedersen, y R. Rosenberg (2002), las nuevas investigaciones en relación con el pensamiento médico muestran una falta de confianza en la medicina moderna occidental, y los primeros críticos los encontramos en el seno del mismo gremio médico, pues hay sectores que desconfían de la eficacia de todos los fármacos. Quizá porque ya se ha demostrado (por citar solo un aspecto del inmenso abanico de conocimientos actuales), por la ecología microbiana, que la ingesta de antibióticos, antiácidos o antidepresivos reduce la diversidad bacteriana, elemento clave para gozar de una buena salud (Mediavilla, s. F). Además, en las últimas décadas, el volumen de investigaciones como los gastos de la mayoría de los servicios sanitarios se ha multiplicado. Dicen los autores supra-citados que “...tales esfuerzos no han tenido los efectos esperados sobre la morbilidad y la mortalidad...” (p.37)

Es decir, a pesar de que la medicina convencional había anunciado, con bombos y platillos, su triunfo en las enfermedades, la cuestión no ha sido así. Por ejemplo, cuando la OMS lanzaba la campaña del concepto global de *Salud para todos para el año 2000*, algunos autores se preguntaban, en la década del noventa, cómo era posible que los promotores de salud sostuvieran dicha quimera. Estos autores, como Pert Skrabanek, consideraban que algunos de los estudios epidemiológicos padecen de “...falta de consistencia externa entre estudios, y al problema epidemiológico y epistemológico de confundir asociación con causalidad” (p. 158). Así, el médico y toxicólogo Pert Skrabanek (1999) afirma, al mejor estilo de Popper o Feyerabend, que la medicina convencional, siguiendo los pasos de la ideología médica americana, legitima a la comunidad de expertos y a sí misma, creando

conceptos, normas, decretos, protocolos de actuación, sin las suficientes evidencias o contrastes científicos, cuyas decisiones, emanadas desde un grupo de “expertos”, definen qué es lo correcto e incorrecto en la ciencia médica (Skravanek, 1990b y 2000).

Una crítica fundamental hacia la medicina convencional es que está, primordialmente, enfocada en una concepción mecánica del cuerpo, dejando de lado aspectos psíquicos y espirituales del ser humano. La medicina enfocada desde una visión mecanicista es descrita por el médico Oscar L. Vaca así:

¡¡¡Qué tristeza provocan los médicos que observan al paciente como una trampa pasiva de sistemas físico-químicos, enteramente escrutable y mensurables!!! Desde todo punto de análisis, esta es una actitud puramente mecanicista, de visión tubular; reprochable aún desde el punto de vista técnico, porque generalmente el dermatólogo le interesa la realidad enfocada en su lupa sobre la epidermis, el gastroenterólogo no quiere saber qué sucede por arriba del diafragma y por debajo de la fosas iliacas, el neurólogo moderno es el explorador de los inconmensurables mecanismos cito-moleculares que se relacionan con la patogenia de este exquisito e inexpugnable terreno corporal (Vaca, 2009, p. 170).

Sin embargo, los seguidores de la medicina convencional argumentan, como el bioquímico J. M. Mulet, en su libro *Medicina sin engaños*, que la fortaleza de la disciplina se encuentra en el método científico y en la medicina basada en la evidencia (o en pruebas) de los hechos estadísticos (MBE).² Esto se refiere a hechos médicos que pueden ser verificados en un ensayo clínico o, en otras palabras, en una consolidada evidencia científica basada en la “...evaluación crítica del conocimiento científico y clínico existente, tanto diagnóstico, como pronóstico o terapéutico existente...” (González Cáceres, 2013, pp. 406-411) En consecuencia, este autor afirma que las terapias alternativas son pseudomedicinas, que elaboran inferencias generales a partir de pocos casos particulares y que eso no puede constituirse en una evidencia sustancial: el que funcione un tratamiento para una persona no implica que luego se pueda generalizar a otras. De acuerdo con Mulet: “Solo los ensayos clínicos controlados y los meta-análisis sirven para

² Término que proviene del inglés: *Evidence-Based Medicine* conocido en otros países como medicina basada en pruebas.

extraer conclusiones generales...” (Mullet, 2016, p. 113) que, según este autor, deberían ser el norte que guíe las decisiones médicas; no optar por ese camino induce a la especulación³. Sin embargo, el cardiólogo Eduardo Alegría, asevera que:

La crítica más reiterada a la “medicina basada en la evidencia” es su poca aplicabilidad a la práctica real. Los ensayos clínicos en los que se fundamenta se realizan en condiciones inhabituales: en grupos de pacientes muy seleccionados de los que se excluyen los más difíciles; rígidamente tratados y estrechamente vigilados; durante periodos de tiempo no tan largos como quisiéramos por parte de profesionales reconocidos policialmente supervisados, etc. Muchos no reconocen entre sus pacientes condiciones similares a las de los que se emplearon para demostrar alguna virtud terapéutica. O hay muchas situaciones para las que no hay “evidencia” y tenemos que manejarnos con la experiencia y sensatez (Alegría Ezquerro, 2014, s. p.).

Hoy, el endocrinólogo Víctor Montori (s. f.), de la Clínica Mayo, habla del fin de la medicina basada en la evidencia. Para él, la evidencia nunca es base suficiente ni única para tomar una decisión clínica, por lo que esta debe aunarse a la experiencia clínica del profesional de salud. La MBE, sin la experiencia del clínico, es insuficiente, porque el paciente *no es una cosa que pueda subsumirse ciegamente en un protocolo de investigación*. En ese sentido, y a pesar de la utilidad de las guías de prácticas clínicas, habría que considerar que estas podrían haberse construido a partir de una “realidad estadística sesgada”.

Los procesos, por los cuales los practicantes de la medicina llegan a conclusiones acerca de un tratamiento por seguir, no son simples. Históricamente, en el colectivo de pensamiento tradicional médico, los problemas clínicos se resolvían mediante la propia experiencia clínica, se escuchaban y se seguían las orientaciones de los maestros más experimentados, así como el análisis de las trayectorias o sendas subyacentes a la búsqueda de la enfermedad diagnosticada. Se confería valor solamente a la autoridad clínica. Con la aparición de la MBE, se desplazan las decisiones de dicha autoridad

³ Los debates en el siglo XX han demostrado que no hay una única forma de valorar o justificar las teorías científicas. Si bien la observación y la experiencia son importantes, no son determinantes en el ámbito científico.

sobre el diagnóstico, pronóstico y terapéutica, para acogerse a una basada, exclusivamente, en pruebas que se muestran en datos numéricos.

Desde otra perspectiva, el físico y filósofo Karl Popper, en la *Lógica de la Investigación Científica* (1934), y en otros escritos, había afirmado que nuestras observaciones acerca de los fenómenos (o hechos) de la naturaleza son limitados e incompletos, *nuestro conocimiento es finito y nuestra ignorancia infinita*. Por ello, en medicina nunca se puede tener certeza absoluta de las consecuencias de los tratamientos, solo podemos disminuir el margen de incertidumbre. No hay manera de saber cuándo están completas nuestras observaciones acerca de los sucesos complejos de la naturaleza humana (Silverman, 1998). En 1983, el epidemiólogo Neil McIntire y K. Popper ya habían señalado, en su famoso artículo *The critical attitude in medicine: the need for a new ethics*, que en ciencia no hay certezas. Además, la antigua idea de que “(...) el conocimiento científico se desarrolla de manera normal por acumulación, y que puede adquirirse, acumularse en la mente de una persona. Estas ideas creaban un entorno favorable para la aparición de autoridades (...)” (McIntire y Popper, 1983, pp. 1919-1922) como la médica. Con estas reflexiones, estos autores ponen en entredicho el lema de que el conocimiento médico se deriva de los hechos. Años antes, el médico-epistemólogo Ludwig Fleck afirmaba que los hechos médicos están condicionados histórica y culturalmente: “(...) la ciencia no es un constructo formal, sino, esencialmente, una actividad llevada a cabo por comunidades de investigadores...” que están influenciados por “estilos y colectivos de pensamiento.” Parece que la clave de la cuestión está en la evidencia, pero, ¿qué se entiende por evidencia? Para evitar caer en un esencialismo, conviene desarrollar un recuento histórico de este concepto.

La tradición empirista, que pone el énfasis en los hechos empíricos y en el análisis lógico, ha sido particularmente importante en medicina convencional. El empirismo es una corriente filosófica que considera que la experiencia es la que nos da el conocimiento, en otras palabras, es la única fuente válida de conocimientos y de verdad. Nuestro conocimiento es limitado y solo podemos tener uno probable o relativo acerca de algunas cuestiones. Para conocer, los empiristas usan el método inductivo, propio de las ciencias fácticas, aquel que obtiene conclusiones generales a partir de datos particulares. ¿Cómo funciona? Primero está la observación (por los sentidos

externo e interno), y el registro de los hechos a partir de la experiencia; segundo, el análisis y la clasificación de estos; tercero, una derivación inductiva de una generalización de los hechos, y, por último, la contrastación. Para los empiristas, la validez de las teorías científicas depende de la verificación empírica. Ya el Círculo de Viena (que dio origen al positivismo lógico), en las décadas del veinte y del treinta del siglo pasado, propuso que el camino de la ciencia debía estar basado en el principio verificacionista, cuyo método era la inducción probabilística,⁴ es decir, a partir de las observaciones imparciales, que se constituyen en un hecho particular repetido, llegamos a un conocimiento de carácter general y, por tanto, la ciencia puede avanzar acumulando conocimiento.

En cambio, para los positivistas lógicos, el único discurso que tenía sentido era el científico, si se deseaba afirmar algo del mundo debía haber alguna experiencia sensible a la cual remitirse.⁵ Al respecto dice el filósofo de la ciencia P. H. Niddith:

Como es bien sabido, existen empiristas que exigen que la ciencia parta de hechos observables y continúe a base de generalizaciones, y no quieren admitir ideas metafísicas en ningún punto del procedimiento. Para ellos, solamente un sistema de ideas construido de un modo puramente inductivo puede proclamarse como conocimiento auténtico. Son sospechosas las teorías que son en parte metafísicas o “hipotéticas”, y es preferible no emplearlas en absoluto... Hoy se da por sabido que las consideraciones metafísicas pueden ser importantes cuando se trata de inventar una nueva teoría física... (Niddith, 1975, p. 69)

Demos un paso atrás y examinemos brevemente las discusiones en torno al conocimiento científico. Aclaro que no será este el lugar para evaluar y profundizar en temas de filosofía de la ciencia, en especial acerca de la polémica entre Karl Popper y Thomas Kuhn. Tan solo mostraremos algunas semblanzas que aclaren la situación de la biomedicina bajo esa óptica.

4 Para Popper, el razonamiento inductivo era pura ilusión óptica. Una teoría nunca puede confirmarse por la observación. En hipótesis confirmada por la evidencia, existe un número un número infinito de hipótesis alternativas que son contradictorias con la primera, pero que también podrían ser confirmadas por dicha evidencia (cf. Goodman, 1983).

5 Rudolph Carnap, Moritz Schlick y Otto Neurath (s. f.) afirmaban que debía haber una unificación de todas las ciencias y que la ciencia de las ciencias era la física, todas las demás dependían o derivaban de esta.

Empecemos por los planteamientos del filósofo David Hume, quién asestó un duro golpe a la inducción como método para obtener conocimiento, a pesar de que sostenía que la única fundamentación de la ciencia "...debe basarse en la experiencia y la observación" (2000, p. 17). Hume afirma, en *An Enquiry concerning Human Understanding* (1784), que los seres humanos presumimos de que, con lo que hemos observado hasta ahora, por ejemplo entre la interacción de dos bolas de billar, hay una conexión necesaria de causa y efecto, y que, a partir de esa experiencia previa, es posible ser capaces de predecir el futuro, algo como que una bola golpeará a otra y más o menos tendremos una idea de cuál será la trayectoria de dicha bola. Para Hume, tal presunción es producto de la habituación y de las costumbres; pero es lógicamente inconsistente. Dice Hume que no podemos tener seguridad alguna sobre la conexión de causa y efecto, no hay nada en la experiencia que nos garantice que los hechos pasados se repitan en el futuro.⁶ Esta conclusión plantea consecuencias serias para el pensamiento médico basado en MBE, porque, con ello, se está afirmando que tanto la causalidad como la inducción no poseen una rigurosidad lógica que sostenga el pensamiento científico basado en la evidencia. Hume indica que una repetición de fenómenos del tipo después de A sigue B, no implica que A sea la causa de B, ese encadenamiento es una rutina de nuestra mente en la que imaginamos la idea de causa, esto es "(...) pretender definir una causa diciendo que es algo productivo de otra cosa, es evidente que no dirá nada" (Hume, 2001, p. 71).

Luego agrega:

Y aunque debemos intentar hacer nuestros principios tan universales como sea posible llevando nuestros experimentos lo más lejos posible y explicando todos los efectos por las causas más reducidas y simples, es aún cierto que no podemos ir más allá de la experiencia, y toda hipótesis que pretenda descubrir el origen y cualidades últimas de la naturaleza humana debe desde el primer momento ser rechazada como quimérica (Hume, 2001, p. 17).

6 Para Hume, la lógica muestra tres tipos diferentes de expresiones lingüísticas "...postulados, descripciones de hechos, y proposiciones. Los postulados son conceptos de aceptación mandatoria, que determinan todo el pensamiento subsecuente en su campo...En cambio, las descripciones de hechos no dependen de la autoridad para ser aceptados, sino de la demostración de su grado de concordancia con la realidad: pertenecen al denominado conocimiento científico..." (2001, p. 7)

A pesar de que la tesis de Hume va en contra del sentido común, de las creencias y proposiciones intuitivamente universales compartidas por la comunidad, y aunque intentó encontrar argumentos en contra de la lógica de su pensamiento, no pudo. En la naturaleza no existen ni necesidades ni imposibilidades absolutas. La crítica a la inducción y a la causalidad ha sido, desde entonces hasta nuestros días, un punto central de discusión de científicos y filósofos de la ciencia. Sin embargo, a pesar de la lógica inevitable de Hume, las enormes conquistas de la ciencia empírica, como la medicina, fortalecen la fe en la causalidad y la inducción para vaticinar el futuro. Dice el médico e investigador Harold Percival Himsworth, con respecto a Hume, en su libro *Scientist Knowledge and Philosophic Thought* (1986):

Por lo tanto, según empecemos por la proposición de que el curso de la naturaleza puede cambiar, o por la proposición de que puede no cambiar, la lógica nos llevará inexorablemente a conclusiones diametralmente opuestas. Si optamos por la primera de estas proposiciones nos veremos obligados, como Hume, a concluir que es imposible razonar del pasado al presente y que nuestra creencia en la causalidad está equivocada. En cambio, si optamos por la segunda proposición, nos veremos inclinados con la misma fuerza a concluir que si es posible razonar de esa manera y que nuestra creencia en causa y efecto está completamente justificada. Según la proposición de que se parta, ambas conclusiones son igualmente, lógicas. Por lo tanto, es imposible decidir entre ellas en esa base (p. 11).

La mayoría de las personas, y en general los científicos sociales, o los que trabajan en ciencias empíricas consideran que la ciencia se construye a partir del método inductivo-deductivo, es decir, que existe un mundo externo cuyo conocimiento es el objeto de la investigación y punto. Así, los colectivos científicos se dedican a observar los fenómenos externos, cuyos datos registran y acumulan. Con ello, irán surgiendo los principios generales que explican los hechos registrados y que, además, nos permitirán predecir fenómenos de la naturaleza. Esta tesis está fuertemente arraigada en la comunidad médica.

En cambio, para la mayoría de los filósofos de la ciencia, y científicos de otro nivel (como físicos, matemáticos o químicos), la objeción de Hume

es válida e impide aceptar la inducción como parte del método científico. Ahondaremos más en esta idea a continuación.

En general, los profesionales de la salud suponen que la ciencia es tan poderosa que es capaz de explicarlo casi todo: parte de hechos concretos, es objetiva, ha superado con creces los límites de lo humano, hay una verdad que es independiente de nuestras manifestaciones subjetivas, es el lugar de la certeza y tenemos la capacidad de probar las hipótesis más allá de la metafísica. Por otro lado, los manuales de ciencias para escolares, e incluso para universitarios, suelen proyectar una imagen de la ciencia unificada, aunque los avances de las diferentes disciplinas científicas no sean parejos. Así, estos manuales comúnmente tienden a resumir la actividad científica en tres aspectos: 1. la ciencia se inicia con la observación de los hechos, 2. tal observación es fiable y con ella se puede construir el conocimiento científico, 3. el conocimiento se genera a partir de la inducción probabilística de los enunciados observacionales.

De lo anterior se concluye que el método científico es incuestionable, al menos en su aspecto habitual. Sin embargo, esa concepción del método, tan reduccionista, plantea problemas a los científicos y filósofos de la ciencia contemporáneos, quienes afirman que no se trata de cuestionar el método, sino de reconocer sus alcances y limitaciones. Se ha escrito mucho de ello, pero vale la pena recordar que el debate empezó con los escritos del físico, matemático y filósofo Karl Popper, en *La lógica de la Investigación Científica* (1934). Allí, muestra una concepción diferente del método científico, al plantear cuestiones muy contrarias al estilo del pensamiento del Círculo de Viena. Popper afirmará, por ejemplo, que la metafísica puede tener sentido, que no se puede aseverar, tal y como lo plantean los neopositivistas, que la libertad, la vida después de la muerte, la existencia de alma o de Dios, etcétera, sean un sinsentido, porque estas cuestiones tan sustanciales para la vida no son un asunto de método científico, y el hecho de que no lo podamos fundamentar en un método es otra cosa. “Ni la naturaleza ni la historia pueden decirnos lo que debemos hacer. Los hechos (...) no pueden decidir por nosotros, no pueden determinar los fines que hemos de elegir” (Popper, 2010, p. 438). A partir de lo anterior, se establece la diferencia fundamental entre Popper y el Círculo de Viena. Si contrastamos lo previo, veremos que muchos debates metafísicos han dado origen a la ciencia, por ejemplo, la cosmología de Baruch Spinoza, que concebía un cosmos geométrico

imaginado y ordenado por Dios; el atomismo mecanicista de Leucipo y Demócrito, que ideaba unas sustancias materiales indivisibles e indestructibles llamadas átomos, o los procedimientos racionales inductivos de la geometría analítica de René Descartes contra los métodos escolásticos, que se basaban en comparar y contrastar opiniones de autoridades reconocidas; nociones metafísicas que no pasan por el método científico.

Todas las ideas anteriores fueron precursoras e inspiradoras para Galileo, Kepler o Newton y otros, además marcaron el auge de la ciencia moderna del siglo XVI y XVII. Así, la metafísica jugó un importante papel en el origen de la ciencia moderna. Por lo tanto, según Karl Popper, lo que caracteriza al método científico no es tanto verificar, sino que las hipótesis sean, en sí mismas, provisorias, y estén abiertas a una eventual falsación o contradicción a través de un experimento. No por ello las hipótesis están totalmente descartadas, son un conjunto de elementos complejos, pues, cuando surge una incongruencia, es necesario buscar en ese constructo teórico, lo cual está ocasionando el problema. Repito, para Popper la ciencia no tiene que ver con la negación de la metafísica, ni con probar hipótesis, sino con moverse con hipótesis provisorias falibles, que nos permitan vivir en el mundo que nos rodea. Para él, el conocimiento científico es un sistema de teorías en las que trabajamos como los albañiles trabajan en una catedral (López Arnal *et al.*, 2003 y Moulines, 1997).

Así, podemos imaginarnos un lugar oscuro, en donde caminamos cuidadosamente intentando no tropezar, por lo que inventamos hipótesis, conjeturamos, especulamos, testeamos para tratar de saber qué hay en él, pero no lo sabemos con certeza. De igual forma, nos movemos en un universo en el que la propia naturaleza de la inteligencia humana está limitada: no puede verlo todo, no sabemos qué hay, solo podemos imaginar o suponer. Por ello, este conocimiento que intenta elucubrar o captar la totalidad del universo se enfrenta continuamente a falsaciones. Tal es el punto que el método, según Popper, hipotéticamente inductivo-deductivo no demuestra necesariamente las hipótesis. Popper afirma que las supuestas proposiciones, únicamente fácticas, están *cargadas de teoría* que permite interpretarlas, esto también es diferente con respecto a la concepción de la ciencia que planteaba las observaciones, por un lado, y las teorías por el otro, en el que se trazaba una clara línea divisoria. Al contrario, si en un experimento científico, un

barómetro afirma que la presión del gas disminuyó, para interpretar esta proposición, que es un hecho indiscutible, necesitamos una teoría que nos explique qué significa presión atmosférica, presión absoluta, fuerza, peso, etcétera, y esa es la teoría cinética de los gases.

Cualquier proposición empírica siempre estará sustentada en una teoría, la cual hay que testear. De ahí que las proposiciones científicas fundamentadas en una teoría son las que le dan significado al mundo, y esa teoría, dice Popper, es previa a la observación, porque esta va dirigiendo nuestras expectativas de lo que vamos a ver o no, ella va interpretando el complejo mundo físico. Este es un aspecto medular en toda la teoría de la ciencia desde 1934, y que aún se encuentra en debate. Popper puso un límite a la observación y a la teoría, más adelante también Ludwig Fleck. Por otro lado, con el método falsacionista quiso demarcar la diferencia entre ciencia y pseudociencia, para esquivar los problemas que planteaba el verificacionismo respecto de la metafísica. Para una concepción cotidiana de ciencia, como en el caso de la biomedicina, dicha tesis genera problemas. A continuación, resumiremos algunas ideas fundamentales de Thomas Kuhn con el propósito de mostrar que el denominado *nuevo paradigma de la medicina convencional*, la medicina basada en la evidencia, no es un nuevo paradigma (Peña, 2004).

Según López Arnal *et al.* (2003) y Moulines (1997), el físico Thomas Kuhn, en su obra *La Estructura de la revoluciones científicas* (1962), se propuso construir una meta-teoría unificada de la ciencia, y dice: “...muchas de mis generalizaciones se refieren a la sociología o la psicología social de los científicos; sin embargo unas cuantas de mis conclusiones corresponden tradicionalmente a la lógica y a la epistemología...” (Kuhn, 1985, p. 31). Como Popper, él tomó posición en contra del empirismo lógico; pero se distanció de él al introducir la tesis del “contexto del descubrimiento”. Afirmó la importancia de la historia para la filosofía de la ciencia y la *carga teórica de los hechos*, así como criticó el método falsacionista popperiano, pues consideró la imposibilidad de falsaciones concluyentes. Para Kuhn, ni los verificacionistas ni los falsacionistas resisten comparaciones con la prueba de la historia, tampoco la ciencia “normal”⁷ u oficial.

7 Kuhn comprende por ciencia normal una etapa del desarrollo científico, en la cual el paradigma vigente u oficial es capaz de solucionar todos los problemas que se plantean, resulta eficaz y es aceptada por la comunidad científica. No hay discusiones epistemológicas y se trabaja en dicho paradigma.

En primer lugar, para Kuhn la lógica formal de la ciencia, racional y controlada, no es algorítmica, es decir, la racionalidad que deseamos en la ciencia no sigue una secuencia o procedimientos exactos. Lo que intenta expresar Kuhn es que los científicos buscan fórmulas exactas para constatar si algo fue probado o no, o si es o no científico, aunque la racionalidad de la ciencia no tiene que ver con una metodología normativa, sino con el paradigma⁸ alternativo. Esto significa que, cuando empezamos a encontrar anomalías que no pueden resolverse en el paradigma vigente, este empieza a fracturarse para dar paso a otro que resuelva las cuestiones planteadas, el alternativo. Por esta razón, Kuhn afirmará que el progreso de la ciencia no es acumulativo, en clara oposición a Popper, debido a la inconmensurabilidad de las teorías científicas. Es decir, los paradigmas vigentes o alternativos poseen distintos lenguajes y metodologías que no pueden ser traducidos unos a otros, lo que hace fútil tratar de enfrentar sus verdades, solo pueden ser comprendidos en el contexto histórico.

La ciencia está enfocada en un proceso que tiene que ver con su historia. Abundan los ejemplos: el paradigma de la *teoría del movimiento de la sangre*, de Galeno (quien consideraba a las venas y arterias como pertenecientes a dos sistemas completamente diferentes, anatómica y fisiológicamente), en oposición a la teoría de Harvey, quien relacionaba venas y arterias correctamente con el corazón; o bien la superación de la idea de la generación espontánea por la existencia de microorganismos transportados por el aire, propuesta por Louis Pasteur. Asimismo, la teoría de la herencia de las mezclas, planteada por Aristóteles, quien postuló que el semen del macho se mezclaba con el semen femenino (menstruación) para la concepción, cuyo paradigma fue aceptado durante dos mil años hasta que Gregor Mendel, botánico y matemático, refutó la tesis aristotélica con el experimento del entrecruzamiento entre dos variedades de guisantes, *Pisum sativa*, y con este sentó las bases para la teoría de la herencia genética, la cual establece que la información genética proviene la mitad del padre y la otra mitad de la madre, y que los caracteres se expresan en las nuevas generaciones según el

8 La palabra paradigma fue definida de muchas maneras en la obra de Kuhn, veintidós, y, por ello, fue muy criticado. Pero, en síntesis, se puede decir que es una serie de creencias, valores, instrumentos, métodos compartidos por una comunidad científica (cf. Peña, 2004).

principio de segregación. Con un experimento que duró alrededor de 7 años mostró, con normas estadísticas sencillas, las leyes que rigen la herencia.

Esta capacidad de la comunidad de científicos, de ir más allá de la ciencia oficial, es lo que lleva a Kuhn a suponer que la ciencia no se basa en algoritmos. Eso parece contradecir la tesis de Popper que se queda con el análisis interno de la ciencia, y acepta el método hipotético deductivo basado en fórmulas, así como el neopositivismo que planteaba la posibilidad de las hipótesis. En segundo lugar, Kuhn afirma que, de ninguna manera, los científicos someten su paradigma a falsación, se resisten, están asidos a él y lo ejemplifican con la historia. Según Kuhn, Galileo estaba tan aferrado a su paradigma que no hubiera deseado someterlo a un experimento que lo falsara, de igual manera Kepler y Newton, completamente convencidos de la verdad de su propia teoría. Para Kuhn no hay Método Científico, con mayúscula, como sostuvieron los neopositivistas, lo esencial era encontrar un paradigma alternativo, que estuviera más relacionado con cuestiones de orden psicológico (Gestalt).

Con la palabra paradigma, Thomas Kuhn se refiere a una concepción del mundo físico, a una interpretación de este, que se encuentra en el centro del pensamiento de la comunidad científica y que esta no está dispuesta a abandonar. Así, un paradigma como el mundo de Ptolomeo, (concebido como un universo basado en una teoría geométrica exacta con la Tierra en el centro y los planetas, la luna y el sol describiendo diferentes órbitas alrededor de ella y creado por Dios), el cosmos de Galileo, la teoría del movimiento de la sangre de Harvey, la teoría de la relatividad y hasta la mecánica cuántica son unos cuantos ejemplos de cómo construye el conocimiento una determinada comunidad científica. Agrega Kuhn, tampoco hay un método científico universal que los abarque a todos, sino que el método depende de cada paradigma. La manera de hacer ciencia de Ptolomeo es una y la manera de Galileo es otra, pero ninguna de las dos es comparable, tampoco comunicable, inconmensurable o evaluable, porque cada una corresponde a un periodo histórico determinado. Esto es, en términos generales, lo que plantea Kuhn y por razones didácticas no me extenderé más. Sintetizo estas ideas con las palabras del físico Jorge Wagensberg (2002):

Popper, como buen filósofo de la ciencia, dice cómo la ciencia puede ser y por ello hay que pensar en Popper mientras se hace ciencia; Kuhn como buen historiador de la ciencia dice, como la ciencia es y por ello hay que pensar en Kuhn cuando la ciencia está hecha. Popper es prescriptor, Kuhn es descriptor (s. p.).

Ludwig Fleck versus Medicina basada en los hechos

Antes de que Thomas Kuhn saltara a fama, con el libro *Estructura de la Revolución Científica* (1962), y mostrara el peso de la comunidad científica en la elaboración de los conceptos científicos, el médico, inmunólogo, bacteriólogo y también sociólogo, Ludwig Fleck ya había planteado esas mismas ideas en su obra *Entstehung und Entwicklung einer wissenschaftlich Tatsache* (Basilea, 1935). Solo es citado una vez por Kuhn, cuando dice que por una exploración fortuita pudo “...descubrir la monografía casi desconocida de Ludwig Fleck...un ensayo que anticipaba muchas de mis propias ideas...la obra de Fleck me hizo comprender que esas ideas podían necesitar ser establecidas en la sociología de la comunidad científica” (Kuhn, 1985, pp. 11-12).

Fleck disertó acerca de la comunidad científica a partir de lo que denominó un *colectivo de pensamiento*⁹, el cual determina un concepto. Para Fleck, el hecho científico es “...una relación conceptual conforme al estilo de pensamiento que es analizable desde el punto de vista de la historia y de la psicología –ya sea esta individual o colectiva– pero que nunca es reconstruible en todo su contenido desde esos puntos de vista” (Fleck, 1986, p. 130). Esto significa que la práctica científica, para este autor, “... es algo realizado cooperativamente por personas; por eso deben tenerse en cuenta, de forma preferencial, además de las convicciones empíricas y especulativas de los individuos, las estructuras sociológicas y las convicciones que unen entre sí a los científicos” (Fleck, 1986, p. 22). Dice Fleck: “La historia enseña que pueden producirse fuertes disputas sobre la definición de los conceptos” (1986, p. 55), porque un hecho científico médico es impuesto por un estilo de pensamiento. Fleck cuestionará el concepto científico de hecho médico en clara oposición al Círculo de Viena. Afirmará que los hechos “...tienen

9 Fleck entiende por colectivo de pensamiento “...la unidad social de la comunidad de científicos de un campo determinado...” (1986, p. 23).

que situarse en línea con los intereses intelectuales de su colectivo de pensamiento...” (1986, p. 147). Él reflexionó acerca de cómo los conceptos científicos se transforman a lo largo de la historia, debido a los cambios en los estilos de pensamiento y de la coacción del colectivo de pensamiento científico, y de cómo los hechos científicos se construyen grupalmente. Esto demuestra que, en una investigación, pesa más el poder y la influencia de una comunidad de investigadores que los propios aspectos internos del conocimiento (Fleck, 1986).

Además, se asevera, que hay “...un mito muy extendido sobre la observación y el experimento... El sujeto cognoscente aparece como especie de conquistador... Si se quiere saber algo, se hace la observación o el experimento y listo” (Fleck, 1986, p. 131). Dice Fleck que los investigadores quienes vencieron algunas batallas en la obtención del conocimiento creen, ingenuamente, cuando analizan en retrospectiva su trabajo, que quizás “...la primera observación fue algo imprecisa, pero en todo caso, la segunda o la tercera ya fueron “ajustadas al hecho” (Fleck, 1986, p. 131). Esto solo es posible en ámbitos muy limitados, en otros, donde los campos son muy complicados,

...en los que se trata primeramente de aprender a observar y a preguntar, la situación es distinta (y probablemente fue así en todos los campos) hasta que la tradición, la formación y la costumbre dan origen a una disposición de percibir y actuar conforme a un estilo, es decir de forma dirigida y restringida; hasta que la respuesta está preformada en gran parte en la pregunta y se tiene que decidir solamente entre sí o no o un constatar numérico; hasta que métodos y aparatos nos realicen automáticamente la mayor parte del pensar (Fleck, 1986, p. 131).

De allí de que el esquema dicotómico sujeto-objeto no tenga sentido en la epistemología de Fleck, lo que tiene sentido para él es sujeto-objeto en un contexto histórico social. La elección y delimitación de cualquier objeto de investigación ya contiene, en sí misma, los supuestos de los que parte el investigador y del colectivo de pensamiento, por consiguiente, no podemos hablar de una investigación imparcial. Por ello, dice: “...vamos a dejar de lado la observación libre de supuestos, que psicológicamente es un absurdo y lógicamente un juguete, y dedicaremos nuestra atención a investigar los dos tipos del observar: 1) el observar como confuso ver inicial y 2) el observar

como ver formativo directo y desarrollado” (Fleck, 1986, p. 138). Estas reflexiones en lo tocante a la epistemología resultaron muy novedosas para el pensamiento de la época, por lo cual se adelantaron a su tiempo.

Fleck es importante porque es uno de los pocos autores, en filosofía e historia de la ciencia, que reflexiona sobre la práctica y la investigación médica y no sobre la física, que ha sido el común denominador en este campo de estudio después del Círculo de Viena, de Popper, de Kuhn y otros. Fleck ubica sus pensamientos, directamente, en el corazón de la corporación médica, para explicar el entramado de esta. Describe tres tipos de relaciones en el interior de dicha corporación con respecto del conocimiento: el primero, el papel del investigador especializado, quién pertenece a lo que él denomina *círculo esotérico*, y es su punto focal; el segundo es el que se encuentra a la periferia del círculo esotérico de los especialistas, denominado *círculo exotérico*, el del médico general, es el de los “diletantes instruidos” que trabajan con la ciencia popular o ciencia para no especialistas: *ciencia simplificada*, *gráfica*, *apodíctica* y de manual; el tercero es la de las ciencias de revistas. La siguiente descripción muestra la dinámica del *estilo de pensamiento* del colectivo médico y su universo del discurso, que Fleck describe con el informe de un análisis bacteriológico, realizado en un laboratorio de diagnóstico por un equipo de expertos esotéricos para el exotérico médico general. El informe del cultivo faríngeo dice:

El preparado microscópico muestra numerosos bastoncillos que se corresponden por su forma y posición con los bacilos de la difteria. El cultivo de bacilos de Löffler típicos. Este hallazgo, especialmente escrito para servir al médico general, no representa el saber del especialista. Es gráfico, simplificado y apodíctico; el médico práctico puede apoyarse en él. Pero si un especialista escribe para otro especialista el mismo hallazgo quedaría aproximadamente así: “Aspecto microscópico: numerosos bacilos, muchos de los cuales tienen forma de maza y están ligeramente arqueados, otros finos y rectos o inespecíficamente hinchados. Colocación: en muchos sitios digitiforme y empalizada; en otros, aislados y sin regla. Gramm positivos. Algunos bacilos Neisser positivos. Azul de metileno de Löffler: muchos ejemplares lacerados. Cultivo: Caldo de cultivo de Costa: rojo violeta, algo pastoso, colonias delimitadas nítidamente, en las que se encontraron bacilos mayoritariamente típicos en coloración, colocación y morfología...” Esta versión, aunque es teóricamente

mucho más precisa, no entusiasmaría a un médico general y lo que menos le gustaría es ese párrafo del que se puede extraer que la procedencia del material examinado es uno de los apoyos de la conclusión... Descríbase como se describa un caso determinado, la descripción es siempre una simplificación impregnada de elementos apodícticos y gráficos: cada comunicación, cada nomenclatura tiende a hacer un conocimiento más exotérico, más popular (Fleck, 1986, p. 161).

Fleck encauza su investigación planteando la poca solidez conceptual en teoría y en filosofía de la medicina convencional, así como devela los niveles de conocimiento y las relaciones entre los colegas médicos alópatas. Considera que el pensar médico, o el especialista, recurre a medios didácticos para hacer comprensibles sus ideas, por ejemplo, el grafismo. El problema estriba en que la idea mnemotécnica, que solo era un recurso, un medio para expresar algo, se transforma en una *meta del conocimiento*, al simplificarse en ciencia de revista, perdiéndose el bagaje histórico y conceptual. Termina la reflexión anterior afirmando que el saber del especialista se convierte en ciencia popular simplificada cuando el médico explica a la madre del niño, al que se le examinó la faringe, lo siguiente: "... se ha constatado que su hijo tiene difteria..." (Fleck, 1986, p. 163). El concepto de difteria resume todo.

El historiador Alvaro Acevedo sintetiza el pensamiento de Fleck así:

Un hecho científico es por lo tanto la imposición de un nuevo estilo de pensamiento defendido por las comunidades científicas y construidas a partir del saber previo de muchos experimentos logrados y fracasados y de diversas adaptaciones y transformaciones conceptuales y procedimentales. En consecuencia, la experiencia de un hecho científico es única e irreplicable; de ahí que la iniciación en una disciplina científica requiera de la historia, de lo contrario el aprendiz sólo verá revelaciones del espíritu santo cada vez que se enfrente a nuevos conceptos y procedimientos (Acevedo, 2001, p. 45-46).

En cuanto al proceso de transmisión de la información, pasamos de un procedimiento complejo, con un lenguaje críptico, a una simplificación necesaria para el ciudadano común. Siempre con este ejemplo, es importante indicar que, para llegar a un resultado, el colectivo médico debe consensuar cuáles prácticas terapéuticas acepta o rechaza, y es aquí donde, afirma Fleck,

el poder y la coacción de un colectivo de pensamiento, en este caso el colectivo médico, se impone y se opone a nuevas formas de conocimiento, sea por habituación o por naturalización de este. Además, se considera que el pensar médico se encuentra: “...en una tensión permanente entre el deseo de unificación teórica, que sólo se puede lograr por medio de la abstracción, y la necesidad de concretar las afirmaciones, lo que obliga a la multiplicidad de planteamientos opuestos” (Fleck, 1986, p. 20).

¿Cuál es el papel de la ciencia en medicina? Para la epistemología tradicional, verificacionista, los hechos determinan nuestro conocimiento, esto significa que se les otorga primacía ante cualquier otra forma de este, y ellos son los medios por antonomasia para verificar las teorías científicas. Así, como se ha repetido a lo largo de este artículo, el conocimiento médico se adquiere desde una concepción ortodoxa por acumulación, en un contexto de supuesta neutralidad valorativa. Fleck considera que los médicos científicos se enfrentan a los hechos (o datos) con una carga valorativa, lo hacen con el peso de la tradición, con sus prejuicios, creencias o conceptos preestablecidos, pero el saber siempre “vive en el colectivo y se reelabora incesantemente” (Fleck, 1986, p. 141), no es individual. Para Fleck no hay error o verdades absolutas, sino que hay ideas diferentes que corresponden a distintos colectivos de pensamiento y estilo de este; para él, el conocimiento es dinámico, histórico y social. Por eso, caracteriza el proceso de investigación como una marcha *en zigzag*. Dice:

...una línea en zigzag, jalonada de cualidades, pasos en falso y errores. Epistemológicamente hablando, a los investigadores se les va transformando lentamente las bases originarias de su trabajo, transformación que les pasa desapercibida a ellos cuando contemplan retrospectivamente el camino seguido pues las transformaciones del contenido concebido tienen lugar sin que el individuo lo perciba. Una vez alcanzado el resultado y completada su elaboración teórica actual, la investigación parece haber sido un camino recto que lleva directamente de la primera formulación del problema hasta la solución provisional del mismo (Fleck, 1986, p. 25).

A modo de conclusión

A lo largo de este artículo hemos reflexionado en torno al concepto de evidencia y su relación con la medicina convencional, la pregunta ha sido si esta posee una fundamentación epistemológica que la haga merecedora del título honorario de científica, en el sentido actual. Numerosos autores se han planteado la cuestión de si la biomedicina es una ciencia o un arte. Por lo expuesto anteriormente, parece que participa de ambas sin poder situarse en uno u otro de los extremos. Si bien para algunos el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico son un arte, para otros serían una ciencia empírica. Sin embargo, son tantas las fisuras identificadas en el pretendido cientificismo de la práctica biomédica que le impiden encajar en los cánones de la ciencia contemporánea. Resulta paradójico que estos argumentos sean los mismos que utilizan los detractores de otras terapias para descalificarlas.

Es importante explicar, haciendo un punto de inflexión respecto de conceptos tales como biomedicina (en el sentido disciplinario), sistema médico, modelo sanitario, sector sanitario, salud, enfermedad, etc., que, con frecuencia, cuando nos referimos a estas categorías estamos hablando de asuntos totalmente diferentes. La mayoría de las personas piensa que un sistema médico es el de los médicos, aunque este o uno nacional de salud tiene que ver con organizaciones, instituciones y recursos, cuyo objetivo es mejorar la salud. Si pensamos que un sistema médico es el de los médicos, estamos *medicalizando* y descontextualizándolo de la cultura; si fuera así, serían sistemas sin vigencia social.

Para Ludwig Fleck, un sistema médico es básicamente un **sistema de creencias**, creado por un colectivo de pensamiento. La ciencia también es una manera de ver el mundo de ese colectivo de pensamiento, es un modelo para explicarse el mundo, pero no es el mundo, es una estrategia de lectura de la naturaleza, aunque no es la naturaleza. Un sistema médico es una estrategia de supervivencia de una cultura y, como tal, no la podemos reducir al sistema de la medicina occidental. Hay muchos sistemas de salud tan efectivos como el occidental, que parten de una visión totalmente diferente del mundo, no opuesta sino complementaria, integrada, diferente, de tal manera que en aquel está involucrada nuestra **visión del mundo**. Dice Fleck que, al pertenecer a una comunidad, el estilo de pensamiento colectivo experimenta el

reforzamiento social “que corresponde a todas las estructuras sociales y está sujeto a un desarrollo independiente a través de las generaciones” (1986, p. 145). Además, sostiene que el colectivo de pensamiento, por ejemplo, el de la medicina convencional:

Coacciona a los individuos y determina “lo que no puede pensarse de otra forma”. Épocas completas son regidas por esta coerción del pensamiento. Los herejes que no comparten esta actitud colectiva serán tachados de criminales y echados a la hoguera hasta que una nueva actitud origine otro estilo de pensamiento y otra valoración (1986, pp. 145-146).

El modelo de aprendizaje de la medicina, del cual derivan la teoría y la práctica de la medicina ortodoxa, hace muy difícil presentar una visión amplia de la cultura a los médicos en formación, quizá por la naturaleza unilateral de su educación, que se centra, casi unívocamente, en la enfermedad y su tratamiento, no en la salud y su mantenimiento. Dice la médica Christine Scholler (2017), que ella no cree en la existencia de medicinas complementarias, porque medicina es una e integra tanto todas las visiones como todas las posibilidades de sanación. De igual forma, el médico Jorge Carvajal afirma que, en realidad, lo que denominamos medicinas naturales o “alternativas son un esfuerzo de integrar otras visiones de mundo al paradigma dominante occidental que es el de la medicina occidental y ese esfuerzo es integrativo” (2017, s. p.).

Las estadísticas están demostrando que quienes hacen medicina alternativa, en gran parte, son médicos convencionales. Más del 40 % de los médicos estadounidenses utiliza “medicinas alternativas”. Cabría preguntarse a qué se debe ese maridaje extraño entre aquellos que se basan en la MBE y suman aquellas técnicas terapéuticas no reconocidas por la ciencia oficial. La explicación la encontramos, según Carvajal (2017), en que son parte constituyente de la cultura, porque están integradas en la concepción de mundo de la gente.

De lo anterior podemos inferir, parafraseando a Carvajal (2017), que, si las medicinas alternativas son ejercidas en el mundo de hoy por médicos convencionales, entonces no son tan alternativas y no son marginales. Si revisamos las estadísticas más recientes de los Institutos Nacionales de

Salud, en el mundo occidental, nos damos cuenta de que un porcentaje significativo de los usuarios de las “medicinas complementarias o alternativas” se encuentra en el grupo de población entre los 25 y los 40 años, el grupo económicamente activo y de mayor nivel educativo, de tal manera que no es un fenómeno marginal; se trata de uno indicador de que algo está sucediendo en la corporación médica.

Por ejemplo, en este momento, hay más de 12 000 acupuntores certificados en Estados Unidos, es decir, con derecho a ejercer legalmente, y de ellos la mayoría son médicos. Pero, si nos remontáramos en la historia, nos encontraríamos con cosas como que, en 1900, en Estados Unidos, existían 22 hospitales homeopáticos y más del 15 % de los médicos norteamericanos practicaba la homeopatía. Si avanzamos en el tiempo y miramos en este momento qué es la homeopatía en los Estados Unidos, nos encontramos que los medicamentos homeopáticos están aceptados y reglamentados por la FDA (Food, Drugs, Administration), entidad que regula su producción y fabricación. Europa no se queda atrás. En Francia y Alemania hallamos que la mitad de las farmacias son homeopáticas. Como vemos, es un sistema legal y vigente, independientemente de que lo comprendamos o no a la luz de una concepción de ciencia basada en la evidencia.

Finalmente, están los costes sanitarios incontrolados de la medicina convencional, su tendencia a la privatización, su estrecha conexión con la industria farmacéutica, más preocupada por los rendimientos coste-efectivos, además de los desastres provocados por algunos de sus medicamentos. Este desgaste de confianza entre los servicios médicos oficiales y la relación médico-paciente han llevado al intento de encontrar formas alternativas de sanación, que parecen enfocarse más en el enfermo en todas las dimensiones de su vida. Si la medicina convencional mantiene su enlace con los intereses pecuniarios del mercado, las consecuencias de ellos no son fáciles de predecir, lo que sí está claro es que, cada vez más, surgirán resistencias a sus propuestas, a pesar de poseer una capacidad extraordinaria de mantener a las personas sanas y sin dolor; aunque su contribución a la salud de la humanidad es dudosa. Cierro con las palabras del Dr. Jorge Carvajal:

Los gobiernos van a tener en cuenta todas las medicinas naturales. Eso es un asunto de supervivencia, nuestra medicina convencional ya no es financiable,

la relación costo beneficio se ha deteriorado, las complicaciones de los tratamientos médicos, los costes de las tecnologías, hace que, como una manera de salvaguardar nuestras economías, tengamos que recurrir a medicinas que tradicionalmente tienen menos costos (2016, s. p.).

Referencias

- Acevedo Tarazona, A. (2001, mayo). La génesis y el desarrollo de un hecho científico: Una reflexión sobre la historia del descubrimiento de la sífilis y las implicaciones en la medicina actual. *Rev. Med. Risaralda* 7(1).
- Alegría Ezquerro, E. (2014, 3 de abril). Medicina basada en la evidencia. Una base poco sólida. *Cardiología hoy*. Recuperado de <http://secardiologia.es/multimedia/blog/5177-medicina-basada-evidencia-base-poco-solida>
- Carvajal, J. (2017). Hacia una nueva visión de la salud. Recuperado de <http://www.sintergetica.org/hacia-una-nueva-vision-salud-por-el-dr-jorge-carvajal>
- Carvajal, J. (2016, 1 de noviembre). Cuando el alma se integra en el cuerpo plenamente, el resultado es una perfecta salud. *Mi herbolario*, Sección Expertos, no. 44. Recuperado de <http://www.miherbolario.com/articulos/expertos/33/jorge-carvajal-licenciado-en-medicina-y-cirugia->
- Díaz Berenguer, A. (2010). *El narcisismo en la medicina contemporánea*. Montevideo, Uruguay: Ediciones Trilce.
- Fleck, L. (1986). *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*. Madrid: Alianza Editorial.
- González Cáceres, J. A. (2013). Editorial. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(2), 406-411.
- Himsworth, H. P. (1986). *Scientist Knowledge and Philosophical Thought*. Baltimore/London: John Hopkins University Press.
- Hume, D. (2001). *Tratado de la Naturaleza Humana*. Trad. Vicente Viqueira. Valencia: Libros en la Red. Diputación de Albacete.
- Kuhn, T. (1985). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- López Arnal, S., Curto, A., de la Fuente, P., Tauste, F. (1997). *Popper y Kuhn ecos de un debate*. España: Ediciones de Intervención Cultural.
- McIntire, N. y Popper, K. (1983). La actitud crítica en medicina: la necesidad de una nueva ética. *British Medical Journal*, 287(24-31), 1.919-1.922.
- Mediavilla, D. (2016, 1 de mayo) Los medicamentos dañan a los microbios que cuidan nuestra salud. *El País Global*, Sección Ciencia. Recuperado de http://elpais.com/elpais/2016/04/28/ciencia/1461862567_061092.html
- Montori, V. (2008, 25 de enero) The End Evidence-Based Medicine. Recuperado de <http://videos.med.wisc.edu/videos/1291>
- Moulines, U. (2003). *Fundamentos de Filosofía de la Ciencia*. Barcelona: Ariel.
- Mulet, J. M. (2016). *Medicina sin engaños*. Barcelona: Editorial Planeta.
- Niddith, P. H. (1975). *Filosofía de la Ciencia*. México: Breviarios, Fondo de Cultura Económica.
- Peña, A. (2004). Medicina y Filosofía: Abordaje filosófico de algunos problemas de la medicina actual. *An. Fac. Med.*, 65(1), 65-72.
- Popper, K. (2010). *La sociedad abierta y sus enemigos*. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica.

- Santillana, M. (2006). *El discreto encanto de Pert Skrabanek. Una visión crítica de la epidemiología*. México: Región y Sociedad.
- Silverman, W. (1998). *Where's the evidence? Debates in Modern Medicine*. Oxford: Oxford University Press.
- Skraevanek, P. (1999a). *La muerte de la medicina con rostro humano*. España: Editorial Díaz de Santos.
- Skraevanek, P. (1990b). Nosensus consensus. *The Lancet*, 335, 1446-1447. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/0140-6736\(90\)91460-R](https://doi.org/10.1016/0140-6736(90)91460-R)
- Vaca, O. (2009). O Grande Paradoxo Da Medicina. Mecanicismo vs Humanismo. *Rev. Med.*, 17(1), 170.
- Wagensberg, J. (2002, 20 de febrero). A más Popper menos Kuhn. *El País*.
- Kuhn, T. (1985). *La estructura de las revoluciones científicas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Wulff, H., Pedersen, S. A. y Rosenberg, R. (2002). *Introducción a la Filosofía de la medicina*. Madrid: Editorial Triacastela.

BIOÉTICA DE LA LIBERACIÓN Y ANÁLISIS DEL DISCURSO

BIOETHICS OF LIBERATION AND DISCOURSE ANALYSIS

Luis Barrantes Montero¹
Universidad Nacional
luisba66@yahoo.es

Publicado 2016

Resumen

El presente trabajo consiste en una reflexión con respecto a la ética en la práctica médica y en la relación del personal de la salud con el paciente y sus allegados. En especial mediante el análisis crítico del discurso, se examina el papel del lenguaje en la conformación de estructuras de poder desigual en esa relación. Con base en un relato ficticio realizado a partir de un parte médico real, y desde la perspectiva de la ética de la liberación propuesta por Enrique Dussel, con el apoyo de otros críticos de la modernidad, se busca plantear atisbos para la creación de una bioética de la liberación, en vista de que el componente deontológico debe permear todas las disciplinas.

Palabras clave: ética, bioética, ética de la liberación, análisis del discurso, medicina.

Summary

This paper consists of a reflection about ethics in medical practice as well as in the relationships between sanitary personnel and their patients and/or relatives. Especially, the role of language in conforming structures of power in those relationships are examined. Critical discourse Analysis is at the basis of the reflection. Using a fiction story, created from a real medical report, and following the perspective of Ethics of Liberation, proposed by Enrique Dussel and with the support of other critics of Modernity, first steps on the creation of a bio-ethics of liberation are offered.

Keywords: ethics, bioethics, ethics of liberation, discourse analysis, medicine.

¹ El autor es académico catedrático de la Escuela de Literatura y Ciencias del Lenguaje de la Universidad Nacional, Costa Rica. Posee una especialización en la enseñanza del inglés y cuenta con grados académicos en traducción inglés-español, en teología y filosofía. En la actualidad, cursa el doctorado en Estudios Latinoamericanos de la Universidad Nacional de Costa Rica.

Introducción

Este relato y el lacónico consejo que incluye los conocí mientras orejeaba, para entretenerme, las conversaciones de los asistentes al velorio de don Pedro, el abuelo de mi esposa, que murió en el Hospital San Juan de Dios después de muchos días de estar entubado.

Mejor no dejen que la toquen

—Ah, sí: la muerte de mamá yo no la perdono. Ayer le terminamos el novenario, pero si fuera caído en otras manos, yo la fuera tenido otros diítas conmigo.

—Pero, ¿qué fue lo que le cogió a doña Isabel, pa' que se agravara tan ligero? —le preguntaron.

—Bueno, vea: ella ya tenía los setenticinco, pero hace unos cinco años la habían operado de cáncer de mama y le quitaron el pecho izquierdo. De ahí fue de viajes al hospital pa' ponerle lo que llaman radioterapia. Va a hacer cosa de diez días que la doña y yo la llevamos a emergencias porque andaba como estraviada, no se daba cuenta de 'onde estaba y ni qué día era. Tenía el cuerpo como esgonzado, no se sostenía parada y no veía con el ojo derecho. Decía que le dolía la cabeza y como que le pesaba. Le hacían preguntas y algo contestaba, pero casi solo repetía lo que le decía el doctor. Y no sabía quiénes éramos nosotros, ¡vieran que raro!

El doctor le estuvo tocando la nuca y dijo que por dicha estaba bien (Un día de estos me di cuenta de que la nuca tiesa en esos casos es señal de un derrame). Después le hicieron exámenes de sangre y salieron normales. Por otras cosas que le hicieron en Rayos Equis me explicaron que tenía un daño en el corazón, como agrandado de un lado, y que las venas del cuerpo las tenía como aterradas y por eso costaba que le pasara la sangre y le llegara a la cabeza. Ah, bueno, también le hicieron lo que llaman "un electro" y contaba el doctor que el corazón no estaba bombeando bien, como que no le palpitaba parejo. Además, tenía la presión muy alta, cuando siempre había sido de presión baja.

Al día siguiente la juimos a ver y ya nos conoció y hasta recordaba mejor, digamos. La pasaron a un examen en una máquina que le pone como unos alambres con chupones en la cabeza y salió con un problemilla en el cerebro, pero algo poco, dijo el doctor. Y que los vasitos de las venas de la cabeza todavía aguantaban, según él.

Pero en la tarde la pasaron a un examen groserísimo: le zamparon una aguja por la columna para sacarle un líquido que al final salió bien. ¡Pobrecita mamá, vieran los gritos que pegaba!

Empezando la noche le hicieron un “tac” y salió que le habían dado como infartos pequeños.

Ya tarde en la noche la iban a mandar pa’ la casa. El doctor dijo que era un derrame porque el corazón le estaba trabajando muy forzado, que le iba a mandar pastillas pa’ la presión, a ver si le emparejaban el ritmo del corazón y algo para fortalecer las venitas del cerebro. Estábamos esperando la receta cuando empezó como a faltarle el aire y a ponerse como muy colorada.

Pa’ no cansalas con el cuento, la sacamos en caja. Un carajo, que también estaba esperando un cuerpo, ahí en la morgue, estudió medicina. Le conté el caso y me dijo que a una persona con derrame no se le puede meter esa aguja porque le puede subir la presión en la cabeza y se jala. ¡Eso jue! Haber sabido... Pero uno, entre lo sufrido que está y lo enredado que le hablan, ¡qué va a acatar a pelar el ojo!

Dice la doña que a la mamá de ustedes le está pasando algo parecido, y ya está muy mayor. Si se agrava, mejor no dejen que la toquen. Es preferible que muera queditica, siquiera sin maltrato. A uno, cuando ya lo ven muy jodido, lo cogen pa’ practicar, como si el enfermo grave no fuera todavía un cristiano.

Si yo fuera estudiado o tuviera plata, les metería una demanda. Pero, ¿de quién se puede valer uno? ¡Qué hijueputa desgracia!

El hombre escupió en el suelo y salió a secarse las lágrimas, donde nadie lo viera.

* * *

El anterior relato, que sin duda tiene parangón con lo ocurrido a menudo en la realidad de muchos “cristianos” –término propio de ese narrador para referirse a las personas y evocar la indiscutible dignidad inherente a ellas–, se coloca al inicio de esta disertación porque en ella se cifra, de manera más o menos verosímil, el drama de las víctimas de abuso de los sistemas de salud, asentados en la premisa del *poder médico* (Solange, 2014) que les ha conferido la Modernidad. Esas víctimas “escupen” y “se secan las lágrimas”

debido a que su alteridad, como contrapartes en el tratamiento de la salud, no pocas veces se ve disminuida, negada o anulada.

Este es un trabajo que pretende discurrir en torno al tema de las condiciones del diálogo intersubjetivo. Se pone de manifiesto que tal diálogo resulta inexistente cuando una de las partes la del personal de salud reclama de previo para sí una única condición: la de que su manera de abordar la enfermedad y su tratamiento sea incuestionable, mientras las opciones alternativas o complementarias de tratamiento ni siquiera se someten a consideración. El diálogo tampoco es auténtico cuando el papel del paciente se reduce a brindar un *consentimiento informado* si, en efecto y como se lee en la anterior narración, informado no lo está tanto.

La aplicación del adjetivo “informado” ante el consentimiento para una intervención médica implica, entre otras cosas, que quien lo solicita tenga clara la diferencia entre idioma y lenguaje. Según Fernández (2014), el primero se refiere a la lengua oficial de un país o nación; mientras que el segundo apunta más bien a la facultad que le permite al ser humano expresar sus pensamientos. El hecho de que un médico y su paciente “hablen el mismo idioma” no garantiza que entre ellos se dé un verdadero acto comunicativo, que le permita a este –o a sus allegados– dimensionar las consecuencias que se desprenden de lo que debe firmar. El lenguaje del médico, influido y entremezclado con su argot profesional, no coincide siempre y necesariamente con el del paciente, el cual termina por dar dicha autorización en medio de la premura, el temor y la confusión.

Por ello, el tema de la intersubjetividad en el uso del lenguaje se reviste de tanta relevancia. Según Díaz (2007), siguiendo a J. Habermas en su teoría de la acción comunicativa, es mediante la intersubjetividad, como re-conocimiento del otro, que la justicia, la equidad y la solidaridad humanas resultan posibles. Es la dimensión pragmática del lenguaje, o “democracia discursiva”, lo que establece las condiciones reales para el diálogo del que estamos hablando.

El análisis crítico del discurso (ACD) será la herramienta fundamental para analizar aquí lo que se entiende por consentimiento informado. Lo ilustrado por la ficción referida arriba es, en principio, no un encuentro sino un choque de dos *Weltanschauung*, es decir, de dos cosmovisiones: por un lado, la de quien posee el poder de la ciencia médica moderna y, por otro,

la de quien vive su cotidianidad en medio de un entramado de conocimientos y de campos de saber que, no por estar menos sistematizados que el del profesional de la salud, merezcan ser subestimados.

Una incongruencia que pondrá al descubierto el ACD en esta situación particular tiene que ver con una descuidada, mejor que alevosa, tendencia a mantener y utilizar el lenguaje “encriptado” de la disciplina científica al momento de hablar con la persona común y sus familiares o allegados acerca de la condición de esta, así como de sus posibilidades reales. Esa tendencia establece un marco de relaciones desiguales en las que la intersubjetividad es eclipsada por la posición de poder de quien se expresa con lenguaje ininteligible para el paciente y los suyos. El personaje de nuestra narración se expresa con un léxico muy coloquial y campesino. Sin embargo, ese relato ha sido compuesto a partir de un parte médico real en el que predomina un discurso del argot clínico-quirúrgico. El problema que nos ocupa, entonces, es la traslación de ese meta-lenguaje, propiedad del personal en medicina, al momento de in-formar al paciente y sus familiares para que ellos se enteren de lo que ocurre.

La ética de la liberación, desarrollada por Enrique Dussel (1998), nos ayudará a dimensionar la cuestión de manera apropiada, para que luego estemos en condición de visualizar una *bio-ética de la liberación*, y abrir campos de futura investigación en torno a ella. La obra de Dussel versa sobre la ética de la liberación en general, pero es tarea del personal de las distintas disciplinas, dedicado a la investigación, establecer puentes y conexiones entre la ética de la liberación y su campo específico. Es por ello que en el título de este trabajo se ha modificado el concepto de Dussel anteponiéndole el prefijo “bio”, como un modesto intento de acercar ese enfoque al campo de la ética en la investigación y en la práctica médica.

Después de muchos días de tenerlo entubado... Aproximaciones a la realidad del cuerpo enfermo

En su artículo de 1998, la doctora María Luisa Pfeiffer se refiere al cuerpo humano como un “habitar” para construir intencionalmente un mundo, gracias a la capacidad de “intencionar” que posee la conciencia. Ese habitar se lleva a cabo en ambas estructuras constitutivas de la condición

humana: la salud, en la dimensión “poder”, y la enfermedad, la dimensión “no poder”. En ese contexto, desde la perspectiva médica occidental, la enfermedad acontece, o sobreviene, como la falla de una determinada función o de un órgano. Es una limitación que se debe superar mediante la ayuda del médico. En dicha limitación, lo peor no está en el dolor físico sino en la restricción de la capacidad de intencionar y de significar el mundo. Al ponerse en manos del profesional en medicina, el individuo valida y refuerza el poder médico sobre todo lo que constituye su ser, no solo lo físico, sino también las emociones y lo que puede haber de espiritual en él. Esto último ha hallado explicaciones científicas en procesos neurológicos, y por eso ha quedado supeditado también a las leyes de la naturaleza, la cual es posible sojuzgar, intervenir, modificar o corregir, mediante terapias y fármacos.

Sin embargo, una manera alternativa de considerar el fenómeno de la enfermedad, según la autora, y con inspiración de cosmovisiones no occidentales, es reconocer que, si bien el ser humano es destinado al mundo, no puede abarcarlo y apropiarse de él; antes bien su vida, su paso por el mundo, es una *intencionalidad* un tender-al-mundo para significarlo. Eso se da tanto en la salud como en la enfermedad. Esa capacidad intencionante de nuestro cuerpo, como habitar afectivo y volitivo, es lo que nos permite temporalizar y espacializar el mundo, y también convivir con los demás.

Según la reflexión que ofrece Pfeiffer, la percepción de la enfermedad solo como un “no poder” que nos impulsa a buscar la medicina para volver al “poder” no es la única lógica posible. Existen aproximaciones alternativas al fenómeno de la enfermedad, del dolor, e incluso de la decrepitud que acontece al cuerpo con el paso de los años. Si se piensa la enfermedad de manera diferente, esta puede resultar, más bien, una oportunidad de la vida para abordar relaciones de otras maneras, oportunidad para expresar la sensibilidad y la subjetividad en formas que no se solía hacer cuando se contaba con la salud. En fin, como un modo de ser persona de una manera distinta.

Desde esa perspectiva, el abordaje de la enfermedad por parte de los profesionales de la salud se vuelve algo mucho más respetuoso: ya no procurarán intervenciones con el mero fin de solucionar una dolencia que aqueja al paciente en términos de la inmediatez, y mucho menos como ocasión para “aprender” a vencer los desafíos que la naturaleza le presenta a la ciencia. En cambio, podrán convertirse, más bien, en acompañantes que guían al

enfermo en el conocimiento de su condición y que le recomiendan opciones complementarias para tratar su enfermedad. Eso implica aprender más acerca de las personas y de las dimensiones salud y enfermedad, que forman parte de la condición humana, pues ciertamente es más sencillo actuar desde un marco farmacológico preestablecido que desde las alternativas existentes en otras latitudes y en otras maneras de tratar el cuerpo enfermo.

Pero uno, entre lo sufrido que está y lo enredado que le hablan, ¡qué va a acatar a pelar el ojo!

La elocuente aunque sencilla sentencia de nuestro personaje introduce el tema de la desigualdad en la relación intersubjetiva personal de la salud-paciente, lo cual es objeto del ACD.

Según Wadak y Meyer (2003), no es posible conferirle un poder propio al lenguaje en cuanto tal; más bien, tal poder deriva del uso que las personas poderosas hacen de él. Por esa razón es que la lingüística crítica se decanta en preferencia por la gente que sufre antes que por el modo en el que quienes detentan el poder hacen uso del lenguaje, con lo cual se generan las desigualdades, así como de las posibilidades de que disponen para cambiar esas realidades.

Lo particular del ACD, opinan los autores, consiste en ser un discurso realizado “con actitud” (p. 144). Es, sin más, una toma de postura crítica ante la constante reproducción del abuso y la dominación ejercidos mediante el uso del lenguaje. Por tal motivo, el ACD posee, según los autores, una ética explícita en cuanto a la violación de los derechos individuales y sociales.

En el relato que abre esta disertación es evidente la disparidad existente entre el narrador, que sufre una pérdida familiar real, y el discurso y las acciones de quienes trataron médicamente a su mamá, así como el modo como le transmitieron a él lo ocurrido con la enfermedad de ella. Se nota también todo un proceso de traducción del lenguaje en dos momentos: primero, para él, por parte del personal médico y, segundo, de él para quienes atienden su relato. Pero en el primer proceso es posible advertir toda una estructura tácita de toma de decisiones, un poder establecido para intervenir a la paciente sin necesidad de advertirle a ella o sus familiares de los posibles riesgos, ni mucho menos de la finalidad auténtica de determinado procedimiento, que

podría ser meramente investigativo e innecesario desde el punto de vista clínico. Por ello, Van Dijk (1999) opina que, en un acto de comunicación, los hablantes poderosos, expertos y especializados serán siempre los más influyentes. Ese criterio de autoridad resulta inapelable en la práctica para el paciente y los suyos, sobre todo cuando las circunstancias apremian. Entonces, recae mucha mayor responsabilidad ética sobre los hombros del personal de salud, pues las personas están poniendo en él toda su confianza.

Sin embargo, esa responsabilidad no siempre es honrada como sería lo óptimo. En su artículo titulado Antecedentes y fundamentos de la ética de la investigación, Brussino (2006) advierte que las prácticas habituales en el campo de la investigación tienden a ser “naturalizadas” mediante su conversión, primero en pautas y luego en normas propiamente dichas. De tal modo, la línea divisoria entre lo que los facultativos de la medicina pueden hacer y lo que éticamente deben hacer, o no hacer, suele ser tan delgada que permite fisuras que dañan los intereses de personas que confían en ellos. Y para mitigar, cubrir o solapar lo que en muchos casos son auténticos abusos, se cuenta con el recurso irrefutable del discurso profesional del galeno y otros expertos en salud.

El conocimiento de que dispone el personal de salud suele ser el criterio para que su discurso se dé por sentado como *verdad*. Con base en esa pretendida verdad, se redactan los documentos de consentimiento informado previos a proceder con la realización de una intervención delicada. Según Cruells (2005), el consentimiento informado consiste en un *ejercicio de autodeterminación* por parte del paciente, una vez que se le ha proporcionado una explicación amplia, comprensible y veraz de la situación. El problema de esos tres adjetivos que, acorde con este autor, deben cumplirse está en el grado de “verdad” contenido en cada uno de ellos y en la definición misma del concepto de verdad.

Al hacer referencia a la investigación científica, en general, pero de modo aplicable al ámbito de la medicina, en particular, el médico, biólogo y sociólogo polaco L. Fleck, (1979) sostenía que no es posible llegar a ese pretendido ideal de la verdad en la investigación científica, ya que los investigadores pertenecen y operan en el rango de determinados colectivos de pensamiento, que imprimen en ellos un estilo específico y les exigen una

congruencia particular con él. En el mismo sentido, Vidal (2012) advierte del problema en los términos siguientes:

Sólo en Estados Unidos, por ejemplo, la industria financia casi el 60% de la educación médica y, en particular, los llamados programas de educación médica continua para graduados. Los “trabajos fantasmas” (ghostwriting) son ejemplo de cómo la información con la que se cuenta no siempre es tan objetiva; muestra de ello han sido las reiteradas publicaciones sobre medicamentos como la sertralina, o el rofecoxibs, donde se ocultó o adecuó la información de investigaciones independientes de acuerdo con las necesidades comerciales del laboratorio, y las alarmantes publicaciones que establecen que un 11% de los artículos publicados en las seis revistas mayores de Estados Unidos serían fantasmas (p. 206).

En la práctica médica occidental, los marcos epistemológicos desde los cuales los profesionales de la medicina realizan ese ejercicio de información al paciente y sus familiares, para luego obtener de ellos el consentimiento para determinada acción, sin duda conllevan la impronta de sus respectivos colectivos de pensamiento, que bien pueden ser una escuela, una moda o una tendencia. Ya sabemos que la medicina alopática, como todo lo moderno-occidental desconoce y, en el peor de los casos, descalifica otros saberes, otras epistemes y otras posibles soluciones a los problemas reales de las personas reales.

El constructo de la verdad científica, y en particular de la verdad médica, se fortalece, sin embargo, a medida que el ser humano de hoy ha ido adoptando el lenguaje de la biomedicina para reconocerse a sí mismo (Solange, 2014). Cuanto mayor es la incorporación de ese lenguaje en la cotidianidad de la gente, señala Solange (2014), más poderoso es el discurso de la autoridad médica, pues permea con su popularidad todas las áreas de la vida humana y vuelve a los individuos más dóciles a sus diagnósticos y prescripciones. De ese modo han aparecido los conceptos de “medicalización de la sociedad” y “regulación médica del cuerpo”, ambos evocan una alianza entre la política de la salud, la tecnología médico-farmacéutica y la industria sanitaria, en una clara subordinación de los individuos a procesos económicos. Por ello, la bioética va de la mano con la biopolítica. Ambas disciplinas deben realizar un análisis pormenorizado de la relación entre saber y poder

y, sobre todo, del poder médico y el de la medicina, como generadores de políticas públicas para la explotación de los individuos, al convertirlos en blanco de explotación política y sanitaria.

Pero, ¿de quién se puede valer uno?

El narrador de nuestra historia estalla en un hondo clamor de solidaridad y justicia que luego se ahoga en la frustración infinita de una respuesta inexistente: “*¡Qué hijueputa desgracia!*” Sin embargo, la respuesta existe, pero requiere de la valentía, la determinación y la sabiduría de nuevas generaciones de profesionales, que sean formados en un talante epistemológico distinto al de la Modernidad para poder ofrecerla.

Entendemos aquí la Modernidad como una actitud y no tanto como una época. Si bien, como lo indica Ruiz (2011), la Modernidad es un modo de vida y organización social que surgió en Europa alrededor del siglo XVII, lo realmente impactante en ella es su impronta en las actitudes de las personas. Ante todo, la racionalización: una confianza exacerbada en el poder de las ciencias para resolver todos los problemas que enfrenta el ser humano. Aunado a ello, la centralidad del individuo por encima de la comunidad y el colectivo; el economicismo, como estandarización del criterio económico para valorar todas las cosas y la expansión globalizadora, que invade hasta las esferas más íntimas del ser y absorbe cualquier amago de oposición.

Esa actitud, o modo de vida, por supuesto que permeó a la ciencia médica y al cuidado de la salud en general como lo hizo con los demás campos del saber en las sociedades occidentales. El individuo común, pasmado ante el desconcierto de la ayuda que se le ofrece para atender sus dolencias, mediada por códigos de lenguaje extraños a los suyos y a los de su cultura e idiosincrasia, en el colmo de su estupor, y a veces de su indignación, saca conclusiones desafortunadas como la del título del relato de nuestra introducción.

La recomendación “*mejor no dejen que la toquen*” evidencia una relación que ha devenido hostil entre el médico y su paciente; o más bien, entre el médico y sus familiares. El hombre de la historia jamás supo, jamás debía saber que la punción lumbar practicada a su madre, y que produjo el desenlace fatal, tenía otra finalidad que la de ayudarle a estabilizar su salud. No se pueden subestimar los conocimientos del médico que la realizó y ponerlos

por debajo de los del “*carajo que estudió medicina*”. Ciertamente, debía ser conocedor de las repercusiones de ese procedimiento en las condiciones de aquella paciente, pero la oportunidad de experimentar era quizás demasiado propicia y valía la pena el riesgo. En todo caso, el discurso del parte médico sería un blindaje ante eventuales cuestionamientos.

La ética de la liberación, desarrollada por el filósofo latinoamericano Enrique Dussel (1998), ofrece abundantes derroteros para orientar ese talante epistemológico distinto que se percibe como urgente y necesario. Según este autor, la universalidad de la razón, de la vida y de la corporalidad son principios compatibles con la ética de la liberación. Esa razón es la que permite identificar la alteridad de los seres humanos dominados y su condición de víctimas. Una vez dado ese paso, es posible luego asumir una posición crítica e intentar deconstruir la validez del sistema hegemónico vigente, es decir, el sistema de pensamiento y de acción moderno-capitalista. Mediante esa deconstrucción, el conjunto de prácticas, que con el tiempo se convierten en pautas ampliamente aceptadas y de valores imperantes, es re-conocido como perverso e ilegítimo, pues es la fuente del sufrimiento de los oprimidos. Esto es lo que en otra de sus obras Dussel (1993c), inspirado en una intuición levinasiana, denomina “la irrupción del Otro” (p. 35). El Otro, el oprimido, el que habla desde la “exterioridad” del sistema económico-institucional vigente, aunque en el caso que nos ocupa sea quien sostiene con sus cuotas el funcionamiento de la seguridad social, irrumpe en demanda de justicia. Mas esta irrupción consiste en su presencia misma y en la interpelación que provoca en quien, desde adentro, desde la oficialidad, lo re-conoce y sale a su encuentro.

Podríamos preguntarnos, sin embargo, cuál es el origen de que entre los humanos existan opresores y oprimidos. En el caso de nuestra disertación, el abuso del ser humano en cuanto a su condición de enfermo y su instrumentalización para fines económicos o investigativos tiene una causa definida. Según Dussel (1998), la posibilidad de un conocimiento y un amor (pulsión) perfectos no existe. La condición humana es finita. El ser humano debe tomar decisiones en medio de la ambigüedad de esa imperfección; por ello, la posibilidad del error siempre está presente. No solo eso, sino que lo limitado del conocimiento, junto con la autoreferencialidad de los instintos de conservación, originada por el egoísmo pulsional (o falta de amor), es lo

que sustenta el sistema vigente de opresión y dolor. Eso es el mal. Y el mal moral es la no-sensibilidad ante la victimización del oprimido.

Ese mal, afirma el autor, no necesariamente es intencional por parte de quien toma decisiones en el sistema perverso, pero se acumula a lo largo de la historia y crea estructuras de perversión que permean la institucionalidad. Por esa razón, a fin de cuentas, nadie en particular resulta responsable del mal. Solo hay un sistema viciado, que se nutre de las víctimas y se fortalece con sus colaboradores. El oprimido que “escupe en el suelo” y “se seca las lágrimas donde nadie lo vea” no puede señalar a un culpable de su aflicción. Las decisiones que ocasionaron su perjuicio están probablemente amparadas en la legalidad. En nuestro relato, el sistema como tal puede que resulte injusto, pero la culpabilidad del médico no se podrá demostrar porque no hay “plata” para demandar y sus intenciones reales permanecerán para siempre en el fuero de su conciencia.

Dussel (1998) sostiene, sin embargo, que el mal infligido a las víctimas es descubierto como una inversión de las intenciones originarias del bien, en vista del cual se habían establecido normas y se había organizado toda una institucionalidad. Al invertirse el propósito originario, el mal suscita en las personas del sistema todo un proceso de “fetichización” de su falsa verdad, y les hace percibirlo como normal y hasta correcto. Pero la crítica de las víctimas a esa no-verdad constituye la auténtica manifestación del ser humano. Por su parte, quien desde la estructura de poder del sistema, de manera responsable, logra re-conocer a las víctimas de este como sujetos autónomos en su corporalidad sufriente inicia un proceso distinto, uno de subvertir el mal. Al identificar al otro como igual, se da inicio al proceso de liberación. El acto ético consiste en ese reconocimiento. Es un deber solidario que compromete a quien estaba del lado del poder a tomar partido en favor de la víctima, lo cual, sin duda, lo convertirá en víctima sustitutiva que dará testimonio de la presencia, la existencia y la alteridad de la víctima.

Conclusión

La conclusión de este trabajo consiste en una explicación de su título o, más bien, del énfasis puesto en un prefijo que se incluye en él. Se trata del prefijo *bio-*, antepuesto al concepto de *ética de la liberación*. Este último,

como se vio, fue desarrollado con elocuencia y amplitud por E. Dussel. Sin embargo, las múltiples derivaciones hacia las distintas disciplinas son una tarea que debe ser desarrollada a lo interno de cada una de estas.

El tema de esta disertación tuvo por objeto la ética en la práctica de la medicina, en especial en la relación entre el profesional de la salud y su paciente, o los familiares o allegados de este. Se ha señalado, de manera explícita, el papel del lenguaje como mediador entre el poder médico y las múltiples circunstancias que rodean al enfermo y los suyos.

A partir de un relato ficticio, pero inspirado en un parte médico real, de los que se realizan constantemente en los centros de salud, se ha presentado el delicado problema de la dimensión ética en la práctica de la medicina. Al hacerse referencia a la reflexión de Dussel con respecto a la ética de la liberación, se han utilizado los conceptos empleados por él para advertir acerca de la posición del paciente con respecto a la del personal de salud. Se ha dicho, entonces, que, debido a lo que se ha denominado “el poder médico”, su contraparte, el paciente, queda sin poder, es decir, en el discurso de Dussel, en situación de *oprimido*. Esa opresión, se ha aclarado, no necesariamente es intencional; se trata más bien de una que surge de la maraña de intereses y regulaciones de un sistema institucional que opera en medio de muchas malas decisiones, producto de la limitación del conocimiento humano y del egoísmo. Esta doble fuente de error, que se ha denominado como “el mal”, produce víctimas, como las del narrador de nuestro relato inicial, tanto su difunta madre como todas las demás personas que habrían sufrido esa pérdida.

Ciertamente, no se puede colegir aquí, entonces, que no hay una responsabilidad directa del personal médico por sus acciones y pretender excusarlo todo mediante la fácil explicación de que las decisiones se toman entre las prioridades de un sistema institucional imperfecto. Si bien el conocimiento humano es limitado, la voz interior de la conciencia del profesional siempre se encuentra presente para alertarle de aquellas acciones que van motivadas por el egoísmo y que son, en sí mismas, intrínsecamente malas.

En vista de lo anterior, se concluye también que la formación profesional del personal en salud debe incorporar una perspectiva inter- y transdisciplinaria, en el sentido de que no solo aborde la dimensión ética en sus planteamientos curriculares, sino que estos estén abiertos a las diferentes

voces que aportan al respecto, sobre todo las que pertenecen a los contextos más inmediatos de cada sociedad. Existen muchos manuales de ética que han sido desarrollados desde la perspectiva europea o norteamericana, que en general sientan las bases de discusión y suelen estar a la cabeza de las bibliografías que se proponen en los planes de estudio; sin embargo, la riqueza del análisis ético desde el ángulo latinoamericano, como el que plantea Dussel, citado en este trabajo, no debería dejarse de lado. Al contrario, la reflexión ética de hoy debe atenerse a la realidad contextual de cada lugar y al marco común de los derechos humanos. Como lo plantea Brussino, citado por Vidal (2012), y en el marco de la antropología social, debe tener en cuenta “el punto de vista del actor” (p. 40). También son valiosos los aportes de la moral católica, sobre todo en el tratamiento de la formación de la conciencia moral de la persona, recinto último y definitivo en el que se toman las decisiones con discernimiento y responsabilidad.

Se dijo, finalmente, que la educación de los nuevos profesionales es el bastión mediante el cual es posible forjar la transformación epistemológica que logre un mayor interés por el componente deontológico de las profesiones, en este caso, de las que tienen que ver con la salud. Ciertamente, no se vislumbra posibilidad alguna de dicha transformación, si persiste la reticencia a escuchar las voces complementarias y si cada “proponente” emerge en un momento, pues se consume en el desfase y se pierde en el olvido. Cosa lamentable, si se tiene en consideración que las víctimas siguen clamando por una respuesta seria, duradera y responsable.

Referencias

- Brussino, S. (2012). La deliberación como estrategia educativa en bioética. En Vidal, S. (Ed.), *La Educación en Bioética en América Latina y el Caribe: experiencias realizadas y desafíos futuros*. (p. 37-52) Montevideo: Editorial UNESCO. Recuperado de <http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/shs/2012/EducacionBioeticaALC-web.pdf>
- Cruells, J. (2005). Conceptos de bioética y responsabilidad médica. 3.^a edición. México: Editorial Manual Moderno.
- Díaz, Z. (2007). J. Habermas: Lenguaje y diálogo, el rol del entendimiento intersubjetivo en la sociedad moderna. *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 12, (p.47-72). Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/279/Resumenes/Abstract_27903904_2.pdf

- Dussel, E. (1993c). *Apel, Ricoeur, Rorty y la filosofía de la liberación*. México: Universidad de Guadalajara. Recuperado de <http://enriquedussel.com/DVD%20Obras%20Enrique%20Dussel/Textos/24/03cap2pp33-65.pdf>
- Dussel, E. (1998). *Ética de la liberación en la verdad de la globalización y de la exclusión*. México: Editorial Trotta.
- Fernández, J. (Rec.). (2014). *Diccionario de lingüística y ciencias afines*. Hispanoteca – Lengua y cultura hispanas. Recuperado de <http://hispanoteca.eu/Lexikon%20der%20Linguistik/l/LENGUA%20IDIOMA%20DIALECTO.htm>
- Fleck, L. (1979). *Genesis and Development of a scientific Fact*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Pfeiffer, M. L. (1998). El cuerpo enfermo. *Ágora: Papeles de Filosofía*, 17(1), 137-149. Recuperado de <http://dspace.usc.es/handle/10347/1118>
- Ruiz Callado, R. (2011). *Modernidad, conceptos y características*. Universidad de Alicante, Departamento de Sociología. Recuperado de <http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/16004/18/Tema%205.%20La%20modernidad,%20concepto%20y%20caracter%20ADsticas.pdf>
- Solange, C. (2014). *Biopolítica y bioética*. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina, Rede Iberoamericana de investigadores en História da Psicologia (RIPeHP). Recuperado de <http://ripehp.com/2014/10/27/biopolitica-y-bioetica/>
- Vidal, Susana. (2006). ¿Ética o mercado?, una decisión urgente. Lineamientos para el diseño de normas éticas en investigación biomédica en américa latina. En Keyeux, G., Penchaszadeh, V., Saada, A. (coordinadores.), *Ética de la investigación en seres humanos y políticas de salud pública*. 191-132) Colombia: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, UNESCO. Recuperado de <http://unesdoc.unesco.org/images/0015/001512/151255s.pdf>
- Wadak, R. y Meyer, M. (2003). *Métodos de análisis crítico del discurso*. Barcelona: Editorial Gedisa.
- Van Dijk, T. (1999). El análisis crítico del discurso. *Anthropos* (Barcelona), 186, 23-36. Trad. Manuel González de Ávila. Recuperado de <http://www.discursos.org/oldarticles/EI%20an%20EII%20cr%20EDtico%20del%20discurso.pdf>

RECUPERAR EL DOLOR POR LA VÍA PLATÓNICA

RECOVERING PAIN THROUGH THE PLATONIC WAY

Luis A. Fallas López¹
Universidad de Costa Rica
luis.fallaslopez@ucr.ac.cr

Publicado 2016

Resumen

Este trabajo se dedica a representar los conceptos y las distintas formas de manejo del problema del dolor² en Platón. Se tratan pasajes fundamentales de *Protágoras*, *Fedón*, *Filebo*, *Timeo* y *Leyes*. Atender al dolor terapéuticamente pareciera lo primario en los textos, ya que se constituye como un mal que debe ser resuelto, pero, además, como un fenómeno inevitable en la vida que puede llevarla a su propia destrucción. No obstante, la alternativa de extirpar tal afección no parece posible en la mayoría de los casos, incluso aunque tengamos un arsenal de herramientas racionales para contenerla; más bien, la estrategia sería recuperar nuestra capacidad para medir emociones, aquilatar su presencia y, como cuando nos rascamos, tratar de convertirlo en un factor a nuestro favor. Frente a nuestra contemporánea tendencia a extirpar todo dolor de nuestra vida, Platón, sobre todo el de las últimas obras, nos lleva a pensar, curiosamente, en la posibilidad de recuperarlo para que nos permita construir un camino más seguro hacia un bienestar integral en nuestra vida.

Palabras clave: dolor, ética, emociones, moderación, armonía, Platón.

1 El autor es doctor en Filosofía por la Universidad de Granada, España, catedrático de la Universidad de Costa Rica, docente en la Escuela de Filosofía de la Universidad de Costa Rica, en el Posgrado en Filosofía y diversas maestrías, así como en la Maestría Interuniversitaria de Bioética (Universidad Nacional y Universidad de Costa Rica). Ha sido profesor invitado y conferencista en varias universidades de Argentina, Perú, Chile, Brasil, España, Puerto Rico y México. Es coautor de *En diálogo con los griegos* (Bogotá, 2003), autor de *Al acecho de lo puro. Introducción a una filosofía de lo singular en Platón* (Bogotá, 2011) y de *Emociones y bioética miradas desde la filosofía antigua* (EUCR, 2015). Además, ha publicado alrededor de 40 artículos especializados en filosofía griega y ética en revistas de Brasil, Colombia, Chile y Costa Rica.

2 La traducción al español de todas las palabras escritas en griego no es posible por una razón básica: hay muchos sinónimos en griego para hablar del dolor, y esto es totalmente contextual. *Odynē* y *lypē*, por ejemplo, son ambas dolor, sus variaciones semánticas son amplias, pero no se podría ofrecer una sola traducción sin dejarse mucho por fuera.

Summary

This paper is dedicated to represent the concepts and the various forms, in which the problem of pain is dealt with in Plato's work. Fundamental passages of Protagoras, Phaedo, Philebus, Timaeus and Laws are discussed. Attending to pain therapeutically seems to be the primary issue in these texts, as it is constituted as an evil that has to be resolved and, additionally, as an inevitable phenomenon of life that can also take it to its own destruction. However, the alternative of extracting the affliction does not seem to be possible in most cases, even if we have an arsenal of rational tools to contain it; rather, the strategy would be to regain our capacity to measure emotions, examine their presence and, in the same way we do when we scratch, turning them into a factor in our favor. Facing our contemporary tendency to extract every pain from our life, Plato, especially in his last works, leads us, curiously enough, to think about the possibility of regaining it, so it will allow us to build a safer path towards an integral wellbeing in our life.

Keywords: pain, ethics, emotions, moderation, harmony, Plato.

*El dios, que quería reconciliar a esos (el placer y el dolor) que peleaban,
dado que no lo logró, los ató por la coronilla a lo mismo;
por eso, en lo que aparece uno, después va detrás el otro. (Fedón, 60c2-5)*

Este mito que propone Sócrates al inicio del *Fedón*, que según el propio pensador bien lo podría haber compuesto Esopo, parece signar la dramática distinción entre su complicadísimo encuentro con Jantipa –obviamente marcado por el dolor y la desesperación de ella, al ver que ese mismo día él, su marido, habrá de morir–, y el que inicia con sus discípulos, un placentero encuentro lleno de emociones y razones. Además, nos mueve a pensar en la extraña resolución del maestro de Alópece de hacer caso, por fin, a un sueño repetido, y empezar a escribir poesía, precisamente en sus últimos días, cuando más bien parece necesario reforzar su purificación filosófica. Acaso podemos sumar todavía una relación de contrarios para considerar desde el mito: la que tendría la vida inmanente con la trascendente, dos hermanas que, para nuestros efectos, deberíamos suponer unidas también por la coronilla y que, en el diálogo, tendrán una importancia capital. Aunque de manera más directa y quizás casual, según el propio filósofo, se crea esta *imagen* para explicar la paradójica sensación que se tiene entre dolor y placer cuando uno se rasca.

De hecho, le acaban de quitar los grillos con los que evitaban, en aquella cárcel, su posible escape, y se rasca (ἐξέτριψε) la pierna (σκέλος), lo que le hace reconocer la extrañeza del goce³, en un juego de contrariedad que maravilla (60b4), pues surge casi junto al dolor. Pero ni el goce ni el dolor quieren (θέλειν) presentarse a un tiempo (b5-6), y más parecen encontrarse, inevitablemente, en algún momento o lugar que, según el mito, es en la parte más alta de su cabeza. En este sentido, si pensamos en el crecimiento importante de alguno de estos dos extremos (goce y placer), en paralelo se potencia su contrario, al punto de que, cuando uno está en su plenitud termina transformándose en el otro. Lejos estamos de lo que observa Aristóteles sobre la naturaleza del placer: *es una suerte de totalidad* (ὅλον γὰρ τι ἐστί) (*Ética a Nicómaco*, 1174a17), como un átomo pero contingente. Para Sócrates esa totalidad se disiparía, transmutándose en su contraparte, aunque reaparecería casi sin querer, en un juego tan delicioso como afflictivo.

Así, Jantipa junto con sus emociones y realidades, que reflejan un dolor no querido, sin más, se aleja, se deja de preocupar, aunque exija hasta el máximo. Y de forma análoga, al llegar al final del encuentro filosófico, reaparecen las pasiones, esa angustia y dolor que no eran esperables en quienes estaban afianzados en la verdad, y eran capaces de discutir en el más alto nivel sin perder, por ello, la confianza. Y en el momento en que se debía manifestar esta última, en la corona del goce filosófico, aparecen las lágrimas y los gritos (117d), anticipando un final trágico cuando más bien era el paso definitivo a la plenitud. ¿Cómo no pensar que Sócrates esperaba coronar su paso por la inmanencia para llegar a la sabiduría propia de la plenitud de lo eidético, donde podríamos superar los estadios hipotéticos, aquel lugar donde ya no haría falta nada de lo anterior, para lo cual habría de mantener una pureza de mente y cuerpo que le permitiera acceder de una forma más consistente a lo que trasciende? Y, sin embargo, todo parece echarse a perder al final: el maestro no termina de convencer, los discípulos perdieron su dignidad y perspectiva, del placer de la palabra y el razonamiento pasaron al dolor de la sinrazón y los gemidos del desamparado.

3 Sobre el rascarse hay dos textos que merecen ser recordados: el primero, del *Gorgias* (494c6-8), en el que se habla de la felicidad propia del que sufre de sarna, que sería precisamente rascándose siempre –este ejemplo enfurece a Calicles, como es de esperar–. El segundo, del *Filebo* (46a8-9), donde se menciona el carácter terapéutico del rascado, obviamente para la picazón.

Así pues, desde la alegoría socrática, es indudable que incluso para la mejor de las vidas posible las emociones son compañía necesaria, y en particular el dolor, pues con su gemelo a cuestas, el placer, tiene un papel preponderante, acaso definitorio de lo que somos los seres sintientes. Por supuesto, es más agradable y, quizás, esperable, tratar el problema del elemento placentero y positivo en esta dualidad, dado que es la cara buena y clara de estas complejas monedas que constituyen nuestras más fuertes emociones; pero lo que no gusta y tiene poca prensa quizás exige una mayor atención. Como dice Parménides, en el diálogo homónimo que le dedicara Platón: las cosas que despreciamos por poco filosóficas, como el pelo, la basura o el lodo, o para el caso que nos ocupa, el dolor, en el fondo han de exigirnos la misma atención que lo más sublime (130c-e), si es que *nos dejamos atrapar por la filosofía* (cf. e2).

No obstante, los lugares en que Platón trata los fenómenos de dolor son más bien escasos, quizás haciendo de contraparte a la tradición literaria que ha convertido la tragedia, las lamentaciones y demás expresiones de aflicción humanas en el modo de vida griego, con una suerte de fórmula imitativa que, como señala Aristóteles (*Poética* 1449b28), permite purgar las pasiones vividas. El filósofo ateniense opta claramente, y en mayor medida, por revalorar el poder de la racionalidad para medir, contener y, en algunos, suturar tales acontecimientos.

Aún así, es un hecho innegable que sucumbimos ante los dolores, y que, en muchos casos, estos determinan lo mejor que tenemos, acaso incluso más que los propios placeres. Por ello, es posible una reinserción en el problema, aprovechando sobre todo que el propio filósofo no ha dejado de darle el lugar que merece; aunque con esto vamos a romper la lógica de la lectura de los *Diálogos*, pues saltaremos de una época a la otra sin atender, mayormente, a la evolución que el autor mostró; a falta de un gran texto sobre la aflicción, no queda más que construir sus posibles alcances.

* * *

En el lenguaje de Platón, dolor puede decirse de varias maneras, dependiendo de intensidades y localizaciones. Las palabras más usuales para hablar de ello, ὀδύνη y λύπη, pueden referir tanto patologías corporales como anímicas, aunque parecen describir mucho más el dolor físico. Para hablar

de dolores fuertes e intensos, igualmente físicos, como los de parto, por ejemplo, se usa ὠδῖς y sus cognados (cf., p. e., *Teeteto* 148e6ss, *Simp.* 206e1, *Fedro* 251e5, *Rep.* 574a3 y 583d3, *Leyes* 873c5); mientras que la aflicción o el sufrimiento, que bien podrían verse más relacionados con sensaciones anímicas, se encuentran descritas con palabras como ἀχθηδών (cf. *Crátilo* 419c6, *Leyes* 734a6), ἀνία (cf. *Prot.* 351c, 353e, *Crátilo* 419c3, *Gorg.* 477d2) y ἀλγηδών (cf. *Fedón* 94d3, *Rep.* 413b9, 464d2, 465c2, *Filebo* 31d5, 42d2, 52a2, *Leyes* 647a5, etc.).

De esos términos, el que se utiliza un mayor número de veces es λύπη, quizás porque es el antónimo de ἡδονή (placer), y tal vez por la razón semántica que ofrece el *Crátilo* (419c1-3), cuando se lo relaciona con la διάλυσις (disolución) corporal: este deterioro, o incluso destrucción, bien podría definir lo que se entiende por el dolor en general –según el mismo pasaje, ὀδύνη hablaría más bien de la entrada del λύπη (c5-6) –⁴.

Esta visión del dolor, como una ruptura o pérdida de la naturaleza, se ve confirmada en la más clara y completa determinación de este fenómeno, apuntada en el *Filebo*: digo que al disolverse (desatarse –*λυομένης*) la consonancia (ἀρμονία) en nosotros los seres vivos, a la vez en ese momento específico acontece una pérdida (λύσιν) de la naturaleza y el nacimiento de los dolores (ἀλγηδόνων) (31d4-6). Nótese que la clave está en la ruptura de la “armonía” de las partes, como en un conjunto musical en el que se pierde la afinación y el ritmo, al punto de que ya no se muestra la identidad que marcaba al grupo; por eso ya no se es lo mismo, la constitución, la naturaleza del compuesto se rompe y surge el dolor. Si hablamos de una consonancia perdida, se asume que el ser sigue determinados procesos, movimientos, que son interrumpidos o desviados. En este sentido, recuerda el juego etimológico que describe el *Crátilo* al asumir que la ἀχθηδών (pena o pesadumbre) es producto de –o corresponde a– un peso que genera un desplazamiento (τῷ τῆς φορᾶς βάρει) (419c6-7). Así, se entenderá más adelante en el *Filebo* (43a), cuando se establece que grandes movimientos (μεταβολαί) son los que producen en nosotros dolores y placeres.

4 Para describir procesos de dolor severo se usa ἀνιάρως (cf. *Prot.* 351c-d, *Gorg.* 497d, *Rep.* 587e3), aunque quizás el sustantivo περιωδυνία sea el que mejor signa esta condición (*Rep.* 383d3, *Leyes* 732c3 y 873c5). Para hablar del padecer se usa, por ejemplo, ὀδυνάω (*Prot.* 351b5, *Ión* 539c5, *Fedr.* 251d6), y para signar el acto de infligir dolor están los verbos λυπέω y ἀνιάω (múltiples lugares). Un pasaje ha de tenerse en cuenta para las variables nominales: *Filebo* 42d1-3. Platón, probablemente, tiene presentes sutilezas en la distinción en esos sinónimos que no explicita.

En el *Timeo* (64a-b) se sostiene una tesis parecida: primero queda claro que estos acontecimientos son pasiones (*παθήματα*), lo cual está en clara correspondencia con las percepciones, pero lo crucial es cómo se mueven, porque a mayor movilidad, mayor sensación. De esta manera, se da una especie de proceso mecánico entre las partes corporales –en forma circular (64b4-5)– que permite llevar la información hasta la inteligencia (*τὸ φρόνιμον*), en la cual se conoce lo que lo ocasionó; por supuesto, en el caso de lo que se mueve poco, la percepción no se da o no resulta importante. Lo cierto es que *es una pasión dolorosa (πάθος ἀλγεινόν) la que nace en nosotros como un todo (ἄθρόον⁵) contra la naturaleza y por la fuerza (βίαιον) (c7-d1)*. En otras palabras, el acontecimiento es efectivamente doloroso cuando hay una ruptura de los procesos naturales que es violenta, y suficientemente fuerte como para que lo que está llamado a moverse lo haga al punto de llegar a las instancias receptoras, que por lo visto suponen un acto de conciencia –conocimiento racional, si atendemos al adjetivo φρονιμός (inteligente) –. Esto no ocurre de la misma manera en todos los cuerpos ni partes; por ejemplo, en cuerpos compuestos por partes grandes es evidente que se afecta al conjunto, al generarse un movimiento contra su disposición natural (64e4-5). En cambio, en aquellos en los que las partes son muy pequeñas, como sería el caso de la vista, tal afectación no se daría (e3-4).

De cualquier manera, el dolor parece estar relacionado con elementos negativos, contra la naturaleza o males. Así lo da a entender el Sócrates del *Protágoras*, en unos pasajes en los cuales discute la difícil clasificación de algunos padecimientos que son dolorosos pero buscados por ser beneficiosos (354a⁶). Lo que sí parece muy claro es que debería mantenerse más firmemente que hay relación entre mal (*κακόν*) y dolor (*λύπη*), aunque aquí el mal, quizás, se puede decir de varias maneras.

Mejor establecido está en el *Gorgias*, en el que se analogía con lo doloroso (*αἰσχρός*) y lo malo o feo (*κακός*) (475a-b)⁷. Pero una mirada más aclaradora se encuentra probablemente en el *Filebo*, en el cual no se afirma de forma contundente que se trata de algo malo, pero sí que su superación o

5 Atendiendo a este adjetivo, puede entenderse también como un evento repentino, que se da completo a un tiempo.

6 Los ejemplos que cita en este pasaje son perfectamente trasladables a nuestro mundo contemporáneo: los ejercicios gimnásticos, el servicio militar y los cuidados médicos.

7 Muñón (2013, p. 150) distingue algo que valdría recalcar, a partir de la discusión de Sócrates con Calicles en el *Gorgias*: entre placer y dolor hay una relación íntima, pero no así entre bien y mal, que no podrían coexistir. Esto nos permite, desde ya, apreciar que la correspondencia entre mal y dolor no podría ser de equiparación; de hecho el dolor será un instrumento por considerarse en múltiples sentidos, incluso para la formación de las personas.

extirpación resulta un bien indudable para quien está enfermo (45b), esto es, para quien carece de salud manifestar una mejora genera bienestar, al punto de que se goza de un placer o un bien tal que se asume como el mayor posible.

No obstante, cabe la posibilidad de distanciar dolor y mal, como de hecho se hace en el *Timeo*, en el cual es un padecimiento que aleja del bien, pero no necesariamente provoca lo malo, cosa que sí logra de manera contundente el placer (69d). Aquí se habla del mal posiblemente en orden moral, aunque el pasaje refiere al alma mortal, la cual se ve llevada por esas “terribles y necesarias pasiones” (69c8-d1), y allí lo que pesa ha de ser el rigor de una moderación que no permite incorrecciones superiores.

La relación del dolor con lo malo, como lo suponen estos pasajes del *Timeo*, tiene más que ver con el grado de voluntariedad, y en este sentido es menos esperable que se busque de por sí. Frente a esto, su contraparte, el placer, sería un objeto al que cualquiera tendería. Aun así, es fundamental ver cuánto se acerca precisamente al placer, a fin de terminar el cuadro que lo enmarca. A este propósito debe reconocer que existe en los humanos una comunidad (κοινωνία) en lo que se refiere a placeres y dolores (*Rep.* 462b4), en el sentido de que marchan a un mismo nivel en la determinación de nuestras vidas: *para mí en un género (γένει) común al mismo tiempo parecen nacer el dolor y el placer conforme con la naturaleza* (31c2-3). Esto hace pensar ya no en la imagen de los siameses del *Fedón*, planteada al inicio, sino en un conjunto de acontecimientos que, pareciendo contrarios, en realidad resultan paralelos e incluso llegan a confundirse, como lo muestra el ejemplo del rascarse, que duele y agrada, del propio Sócrates –esto se repite en el *Filebo* al hablar de una suerte de disposición (διάθεσις) en la que no se sabe, estrictamente si hay goce o aflicción (32e-33a) –. Esto es especialmente evidente en los espectáculos trágicos, en los que *a un tiempo los que se regocijan lloran (χαίροντες κλάωσι)* (*Fil.* 48a5-6). Incluso, se podría decir que ambos afectos se producen a la vez, como ocurre cuando nos reímos de ridiculeces de amigos nuestros, uniendo un dolor, la envidia y el gozo, y así en *miles de otros casos* (50b4). Estas ocasiones nos suelen agradar y, por eso, se buscan de manera particular cuando hablamos del teatro, donde, como espectadores, atendemos con gran reconocimiento a las virtudes de los artistas, por ser capaces de hacernos gozar de dolores maravillosamente representados (cf. *Rep.* 605c).

De cualquier manera, sea ante dolores puros o mezclados, pareciera que lo fundamental está en cómo atiende nuestra alma el asunto, pues es ella la que es capaz de “poner atención”⁸, sea en algo estrictamente anímico, como el caso de la envidia (*Fil.* 48b) y tantas otras afectaciones, que se sufren al punto de quedar constreñido, como ver el mal de un amigo (49d) o la cólera, los celos, etc. (47e)⁹; o en algo más bien corporal, como pareciera lo común. La ruptura del orden natural exige un conocimiento, e incluso una cierta capacidad de manejo.

* * *

La vida correcta (ὀρθὸν) no ha de perseguir los placeres, ni tampoco huir del todo de los dolores (λύπας), sino abrazar amablemente (ἀσπάζεσθαι) el medio (μέσον) mismo, ese al que me he referido al nombrarlo como propicio (ἴλεον), una disposición (διάθεσιν) del dios a la que por algún mensaje mántico con acierto saludamos todos. (Leyes 792c9-d4)

Con el alma como ama y señora del cuerpo (cf. *Fedón* 94c10-d6), una conductora que incluso al tratar las penurias hace uso de terapias dolorosas (μετ’ ἀλγηδόνων), como las propias de la gimnasia y la medicina (94d3-4), debería ser posible sobrellevar o corregir las pasiones más amargas, de manera tal que al menos se comprendan y asimilen.

La estrategia ante el dolor está en la medida, como lo supone el *Protágoras* (cf. 256a1-5), aplicando la “metrética”, el arte que mide el exceso y la deficiencia (357a1-2), que resulta de una extraordinaria importancia, pues asegura el saber y la propia subsistencia. Aunque en esto parece muy difícil hablar de mediciones estrictas, como supone el *Filebo*, porque son asuntos

8 Se puede atender a algo que está ocurriendo o también a algo por anticipado, como bien destaca Mié (2012, p. 168) a partir de *Fil.* 32c.

9 En 34b-35d se puede ver un tipo de dolor estrictamente anímico, el deseo, un evidente producto de una carencia de la que se hace uno consciente. Como interpreta Correa (2012), se podría decir que la carencia corporal es de segundo orden frente a la que tiene el alma, que es la que se da cuenta del padecimiento. Aunque pareciera obvio que el cuerpo, en la generalidad de los dolores, es el que realmente siente, como destaca Ganson a propósito del *Timeo* pero en cercanía con los pasajes que estudiamos del *Filebo*, “pains are housed in the mortal part of the soul (65a5 and 69cd), but sensed affections are in the body, not the soul. For these reasons, I will assume that Plato takes pains and pleasures to be sensations whose objects are affections of the body” (2001, p. 229).

que admiten “lo más” y “lo menos” (27e5-6). Es obvio que, ante tal problema, rozamos la indeterminabilidad, pues esto no implica que sea inmanejable: el asunto dejaría por fuera la exactitud aritmética para tender a las relaciones de proporcionalidad, siempre en busca de medir su dimensión (μεγεθός) e intensidad (τὸ σφόδρα) (cf. en paralelo 45c5-6), o al menos sopesarlas.

La balanza que nos permite pesar o comparar puede ser un mecanismo eficiente, pero habría que ver con qué elementos se habría de hacer la aquilatación. En principio, se procedería por la negación: dolor frente a su supresión, o comparación por fuerza, intensidad, lugar de manifestación, consecuencias, etc.; pero esto no nos permite una posición exclusiva, más cuando sabemos que el dolor pasa etapas que van de la mera presencia de una irritación (δυσπαλλακτία) hasta una tensión salvaje (σύντασιν ἀργίαν) (46d1-2).

En cualquier caso, ante la desarmonización que ello significa, se hace necesario buscar una herramienta eficaz para controlar, de algún modo, el problema. Es en las *Leyes* donde la vemos clara, se trata de la siempre enaltecida σωφροσύνη, esa excelencia capaz de atemperar excesos y que nos permite, más que eliminar sensaciones, pasiones y emociones, controlarlas, enfrentándolas pero con una prudente contención y no una ciega pretensión de extirpar, pues se volvería una lucha casi absurda, en la que, en general, se termina peor de lo que se empezó. Ella nos habrá de permitir un gobierno inteligente –prudente– de sí en perspectiva al bien (644b6-7).

Para esto, tenemos que conocer cuáles son los caminos errados, entre los cuales son dos malos informantes (σύμβολος) el propio dolor, así como el placer (644c6-7), especialmente cuando se ven puros (799a3) y no somos capaces de buscar mediaciones (a4), pues terminan acompañados de emociones extremas, que nos desvinculan totalmente de las expectativas ciertas y adecuadas. En el caso del dolor, esto se refleja de manera muy clara, pues no hace sino ofrecernos la esperanza de mayores males; de ahí que, normalmente, nos llene de temor y, por consecuencia, nuble nuestro entendimiento: el miedo es la esperanza (ἐλπίζ) del dolor (644c10-d1); o, como dice el *Filebo*: *para los dolores es lo terrible* (φοβερόν) *y penoso* (ἀλγεινόν) *lo esperable* (32c2).

Pero, lo crucial está en entender cómo se conforma nuestra alma: *creamos que cada uno de nosotros los seres vivos somos como una marioneta divina, sea como un juguete para aquellos (los dioses) o como un constructo para algo útil; eso no lo sabemos, pero sí vemos esto: que esas pasiones en nosotros, como*

unos tendones o ciertas cuerdas internas, tiran de nosotros y siendo contrarias las unas a las otras nos llevan a acciones contrarias; desde lo cual en efecto resultan determinados la virtud y el vicio (Leyes 644d7-e4). Seamos o no dependientes de estos tendones, lo cierto es que, aún asumida nuestra fuerza interior, esas cuerdas que nos mueven habrían de producir tremendos desajustes, que nos son casi inevitables. Para colmo de males, no solo de un lado se tira, al otro extremo encontramos el placer y sus tentadoras ilusiones, y la misión está, precisamente, en resistir, aunque mejor que ello en comprender que, entre jalones y tropiezos, nos movemos, como una marioneta que bien ha de simular sus caídas, esforzándose por parecer aquello que busca imitar: una racional continencia que a nada se entrega completamente, pero tampoco renuncia del todo. Ha de recordarse que placeres y dolores son necesarios, definen lo que somos y sufrimos.

Hay que tener presente que entre estas cuerdas una exige un cuidado especial, pues no es de hierro, como esas pasiones descritas, sino de oro y, en consecuencia, es débil (645a2-3). Hablamos de la ley común de la ciudad, la conducción áurea y sagrada del razonamiento calculador, una cuerda a la que es necesario que cada uno siga sin desistir, pese a los embates de esos otros tendones (644e4-645a1).

Sabemos que, si el tendón del dolor se impone, termina reduciendo la capacidad crítica frente a lo que desfavorece la identidad propia, suspendiendo las vergüenzas que son aliadas naturales de nuestra dignidad: lágrimas, desvanecimientos, gritos, angustias, en general, asoman una humanidad que, comúnmente, no queremos reconocer, pero que ante lo doloroso acompañan, reconfortan y de algún modo alivian, pero desnudando.

Con todo, si atendemos a este Platón en plena vejez, lo mejor es buscar el equilibrio, esa música que respeta las diferencias y no se deja ahogar en los extremos, porque sabe medir, porque sabe que hay un ritmo vital que entona las armonías, el juego sensato que conjuga el movimiento con el reposo, lo agudo con lo bajo, sin que por ello estos dejen de estar allí, sonando y resonando¹⁰.

10 La música es, probablemente, la mejor manera de representar y regular la Magnesia de las *Leyes* y sus números: recordemos tan solo la división en partes de la ciudad, así como sus matemáticos repartos (cf. 745b-c), junto a lo cual vale traer a colación la importancia de lo musical en la formación educativa de la ciudad (cf. libro II).

Se trata, pues, de lograr una vida balanceada (ισόρροπος βίος, 733c8), que sopesa y apueste por lo mejor; a propósito de lo cual es quizás obvio que preferimos evitar dolores y promover placeres (733b), aunque a ambos acontecimientos nos encontramos atados por naturaleza (ὡς ἐν τοῦτοις ἐνδεδεμένοι πεφύκασιν, 733d2-3), por lo que parece necesario intentar sobrellevarlos, pese a las complejidades que supongan.

En los márgenes que nos permite la vida, se trata de aprender a elegir un balance entre lo que gusta y lo que no, lo que queremos y lo que se adecua a nuestro ser; lo cual muchas veces no deseamos, aunque no queda otra que prescribirlo. En este sentido, es esencial recordar que las variables son diversas, no solo en los actos específicos, sino también en los modos de vida en general.

La moderación permite que todo se vuelva más fácil de sobrellevar, de manera particular, por dirigirnos hacia dolores y placeres calmos (ἡρεμαῖος) (734a1); pero además logra una diferencia muy importante frente al incontinente (ἄκόλαστος), pues sus dolores son muy diferentes en su dimensión, número y frecuencia (734a7). De ahí que se pueda afirmar que ser incontinente no es algo ni deseable ni que realmente se quiera (734a4), habida cuenta de los sufrimientos que de ello se desprenden, aunque el populacho termina cayendo en estos excesos, sin duda producto de su debilidad, ignorancia o mala formación (734b5-6), y por ello merece un castigo importante (cf. 934a). En este sentido, es posible hablar de un manejo prudencial del dolor, tanto si se sufre sin buscarlo como si se realizan acciones que lo propicien, lo cual podría ser absurdo, pero resulta común.

Frente a ello, en un cierto lugar intermedio, podríamos reconsiderar la idea heraclíteica de la necesidad de consideración entre contrarios, como la que puede mejor explicar el lugar que habríamos de darle a nuestros dolores, si usamos analógicamente el fragmento 111: *la enfermedad hace placentera y buena la salud*. Es decir, el dolor sería un potenciador de la vida, sobre todo de su riqueza, pues no es sino frente a él que empezamos a ser conscientes del bienestar que vivimos, de las posibilidades que desperdiciamos y, sobre todo, del complejo entramado que constituyen nuestros organismos: incluso si una muy pequeña parte se ve afectada, se percibe como si todo estuviese mal, y nuestra atención cambia radicalmente, centrándose en aquello que ha perdido su estado normal.

Aunque, quizás, podríamos poner una mayor atención en el pitagorismo como una fuente que permite adecuar nuestra mirada sobre los padecimientos, poniendo énfasis en las mediaciones más que en las tensiones heraclíteas. Hablamos de las medias proporcionales que plantea el *Timeo* (36a), las cuales nos habrían de conceder encontrar lugares que podríamos considerar adecuados para una determinación estricta. Mediar pitagóricamente, eso sí desde una perspectiva platónica, significa encontrar lugares que permitan, en lo contingente y su indefinición, llegar a cierta formalidad estable, no con el valor o la seguridad que se supone tendrían las formas perfectas, pero sí con la consistencia necesaria para hablar de belleza y continuidad; así como ocurre con el mundo (cfr. *Timeo* 30a) y sus partes más sublimes (el cuerpo completo y su alma).

Dicho de otra manera, y cerca de la cuestión del padecimiento, podríamos reconstruir la idea de que, entre los extremos de una vida plena, sin mutación ni debilitamiento alguno, propia de los dioses, y la trágica, que supone el común griego, la cual renuncia a toda ilusión y determinación segura por estar siempre al filo de una navaja que tarde o temprano acabará con nuestras fortalezas e identidad, podemos edificar mediaciones proporcionales que nos den una continuidad básica, relacionada con una disposición que vamos constituyendo para asumir, con fortaleza, los acontecimientos más complicados que podamos encontrar en el camino. Con ello es posible que logremos esa vida correcta de la que habla el fragmento de *Leyes* con que iniciamos este apartado final, porque abrazados a un punto medio sabremos que huir de lo que nos incomoda, o incluso cercena y al final posiblemente nos llegue a destruir, quizás es no entender lo que significa nuestro propio bienestar.

Referencias

- Aristotelis. (1962). *Ethica nicomachea*. Oxford: Clarendon Press.
- Aristotelis. (1970). *Poetica*. Oxford: Clarendon Press.
- Correa, A. (2012). Conocer y elegir el bien: *Filebo* 20b-22e. En Lozano-Vásquez, A., Ariza, S. y Correa, A. (Eds. y Colabs.), *Platón y la irracionalidad*. Bogotá: Universidad de los Andes (125-144).
- Ganson, T. S. (2001). Appetitive Desire in Later Plato. *History of Philosophy Quarterly*, 18(3), 227-237.
- Laín Entralgo, P. (1958). *La curación por la palabra en la antigüedad clásica*. Madrid: Revista de Occidente.

- Le Breton, D. (1999). *Antropología del dolor*. Barcelona: Seix Barral.
- Mié, F. (2012). Sobre las condiciones de la vida racional y afectiva humanas en el *Filebo*. En Lozano-Vásquez, A., Ariza, S. y Correa, A. (Eds. y Colabs.), *Platón y la irracionalidad*. Bogotá: Universidad de los Andes, (145-204).
- Morris, D. (1994). What we make of pain. *The Wilson Quarterly*, 18(4), 8-19.
- Moscoso, J. (2011). *Historia cultural del dolor*. Madrid: Taurus.
- Muñón Sáenz, A. R. (2013). *El pensamiento de Platón a la luz de una nueva hermenéutica*. Alicante: Editorial Club Universitario.
- Platonis. (1967 [1900-1907]). *Opera*. Oxford: Clarendon Press.

UNA APROXIMACIÓN BIOÉTICA Y DE DERECHOS HUMANOS A LA INTERSEXUALIDAD EN COSTA RICA

AN APPROACH TO INTERSEXUALITY IN COSTA RICA FROM BIOETHICS AND HUMAN RIGHTS

José Joaquín Alvarado Acuña
Investigador independiente
jalvaradoa@hotmail.com

Publicado 2016

Resumen

El problema medular, abordado en este artículo, surge de la preocupación por la inexistencia de información y de protocolos de atención para las personas intersexuales, especialmente para menores de edad o recién nacidos, por su invisibilización social, los estigmas que pesan sobre ellos y la medicalización o patologización de los individuos intersexuales, produciéndose de ese modo su cosificación y deshumanización.

Palabras clave: intersexualidad, bioética, bioderecho, derechos humanos.

Summary

The main problem addressed in this article starts in the concern about the lack of information and care protocols for intersex people, especially minors or newborns, their social invisibility, the stigma hanging over them and the medicalization and pathologization of intersex individuals, thereby producing its objectification and dehumanization.

Keywords: intersexuality, bioethics, bio law, human rights.

Introducción

En reiteradas oportunidades he cuestionado el origen de diversas situaciones que sufren algunos individuos con ciertas características, así como las posibles razones para que, desde la sociedad, la cultura, la política o la

religión, entre otras, se les discrimine aunque en nada difieran, en tanto seres humanos, de quienes se dedican a prácticas discriminatorias.

He cuestionado las estructuras del poder, su posicionamiento, influencia, manifestación, y discurso, las falacias ocultas para fundamentarse, el lenguaje utilizado para perpetuar el trato cruel, degradante y discriminatorio, así como la masificación de las reacciones populares ante llamados a oposiciones civiles y “guerras santas” que nos libren de lo que se disfraza de “amenaza” a la humanidad. Lo anterior al cuestionar el sentido del concepto de “ser humano”, y se encuentra razón alguna para establecer tales diferencias desde el iusnaturalismo, el iuspositivismo, la ética o la moral.

Me explico brevemente: existe tanta diversidad en “Lo humano”, tantos matices que nutren y surgen de esa condición, que debe contenerse con presión política, social, cultural, económica y religiosa. Aún más, surge el cuestionamiento sobre el porqué a toda esa diversidad de “Lo humano” se le permite manifestarse solamente en dos únicas formas: masculina o femenina.

Y es que entre estas manifestaciones de “Lo humano” encontramos a las personas intersexuales, a quienes, a lo largo de la historia, se les ha denominado de distintas maneras: hermafroditas, *freaks* (monstruos en inglés), indefinidos, intersexuales; y a su duplicidad genital se le ha denominado recientemente “desórdenes del desarrollo sexual” (DSD por sus siglas en inglés).

Una mejor definición y el uso adecuado de este vocabulario permitirán romper lingüísticamente con lo que el discurso de poder ha establecido como parámetros de normalidad y anormalidad. En palabras de Berger y Luckmann (2001) “(...) el lenguaje marca las coordenadas de mi vida en la sociedad y llena esa vida de objetos significativos” (p. 39). De ahí que, desde este momento, hago la aclaración de que las referencias y terminología médicas que se incluyan en este trabajo son absolutamente ilustrativas del uso inadecuado de los vocablos, y expuestas con miras a evidenciar aspectos propios de un discurso que perpetúa la vulneración de estas personas.

Poco se ha dicho sobre la intersexualidad en nuestro país, pero en Latinoamérica, actualmente, este tema ha tomado los titulares periodísticos, en virtud de una tendencia mundial a cambiar el paradigma existente, por el cual es obligatorio que la asignación del sexo legal deba hacerse a partir de la genitalidad.

El cambio radica en el enfoque del tema: pasar de lo que conceptualmente se ha estandarizado como “sexo legal”, basado en la exterioridad, en la apariencia física de los órganos sexuales del individuo, su genitalidad, a una fijación autónoma –por parte del individuo– del sexo genotípico, aquel con el que esa persona, y solamente esa persona, se identifica, su íntima identidad de género.

Debe comprenderse que la intersexualidad ha sido relacionada con la apariencia externa del aparato genitourinario, otrora conceptualizada como hermafroditismo, pues hace referencia al poema de Ovidio, *Metamorfosis*, en el cual se narra el tránsito del hijo varón de Hermes y Afrodita a un ser que, luego de unirse sexualmente con una náyade, conjugó en sí mismo ambos sexos, y cuyo nombre finalmente fue Hermafrodito.

Los médicos han utilizado el término o connotación de “hermafrodita”, para referirse a aquellas personas que, por haber nacido con apariencia de duplicidad en sus genitales –externos, internos o ambos–, requieren un procedimiento “correctivo de su sexo físico”. Este discurso médico ha sido utilizado, históricamente, para convencer a los progenitores sobre la necesidad de intervención de este “fenómeno” en edades tempranas y, luego, para discriminar, ocultar e incluso convertir a tales personas en seres anormales, de circo, y en objetos de experimentación médica (clínica, quirúrgica y psiquiátrica).

Aspectos médicos sobre la intersexualidad

Los estudios epidemiológicos, así como la investigación médica, han podido determinar coincidencias entre la *hiperplasia suprarrenal congénita* (HSC) y la intersexualidad. Médicamente, la intersexualidad se define como “un grupo de afecciones donde hay una discrepancia entre los genitales internos y externos (los testículos y los ovarios)” (MedlinePlus, 2014, s. p.). Además, con miras a evitar algunas confusiones relacionadas con esta condición, y los estigmas que produce, se ha empezado a migrar hacia el concepto de “desórdenes del desarrollo sexual” (“DSD”, por sus siglas en inglés).

Según el sitio web de la Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos, en conjunto con los Institutos Nacionales de Salud (NIH), conocido como MedlinePlus, la intersexualidad se puede dividir en cuatro categorías: “Intersexualidad 46, XX”; “Intersexualidad 46, XY”; “Intersexualidad gonadal

verdadera”; e “Intersexualidad compleja o indeterminada” (MedlinePlus, 2014). La más común de todas es la hiperplasia suprarrenal congénita (HSC) (MedlinePlus, 2014).

Finalmente, de los trastornos de intersexualidad compleja o indeterminada del desarrollo sexual, se afirma que:

muchas configuraciones de cromosomas distintos a las combinaciones simples 46, XX o 46, XY pueden ocasionar trastornos del desarrollo sexual y abarcan, entre otros, 45, XO (solamente un cromosoma X), y 47 XXY, 47 XXX: ambos casos tienen un cromosoma sexual adicional, sea un X o un Y. Estos trastornos no ocasionan una condición de intersexualidad donde haya discrepancia entre órganos genitales externos e internos. Sin embargo, puede haber problemas con los niveles de hormonas sexuales, el desarrollo sexual en general y alteración en los números de cromosomas sexuales (MedlinePlus, 2014).

“Epidemiológicamente”, se ha logrado establecer una media aproximada de incidencia de esta condición en el mundo, de 1-2: 2000 individuos nacidos vivos (Wilchins, 2001).

Según un artículo publicado por Silvia Castillo Nieto, en la Revista Dominical del periódico *La Nación*, el 23 de noviembre de 1997:

Costa Rica ocupa el tercer puesto en el mundo en la incidencia de hiperplasia suprarrenal congénita (...). Las estadísticas demuestran que uno de cada 4.000 nacidos vivos en el país presenta, de forma menos o más severa, ambigüedad sexual al momento de nacer. El primer lugar le corresponde a una población de esquimales en Alaska y el segundo, a la isla La Reunión, una colonia francesa. En Costa Rica, existen zonas donde la incidencia es más marcada, como Grecia, Sarchí, Orotina y las faldas del volcán Poás. Por su parte, Limón es la provincia con menos casos registrados de hiperplasia suprarrenal (Castillo Nieto, 1997, s. p.).

De lo anterior, se puede concluir que la población de Costa Rica no está exenta de padecer de hiperplasia suprarrenal congénita y, por ende, de que tengamos un porcentaje importante de población intersexual, lo que es extraño, pues no existen registros médicos ni estadísticos sobre la incidencia de nacimientos vivos intersexuales.

Aspectos bioéticos sobre las prácticas médicas de la intersexualidad Clínica

La determinación inicial de un estado intersexual no se produce únicamente por medio de la observación del médico. Existe todo un abanico de “pruebas” que se realizan o, al menos, así se describe en la literatura que se revisó.

En un artículo publicado en la *Revista de Medicina Legal de Costa Rica*, de setiembre de 2013, denominado Desórdenes del Desarrollo Sexual y Cirugía Correctiva, se incluye una explicación sobre algunos de los procesos médicos para “lograr una corrección adecuada de reasignación de sexo”, y se exalta “la tecnología existente y los diversos mecanismos con que se cuenta”, como un plus para lograr “un adecuado y oportuno diagnóstico, con el objetivo de alcanzar lo antes posible la reasignación de sexo más adecuada” (Alemán Ramírez *et al.*, 2013).

Al respecto, indican que para definir estos estados de intersexualidad se debe considerar si la persona tiene determinado su sexo de acuerdo con los componentes cromosómico, gonadal, genital y social ya descritos. Es por esto que los métodos utilizados para determinar si una persona tiene genitales ambiguos están asociados a una serie de investigaciones entre las que se encuentran:

- De tipo genéticas: cariotipo.
- De tipo endocrino: pruebas de sangre, orina y ensayos de hormonas.
- De tipo radiológico: ultrasonidos (pélvicos), ecografía abdómino-pelviana.
- De exploración: exploración de genitales externos (tamaño del clítoris y pene, separación de los labios mayores, bolsas escrotales, situación del meato urinario, abocamiento vaginal, palpación de las gónadas).
- De tipo quirúrgicos: laparoscopia y biopsias gonadales. (Chandrasen, 2010).

Cuando se trata de la presencia de genitales ambiguos, es obligatoria la realización del cariotipo, el cual se lleva a cabo principalmente con la sangre periférica, a partir de los leucocitos, además de establecerse la existencia del gen SRY. Con respecto al análisis endocrino, este se basa, principalmente, en el estudio de esteroides suprarrenales y gonadales de la hormona adrenocorticotropa (ACTH) y el cortisol, para valorar la posibilidad de hiperplasia suprarrenal congénita, la cual es una de las principales causas de este trastorno y puede poner en riesgo la vida del neonato. Los exámenes de tipo

radiológico son de gran ayuda para identificar el útero, ovarios y testículos abdominales o en el trayecto inguinal (Pelayo ., 2011).

Y esto es solo el inicio, pues luego sigue lo más interesante: los tratamientos.

Tratamientos

El mismo artículo cita cómo otras técnicas, usadas en personas intersexuales, ayudan a “corregir” el sexo físico inclinado hacia órganos externos masculinos o femeninos. Estas, según Alemán Ramírez y otros (2013) y Selvaggi y Bellringer (2011), son:

Cirugía de feminización

- **Reducción del clítoris:** Las técnicas más destacadas pretenden conservar aspectos sensoriales y cosméticos del clítoris. En casos severos de masculinización de los genitales (síndrome de Prader V) puede considerarse la posibilidad de reducir la cantidad de tejido eréctil.
- **Separación de vagina y uretra:** La duplicación vaginal al lado es mucho más frecuente y se realiza la sección del tabique en línea media. Pueden usarse colgajos cutáneos para la fijación vaginal.
- **Vaginoplastia:** El tipo de vaginoplastia depende del nivel de masculinización. Para altas anomalías del seno urogenital, el uso del alargado seno urogenital común como un colgajo vaginal anterior puede ser necesario, así como la sustitución con un injerto de piel o intestino tal vez sea necesario.

Cirugía de masculinización

- **Orquidopexia:** Una bolsa escrotal vacía implica uno o ambos testículos no descendidos. Con esta cirugía se intenta descender los testículos dentro del escroto.
- **Faloplastia:** Varias técnicas se han ideado para lograr una reconstrucción de los genitales masculinos, entre ellas microanastomosis libre de nervados radiales del antebrazo y las del recto abdominal miocutáneo. Sin embargo, se da mayor énfasis

a nuevas técnicas de ingeniería de tejidos. Las principales complicaciones de estos procedimientos son la fístula, la erosión de la prótesis, y la sensación pobre.

De lo dicho hasta ahora se deducen dos cosas. Primero, que la HSC tiene altos niveles de prevalencia en el país, somos el tercer puesto en incidencia de esta enfermedad. Si la población nacional asciende a 4 301 712 personas¹ y la media de personas intersexuales es de 1-2: 2000 personas, cuando menos 4302 personas han nacido intersexuales en Costa Rica, o sea un 0.1 % de la población. Segundo, que aunque porcentualmente parezca una cifra muy baja, la presencia de esta condición en la población no puede pasar desapercibida, no solo por los casos de HSC con virilización o feminización en neonatos, sino porque, siendo hereditaria, la incidencia de casos puede crecer exponencialmente desde los progenitores que porten la HSC sin saberlo, se casen y reproduzcan, y sin que haya indicadores favorables –en la relación riesgo beneficio–, para el tratamiento prenatal con corticoides, lo que remarca la importancia actual del tema.

No obstante, en la literatura nacional, curiosamente, apenas se ubica alguna estadística relativa a los casos de intersexualidad, en el Área de Estadística en Salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, Dirección de Proyección de Servicios de Salud, y sobre su tratamiento. Según Carmen Di Mare Hering, jefe del Área de Bioética del CENDEISS de la Caja Costarricense de Seguro Social, no existe, institucionalmente, guía de tratamiento alguna.

Esto puede ser porque las decisiones en torno a este “trastorno físico de orden genético” se toman, por parte de los progenitores, a edades muy tempranas de los individuos que nacen con duplicidad genital y, por ello, no se cuantifican los individuos vivos con esta condición. Esto implica una suerte de invisibilización de estas poblaciones, a partir de un mal entendido “mecanismo de protección”, en beneficio del menor y de su futura vida.

Por otra parte, quizá se deba a que la intervención del médico en la reasignación del sexo genital, producto de un discurso basado en una visión binaria del sexo, heteronormativo, hegemónico y normalizador, con autoridad suficiente para imponerse a los progenitores y a los pacientes, incida en

¹ Según la última encuesta nacional del Instituto Nacional de Estadística y Censos de Costa Rica, al 2011 la población total era de 4 301 712 personas. Fuente: <http://www.inec.go.cr/Web/Home/pagPrincipal.aspx#>

la decisión de los primeros sobre su prole. En ambos casos, nos encontramos con un problema bioético, que involucra la violación de al menos tres de sus principios: beneficencia, no maleficencia y autonomía.

Estimo partir de la siguiente aseveración al respecto, sin temor de que el tema se decante en otro sentido: el individuo intersexual es una persona autónoma, con la única distinción de que su proceso cromosómico y hormonal se completó de forma distinta.

Otro aspecto es el relacionado con el proceso quirúrgico. Las operaciones reconstructivas o de reasignación de sexo son sumamente invasivas e, incluso, en muchos casos pueden resultar traumáticas para el individuo (Alemán Ramírez *et al.* 2013)

Lo anterior sin mencionar el hecho de que pueden requerirse otras cirugías posteriores y prácticas o tratamientos adicionales para lograr el objetivo. Por ejemplo, en caso de estenosis postoperatoria se introducen expansores o en el canal vaginal reconstruido, que mide 3 cm de diámetro y 12 cm de longitud, el cual se engrapa durante la cirugía y se moviliza cada tres meses, por el plazo de un año, lo que sería necesario para lograr los niveles de elasticidad “naturales” esperados por el médico (Alemán Ramírez ., 2013)

Tal vez el problema más tangible, o el mito más común, lo constituye el aspecto psicológico, que supuestamente afecta tanto a los progenitores como a los individuos intersexuales (Spinola-Castro, 2005). La creencia más generalizada es que los progenitores pueden sufrir muchísimo en caso de procrear un niño o niña intersexual, por la incertidumbre de no saber cómo tratarle hasta su elección de género, lo que incidiría en la formación inicial de la persona menor de edad, en su interacción social con otros menores y la sociedad en general. Esto impulsa a los progenitores a tomar la decisión de someterles a cirugía. Además, priva la opinión –igualmente generalizada– de que, con miras a evitarle a la persona menor de edad problemas de adaptación y aceptación social, lo mejor es tomar las decisiones por ella a temprana edad (Spinola-Castro, 2005).

En muchos de los casos documentados, las personas han manifestado el grave problema que ha resultado, luego de una reasignación temprana de sexo o de género, al modificar registros civiles, nombres, sexo legal, certificados educativos, títulos profesionales, entre otros, lo que ha provocado graves dislocaciones en sus vidas, al descubrir que su género y sexo reasignados no

corresponden con su identidad cuando adultos. Esto, con el agravante de que el derecho positivo no tiene respuestas oportunas ni leyes dispuestas para reparar el hecho y sus consecuencias, al menos aún no en Costa Rica. Aquí, el cuestionamiento está relacionado con la protección normativa, internacional y local de estas poblaciones, a partir de los derechos humanos, el derecho positivo y los principios bioéticos.

Aún hay otro aspecto importante por considerar: movimientos mundiales que luchan por los derechos humanos de las poblaciones diversas han impulsado iniciativas ante la Organización Mundial de la Salud (OMS) para que la condición de intersexual sea excluida de la lista de enfermedades. Este es un aspecto que debe valorarse en el contexto del tema, pues decidir por una u otra posición podría vulnerabilizar aún más a un grupo de personas intersexuales sin capacidad económica para, una vez definido su género, obtener los tratamientos, pues son altamente onerosos. Por otra parte, no hacerlo podría perpetuar la consideración de la intersexualidad como una “patología que debe tratarse”.

Sexo y género: dos conceptos radicalmente distintos

En un documento denominado *Diversidad sexual: conceptos para pensar y trabajar en salud* (2011) elaborado como apoyo bibliográfico a las capacitaciones sobre sexualidad, a cargo de Ricardo Duranti, en el marco del proyecto para mejorar la accesibilidad a la prevención, diagnóstico y atención del VIH e ITS de población homosexual, bisexual y trans (coordinado por la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual con el apoyo técnico-financiero de ONUSIDA, PNUD, UNFPA y OPS), se utiliza la palabra “sexo” a partir de cuatro grupos: sexo como característica biológica; sexo como comportamiento erótico; sexo como comportamiento social, y sexo como regulador social. Agrega que cuando se alude a sexo:

pensamos solo en su relación con lo genital, pero **aún pensando al sexo solamente como biológico**, no encontraríamos una entidad única ya que el sexo biológico, que es **más que la mera portación de genitales**, está constituido por diferentes componentes que tienen, a su vez, características propias: sexo genético (dado por el número de cromosomas); sexo cromatínico (marcado

por la presencia o ausencia del cuerpo de Barr); sexo hormonal (establecido por el equilibrio entre andrógenos y estrógenos); sexo gonadal (indicado por la presencia de testículos u ovarios); sexo fenotípico (constituido por la morfología del aparato reproductor tanto interno como externo así como por las características morfológicas externas); sexo cerebral (dado por los núcleos del hipotálamo y que son diferentes en los machos y en las hembras, su función es desconocida en el ser humano) (Duranti, 2011, p. 2) (La negrita y el subrayado no son del original).

La definición del sexo, para efectos cualitativos, se da en dos momentos: el nacimiento, cuando se establece un sexo asignado por quienes asisten al momento del parto, guiados por la morfología externa de los genitales, y se denomina sexo de asignación. Esta definición es requerida en el marco legal vigente y se le conocerá como sexo legal a partir de su inscripción. Por otra parte, la acepción de sexo denominada “sexo de crianza” responde a la forma en que los padres (y el entorno social en general) objetivan a los niños y serán los parámetros culturales –masculinos o femeninos– con los que los padres identifiquen a sus hijos, los que lo establecerán

A raíz de estos dos patrones, se construye toda una estructura de normalización social y legal, en la cual aquellos individuos que no encajen son discriminados en todos los entornos sociales, amén de irrespetados en su individualidad y autonomía, así como en su autodefinición de género. Este aspecto tiene mayor relevancia en el caso de los estados intersexuales que en los homosexuales o transexuales, toda vez que la decisión de reasignación de sexo fenotípico es tomada por los progenitores a edades muy tempranas, mientras que homosexuales y transexuales, generalmente, asumen su género en forma autónoma y no por voluntades sustitutas.

De ahí que entre sexo y género podemos hallar una disonancia cognitiva y conceptual, que debe zanjarse. El género es la identidad personal, la cual está determinada no solo por lo cultural, sino por lo social, lo psicológico, lo íntimo, lo impalpable, aquello que quizá en un mundo heteronormativizado resulta inexplicable. El binarismo sexual ha permitido la construcción de un concepto de género de índole biopsicosocial, estableciéndose un parámetro de normalidad donde solamente pueden existir dos sexos: masculino o femenino.

Aquí es importante admitir que en la actualidad este binarismo, como constructo biopsicosocial, ha evolucionado a partir del cuestionamiento sobre

la veracidad de la afirmación de que solamente existen dos géneros, abriéndose la posibilidad de reconocer que existen más de dos. Todo el sistema binario y heteronormativo de género está representado en los conceptos esbozados por la Organización Mundial de la Salud, por lo que parece que médica y legalmente estamos predestinados, o quizá condenados, a no admitir la existencia de personas que no correspondan con esos criterios normalizadores.

Allí estuvo, muy probablemente, el error del doctor John William Money², en su experimento sobre el sexo aprendido o socialmente construido (caso Reimer), pues él creía que, aunque una persona naciera con sexo fenotípico, hombre o mujer, podría ser reasignado quirúrgicamente, y luego psicológicamente como lo contrario, por medio de la crianza familiar y convivencia social, según el sexo fenotípico reasignado. Como es de suponer, su teoría, con el tiempo, ha resultado incongruente con la realidad y, por lo visto, los conceptos políticamente esbozados por la OMS también, pues el sexo fenotípico y el genotípico pueden no corresponderse, y tampoco construirse desde lo externo como un comportamiento aprendido a partir de lo masculino, lo femenino y sus roles, solamente como una cuestión social.

Es a partir de ello y de esta esfera de intimidad que se llega al punto de inflexión en el tema: ¿Puede el derecho regular estos aspectos de la vida de una persona, limitarlos o restringirlos? ¿Debe estar la persona legalmente sujeta al sistema binario sexual sin perjuicio de su identidad de género? ¿El juramento hipocrático de no hacer daño realmente considera estos aspectos? ¿Estaría exento de responsabilidad un médico respecto a dicho juramento, en caso de no proceder con la intervención en un caso de intersexualidad?

2 John Money (Morrinsville, Nueva Zelanda, 8 de julio de 1921 - Towson, Estados Unidos, 7 de julio de 2006). Psicólogo y médico neozelandés especializado en sexología, emigrado a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial. Su influencia fue determinante en la tesis de la identidad de género y el tratamiento hormono-quirúrgico de la transexualidad. Desde 1951 hasta su muerte, fue profesor de pediatría y psicología médica en la Universidad John Hopkins. Fue el primer integrante honorario de la Asociación Española de Sociedades de Sexología (AEES) y se ha propuesto que el premio de investigación de la Federación Española de Sociedades de Sexología (FESS) lleve su nombre. En 1991 Eli Coleman publicó «John Money, a tribute» en el *Journal of Psychology and Human Sexuality*, volumen 4, número 2, con la biografía de John Money. En el 2002, recibió la medalla Magnus Hirschfeld de la Sociedad alemana para la investigación científico-social en sexualidad. En el 2009, Money publicó su autobiografía intitulada *The thinking traveller, 1946-2003*.

Intersexualidad y principialismo

El principialismo, en tanto corriente fundante de muchas, sino de todas las disciplinas, resulta vital para analizar los fenómenos sociales, legales, médicos o de cualquier tipo que ocupan la inteligencia humana. Empero, con ello no puede pretenderse, especialmente en bioética, utilizar únicamente este parámetro para evaluar las distintas situaciones que los seres vivos de toda especie pueden enfrentar.

En la realidad multicircunstancial no alcanzaría una sola visión o posición principialista para responder a la compleja situación humana de las personas intersexuales. Por ello, el principialismo de los derechos humanos es otro buen punto de partida, mas no el único enfoque teórico legal que podemos utilizar, en el abordaje de la temática que nos ocupa.

No obstante, el marco teórico que propone el principialismo biomédico y bioético, así como el que plantea el principialismo de los derechos humanos y de los derechos fundamentales convergen en aspectos trascendentales que, tratándose en este tema de uno relativo a la humanidad de los sujetos involucrados, son el punto de partida más apropiado para discutir sobre la intersexualidad.

Algunos aspectos interesantes y no menos curiosos, relativos a ambas teorías principialistas, están relacionados con hechos históricos, por ejemplo: El Estudio Tuskegee, llevado a cabo en la ciudad de Tuskegee, Alabama, investigaba la evolución de la sífilis –sin tratamiento– en esa localidad de los Estados Unidos. Este inició en 1932, con la participación de 600 individuos negros (399 con sífilis y 201 que no contaban con la enfermedad). Su intervención como sujetos investigados fue manipulada con información incorrecta sobre el tratamiento que se les aplicaría, y sin consentimiento informado sobre los beneficios al paciente ni las consecuencias fatales de la enfermedad. Continuó por 40 años, aunque se inició y planificó con una duración de 6 meses, prolongándose hasta 1972, a pesar de la aparición de la penicilina en 1947, como tratamiento admitido para la sífilis; la emisión, en 1947, del Código de Nüremberg, y la Declaración de Helsinki, de la Asociación Médica Mundial de 1964 (Centers for Disease Control and Prevention –CDC–, 2015).

En 1972 el asunto llegó a la prensa y es hasta entonces que el Parlamento Norteamericano decide crear comisiones nacionales para proteger a quienes participaban en las investigaciones médicas.

En 1974 se creó la National Commission for the Protection of Biomedical and Behavioral Research, con el fin de elaborar principios básicos que regularan la investigación biomédica y el comportamiento con seres humanos, los que culminaron, en 1979, con el Informe Belmont y la creación del Consejo Nacional de Investigación en Humanos (National Human Investigation Board).

Por otra parte, la Segunda Guerra Mundial fue escenario propicio para la idea del Nacional Socialismo, de Adolf Hitler. Este personaje, más allá de establecer un dominio germano de toda Europa por medio de alianzas estratégicas en la parte oriental y occidental, así como en Asia y África, implicaba el surgimiento de una nueva raza aria de características superiores a la existente, por lo que ningún individuo que no calzara en el perfil del nuevo prototipo alemán podría vivir.

Así, a los campos de concentración alemanes en toda Europa fueron enviados judíos, homosexuales, eslavos, discapacitados, gitanos, testigos de Jehová, comunistas, españoles republicanos, sacerdotes católicos y ministros de otras religiones (World Press, 2000-2003).

Durante todo el conflicto, equipos médicos guiados por el doctor Josef Mengele realizaron experimentos con humanos, especialmente, gemelos, personas con heterocromía, personas con enanismo y mujeres embarazadas.

Los experimentos de Mengele con los ojos incluyeron intentos de cambiar el color del iris a través de la inyección de sustancias químicas y el asesinato de personas con heterocromía para extraer sus globos oculares y enviarlos a Berlín para su análisis. A los enanos y a las personas con anomalías físicas les tomaba mediciones corporales, les extraía sangre y dientes sanos, así como les administraba de forma innecesaria drogas y rayos X. Muchas víctimas eran enviadas a la cámara de gas y después sus esqueletos se mandaban a Berlín para continuar con las investigaciones.

Mengele buscó mujeres embarazadas a las que realizaba experimentos antes de enviarlas a la cámara de gas. Esto ocasionó que el final de la guerra fuera seguido por la constitución de la Organización de las Naciones Unidas, el 26 de junio de 1945.

Posteriormente, en 1948, la Asamblea General de la ONU emitió la Declaración Universal de Derechos Humanos, en la que, en su preámbulo, enuncia una serie de consideraciones respecto a la naturaleza humana, la libertad, la justicia y la protección de la persona humana (ONU Organización de las Naciones Unidas, 2015). Los dos hechos históricos tuvieron, como común denominador, varios aspectos que llaman la atención:

1. Las acciones de cada evento fueron decisiones tomadas por grupos que justificaban, moralmente, su posición y que actuaron al margen del respeto por la humanidad.
2. En ambos casos se produjo la muerte de seres humanos a partir de actos de experimentación con ellos, o del establecimiento de un perfil de normalidad esperada en los sujetos del conglomerado.
3. En ambos casos se sacrificó a poblaciones compuestas por individuos vulnerables.
4. Los intereses velados, tras cada uno de esos hechos, se ubican en la esfera de las posiciones de poder, sea político o profesional (médico).
5. Ambos hechos históricos culminaron con la emisión de importantes documentos conciliatorios y rectores de la conducta humana: la Carta de las Naciones Unidas (1946) y de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948); el Código de Núremberg (1947); la Declaración de Helsinki (1964), y el Informe Belmont (1979).
6. En los dos casos, los documentos propugnan la protección de los derechos humanos del individuo y de su bienestar general, en el trato en condiciones de dignidad, libertad y respeto a su autonomía e individualidad.
7. Todos los documentos emitidos son declaraciones de principios morales, de valores de alcance universal y de reconocimiento general, tanto local como global.

De la breve lectura de los documentos citados, se puede concluir que estamos en presencia de declaraciones éticas sobre el tratamiento y consideración que se debe tener a la especie humana por parte de las estructuras de poder hegemónico de cualquier naturaleza. Es aquí donde, curiosamente, el Código de Núremberg cobra una especial mención, como elemento unificador de ambos planteamientos principialistas, pues, coincidentemente se aplicó como precedente de ulteriores declaraciones e informes que han completado el acervo ético-normativo, tanto de la protección del individuo ante el poder médico y de la investigación biomédica como ante el poder político o militar.

El principialismo biomédico

Tom L. Beauchamp y James F. Childress, en la séptima edición de su obra *Principles of Biomedical Ethics* (2013), sostienen que la moralidad particular es aceptable como tal en tanto y cuanto no contradiga o contravenga la moralidad común o universal.

La ética profesional y la moral particular que rige el quehacer de especialistas, en una profesión como la medicina, la abogacía o cualquier otra, puede convertirse en moral particular y será válida, en su aplicación práctica, siempre que no contravenga los términos admitidos por la moral común.

Como tal, la moral particular está sometida a la común, pero, en muchos casos, la moral particular del médico prevalece en la decisión médica de intervención de las personas intersexuales y se impone a una moral común más amplia e integradora de situaciones diversas.

Lo más contradictorio es que el juramento hipocrático y los principios biomédicos desarrollados por Beauchamp y Childress son manipulados por los médicos para normalizar una situación que, desde la moral común, actualmente, resulta aceptada.

No obstante, el principialismo biomédico es medular al establecer un marco referencial para el abordaje de las personas intersexuales.

La teoría de los derechos humanos

A lo largo del desarrollo temático sobre los derechos humanos, a estos se les ha denominado de distintas formas: –derechos del hombre, derechos naturales del hombre, derechos de la persona humana– y, con miras a su realización, se les ha caracterizado de inmutables, eternos, supratemporales y universales. Bidart Campos (1989) considera que:

- a) en la doctrina de los derechos humanos subyace una exigencia ideal; b) la formulación de los derechos humanos se postula como universalmente válida; c) los derechos humanos son superiores y anteriores al Estado y, por eso mismo, inalienables e imprescriptibles, y d) los derechos humanos significan una estimativa axiológica en virtud del valor justicia, que se impone al Estado y al derecho positivo (p. 41).

De esta forma, en tanto teoría que establece valores supremos, inalienables e imprescriptibles respecto de la humanidad del ser y en tanto estimativa axiológica, esta formulación teórico-práctica se constituye en un primer límite positivo relativo a la garantía de derechos de las poblaciones intersexuales frente a la medicalización de su condición.

La teoría de los derechos fundamentales

Robert Alexy (2003), en su obra *Tres Escritos sobre los derechos fundamentales y la teoría de los principios*, afirma que “Los derechos fundamentales son en su esencia derechos humanos transformados en derecho constitucional positivo” (p. 26).

Dice Alexy (2003), sobre la teoría de los principios: “De acuerdo con la definición estándar de la teoría de los principios, los principios son normas que ordenan que algo se realice en la mayor medida posible, de acuerdo con las posibilidades fácticas y jurídicas” (p. 95).

Como consecuencia, los principios son mandatos de optimización, que se caracterizan por el hecho de que pueden ser cumplidos en distintos grados y la medida ordenada en que deben cumplirse no solo depende de las posibilidades fácticas, sino también de las jurídicas.

Agrega que la teoría de los principios equivale al principio de proporcionalidad y este implica aquella.

Para Alexy, el deber ser es lo que ha de optimizarse para que, a través de esa optimización, se transforme en un deber ser real. También indica que, en tanto objeto de la optimización, el deber ser tiene que estar en el nivel de los objetos y, por el contrario, los mandatos de optimización o mandatos de optimizar en un metanivel en el cual se establece lo que debe hacerse con lo que está en el nivel de los objetos; sea que el nivel de los objetos (donde se encuentra el deber ser) está sometido al metanivel (mandatos de optimización). Es algo similar al imperativo categórico kantiano.

La teoría de los derechos fundamentales enuncia conductas aceptadas y límites intrínsecos a esas mismas conductas y, en tal relación, la proporcionalidad, la justicia y el respeto surgen como puntos medulares para que una decisión que involucre a un individuo y sus derechos sea tomada con la mayor precaución posible y con criterios de ponderación adecuados.

De tal suerte, la teoría de los derechos fundamentales, al igual que las otras teorías principialistas citadas, se torna en marco ético normativo para el tratamiento e intervención de las poblaciones intersexuales, con todo lo que el respeto a los mandatos de optimización implica. De lo contrario, serían meras manifestaciones de buena fe sin valor jurídico ni práctico.

Bioética, derecho e intersexualidad

Los principios biomédicos, luego bioéticos, así como aquellos sobre derechos humanos son el marco referencial para las profesiones relacionadas con el tema de intersexualidad. Por una parte, la medicina, la farmacología, la psicología, la psiquiatría, la endocrinología y la cirugía reconstructiva; por otra, la abogacía y la función legislativa están atravesadas tanto por un orden moral como deontológico y jurídico normativo, que les impone el marco legal y reglamentario de acción a los profesionales del derecho y la medicina. Si bien muchas acciones en el campo médico y en la práctica del derecho son tomadas a partir de criterios morales universalizables, muchas veces la moral particular –de la que nos hablan Beauchamp y Childress– sesga la decisión final y descoloca la acción del *debe ser* inspirado por los propios principios teóricos expuestos.

Los principios biomédicos de respeto, no maleficencia y de beneficencia; los bioéticos que extienden los anteriores a la autonomía o independencia y a la justicia; y los de derechos humanos y fundamentales que resguardan la libertad, la justicia, la igualdad, la autonomía de la voluntad, más el derecho a la libre disposición del cuerpo, entre otros, apuntan a que en el caso de la intersexualidad sean cuidadosa y celosamente resguardados.

El problema medular para que esto no suceda es la temprana edad en que se produce la intervención médica de la persona intersexual, y la imperiosa obligación legal que impone el ordenamiento jurídico para definir un “sexo legal” al neonato, con miras a su inscripción.

Otro problema lo representa la situación en sí misma, pues el nacimiento de una persona intersexual –según la literatura consultada y citada– produce una alteración psicológica en los progenitores ante la presión social del binarismo sexual y la necesaria definición del género.

Un problema más se produce a partir del juego de las falacias en el argumento normalizador que impone sobre la situación una suerte de “emergencia médica” que “amerita” la intervención inmediata, incurriendo en falacia gradualista al indicar los médicos que “con cada año que pase el problema será mayor”; o bien los argumentos de falso dilema, cuando la pregunta se plantea como “¿es niño o niña?”, sin considerar una tercera alternativa o si la “alteración urogenital” es tal que no permite otra “solución” más que la cirugía de reasignación sexual, todo lo cual nos lleva a la falacia de la pendiente resbaladiza. El último de ellos se produce a partir de la inadecuada práctica de la autoridad subrogada y el consentimiento informado.

La situación que envuelve a una persona intersexual no le es exclusiva. Quizás sea una de las condiciones que a más sujetos involucra para la toma de una decisión respecto de la cual el verdadero y único interesado no tiene ni voz ni voto, en razón de la etapa tan temprana en que todo sucede.

Si contamos los individuos que participan en la toma de decisión sobre una cirugía de corazón abierto, cáncer, aborto o participación en una investigación científica, farmacológica o de otra índole, siempre habrá a lo sumo tres sujetos, uno de ellos será el médico, el otro el paciente y, si tuviera pareja, su esposo/esposa, compañero/compañera.

En cambio, en el caso de los intersexuales, al nacer son recibidos por el especialista en ginecología, enfermería obstetra o pediatría, más el padre y la madre. Todos los presentes opinarán con autoridad “suficiente” sobre la situación que recién conocen y la compartirán con los progenitores, quienes, también, pedirán consejo a los médicos sobre qué hacer en ese caso. Mientras tanto, el registrador civil del hospital estará presionando para que se inscriba al individuo recién nacido como hombre o mujer, apelando a la seguridad jurídica y a la protección de los derechos del *neonato*.

Al calor de esta situación, se pierde de vista por completo que el único interesado y cuya vida a futuro se determinará antes de los 18 meses de edad no puede opinar ni expresar su sentir en relación con su futuro, sexualidad, genitalidad, género y desarrollo psíquico, físico, así como socioafectivo.

Los progenitores pensarán no solo en el bienestar del nuevo integrante de la familia, sino también respecto a su íntima e individual situación. Sus emociones, a partir del consejo médico y las probabilidades futuras de su recién nacido hijo o hija, no les permite centrar la atención en la nueva

criatura y, apresuradamente, toman la decisión de autorizar cualquier procedimiento necesario para “corregir la anomalía”, incluso la “cirugía de reasignación sexual”. Es en este momento cuando los principios bioéticos deben ponderarse adecuadamente.

La intersexualidad en Costa Rica

En el caso costarricense, la intersexualidad no ha dejado de ser considerada una patología o enfermedad por parte de los médicos y los equipos de atención en salud.

Su diagnóstico como enfermedad, en la etapa neonatal y pediátrica, y la preponderancia de criterios fundamentalistas de médicos pediatras reconocidos, como por ejemplo el doctor Orlando Urroz, cirujano pediatra del Hospital de Niños, con 38 años de laborar en esa institución, quien ha sido subdirector y hasta enero de 2015 director médico a. i. de ese hospital y en su vida profesional ha operado —a noviembre de 1997— “a más de 100 niños con esta patología” (Castillo Nieto, 1997), ha decantado el abordaje de estas personas, a edades muy tempranas, a través de procedimientos quirúrgicos que denominan “correctivos y normalizadores”.

Digo criterios fundamentalistas refiriéndome a posiciones intransigentes y su aplicación práctica de doctrinas de la misma línea, en este caso no relacionadas con credos o creencias de algún tipo.

Resulta fundamentalista aquella persona que, por temor a enfrentar cambios en lo que hace o debe hacer, prefiere continuar haciéndolo de la misma forma, aunque no sea la mejor o la correcta, pero, es la aceptada, convirtiendo su práctica en una forma de rechazo a las consecuencias secularizadoras de la modernidad.

Y me atrevo a afirmar tanto que el criterio del doctor Urroz es altamente autorizado (ergo poderoso e influyente para el paciente o los progenitores de un neonato intersexual) como que su posición es fundamentalista. Lo afirmo por lo siguiente: su posición de poder ostentada en la estructura político-organizativa del Hospital Nacional de Niños, su exitosa carrera profesional como médico cirujano pediatra, es un *palmarés* importante por considerar para cualquier progenitor que sea atendido por esta autoridad médica nacional. Esto hace que su criterio sea preponderante al momento de abordar

la atención médica de los menores de edad sometidos a su parecer médico y pesará muchísimo en la decisión de los progenitores sobre si someten o no a cirugía a su recién nacido.

Eso no es negativo, en absoluto. Pero si tal poder lo colocamos en contexto con dos entrevistas periodísticas publicadas en la *Revista Dominical de La Nación* y en el periódico *Al Día*, ambos de Costa Rica, y en dos momentos distintos (23 de noviembre de 1997 y 6 de setiembre de 2009, respectivamente, podemos observar claramente una posición fundamentalista.

En el artículo de publicado por Silvia Castillo Nieto, en 1997, el doctor Urroz, como especialista en la atención de personas intersexuales menores de edad, indicó:

los bebés que nacen con estados intersexuales sí tienen sexo, aunque para decir a los padres si el (sic) hijo es varón o mujer es indispensable efectuar una serie de exámenes. El 98 por ciento de los infantes que presentan ambigüedad sexual son niñas y solo el 2 por ciento, hombres. Lo que ocurre es que las chiquitas nacen masculinizadas (pueden tener pene y testículos, o solo un miembro viril pequeño, según la severidad del caso), pero poseen útero y ovarios; además, otros exámenes demuestran que tienen cromosomas femeninos. Actualmente, los expertos recomiendan que la primera cirugía –que consiste en quitar el falo– se haga entre los tres y seis meses de edad. Por lo general, en esa misma intervención el cirujano forma la cavidad vaginal, salvo en casos muy severos en que se necesitan operaciones posteriores. Cuando la afección es a la inversa, los varoncitos nacen con un falo o pene muy pequeño, y usualmente requieren tratamientos con hormonas. Después, la única diferencia entre estos menores y todos los demás es que deberán mantenerse en control médico durante varios años, pero el resto de su vida será normal: llegarán a la pubertad, tendrán relaciones sexuales y las mujeres podrán quedar embarazadas (s. p.).

Igualmente, indica la periodista que:

este tipo de atención así como las cirugías, solo se realizan en el Hospital Nacional de Niños y están a cargo de un equipo multidisciplinario formado por un endocrinólogo, un genetista, una enfermera, trabajadoras sociales, psicólogas, un anestesiólogo y Urroz Torres como cirujano especializado (s. p.).

En el artículo publicado en el 2009, en el periódico *Al Día*, a la pregunta del periodista Franklin Arroyo González (2009) sobre qué opina de que algunos digan que lo ideal es permitir que la persona decida su género en la adolescencia, el doctor Urroz responde:

Es una teoría equivocada, nueva, de algunos grupos extremistas. Desde el punto de vista psicológico es inadecuado, para el niño y para la familia. ¿Cómo le va a decir usted a un niño que vaya al kinder y que diga que ni es hombre ni es mujer? Eso no funciona en la sociedad (s. p.).

En ambos artículos periodísticos, aún con 12 años de diferencia entre una y otra entrevista, el mismo médico indica que ante todo caso de intersexualidad la intervención quirúrgica es la norma, con el agravante de que todavía, en el 2009, el doctor Urroz consideraba que permitir que la persona decida su género en la adolescencia es una teoría equivocada, nueva, de algunos grupos extremistas.

Desconoce así que el tema de la intersexualidad y la no intervención quirúrgica de estas personas, en edades tempranas, era un asunto que ya se discutía por Cheryl Chase³, desde mediados de 1996, ante la Academia Pediátrica Norteamericana y, en el 2000, por la misma activista, ante el Congreso de la Sociedad Pediátrica Endocrinológica Lawson Wilkins (SPEDLW), prestigioso congreso médico norteamericano.

Igualmente, la Asociación Pediátrica Americana de los Estados Unidos, en su Consensus Statement on Management of Intersex Disorders (Pediatrics, 2006), ya planteaba la posibilidad de no intervenir menores de 18 meses de edad, pues, los primeros signos de la identidad de género surgen a los 3 años y, quizás, se definan hasta la pubertad, por lo que, la cirugía no estaba indicada en todos los casos y, solamente, en aquellos cuya intersexualidad implicara un problema para el desarrollo fisiológico, de salud (riesgos de cáncer o mal funcionamiento genito-urinario) o psicosocial del menor y para su adultez.

De ahí que resulta incomprensible que aún en el siglo XXI, en Costa Rica, el abordaje de estas personas continúe siendo el mismo. ¿No es ello un asunto de fundamentalismo?

³ Activista intersexual norteamericana y fundadora del Intersex Society of North America (ISNA).

Por otra parte, según información verbal brindada por la doctora Carmen Di Mare Hering, del Área de Bioética del CENDEISS, de la Caja Costarricense de Seguro Social, cada uno de los casos que se presentan son abordados por el Comité de Bioética, el cual –aunque transdisciplinario– no necesariamente está constituido por especialistas en las áreas de abordaje de las personas intersexuales (interdisciplinario) que sí toman decisiones con los progenitores para la intervención quirúrgica antes de los 18 meses de edad.

Además, dejó claro que no existen guías de atención de estas poblaciones en el nivel institucional.

Sobre la incidencia de casos y clasificación estadística

A pesar de que la incidencia de casos no sea significativa en relación con la población total, desde 1997 al 2014, todos los años se reportó al menos 1 caso y máximo 14 de egresos por “sexo indeterminado” y “seudohermafroditismo” en el Hospital Carlos Sáenz Herrera, Hospital Nacional de Niños, el cual reportó la mayor cantidad de casos de todo el sistema hospitalario (100 del total de 218) (Área de Estadística en Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, 2015).

El diagnóstico principal en esos 17 años, en todo el sistema hospitalario nacional, fue de “70 casos de hermafroditismo” no clasificado en otra parte; 1 caso de pseudohermafroditismo masculino, no clasificado en otra parte; 3 casos de pseudohermafroditismo femenino, no clasificado en otra parte; 2 casos de pseudohermafroditismo, no especificado; 138 casos de sexo indeterminado sin otra especificación; y 4 casos de hermafroditismo verdadero 46XX (Área de Estadística en Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, 2015)

De 218 casos, 62 fueron hombres; 59 de ellos, menores de 1 año; 1 entre 1 y 4 años; y 2 entre 10 y 14 años (Área de Estadística en Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, 2015).

Por su parte, de la misma muestra de incidencia, 52 fueron mujeres; 27 menores de 1 año; 7 entre 1 y 4 años; 5 entre 5 y 9 años; 7 entre 10 y 14 años; 2 entre 15 y 19 años; 3 entre 24 y 44 años; y 1 entre 45 y 64 años (Área de Estadística en Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, 2015).

Finalmente, se reportaron como “indefinidos” un total de 104 individuos (Área de Estadística en Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, 2015).

Marco jurídico aplicable

Según he dicho, la relación directa entre la bioética y los derechos humanos radica, principalmente, en el concepto de dignidad humana, mas no solamente en ella. Principios de igualdad, autonomía, libertad, respeto, independencia, responsabilidad y privacidad, también son componentes esenciales por considerar en el tratamiento de las poblaciones intersexuales. Evidentemente, la integración de la normativa jurídica es fuente importante para la atención de las personas intersexuales y lo es aún más la hermenéutica jurídica de las normas que conforman el Bloque de Constitucionalidad, lo que se debe hacer en aplicación de los principios *pro homine* y *pro libertatis* los principios bioéticos y una adecuada ponderación de ellos.

Conclusión

Considerando la media mundial de incidencia de la intersexualidad y que, según las entrevistas sobre el tema, publicadas en *La Nación* y *Al Día*, Costa Rica está entre los primeros países en grado de incidencia de la HSC y de la intersexualidad, resulta incomprensible e incongruente que solamente el 16 % de los diagnosticados con HSC resultaren intersexuales.

Esta cifra está muy por debajo de la media mundial. Si la relación es de 1-2: 2000 individuos nacidos vivos (Wilchins, 2001) y si la población total costarricense es de 4 773 130 (INEC, 2015), entre 2386 y 1193 habitantes podrán nacer con algún grado de intersexualidad. Sin embargo, esta cantidad de casos se corresponde con el dato de incidencia de HSC (1346), contenido en las estadísticas facilitadas para esta investigación; mas no con la estadística de casos de intersexualidad, la cual asciende a un total de 218, tomando en consideración que la media mundial está relacionada con la intersexualidad y no con la HSC. Sin ánimo de especular sobre este fenómeno, ni sobre si existe o no intencionalidad para alterar u ocultar las estadísticas, podría elaborar un par de situaciones hipotéticas al respecto.

La primera: ocultar o alterar la información para evitar los alcances sociopolíticos de evidenciar una alta incidencia de intersexualidad en el país (como se ha publicitado en 2 artículos periodísticos en 2 momentos distintos) apunta a producir un acto de bien en aplicación del principio de

beneficencia y no maleficencia, para proteger a estas personas de la estigmatización y la condición de “anormalidad” y de “inadaptación” sociales a la que serían sometidas.

Esta teoría tendría algunas falencias críticas:

- a) La ausencia de una correcta cuantificación de casos impide generar políticas públicas en salud, en educación, en información, en inclusividad, para estas poblaciones. Si no existe un significativo número de casos, ¿qué interés tiene revertir lo que se ha venido haciendo (en cuanto a tratamientos y abordaje médico de los casos) o invertir más recursos en atender estas poblaciones?
- b) La hipótesis planteada adolece de una ruptura en la parte lógica racional de su estructura, lo que hace dudar de la veracidad de la información que funda la teoría.

La información periodística difundida denuncia que Costa Rica es el segundo país del mundo en “incidencia de intersexualidad”; la media mundial es de 1 o 2 de cada 2000 nacidos vivos y la HSC es la causa más común asociada por las ciencias médicas como causa de la intersexualidad.

Empero, las estadísticas, suministradas por las autoridades de la Caja Costarricense de Seguro Social muestran una correspondencia de los casos de HSC en relación con la media mundial de incidencia de la intersexualidad; pero no en cuanto a los casos de intersexualidad, cuyos datos son realmente bajos. Esto plantea la pregunta lógica racional sobre la consistencia de los datos y cuestiona gravemente la realidad médica y social de esta población, convirtiendo la temática relativa a las personas intersexuales en algo trivial y casi mitológico o surrealista.

Otra hipótesis alcanzada a partir de los hallazgos estadísticos sería:

Los 218 casos presentados en 17 años de estadística, versus los casos reportados de HSC en Costa Rica, reflejan que los casos reportados de HSC no son condicionantes ni determinantes de los presentados en la estadística. Esta hipótesis tendría algunas críticas que la comprometen en su fundamento:

- a) Si esta afirmación es cierta, todos los estudios científicos mundiales sobre la intersexualidad y su causa primaria serían falsos.

- b) La media mundial de intersexualidad, en relación con la población total, aplica para todo el resto del mundo menos para Costa Rica, lo que, contrapuesto a la información periodística difundida, resulta contradictorio, pues el país se reporta en los primeros lugares de incidencia de intersexualidad en el mundo.
- c) El uso de recursos para el abordaje de la intersexualidad desde la medicina es innecesario y superfluo, ya que lo que se debe atender es la HSC. Esto justificaría la intervención quirúrgica, como primera medida adaptativa del intersexual a la sociedad, y luego se le trataría por problemas de salud relacionados con la HSC.

En cualquier caso, y lejos de continuar cavilando sobre diversas hipótesis, el tema es que, independientemente de que existan 1, 218 o más de 1000 casos de intersexualidad en Costa Rica, el principalismo bioético y de los derechos humanos apunta a que sea la persona intersexual el centro de la atención, no su “enfermedad”, como se ha denominado por los médicos y se ha querido sostener y mantener por la medicina nacional durante décadas.

La patologización de la intersexualidad, a partir de discursos y argumentos fundamentalistas y utilitaristas, ha permitido, según se ha podido demostrar con los artículos médicos especializados, publicados en el país, que la cirugía “correctiva” o de reasignación sexual sea la primera ratio para deshacer la “incorrección” natural del individuo respecto del sistema binario de asignación de sexo.

Esta entronización de la patologización pretende buscar la felicidad de una mayoría que se niega a admitir la existencia de personas distintas, y sin importar ni considerar el precio que debe pagar la persona intersexual, especialmente el menor intersexual, al ser sometido a operaciones y tratamientos hormonales que alteran, de una u otra forma, su vitalidad y el sentido de su dignidad como persona integral.

Resulta absolutamente incomprensible la satanización que hacen los médicos de otras alternativas a la cirugía, tachando de extremistas a quienes las impulsan, sin considerar que son los mismos grupos intersexuales interesados los activistas del cambio, y que estos tienen derecho a decidir biomédicamente, bioéticamente y en ejercicio práctico de sus derechos humanos su identidad de género en forma autónoma e independiente.

Aún resulta más contradictorio el que asociaciones pediátricas internacionales hayan admitido cambiar los procesos médico-quirúrgicos por formas de respeto a la persona, que incluyen primero la observación, dejan la intervención para casos extremos y que, en el entorno local o nacional, aún se siga creyendo y sosteniendo que la forma más adecuada de tratar los estados intersexuales es sometiendo a la persona a cirugía a la menor brevedad posible.

Igualmente, resulta inconcebible que las personas intersexuales no encuentren en la legislación nacional las garantías de protección de su personalidad jurídica, sus derechos autónomos de decisión, su libertad de definir *motu proprio* su género y sexo, su derecho a ser respetados integralmente y a ser tratados con dignidad, sin estigmas ni discriminaciones. Todo ello, a pesar de que Costa Rica ocupa el número 24 en el mundo en el índice de respeto por los derechos humanos.

El ejercicio médico impone altos niveles éticos que, a su vez, implican la observancia y respeto de los principios bioéticos estudiados. Igualmente, el ejercicio de los derechos humanos, en tanto ética aplicada, también exige la observancia de principios éticos claramente establecidos y aquí estudiados.

De las manifestaciones de la Dra. Carmen Di Mare Hering, del Área de Bioética del CENDEISS, de la Caja Costarricense de Seguro Social, queda demostrada la inexistencia de protocolos y guías de atención de las personas intersexuales, desde su nacimiento hasta su muerte, lo que es una grave falencia del sistema de seguridad social y de salud pública, pues, se cohonestan el ilegítimo e inhumano abordaje patológico de estas personas, cosificándoles y convirtiéndoles en sujetos de tortura y objetos de experimentación, todo revestido de un halo de legitimidad por un paternalismo médico mal aplicado y mal entendido.

La Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Salud como ente rector en salud deberían iniciar una campaña informativa sobre la incidencia de la HSC y su efecto en el *nasciturus*, con miras a informar a la población sobre la existencia de la intersexualidad en la sociedad costarricense y así visibilizarla. Esto erradicaría el morbo y los estigmas que pesan sobre esa población y facilitaría su inserción, inclusión social y reconocimiento político en una sociedad que se niega a aceptar esta realidad. Ambas instituciones deberían iniciar reuniones y estudios para la elaboración de un catálogo de estados intersexuales.

Saber la media costarricense respecto de la mundial, la relación que existe entre la HSC y la intersexualidad en Costa Rica, así como los tipos de intersexualidad específica que se presentan en los recién nacidos costarricenses permitirá discriminar, en el nivel de protocolos y guías médicas, cuáles casos podrían ameritar una intervención quirúrgica y cuáles no.

La Caja Costarricense de Seguro Social, asociada con el Ministerio de Salud, debería establecer políticas públicas claras de atención de esta población y sus familiares, tanto al implementar las guías nacionales para atender a estas personas por los equipos médicos, como por los profesionales en trabajo social, psicología, endocrinología, pediatría, entre otros, relacionados con su abordaje en el sistema de salud y de seguridad social nacional a lo largo de sus vidas.

El Ministerio de Educación, en conjunto con el Ministerio de Salud, deberían establecer políticas educativas en torno a la intersexualidad, que permitan informarse sobre esta realidad. Debe establecerse que su abordaje sea con total naturalidad, que es exactamente como sucede en el proceso de formación del feto, para que no se estigmatice ni satanice, impidiendo de esa forma su patologización.

Igualmente, debe separarse, a partir de guías educativas, el caso de la homosexualidad, la transexualidad y la bisexualidad del intersexualismo, estableciendo las diferencias básicas entre esta y aquellos estados, como por ejemplo, que la condición de intersexualidad es una condición genético-biológica heredada de los progenitores, sobrevenida por preexistencia de determinantes en la madre.

La apertura sociológica y psicológica en la sociedad costarricense, a través de la reeducación en el tema de la intersexualidad, permitirá la concientización sobre la existencia de individuos distintos a la “normalidad” o norma establecida desde el binarismo sexual, lo que instará el cambio paradigmático en relación con los intersexuales. Esto les facilitará ser aceptados e incluidos socialmente sin injerencia de ese patrón heteronormativo, abstrayendo, a la vez, a los progenitores de la toma de decisiones respecto de menores intersexuales, generando espacios de respeto hacia ellos y a sus determinaciones.

El Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, asociado con autoridades de la Caja Costarricense de Seguro Social, el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación y otros colegios profesionales como el de Psicólogos,

Sociólogos, Abogados, Psiquiatras, Farmacéuticos, debe emprender una campaña de concientización sobre el uso de conceptos y discursos patologizantes, modificar los argumentos a partir de usos lingüísticos de vocablos más centrados en la persona al igual que en su dignidad humana y no en la enfermedad, con el fin de evitar encasillamientos, estigmas y discriminaciones en relación con las personas intersexuales.

Mucho se ha discutido internacionalmente sobre este tema y, por ello, creo que el diálogo nacional debe abrirse no solo para establecer un uso común y estándar internacional, sino para mostrar la capacidad de un país y sus profesionales en proponer, quizá, un nuevo concepto que evite la patologización de las personas intersexuales.

Bibliografía

- Alemán Ramírez, R., Céspedes Durán, L., Fernández Vaglio, R., Herrera Rodríguez, A., Sánchez Villalobos, N., Solar Del Valle, T. y Soto Zúñiga, M. (2013). Desórdenes del Desarrollo Sexual y Cirugía Correctiva. *Medicina Legal de Costa Rica*. Recuperado el 20 de 01 de 2018 de http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152013000200008&lng=en&tlng=es.
- Alexy, R. (2003). *Tres escritos sobre los derechos fundamentales y la teoría de los principios*. Colombia: Universidad Externado de Colombia.
- Área de Estadística en Salud, Caja Costarricense de Seguro Social. (2015). *Egresos hospitalarios debidos a Sexo Indeterminado y Seudohermafroditismo por año según centro de salud*. San José, Costa Rica.
- Arroyo González, F. (6 de setiembre de 2009). De cinco a diez bebés nacen como ella aquí. *Al Día*.
- Beauchamp, T. y Childress, J. (2013). *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press.
- Berger, L. y Luckmann, T. (2001). *La Construcción Social de la Realidad*. Argentina: Amorrortu.
- Bidart Campos, G. J. (1989). *Teoría general de los derechos humanos*. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas.
- Bordes Solanas, M. (2011). *Las Trampas de Circe: Falacias Lógicas y Argumentación Informal*. Madrid: Ediciones Cátedra (Grupo Anaya S. A.).
- Castillo Nieto, S. (23 de noviembre de 1997). Entonces, ¿es varón o mujer? *La Nación*.
- Centers for Disease Control and Prevention CDC. (04 de 2015). *CDC Centers for Disease Control and Prevention*. Obtenido de <http://www.cdc.gov/tuskegee/timeline.htm>
- Duranti, R. (2011). *Diversidad sexual: conceptos para pensar y trabajar en salud*. Argentina: ONUSIDA.
- González Vicen, F. (1969). *La filosofía del derecho como concepto histórico*. Madrid: Anuario de Filosofía del Derecho.

- ISNA. (31 de 10 de 2014). Intersex Society of North America. Recuperado de <http://www.isna.org/faq/concealment>
- INEC. (10 de abril de 2015). Instituto Nacional de Estadística y Censos. Recuperado de <http://www.inec.go.cr/Web/Home/GeneradorPagina.aspx>
- Katz, R., Russell, S., Kegeles, S. y Kressin, N. (Noviembre de 2006). The Tuskegee Legacy Project: Willingness of Minorities to participate in Biomedical Research. *J Health Care Poor Underserved*, 17 (4), 698-715.
- MEDLINEPLUS. (12 de agosto de 2014). MedlinePlus. Recuperado de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001669.htm>
- OMS. (2002). Organización Mundial de la Salud Recuperado de <http://www.who.int/gender/mainstreaming/ESPwhole.pdf>
- ONU. (4 de abril de 2015). Naciones Unidas. Recuperado de <http://www.un.org/es/documents/charter/preamble.shtml>
- Pacheco de Arauz, G., Piza Escalante, J., Arauz Pacheco, C. y Fallas F, P. (1984). Frecuencia de las malformaciones congénitas en las autopsias del Hospital Nacional de Niños. *XLVII Congreso Médico Nacional, del 3 al 8 de diciembre de 1984*. San José.
- Spinola-Castro, A. M. (2005). A importancia dos Aspectos Éticos e Psicológicos na Abordagem do Intersexo. *Arq Bras Endocrinol Metab*, 49(1). Recuperado de <https://dx.doi.org/10.1590/S0004-27302005000100007>
- Wilchins, R. (2001). A girl's right to choose: intersex children and parents challenge narrow standards on gender. *National NOW Times*, 34(2).
- World Press. (2000-2003). Historia de la Segunda Guerra Mundial Recuperado de <https://futurodelmundo.files.wordpress.com/2009/01/historia-de-la-segunda-guerra.pdf>

VOLUNTADES ANTICIPADAS: DERECHO A DECIDIR

ANTICIPATED WILL: RIGHT TO CHOOSE

Randall Jiménez Retana¹
Universidad de Costa Rica
ranjim77@gmail.com

Publicado 2016

Resumen

Nuestro problema de investigación nace de la preocupación por la carencia de un instrumento de voluntades anticipadas en el sistema de salud y legislación costarricense. Dicha laguna coloca a las personas, hombres y mujeres, en una situación de vulnerabilidad, al no poder autodeterminarse ante procesos de enfermedad y accidentes incapacitantes. Lo anterior compromete el consentimiento informado y las aspiraciones de dichos sujetos en relación con el proceso del final de la vida.

Palabras clave: vulnerabilidad, vida, muerte, voluntades anticipadas.

Summary

Our investigation purpose stems from the problematic lack of any instrument for a living will in the Costa Rican law and health system. This lack of documentation puts people (men and women) in a vulnerable situation of being unable to self-determine their own lives when faced with a debilitating illness or accident. This inability to self-determine one's own life in these situations compromises the informed consent honouring and the wishes of these people in the final processes of life.

Keywords: vulnerability, life, death, advanced directives.

1 El autor es máster en Bioética, UNA-UCR, doctorando en Sostenibilidad y paz en la era posglobal, de la Universidad de Valencia, España, trabaja en la Universidad de Costa Rica, recinto de Golfito, y es coordinador de la Cátedra Temática: Humanidades en el Pacífico Sur.

La realidad de cada persona, en el proceso del final de la vida, es compleja. Un rasgo común es que las personas no desean sufrir dolores que pueden ser paliados con los medios de los que dispone la medicina en el siglo XXI. La variedad de preferencias de los sujetos, respecto del acceso a la información sobre la condición de su estado de salud, de las posibilidades de tratamientos (curativos, paliativos), de sus deseos en el final de su vida, de la relación con los operarios de salud, de lo que necesitan del sistema de salud y sus facilidades, es muy diversa.

Los sujetos buscan el consejo oportuno de sus operarios en salud, como sujetos garantes de conocimiento respecto de esta y la calidad de vida, en una sociedad donde el acceso a la información es cada vez más inmediato. También esperan que la atención brindada considere su estado particular y pueda apoyárseles desde un enfoque de salud inclusivo. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) permite la integración de la esfera familiar, laboral, social y cultural. A la vez, favorece su visualización como proceso. Esto considera no solo el estado de salud física, sino la dimensión emocional de la enfermedad. El encuentro entre salud, enfermedad y final de la vida en los sujetos se torna desafiante. Dicha condición coloca a la persona en un escenario vulnerable, ya que esta circunstancia en la que se encuentra es incierta, insegura, terminal.

Este artículo se centra en la temática de voluntades anticipadas (VA). Entendemos por ello, siguiendo la tesis de Margarita Boladeras (2009):

La expresión de los deseos, prioridades o decisiones de una persona formulados de forma anticipada en previsión de que, en un momento dado, la situación de incapacidad en que se encuentre no le permita manifestarlos. Se trata de una forma de poder continuar ejerciendo el derecho a ser respetado con los valores propios y asegurar que este respeto se mantendrá cuando se presente una situación de mayor vulnerabilidad. El otorgamiento se hace mediante documento (p. 154).

Se propone aquí una reflexión acerca de las VA, en relación con el proceso del final de la vida y las implicaciones de este respecto del envejecimiento, consentimiento informado, autonomía, capacidad, competencia, vulnerabilidad, entre otros, cuyo objetivo es construir una propuesta para el sistema de salud costarricense. Puesto que la legislación costarricense no

regula el tema y, por ende, no reconoce la validez legal de las VA²³, es propicio llevar adelante una fundamentación, desde la bioética, de dicho instrumento del bioderecho. Este acercamiento se inscribe en el interés por promover la toma de decisiones en aquellas personas que han vivido situaciones como accidentes incapacitantes y enfermedades en estado comatoso, para evitar disposiciones que contradigan la voluntad de los sujetos afectados.

Este trabajo aborda las VA en relación con el principio de autonomía y sus subcategorías, tales como competencia y capacidad, siguiendo las tesis de Tom Beauchamp y James Childress (2013), así como la de Margarita Boladeras (2009). Nace de la inquietud por situar la discusión respecto de las voluntades anticipadas en torno a los desencuentros, la toma de decisiones y posiciones que no siempre son fáciles.

Principio de Autonomía

Según Beauchamp y Childress (2013), el individuo autónomo es aquel que realiza actos libremente, en consonancia con su plan de vida y valores. Asimismo, establecen que las personas poseen libertad en el momento de escoger sus preferencias, sin influjos que tiendan a controlar, manipular o coaccionar su decisión o decisiones, y sean sujetos agentes con capacidad de actuar con intencionalidad en sus actos. Este principio establece al menos tres condiciones necesarias para ello, a saber:

- 2 En muchos países las voluntades anticipadas son una realidad. Al respecto, es en Estados Unidos donde nace esta tradición y práctica. Algunos autores clásicos en esta temática son: Nancy King con su libro *Making Sense of Advance Directives* (2007); Allen Buchanan y Dan Brook con *Decidir por otros* (2009); Daniel Callahan ha aportado muchos escritos a la reflexión, a saber: *Poner límites* (2004); *The troubled dream of life* (2000); *The Roots of Bioethics* (2012). También, Tom Beauchamp y Robert Veatch con *Ethical Issues in Death and Dying* (1996). Desde The Hasting Center son muchos los documentos emanados. Asimismo, The Presidente's Council on Bioethics con *Taking Care (Ethical caregiving in our aging society)* (2005). Igualmente, David Doukas y William Reichel con *Planning for Uncertainty* (2007).
- 3 En España, Margarita Boladeras ha influenciado la reflexión bioética. Uno de sus últimos libros, *El Derecho a no sufrir* (2009), aborda el tema de las voluntades anticipadas. Respecto de estas y su relación con el derecho y los prestatarios de salud, están los siguientes autores: Cristina López con *Testamento Vital y Voluntades del Paciente* (2003); Javier Sancho-Caro y Fernando Abellán con *Instrucciones previas en España* (2008); Ana Berrocal y José Abellán con *Autonomía, libertad y testamentos vitales* (2009); Magdalena Palomares y Javier López con *El consentimiento informado en la práctica médica y el testamento vital* (2002); Federico Montalvo con *Muerte digna y Constitución* (2009). En Perú, Jessica de Vettori con *La autotutela como una nueva institución de amparo familiar* (2013). En Uruguay, Gabriela Hormaiztegy con *Directivas anticipadas: disposiciones en previsión de la propia discapacidad* (2012).

1. Intencionalidad: las acciones tienen que corresponder con un plan de acción de la persona.
2. Comprensión: debe ser adecuada a cada situación y contexto. Algunas condiciones que la limitan son: enfermedades, irracionalidad e inmadurez.
3. Libertad de acción: sin influencias externas o controles que limiten la libre voluntariedad en la escogencia de oportunidades (Beauchamp y Childress, 2013, pp. 104-105).

La autonomía implica también: "...en algunos contextos, reforzar o mantener las capacidades de otros para la escogencia autónoma mientras se manejan los miedos y otras condiciones que interrumpen o destruyen la acción autónoma" (Beauchamp y Childress, 2013, p. 107). La valoración de las decisiones autónomas, desde el respeto y la consideración, requiere tomar en cuenta todo aquello que pueda afectar a la persona y su mundo valorativo. La desestimación, el ignorar o insultar las voluntades de otros, es una acción que irrespeta la autonomía y el proyecto de vida de los demás.

En la vivencia del sujeto autónomo es necesario considerar algunas reglas, a la hora de entablar relaciones entre usuarios y operarios de la salud, entre ellas:

- a. Decir la verdad.
- b. Respetar la privacidad de los otros.
- c. Proteger la información confidencial.
- d. Obtener el consentimiento para intervenciones con pacientes.
- f. Cuando pregunten, ayudar a otros a realizar importantes decisiones (Beauchamp y Childress, 2013, p. 107).

La capacidad que posee una persona para decidir de forma autónoma debe precisarse y esclarecerse, ya que no es un concepto unívoco. Esta determinación es relativa en cada situación y puede entrar en conflicto, por su correspondencia o no, con el criterio de los prestatarios de los servicios de salud (Beauchamp y Childress, 2013). Es necesario, por ello, que se deje constancia en un protocolo de VA.

Principio de vulnerabilidad⁴

Para Miguel Kottow (2014)⁵, la vulnerabilidad es la condición humana de fragilidad que todos compartimos. En este mismo sentido, cuando la persona se encuentra en el proceso del final de la vida no necesita que se le hable de la muerte, porque ya vive la espera, sino que requiere la ayuda para vivir mejor, sin dolor, reduciendo la sintomatología del sufrimiento. En la propia condición de sujeto vulnerable, es en la cual el sujeto autónomo logra apropiarse de su proceso de salud, gracias a las políticas públicas y a los instrumentos jurídicos que el sistema de salud dispone y ofrece, para la promoción integral de la persona. De esta manera, se propicia una integración entre los límites propios de todo ser humano en el proceso del final de la vida y sus dimensiones tanto personales como familiares.

La finitud humana, las nociones de extraños morales y sociedad pluralistas logran situar la reflexión en torno a conceptos modernos como cuidado, responsabilidad y empatía con los otros. Lo anterior, debido a que el sujeto es frágil, porque tiene que vivir con la mortalidad y con situaciones que lo colocan en riesgo.

Por lo anterior, es que el reconocimiento de la fragilidad humana y del poder de autodeterminación del sujeto no son excluyentes, sino que la promoción de políticas públicas en salud, así como del uso de instrumentos del bioderecho, permitirán brindar posibilidades que expandan la seguridad, reduzcan el dolor y sufrimiento, así como fomentar una sociedad que discierna y discuta sus dilemas éticos, entre otros.

Vulnerabilidad y autonomía tienen por contraparte, al final de la vida, el dolor y sufrimiento que genera una enfermedad, al igual que la toma de decisiones en tales contextos. En Costa Rica, la calidad de vida ha sido asociada a la ausencia de dolor. La búsqueda de la felicidad, para la mayor cantidad de personas, puede favorecerse evitando el dolor. La imagen que aporta el pensamiento clásico y moderno, de que el sujeto es un huésped de la vida, requiere ser más explorada y compartida. En palabras de Alcoberro

4 Véase Rendtorff, J. y Kemp, P. (2000). *Basic ethical principles in european bioethics and biolaw (Volumen I: Autonomy, dignity, integrity and vulnerability)*. Barcelona: Instituto Borja de Bioética, 45-56.

5 Véase, del mismo autor, Kottow, M. (2014). *El pa[de]ciente. Una medicina cuestionada. Un testimonio*. Santiago, Chile: Ocho libros; *Carne y cuerpo. Un desafío a la bioética*. Santiago, Chile: Ocho libros. Asimismo, Kottow, M. y Bustos, R. (2010). *Antropología médica*. Santiago, Chile: Mediterráneo.

(2013) diríamos que “lo propio de un huésped sensato es saber, también, cuándo debe partir” (p. 195).

La figura jurídica de las voluntades anticipadas⁶⁷

Este concepto, aunque no está tipificado en la legislación costarricense, sí ha sido implementado en otros países y Estados. California fue “el primer estado que estableció la llamada Ley de la muerte natural (“Natural Death Act”) que entró en vigor el 1 de enero de 1976” (Siurana, 2005, p. 127). Esta legislación instituyó ciertas ideas por resaltar:

- Las personas adultas tienen el derecho de controlar las decisiones relativas a su propio cuidado médico, incluyendo la decisión de no utilizar o interrumpir procesos para mantener la vida en casos de enfermedad terminal.
- La prolongación de la vida por medios artificiales puede causar la pérdida de la dignidad del paciente y dolores y sufrimientos innecesarios.
- En consideración a la dignidad de los pacientes, las leyes del Estado de California reconocerán el derecho de una persona adulta a hacer una declaración por escrito dando instrucciones a su médico sobre la no aplicación o la retirada de procedimientos que pueden mantener su vida en el caso de una enfermedad terminal (Marlasca, 2002, p. 231).

El Consejo de Europa (1997), en el Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina (Convenio de Oviedo), ha ido estableciendo “normativamente la posibilidad de que los ciudadanos, enfermos o no, otorguen un documento de voluntades anticipadas mediante el cual establecen previsiones de futuro acerca de qué tipo de asistencia sanitaria desean o no desean recibir para el caso en que

6 La teoría del “*parens patriae*” es de origen angloamericano y hace referencia al “poder soberano de guarda que posee el Estado sobre los individuos que son legalmente incapaces de actuar por sí mismos” (Simón, 2004, p. 21). Sau primera formulación se encuentra en Inglaterra en 1324, bajo el reinado de Eduardo II. El objetivo era que el rey, el cual delegaba las funciones en su canciller, realizara acciones fiduciarias sobre los bienes del afectado, para que una vez que estuviese recuperado, encontrara todo como si el propio sujeto hubiese estado realizando la toma de decisiones. Para ampliar más véase Simón, P. y Barrio, I. (2004). *¿Quién decidirá por mí?* Madrid: Triacastela, en especial, las páginas 15-24.

7 Para lograr una visión general de los casos originarios que desencadenaron la reflexión en torno a las voluntades anticipadas y designación de un representante o sustituto, véase Simón, P. y Barrio, I. (2004). *¿Quién decidirá por mí?* Madrid: Triacastela, en especial las páginas 24-59.

se encuentren en un estado de salud determinado” (Royes, 2007, p. 165). Este paso es una expansión del principio de respeto a las personas. Cada quien ejerce su autonomía, durante todo el período de su vida. La tradición del consentimiento informado favorece que se desarrollen instrumentos de esta naturaleza, que resguarden las voluntades personales en todos sus extremos.

El documento de voluntades anticipadas, de la mano del consentimiento informado, está modificando las relaciones sanitarias (cf. Royes, 2007). El asunto está en determinar cuáles pueden ser los aportes de los documentos de las voluntades anticipadas. Lo anterior debido a que una primera reacción es pedir resultados o beneficios de su implementación en un sistema de salud. La confianza de que las decisiones tomadas con previsión sean consideradas por los operarios de la salud, en el momento de considerar cualquier procedimiento desde los valores y solicitudes de la persona que hoy no es capaz de comunicarlas, favorece la tranquilidad de los sujetos en el final de la vida. El sufrimiento y dolor siempre son aspectos por considerar, así las voluntades anticipadas aminoran estas realidades al ofrecer la posibilidad de disponer previamente lo que corresponde en el caso particular. El acercamiento que plantea Royes (2007) al respecto es esclarecedor para considerar las voluntades de las personas en todo el proceso del final de la vida:

Deben entenderse como un consentimiento informado realizado con anterioridad al supuesto o supuestos en los que se debería entrar en vigor (sería un No consentimiento, ya que lo que se solicita es que no actúe de determinada manera en circunstancias precisas). El sujeto capaz y competente determina las condiciones bajo las cuales no quiere recibir ciertas terapias o procedimientos médicos que alarguen el proceso de la vida en detrimento de su dignidad individual (encarnizamiento terapéutico) (pp. 166-167).

La limitación del esfuerzo terapéutico (LET) en la práctica clínica es frecuente por lo que, mediante un documento de voluntades anticipadas, el paciente participa de modo directo en este tipo de decisiones desde el momento en que su voluntad puede ser conocida por el personal sanitario que le atiende, aunque él, personalmente, no esté ahora en condiciones de manifestarla: ya lo ha hecho antes y su voluntad debe considerarse prioritaria ante la de otros. Facilita una relación asistencial basada en la colaboración y dirigida a conseguir un objetivo común a médicos y pacientes: la promoción

y la protección de los intereses del paciente de acuerdo con lo que este entiende como sus intereses en el ámbito de la asistencia sanitaria, es decir, en consonancia con sus prioridades y opciones personales, con su visión de la vida y la muerte.

Existe una corriente, cada vez más grande, que reconoce la autonomía del sujeto en todos sus extremos, por lo que la previsión y disposición en diversas situaciones deben ser consideradas en una legislación y en el sistema sanitario en particular. Por ello, a nivel internacional se ha implementado modelos de acreditación que favorecen las consideraciones de las voluntades de los pacientes como un asunto primordial en la toma de decisiones.

Por lo anterior, Simón (2005) en el modelo de acreditación del Health Quality Service (HQS) señala que: “sobresalen las necesidades individuales y derechos del paciente, resaltando lo referente a la autonomía, la información y el consentimiento informado... Atención a los pacientes terminales, moribundos...” (p. 78).

Este sistema de acreditación, en su sección 3.^a, establece que la experiencia del paciente dispone de tres normas, de las cuales son pertinentes para nuestro trabajo la Norma 21: Los derechos del paciente y la Norma 22: Las necesidades individuales del paciente.

La HQS establece en sus protocolos la evaluación de la capacidad y decisiones de representación –incluyendo el uso de directivas anticipadas–: 21.7, 21.19, 22.16, 25-10, 27.5.10. Como parte de los derechos explícitamente reconocidos por la HQS, está el derecho a que se respeten sus últimas voluntades (voluntades anticipadas): 22.16, a saber:

Existe un procedimiento documentado y escrito/revisado en los últimos tres años acerca de la respuesta de la organización para dar cumplimiento a las últimas voluntades de pacientes/usuarios (A-ISO).

Orientación: este procedimiento necesita la formación del personal acerca del status legal y ético de las últimas voluntades (por ejemplo, deben hacerse cuando el paciente/usuario tenga capacidad de dar consentimiento válido), cómo el personal es consciente de ellos, cómo se custodian (por ejemplo, debería haber una anotación completa en la historia clínica acerca de cualesquiera últimas voluntades) y cómo se llevan a cabo (Simón, 2005, p. 139)

La práctica de dejar constancia de los deseos personales en torno al proceso de la salud y la enfermedad es considerada por muchas instancias para ser evaluada, para el otorgamiento de acreditaciones en el nivel internacional. Lo anterior, para certificar la calidad de la prestación de servicios por la institución hospitalaria, así como por los profesionales involucrados en todo el proceso. Con el desarrollo de la teoría del consentimiento informado se abre el espacio propicio para la consideración de un área más amplia respecto a la autonomía del usuario en salud. Siurana (2005) presenta algunos países que han ido incorporando a sus sistemas de salud estas disposiciones, a saber:

- a. Estados Unidos: Ley Federal de Autodeterminación del Paciente (Patient Self Determination Act). Aprobada por el Congreso de Estados Unidos en 1990 y puesta en vigor el 1 de diciembre de 1991.
- b. Australia: en el Estado de Victoria es promulgada la Ley del Tratamiento Médico de Victoria en 1988 (Victorian Medical Treatment Act 1988). En otro Estado como Australia del Sur se promulga la Ley del Consentimiento al Tratamiento Médico y Cuidados Paliativos en 1995 (Consent to Medical Treatment and Palliative Care Act 1995)
- c. Canadá: son varias las provincias que promulgan diversas leyes para legalizar las voluntades anticipadas (advance directives): Alberta, Nueva Foundland, Manitoba, Ontario, Québec, Nueva Escocia.
- d. Dinamarca: el concepto utilizado es el de testamentos vitales (Livstestamente), y es regulado por la Ley N° 482 de 1998. En la orden N° 663 del 14 de setiembre de 1998 se regulan las disposiciones respecto de los médicos y los testamentos vitales.
- e. Holanda: en la Ley de Tratamiento Médico de 1995 se reconocen las voluntades anticipadas.
- f. Argentina: durante la XXII Jornada Notarial Argentina del año 1992 el señor G.A. Rubio pone a consideración un documento llamado “Testamento para la vida”. En su Código Civil (arts. 59 y 494) se establece el “Asesor de menores incapaces” (cf. López, 2003, p. 27-48).

La dimensión familiar es determinante de cómo la persona va asumiendo y viviendo su proceso del final de la vida. Por ello, este momento es individual, único e intransferible. Para Boladeras (2013) se requiere de un “acompañamiento pertinente de las personas que la rodean” (p. 214).

Esta dimensión de compañía implica, a la vez, un reconocimiento del proceso completo: vida y muerte. Por lo que “no hay muerte propiamente humana sin el reconocimiento, por parte de los demás, del carácter único e insustituible de esa vida que se extingue. Podemos decir que la vida es sagrada en el sentido de considerarla merecedora de dignidad y de respeto; la muerte cierra el círculo de la vida y es tan sagrada como ésta” (Boladeras, 2013, p. 214). El ocultamiento de una condición de salud, o el estado de progreso de una enfermedad, es necesario que sea de conocimiento por parte del usuario de los servicios de salud. Reconocer a la persona es tratarla como competente y capaz de decidir sobre sus propias aspiraciones.

La sociedad contemporánea no escapa a los excesos en la extralimitación del esfuerzo terapéutico. Algunas consecuencias de ello se ubican en querer medicalizarlo todo, y procurar la hospitalización de la persona que se encuentra en su proceso del final de la vida. La actuación que debe pedirse a las instituciones, en especial las prestatarias de servicios de salud, es la de regirse “con justicia en todas sus actividades” (Boladeras, 2013, p. 215).

Toma de decisiones

La autonomía de la persona en un proceso del final de la vida puede darse en las situaciones del presente, pero también de manera prospectiva. Esta característica es fundamental en el proceso del final de la vida. La toma de decisiones en este proceso reviste un carácter ético.

Una persona, según Siurana (2005), realiza acciones autónomas cuando “el que actúa lo hace: intencionalmente, con comprensión y sin coacción, es decir, sin influencias controladoras que determinen su acción” (p. 42). Por tanto, para ajustar las acciones de los sujetos, debe darse necesariamente el discernimiento ético. Las personas deben estar sin presión ni coacción, ser capaces de tomar sus propias decisiones, identificando las consecuencias que se derivan de estas y sus implicaciones. Sin tal deliberación, la bioética se ve vaciada de todo contenido. Bioética es diálogo pluralista, deliberación, consensos. Solo cuando la persona es respetada en lo que ha decidido y sus puntos de vista, de acuerdo con sus valores y creencias, estamos frente a un grupo social que reconoce a los sujetos como seres autónomos. La concreción de lo anterior es el consentimiento informado en la bioética.

Este discernimiento, diálogo ético, está mediado por las metas de la medicina propuestas por el Hasting Center (1996), el cual en su informe establece cuatro metas claramente identificables:

- a) La prevención de la enfermedad y de las lesiones, y la promoción y mantenimiento de la salud.
- b) El alivio del dolor y el sufrimiento causado por la enfermedad y las dolencias.
- c) La asistencia y curación de los enfermos y el cuidado de los que no pueden cuidarse.
- d) Evitar la muerte prematura y velar por una muerte en paz.

Los sujetos pueden manifestar sus voluntades anticipadas de manera oral o escrita. Esta última se recomienda, preferentemente, para evitar contratiempos en los momentos determinantes, cuando es necesario reconocer lo que el sujeto expresó respecto de cuidados de la salud y disposiciones para después de la muerte, en materia de disposición de su cuerpo (donación de órganos, investigación). Las voluntades anticipadas adoptan varias formas ante situaciones en el proceso del final de la vida, a saber:

- a) Instrucciones previas: sobre los tratamientos que desea o no; sobre la disposición de su cuerpo una vez acontecida la muerte.
- b) Designación de representante: para cuando el sujeto no sea capaz y competente para autodeterminarse, o para que, después de la muerte, disponga de su cuerpo y órganos según su voluntad, valores y costumbres.
- c) Historia de valores: cuáles son la cosmovisión, deseos, valores y actitudes que tienen que considerarse ante eventuales tratamientos y decisiones que deban tomarse.

Según Sánchez-Caro y Abellán (2008), en el proceso del final de la vida no siempre es fácil y claro determinar las voluntades y deseos de los sujetos involucrados. Estos autores señalan algunas de las “dificultades que en las decisiones al final de la vida supone la asimetría informativa entre los profesionales sanitarios y los pacientes y la influencia que tienen los familiares en la toma de decisiones” (p. 23). Estas características generan espacios propicios para situar a esta población (adultos mayores y sujetos en

el proceso del final de la vida) en condiciones de vulnerabilidad (Beauchamp y Childres, 2013).

En este proceso hacia la muerte, el abstenerse de ciertas prácticas terapéuticas aleja al ser humano de procedimientos que pueden dar como resultado el encarnizamiento terapéutico y tratamientos fútiles o inútiles. Aunque la consecuencia sea positiva, no necesariamente es recomendable. El costo del procedimiento, emocional, físico, económico, y su impacto en la calidad de vida del sujeto deben considerarse con sumo cuidado. Cuando la salud ya no es posible y los indicadores vitales no son alcanzables, las decisiones médicas tienen que sopesarse desde los operarios de salud, comités de bioética, voluntad del sujeto, o de su representante, si fuera el caso. Dependerá también de qué clase de sistema de salud esté involucrado: público o privado. Todo este universo de posibilidades impacta las decisiones finales.

El Hasting Center (2004) plantea como un fin de la medicina “la búsqueda de una muerte tranquila”. Este centro señala al respecto:

Dado que la muerte nos llega a todos (los pacientes de todo médico habrán de morir algún día, al igual que el propio médico), la medicina ha de considerar una prioridad la creación de unas circunstancias clínicas que favorezcan una muerte tranquila. Una muerte tranquila puede definirse como una en la que el dolor y el sufrimiento se reduzcan mediante unos cuidados paliativos adecuados, en la que al paciente nunca se le abandone ni descuide y en la que los cuidados se consideren igual de importantes para los que no vayan a sobrevivir como para los que sí. Por supuesto que la medicina no puede garantizar una muerte tranquila ni responsabilizarse por lo que las personas traen consigo a su lecho de muerte. Pero lo que sí puede evitar la medicina es considerar la muerte como un accidente biológico evitable o un fracaso médico. Más tarde o más temprano, la muerte es, como ha sido siempre, el resultado inevitable incluso del mejor tratamiento médico. En toda vida humana llegará un momento en que un tratamiento de soporte vital será inútil; se llegará al límite absoluto de las capacidades de la medicina. Por tanto, la gestión humanitaria de la muerte es la responsabilidad final, y probablemente la más exigente desde el punto de vista humano, del médico, que está obligado a reconocer en su paciente tanto su propio destino como las limitaciones inherentes a la ciencia y arte de la medicina, cuyos objetos son seres mortales, no inmortales (pp. 46-47).

Esto favorece la esperanza de una formación académica rigurosa en los profesionales de la salud, para que puedan, de manera habitual, ser capaces de “tratar el dolor de sus enfermos a fin de no tenerlos que derivar a centros especializados de manera generalizada” (Boladeras, 2013, p. 222). En zonas geográficas como las costarricenses, donde el transporte y desplazamiento de sujetos, en condiciones delicadas de salud, se vuelve complicado y comprometedor, es urgente se discuta este tipo de formación.

Las VA permiten que los sujetos autónomos puedan tomar decisiones con previsión, pero requieren que se sensibilice a los operarios de la salud. El respeto por la autonomía personal, la toma de decisiones desde los valores y cosmovisiones personales, se torna fundamental. Margarita Boladeras lo expresa con claridad:

Asumir la enfermedad, el dolor y la muerte desde la propia vida implica poder tomar decisiones de acuerdo con la trayectoria vital de cada ser humano. El respeto a la autonomía es por lo tanto fundamental. Seguir o no un tratamiento, suspender un procedimiento, aceptar o no la hospitalización, etcétera son decisiones que dependen del enfermo y se debe velar para que así sea (2013, pp. 226-227).

La consideración de los objetivos esenciales, para los que fueron creados los servicios de salud, debe ser propuesta en los tiempos actuales: comunicación desde los intereses y necesidades de los pacientes; el contacto mediante gestos, presencia, actitudes y complicidades. Todo lo anterior para que sea “una presencia que acompañe y tranquilice” (Boladeras, 2013, p. 229).

Conclusiones

¿Los documentos de las VA aportan la respuesta perfecta a los dilemas en el proceso del final de la vida? No. Sin embargo, representan un esfuerzo por alcanzar niveles de autodeterminación en los *pa(de)cientes*⁸. La capacidad y la competencia de las personas no deberían subestimarse ante la posibilidad de facilitar mejores derroteros para la toma de decisiones anticipadamente.

8 Véase Kottow, M. (2014). *El pa[de]ciente. Una medicina cuestionada. Un testimonio*. Santiago, Chile: Ocho libros.

Por ello, el debate en Costa Rica sobre esta temática, que aún es nuevo, está enmarcado, en no pocas ocasiones, desde discursos que no logran fomentar el diálogo y toma de decisiones, sea por posturas centradas en una visión absolutista y sagrada de la naturaleza humana o por corrientes que pretenden hacer realidad el mandamiento tecnocientífico. Esto hace infructífera cualquier iniciativa, ya que se descarta por sus proponentes y no por su fundamento.

Sin embargo, el sistema de salud costarricense tiene en sus clínicas del dolor y cuidados paliativos un espacio de esperanza para iniciar un proceso de sensibilización respecto de las VA. Los equipos de trabajo multidisciplinario en dichas clínicas favorecen tal proceso de las personas y sus familiares. Sin embargo, se requiere de un esfuerzo legislativo para otorgar seguridad jurídica a los operarios de la salud, como a las familias del usuario.

Ante la carencia de un instrumento de VA, se silencia al *pa(de)ciente*. El esfuerzo por lograr mayores niveles de dignidad en las personas tiene que considerar todos los estadios del desarrollo en los sujetos. Por ello, avanzar en la discusión de las VA implicará un diálogo abierto, heterodoxo, incluyente, humanizador. La meta: una buena muerte, desde los fines de cada persona.

Bibliografía

- Beauchamp, T. y Childress, J. (2013). *Principles of Biomedical Ethics* (séptima edición). New York: Oxford University Press.
- Boladeras, M. (2009). *Derecho a no sufrir*. Barcelona: Los libros del lince.
- _____. (2013). *El impacto de la tecnociencia en el mundo humano: Diálogos sobre bioética*. Madrid: Tecnos.
- López, C. (2003). *Testamento vital y voluntad del paciente*. Madrid: Dykinson.
- Marlasca, A. (2002). *Introducción a la Bioética*. Heredia: Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional.
- Royes, A. (2007). El consentimiento informado y los Documentos de voluntades anticipadas. En Casado, M., *Nuevos Materiales de Bioética y Derecho* (pp. 159-176). México: Fontamara.
- Sánchez, J. y Abellán, F. (2008). *Instrucciones previas en España. Aspectos Bioéticos, jurídicos y prácticos*. Granada: Comares.
- Simón, P. (2005). *Ética de las organizaciones sanitarias. Nuevos modelos de calidad*. Madrid: Triacastela.
- Siurana, J. (2005). *Voluntades anticipadas. Una alternativa a la muerte solitaria*. Madrid: Trotta.
- The Hasting Center. (1996). The Goals of Medicine. Setting New priorities: Hasting Center Report 26/6, suplemento especial, pp. S1-S27.

**REVISTA PRAXIS
ESCUELA DE FILOSOFÍA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE COSTA RICA**

NORMAS PARA LA PRESENTACIÓN DE ARTÍCULOS

1. Los artículos deben enviarse a la dirección electrónica *praxis@una.cr* o entregarse de manera impresa a la Escuela de Filosofía de la Universidad Nacional, Facultad de Filosofía y Letras, Apdo.: 86-3000, Heredia, Costa Rica. En el segundo caso también debe aportarse una versión electrónica del trabajo (a través de CD, memoria USB, etc.). La Revista acusará recibo de la entrega del texto.
2. Los artículos deben ser originales. No deben haberse publicado en otras revistas ni encontrarse en proceso de publicación.
3. Se recibirán artículos escritos en español, inglés, francés, portugués y otros idiomas. Sin embargo, la revisión filológica de trabajos escritos en un idioma distinto del español correrá por cuenta del autor/a del texto, quien deberá garantizarla en el momento de enviar el artículo.
4. La fuente de la letra será Times New Roman 12, con un interlineado de doble espacio.
5. La extensión máxima del artículo será de 25 páginas tamaño carta (DIN-4A). La extensión máxima para las reseñas será de 5 páginas.
6. Al inicio del artículo debe aparecer el título del mismo, seguido de un resumen en inglés (Abstract) y otro en español de un máximo de cinco líneas cada uno. A dicho resumen deben agregarse tres descriptores (palabras clave) en inglés y español.
7. El uso de citas y notas y la presentación de referencias, gráficos y cuadros debe realizarse de acuerdo con el manual de publicaciones APA.

8. Las notas deben aparecer al pie de la página y no al final del documento.
9. La bibliografía utilizada se presentará al final del artículo. Se consignarán las obras por orden alfabético de acuerdo al sistema autor-año, siguiendo los siguientes ejemplos:

Habermas, J. (1973). *La Lógica de las Ciencias Sociales* (Trad. Manuel Jiménez Redondo). Madrid: Tecnos.

Churchland, P. (2011). *Braintrust. What neuroscience tell us about morality*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.

Kosfeld, M. et al (2005). Oxytocin increases trust in humans. *Nature*, 435 (7042), 673-676.
10. Debe presentarse de manera anexa (es decir, no incorporada al cuerpo del artículo) la siguiente información:
 - a) Nombre del autor
 - b) Título académico
 - c) Filiación académica
 - d) Áreas de interés de investigación (y docencia).
 - e) Publicaciones recientes
 - f) Dirección electrónica

PROCEDIMIENTO PARA LA PUBLICACIÓN DE LOS ARTÍCULOS EN LA REVISTA PRAXIS

1. Únicamente se recibirán los artículos que cumplan con la normativa vigente. El autor/a recibirá un acuse de recibo del artículo por parte de la Revista.
2. El Comité Editorial designará un/a evaluador/a del artículo, externo al Comité, quien hará la revisión sin conocimiento de la identidad del autor/a del texto.
3. En un plazo no mayor a los 4 meses a partir de la fecha de recepción del artículo, el autor/a recibirá una notificación electrónica por parte de la Coordinación de la Revista con la resolución/dictamen del evaluador. La notificación debe ser oficial, y por lo tanto debe ser firmada por un funcionario que labore para la Revista.
4. En caso de existir observaciones de contenido y filológicas, éstas deben ser incorporadas al artículo en un plazo no mayor a 30 días. Si en este plazo el

autor/a no comunica a la Coordinación de la Revista su aceptación de las correcciones estilísticas y ortográficas realizadas, éstas serán incorporadas de hecho al artículo para su publicación. Sin embargo, las correcciones de formato (citas y referencias) y de contenido, deben ser subsanadas de manera expresa por el autor/a.

5. El Comité Editorial de la Revista aprobará la publicación de los artículos con fundamento en el dictamen del evaluador/a respectivo, así como en la integración final de cada uno de los números de la Revista. Los dictámenes del Comité Editorial de la Revista Praxis sobre la publicación son inapelables.
6. A pedido del autor, la Coordinación de la Revista podrá extender una constancia que certifique que el artículo ha sido aprobado para su publicación en Praxis, únicamente cuando el número completo de la Revista en la que se publicará el artículo haya sido tramitado ante la Editorial de la Universidad Nacional.

NORMATIVA DE PRIVACIDAD

1. La información personal enviada a esta Revista por los proponentes de artículos para publicación (nombres, correos, etc.) se utilizará exclusivamente para los fines declarados por la Revista y no estará disponible para ningún otro propósito, persona o institución.

DERECHOS DE AUTOR

1. La Revista Praxis conservará los derechos patrimoniales (copyright) de los artículos publicados en el número correspondiente y permite la utilización de los mismos bajo la licencia indicada en el punto 2.
2. Los artículos publicados en la versión impresa y electrónica de la Revista, se harán mediante la licencia de uso <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>.



Impreso por el Programa de Publicaciones e Impresiones
de la Universidad Nacional, en el 2018.

La edición consta de 25 ejemplares
en papel bond 20 y cartulina barnizable.

E-017-18—P.UNA