



**UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
INSTITUTO DE FILOSOFÍA
PROGRAMA DE POSTGRADO EN FILOSOFÍA**

BIOÉTICA: ¿UNA ESTRATEGIA BIOPOLÍTICA?

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO
DE MAGÍSTER EN FILOSOFÍA
CON MENCIÓN EN
PENSAMIENTO CONTEMPORÁNEO**

AUTOR TESIS: HUGO HORACIO ORTEGA GÓMEZ

PROFESOR GUÍA: JOSÉ JARA GARCÍA

VALPARAÍSO, ENERO 2019

BIOÉTICA: ¿UNA ESTRATEGIA BIOPOLÍTICA?

HUGO HORACIO ORTEGA GÓMEZ
PROFESOR GUÍA: JOSÉ JARA GARCÍA

TESIS PARA OPTAR AL GRADO ACADÉMICO DE MAGÍSTER EN FILOSOFÍA
CON MENCIÓN EN PENSAMIENTO CONTEMPORÁNEO

BIOÉTICA: ¿UNA ESTRATEGIA BIOPOLÍTICA?

hugo.ortegagomez@gmail.com

RESUMEN

Esta investigación analiza los vínculos posibles de establecer entre dos conceptualizaciones que surgen en un mismo periodo de la historia reciente: biopolítica y bioética.

Las investigaciones sobre el poder desarrolladas por Michel Foucault entre los años 1975 y 1980, abordan el surgimiento de un “arte de gobernar” liberal y luego neoliberal, caracterizado por aplicar técnicas reguladoras sobre la población, constituyendo una “biopolítica”. Esta tendrá como una de sus estrategias fundamentales a la medicina clínica que se configura en el siglo XVIII.

La “bioética” emerge a principios de la década de 1970 en los Estados Unidos. Su rápida institucionalización académica a nivel global, la integra con la medicina y la posiciona, a su vez, como una estrategia biopolítica, altamente eficaz para contrarrestar los puntos de resistencia que surgen frente a un biopoder sanitario en continua expansión.

El marco de inteligibilidad propuesto por Foucault para el análisis del saber-poder es usado como punto de partida para emprender una crítica a la bioética actual, focalizándose en sus tensiones teóricas y prácticas. Esta visibilización aspira a identificar elementos que pudieran ser modificados, en pos de una bioética capaz de ofrecer respuestas más acordes a las problemáticas de la actualidad.

*En recuerdo del Profesor José Jara García y
su inolvidable jovialidad.*

VALPARAÍSO, ENERO DE 2019.

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, a mi esposa Cristina, por su constante apoyo y estímulo intelectual en este apasionante recorrido académico.

También al Profesor Alejandro Madrid Zan, que iluminó las zonas de este trabajo que permanecían en penumbras, señalando nuevas áreas a explorar.

Finalmente, a todo el claustro académico del Programa de Magíster en Filosofía de la Universidad de Valparaíso, por mantenerse como un faro que orienta las reflexiones tanto en tiempos calmos como convulsos.

«Hay momentos en la vida en los que la cuestión de saber si se puede pensar distinto de como se piensa y percibir distinto de como se ve es indispensable para seguir contemplando o reflexionando».

MICHEL FOUCAULT, 1984.

ÍNDICE

1. Sobre ética y política: prolegómenos a una tesis	1
2. Foucault y la biopolítica, o de cómo los cuerpos se volvieron territorio	6
Biopolítica y soberanía	8
Biopolítica y gubernamentalidad	11
De la soberanía a la gubernamentalidad: el cuerpo como territorio	13
3. Bioética: 45 años de práctica institucionalizada e institucionalizante	18
El paternalismo médico y su crisis	20
El reconocimiento de la autonomía de los enfermos	22
El modelo principialista del discurso bioético	24
La deliberación bioética: dilemas y problemas	27
El desarrollo de los comités de bioética	28
Los comités de bioética en Chile	30
4. Bioética: ¿una estrategia biopolítica?	34
Una sociedad medicalizada	36
Una (bio)ética prescriptiva	39
El principialismo bioético como forma de bio-poder	40
Autonomía post-paternalista	42
La verdad bioética	44
El discurso bioético	46
5. La bioética ante la actualidad	49
La medicina como una forma de poder pastoral	52
Los puntos de tensión en la relación médico-paciente	55
Los puntos de tensión en el marco del neoliberalismo	59

Las críticas a la bioética principialista	65
Las salidas a las tensiones: bioéticas “alternativas”	69
Resistencias, contraconductas y libertad en la bioética actual	73
Libertades y prácticas de subjetivación	82
Bibliografía	84

1. SOBRE ÉTICA Y POLÍTICA: PROLEGÓMENOS A UNA TESIS

La relación entre ética y política ha sido planteada desde la antigüedad. Al comienzo de su obra conocida como *Ética Nicomáquea*, Aristóteles explicita que se propone investigar acerca de aquel bien supremo que pertenece, evidentemente, al dominio de aquella ciencia o facultad suprema que es la política: «A esto, pues, tiende nuestra investigación, que es una cierta disciplina política».¹ Al delimitar el tema que abordará a continuación, Aristóteles no usa la palabra “ética”. Alasdair MacIntyre precisa que «la obra denominada Política se presenta como una secuela de la Ética. Ambas se ocupan de la ciencia práctica de la felicidad humana».²

No cabe duda que en el tiempo presente ni la política ni la ética son conceptualizadas de igual manera que en la Grecia antigua. Respecto a la primera, el mismo MacIntyre puntualiza que «la palabra πολιτικός [en la obra de Aristóteles] no significa precisamente lo que nosotros entendemos por político; la palabra aristotélica cubre tanto lo que entendemos por político como lo que entendemos por social, y no discrimina entre ambos aspectos»;³ por otra parte, resulta evidente que la forma práctica de ella en nuestros días es bastante diferente a la ejercida en el ágora. Con respecto a la ética, la búsqueda de la *εὐδαιμονία* aristotélica, vinculada a la excelencia, a la virtud y, por sobretodo, a un actuar individual coherente con la comunidad y la sociedad en que se habita, ha mutado y se ha instrumentalizado en una serie de códigos normativos, tanto amplios –y, por consiguiente, con pretensiones de universalidad– como particulares a distintas disciplinas o quehaceres, con una manifiesta tendencia a otorgar más relevancia a las prohibiciones que a las propuestas centradas en un buen vivir.

Si se acepta lo planteado por MacIntyre, en la Grecia antigua ética y política se presentaban en contigüidad, vinculadas ambas por la búsqueda de lo bueno para el ser

¹ ARISTÓTELES. *Ética Nicomáquea. Ética Eudemia*. Madrid: Gredos, 1993, p. 131.

² MACINTYRE, A. *Historia de la ética*. Barcelona: Paidós Ibérica, 1991, p. 64.

³ *Ibid.*

humano. Con el transcurrir del tiempo pareciera que dicha relación se ha hecho menos evidente y que, llegada la segunda mitad del siglo XX, saberes o disciplinas disímiles han presenciado el surgimiento de ciertas formas conceptuales derivadas tanto de la ética como de la política.

De un lado, Michel Foucault propone por primera vez su noción de biopolítica en una conferencia en la Universidad del Estado de Río de Janeiro, efectuada el año 1974. En dicha oportunidad plantea que «el cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica».⁴ De otro lado, y por aquellos mismos años, Rensselaer van Potter acuña en Estados Unidos el concepto de bioética, el cual rápidamente fue acogido y desarrollado principalmente al interior del ambiente académico médico, restringiendo la concepción más amplia que caracterizaba la propuesta original.⁵

En los decenios que siguieron a la formulación de dichas nociones, ambas experimentaron una extensión de los aspectos abarcados o tratados por cada una de ellas, generando incluso visiones contrapuestas entre la diversidad de autores que han plasmado por escrito sus reflexiones sobre estos temas. La relación existente entre bioética y biopolítica ha sido tema de indagación desde diferentes puntos de vista, otorgándosele frecuentemente mayor relevancia a una de ellas por sobre la otra, y esto probablemente asociado a la disciplina de origen de quien efectúa el análisis. Cuando la mirada se ha realizado desde la bioética, por lo general se ha estrechado la compleja noción de biopolítica que propuso Foucault, llegando incluso a considerarla como consustancial al desarrollo estatal de la salud pública,⁶ y reduciéndola a las actividades o roles ejercidos por el Estado que se vinculan a la vida de sus ciudadanos. Cuando la mirada proviene desde la biopolítica, se otorga excesivo acento a la población como fuerza productiva a ser

⁴ FOUCAULT, M. “Nacimiento de la medicina social”. En *Estrategias de poder: Obras esenciales, Volumen II*. Madrid: Paidós Ibérica, 1999, p. 366.

⁵ Como se verá en los siguientes capítulos, históricamente no fue Foucault el primero en plantear la “biopolítica”, ni tampoco Potter quien propuso la “bioética”. El desarrollo y relevancia académica de ambas ideas, sin embargo, sólo ocurre con posterioridad a la formulación de ellas por parte de estos autores.

⁶ Cf. LEÓN, F. “Bioética y biopolítica en Latinoamérica”. *Revista de bioética latinoamericana*, 2008, v. 2, n° 1, p. 3.

preservada e incrementada, y en ese caso la bioética llega a ser considerada como «la ética (aplicada) de la era biopolítica».⁷

Si las nociones de bioética y biopolítica se presentan como disímiles y relacionadas a saberes diferentes, ¿no cabría, siguiendo a Foucault, intentar analizarlas aplicando una “lógica de la estrategia”? En su curso del periodo 1978-1979 (precisamente dedicado al origen de la biopolítica), esta forma de análisis es propuesta como un intento de «establecer las conexiones posibles entre términos dispares y que siguen dispares. La lógica de la estrategia es la lógica de la conexión de lo heterogéneo y no la lógica de la homogeneización de lo contradictorio».⁸ Un intento de análisis de este tipo está por lo general ausente entre quienes han indagado recientemente en la relación que es posible plantear entre bioética y biopolítica.⁹

Si se adhiere a lo señalado por MacIntyre, aquel punto en común que él describe para la ética y la política en la Grecia antigua –esto es, la ciencia práctica de la felicidad humana– se encuentra, en el caso de sus derivadas bioética y biopolítica, desplazado hacia el área de la medicina en el sentido amplio del término. De allí que resulte sugerente parafrasear el planteamiento de Foucault del año 1974, y preguntarse si hoy en día la bioética ha pasado también a ser, a semejanza de la medicina, una estrategia biopolítica. Siguiendo esta misma línea, puede ser relevante que una reflexión sobre el vínculo entre ambas sea emprendida recuperando el trasfondo relacionado al saber-poder, y por lo tanto pueda ir más allá de la habitual discusión centrada en los usos, alcances y límites de la biotecnología y sus aplicaciones tanto en seres humanos como en otras especies, temática recurrente que tiende a ocultar los aspectos de la bioética que se vinculan con cierta práctica institucional de control sobre los cuerpos.

⁷ ASSALONE, E. “La ética en los tiempos del biopoder. Por qué importa la biopolítica a la bioética”. *Alcances. Revista de Filosofía Contemporánea*, 2011, vol. II, n° 2.

⁸ FOUCAULT, M. *Nacimiento de la biopolítica. Curso en el Collège de France (1978-1979)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2010, p. 62.

⁹ Cf. LEÓN, F. *Op. cit.*; ASSALONE, E. *Op. cit.*

Para poder emprender la propuesta de análisis que fundamenta esta tesis, es imprescindible ir más allá de una concepción de salud planteada como el anverso de la enfermedad. En esta línea resulta interesante recoger las propuestas de Didier Fassin, para quien la salud implica «la relación del ser físico y psíquico, por un lado, y del mundo social y político, por otro».¹⁰ Dicha relación dista de ser una construcción propia de nuestros tiempos, lo cual es sustentado por el propio Fassin al recordarnos la etimología latina de “salud” mediante tres palabras que, además de referirse a un buen estado de funcionamiento del cuerpo, conllevan un sentido particular a cada una de ellas: *salus*, salvaguarda de bienes y derechos propios; *sanitas*, razón, buen sentido y gusto; y *salubritas*, medios que permiten conservar el buen estado del cuerpo. De un lado, «la nebulosa original de la salud no se reduce a las dimensiones de lo corporal y lo médico, toca también aspectos jurídicos, morales, intelectuales y tecnológicos que el reduccionismo sanitarista tiende a escamotear»;¹¹ del otro, los términos latinos evidencian las tensiones actuales que atraviesan el dominio de la salud: lo físico, lo cívico, el bien, el derecho, lo patológico, la norma, la racionalidad, el valor, lo individual, lo colectivo, lo técnico y lo político.

Frente a aseveraciones como «las normas técnicas se encuentran sujetas al principio de supremacía de la ley, con la función de especificar y uniformar el funcionamiento técnico de las comisiones de ética»¹², resulta inevitable plantear ciertas preguntas que orientan este intento de desvelar los vínculos que subyacen a la relación entre bioética y biopolítica: ¿de qué manera la institucionalidad asociada a la bioética es capaz de producir cierta verdad acorde a los intereses que subyacen en el bio-poder?; ¿constituyen los comités de bioética una forma de institucionalizar y normar el ejercicio de la autonomía en un modelo post-paternalista de relación médico-paciente?; ¿es posible encontrar un símil entre

¹⁰ FASSIN, D. “Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud”. *Revista Colombiana de Antropología*, 2004, vol. 40, enero-diciembre, p. 286.

¹¹ *Ibid.*, p. 293.

¹² LARA, C. “Normas legales para los comités de ética de la investigación científica”. En LOLAS, F.; QUEZADA, A.; RODRÍGUEZ, E. (Ed). *Investigación en salud. Dimensión ética*. Santiago: CIEB, Universidad de Chile, 2006, p. 85.

la conversión de soberanía en gubernamentalidad (planteada por Foucault) y el ejercicio normalizado de cierta autonomía individual (en la relación médico-paciente actual)?

2. FOUCAULT Y LA BIOPOLÍTICA, O DE CÓMO LOS CUERPOS SE VOLVIERON TERRITORIO

«Me parece que uno de los fenómenos fundamentales del siglo XIX fue y es lo que podríamos llamar la consideración de la vida por parte del poder».¹³

Uno de los criterios que suele utilizarse para “ordenar” –y, por supuesto, sólo en cierta medida– la vasta obra de Michel Foucault, es aquel que diferencia tres periodos sucesivos en sus investigaciones: el de las “arqueologías”, el de las “genealogías” y, finalmente, el de la “ética”. Si se acepta este ordenamiento, lo referido a la biopolítica quedaría incluido dentro del periodo de las “genealogías”,¹⁴ y por lo tanto acompañaría los trabajos dedicados a las diversas disciplinas y tecnologías vinculadas al poder realizados durante el decenio 1970-1980.¹⁵ A diferencia de otros temas, a los cuales Foucault dedicó varios libros o capítulos en estos, la biopolítica como concepto tiene en ellos una figuración escasa. Sólo a partir de la publicación póstuma de compilaciones de entrevistas y conferencias, además de las transcripciones de los cursos que impartió en el *Collège de France*, ha sido posible obtener un panorama algo más claro del lugar que ocupó dentro de las investigaciones emprendidas por este autor.

Durante el decenio mencionado (y tal como el mismo Foucault señala en la primera clase del curso correspondiente al ciclo 1975-1976), sus investigaciones eran «muy próximas unas a otras», «fragmentarias», «dispersas», «repetitivas», «volvían a caer en los

¹³ FOUCAULT, M. *Defender la sociedad. Curso en el Collège de France (1975-1976)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2001, p. 217.

¹⁴ Mediante el concepto “genealogía”, Foucault plantea «una forma de historia que da cuenta de la constitución de los saberes, de los discursos, de los dominios de objeto, etc., sin tener que referirse a un sujeto que sea trascendente respecto al campo de los acontecimientos o que corre en su identidad vacía, a través de la historia». [FOUCAULT, M. “Verdad y poder”. En *Estrategias de poder. Op. cit.*, p. 47].

¹⁵ El mismo Foucault realiza esta distinción en la clase del 18 de enero de 1978, al diferenciar “arqueología del saber” de “genealogía de las tecnologías de poder”. [Cf. FOUCAULT, M. *Seguridad, territorio, población. Curso en el Collège de France (1977-1978)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2006, p. 56].

mismos caminos trillados, en los mismos temas, en los mismos conceptos»,¹⁶ sin llegar a formar un conjunto coherente ni continuo. De allí que varias conceptualizaciones, y entre ellas la de biopolítica, sean retomadas en contextos diversos y en distintos momentos dentro de su obra. No obstante esta constatación respecto a su trabajo, Foucault sostendrá con posterioridad la validez del método usado. Éste es planteado como «lo inverso del historicismo», es decir, consistente en «no interrogar los universales utilizando la historia como método crítico, sino partir de la decisión de la inexistencia de los universales para preguntar qué historia puede hacerse». ¹⁷ Bajo este marco general sus investigaciones sobre el poder (en aquellos años, principalmente sobre la soberanía y la gubernamentalidad) serán emprendidas desde las técnicas y dispositivos que él identifica en el entramado socio-político y económico propio del tránsito europeo hacia la modernidad.

Tal como precisan (entre otros) Roberto Esposito¹⁸ y Edgardo Castro,¹⁹ el concepto de biopolítica fue planteado originalmente por el sueco Rudolf Kyellen a principios del siglo XX. Para este autor la sociedad, el Estado y la política pueden ser concebidos como realidades u organismos biológicos; la elección del vocablo griego “bíos”, por su parte, la fundamenta señalando que esta palabra no sólo hace referencia a la vida física, sino que también connota la vida cultural, a la vez que expresa la dependencia de la sociedad frente a las leyes vitales. Casi 70 años después Foucault planteará el mismo término, pero asignándole un sentido distinto: es un atributo del Estado, la política y el gobierno propios de la Edad Moderna, el rol de hacerse cargo de la vida biológica del ser humano.²⁰ A partir de sus trabajos, será este el sentido que predominará del concepto de biopolítica, siendo

¹⁶ *Ibid.*, p. 17.

¹⁷ FOUCAULT, M. *Nacimiento de la biopolítica. Op. cit.*, p. 19.

¹⁸ Cf. ESPOSITO, R. *Bíos. Biopolítica y filosofía*. Buenos Aires: Amorrortu, 2006, p. 27 y s.

¹⁹ Cf. CASTRO, E. “Biopolítica: de la soberanía al gobierno”. *Revista Latinoamericana de Filosofía*, Vol. XXXIV N° 2, 2008, p. 187-205.

²⁰ Un estudio más completo respecto al uso y comprensión que ha tenido la noción de biopolítica a lo largo de los años puede encontrarse en LÓPEZ, C. “La biopolítica según la óptica de Michel Foucault: alcances, potencialidades y limitaciones de una perspectiva de análisis”. *El banquete de los dioses. Revista de filosofía y teoría política contemporáneas*, Vol. 1 N° 1 nov 2013-mayo 2014, p. 111-137.

complementado, ampliado y extendido a otros ámbitos por diferentes autores, entre los cuales destacan principalmente Giorgio Agamben y el mismo Roberto Esposito.

Edgardo Castro precisa que en el trabajo de Foucault la noción de “biopolítica” aparece por primera vez en una conferencia brindada en la Universidad del Estado de Río de Janeiro el año 1974.²¹ En dicha oportunidad, propone como hipótesis que en el modelo capitalista no se pasa de una medicina colectiva a una medicina privada, sino a la inversa; en paralelo, se comienza a concebir al cuerpo como una fuerza productiva. En esa misma conferencia, Foucault puntualiza que «el control de la sociedad sobre los individuos no se operó simplemente a través de la conciencia o de la ideología, sino que se ejerció en el cuerpo, y con el cuerpo. Para la sociedad capitalista lo más importante era lo biopolítico, lo somático, lo corporal. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina es una estrategia biopolítica».²²

BIOPOLÍTICA Y SOBERANÍA

A partir de esta primera noción, Foucault volverá a proponer el concepto, vinculándolo a otras de sus líneas de investigación sobre el amplio campo del poder. De esta manera, su curso en el *Collège de France* del ciclo 1975-1976 se enfoca en la temática de la permanencia de la guerra en la sociedad moderna, la guerra como analizador de las formas de poder, y la concepción de la política como la continuación de la guerra por otros medios.²³ En la última clase de dicho curso, dedicada a las formas que ha ido adoptando el racismo a lo largo de la Edad Moderna hasta culminar en el nazismo, el concepto de biopolítica es planteado con un enfoque algo distinto al previamente señalado. Aquí se le reconocerá como una técnica de poder no disciplinario «destinada a la multiplicidad de los hombres, pero no en cuanto se resumen en cuerpos sino en la medida en que forma, al

²¹ Cf. CASTRO, E. *Op. cit.*, p. 188.

²² FOUCAULT, M. “Nacimiento de la medicina social”. En *Estrategias de poder. Op. cit.*, p. 366.

²³ Cf. FOUCAULT, M. “Resumen del curso”. En *Defender la sociedad. Op. cit.*, p. 239-244.

contrario, una masa global».²⁴ Para enmarcar esta consideración de la biopolítica se debe tener presente el contexto planteado en dicha clase –del racismo al nazismo–, donde además se está, de alguna manera, cerrando el curso correspondiente a ese ciclo académico.

De acuerdo a lo planteado por Foucault sería posible constatar, entre finales del siglo XVIII y principios del XIX, cierto cambio en la mirada que tiene el poder sobre el cuerpo humano, principalmente en lo relacionado a su aspecto biológico. Si durante los siglos XVII y XVIII el foco había estado en las técnicas disciplinarias ejercidas sobre el cuerpo, principalmente las vinculadas a la organización, vigilancia y supervisión, y por lo tanto *individualizantes*, en lo sucesivo aparecerá un nuevo foco que no reemplazará al anterior, sino que lo complementará. Éste se centrará en los «procesos de conjunto que son propios de la vida, como el nacimiento, la muerte, la producción, la enfermedad»,²⁵ siendo por lo tanto *masificador*: «Luego de la *anatomopolítica* del cuerpo humano, introducida durante el siglo XVIII, vemos aparecer, a finales de éste, algo que ya no es esa *anatomopolítica* sino lo que yo llamaría una *biopolítica* de la especie humana».²⁶ Esta nueva tecnología tendrá como objetivo la seguridad de la población viviente, en sus diversos ámbitos y haciendo frente a sus diferentes enemigos o amenazas. Es así como, en un mismo gesto, el análisis desde el saber y la intervención desde el poder se ocuparán de los fenómenos propios de la natalidad, la mortalidad derivada de diversas enfermedades, el envejecimiento, la accidentabilidad y sus consecuencias de invalidez, la relación de las personas con el medio ambiente en que viven, entre otros aspectos relacionados.²⁷ Al agregar posteriormente la preocupación por las condiciones internas, propias de los individuos, y que se presentan en serie con las ya señaladas, esta nueva tecnología comenzará a abarcar campos relativos a la salud, a las condiciones intelectuales, a los atributos biológicos asociados a ciertas razas, y estará así esbozando la concepción del racismo propia del siglo XX.

²⁴ FOUCAULT, M. *Defender la sociedad. Op. cit.*, p. 220.

²⁵ *Ibid.*

²⁶ *Ibid.*

²⁷ *Cf. Ibid.*, p. 220-222.

En esta segunda concepción de la biopolítica en Foucault, la relación manifiesta será con la *soberanía*, respecto a la cual se ha referido durante esa misma clase, reseñando el cambio que se observa en ella desde el siglo XVII al XIX: «La soberanía hacía morir y dejaba vivir. Y resulta que ahora aparece un poder que yo llamaría de *regularización* y que consiste, al contrario, en hacer vivir y dejar morir».²⁸ A la relación que se establece con el ser humano individual, se agrega otra con el ser humano entendido como especie biológica, como población ante la cual el soberano deberá mostrar su poder manteniendo la relación de subordinación, a la vez que incorporando la preocupación por la administración de su supervivencia.

Durante el mismo año en que dicta el curso recién comentado (editado póstumamente con el nombre de *Defender la sociedad*), Foucault publica el primer tomo de su *Historia de la sexualidad*, donde la biopolítica aparece con un matiz ligeramente diferente. El quinto y último capítulo de ese libro, titulado “Derecho de muerte y poder sobre la vida”, se inicia precisamente con una referencia a la soberanía: «Durante mucho tiempo, uno de los privilegios característicos del poder soberano fue el derecho de vida y muerte».²⁹ Foucault observa, a partir del siglo XVII, una transformación en el ejercicio de esa soberanía, la cual dará origen a «un poder destinado a producir fuerzas, a hacerlas crecer y ordenarlas más que a obstaculizarlas, doblarlas o destruirlas».³⁰ Con el surgimiento del capitalismo como telón de fondo, necesariamente aparece la preocupación en primer lugar por mantener, y luego por incrementar, las fuerzas productivas propias de la población.

Tal como había recalcado al dictar su curso ese mismo año, en el libro señalado Foucault resalta la existencia de una doble faz en esta tecnología: por una cara, anatómica, individualizante, interesada en las realizaciones del cuerpo; por la otra, biológica, especificante, atenta a los procesos de la vida. A esta sumatoria le da el nombre de “bio-poder”, para el cual su «más alta función no es ya matar sino invadir la vida enteramente...

²⁸ *Ibid.*, p. 223.

²⁹ FOUCAULT, M. *Historia de la sexualidad I. La voluntad de saber*. Buenos Aires: Siglo XXI, 2003, p. 163.

³⁰ *Ibid.*, p. 165.

[permitiéndole] la sujeción de los cuerpos y el control de las poblaciones».³¹ La “sociedad normalizadora” que verá la luz al amparo de este nuevo poder otorgará más relevancia a la norma que a la ley, ya que de esta forma logrará penetrar hasta en los más recónditos intersticios de los individuos. Este desplazamiento de la ley, que tradicionalmente se encontraba unida al soberano de forma indisoluble y era prerrogativa de este, será el correlato de una forma distinta de ejercicio del poder que surgirá durante los siglos XVIII y XIX, y que constituirá el foco de los cursos de Foucault de los años siguientes.³²

BIOPOLÍTICA Y GUBERNAMENTALIDAD

Los cursos en el *Collège de France* de los ciclos 1977-1978 y 1978-1979 han sido publicados con los nombres de *Seguridad, territorio, población* y *Nacimiento de la biopolítica* respectivamente. El primero de ellos «se dedicó a la génesis de un saber político que iba a situar en el centro de sus preocupaciones la noción de población y los mecanismos capaces de asegurar su regulación»³³ —es decir, lo que algunos años antes había denominado como “bio-poder”—, y a analizar la manera en que la crisis del “poder pastoral” observada en los siglos XV y XVI permite la aparición posterior de una “gubernamentalidad” política.³⁴ En la clase del 1º de febrero de 1978, Michel Foucault fecha en el siglo XVI la aparición del «problema del “gobierno”»,³⁵ no sólo en lo relacionado a la forma en que el príncipe debía regir sobre un Estado, sino también —y tal vez de mayor relevancia, como deja deslizar en su alocución— en lo relativo al gobierno de sí mismo, al de las almas, al de los niños, al de una casa, al de un convento, y un largo

³¹ *Ibid.*, p. 169.

³² «No quiero decir que la ley se borre ni que las instituciones de justicia tiendan a desaparecer; sino que la ley funciona siempre más como una norma, y que la institución judicial se integra cada vez más en un *continuum* de aparatos (médicos, administrativos, etc.) cuyas funciones son sobre todo reguladoras. Una sociedad normalizadora fue el efecto histórico de una tecnología de poder centrada en la vida. En relación con las sociedades que hemos conocido hasta el siglo XVIII, hemos entrado en una fase de regresión de lo jurídico». [FOUCAULT, M. *Historia de la sexualidad I*. *Op. cit.*, p. 174 y s.]

³³ FOUCAULT, M. “Resumen del curso”. En *Seguridad, territorio, población*. *Op. cit.*, p. 411.

³⁴ *Cf. Ibid.*, p. 411-415.

³⁵ FOUCAULT, M. *Seguridad, territorio, población*. *Op. cit.*, p. 110.

etcétera que se consigna en los libros dedicados a este tema que comienzan a aparecer en dicha centuria. El “arte de gobernar” comienza a tomar una distancia cada vez mayor de las recomendaciones dirigidas por Maquiavelo a un único príncipe, multiplicándose en una pluralidad de formas de gobernar a diferentes personas y a los distintos aspectos de la vida de cada una de ellas, y buscando alcanzar una diversidad de fines específicos equivalentes a dicha pluralidad de formas de gobierno.

El segundo de estos cursos se dedicó a la génesis de la biopolítica. En aquel entonces, Foucault la conceptualizaba como «la manera como se ha procurado, desde el siglo XVIII, racionalizar los problemas planteados a la práctica gubernamental por los fenómenos propios de un conjunto de seres vivos constituidos como población: salud, higiene, longevidad, razas...»³⁶. Durante ese ciclo académico, indagó en la relación existente entre la biopolítica y el “liberalismo”, sistema político que debía, a la vez que abordar los problemas planteados por la población, respetar a los sujetos de derecho y a la libertad de iniciativa que les es propia.³⁷ Enfrentado a esta contradicción entre regulación y libertades, Foucault recalca la utilidad de aplicar al análisis, en lugar de una “lógica de la dialéctica”, una “lógica de la estrategia” que permita «establecer las conexiones posibles entre términos dispares y que siguen dispares. La lógica de la estrategia es la lógica de la conexión de lo heterogéneo y no la lógica de la homogeneización de lo contradictorio».³⁸

Al abordar al “liberalismo” como sistema político, aborda igualmente su correlato económico y su particular desarrollo del “mercantilismo”, dando cuenta además de una naciente “economía política”. Es dentro de este marco en que busca situar la extensión de «esas famosas grandes técnicas disciplinarias, [las cuales] son exactamente contemporáneas, en su desarrollo, en su explosión, en su diseminación a través de la sociedad, de la era de las libertades».³⁹ Sobre este mismo aspecto, Vanessa Lemm apunta que «el Estado se aparta de la vida de los individuos para dejar el espacio libre no tanto a

³⁶ FOUCAULT, M. *Nacimiento de la biopolítica*. *Op. cit.*, p. 359.

³⁷ Cf. FOUCAULT, M. “Resumen del curso”. En *Nacimiento de la biopolítica*. *Op. cit.*, p. 359-366.

³⁸ FOUCAULT, M. *Nacimiento de la biopolítica*. *Op. cit.*, p. 62.

³⁹ *Ibid.*, p. 87 y s.

ellos mismos, sino al juego de nuevos dispositivos de control [...] cuyo objetivo es transformar a la ciudadanía en una multitud de empresarios de sí mismos».⁴⁰

¿A qué se refiere en aquellos años Foucault con el término “gubernamentalidad”? En el primero de los cursos señalados, precisa que alude a tres cosas. En primer lugar, a las condiciones prácticas y teóricas que permiten el ejercicio de un poder «que tiene por blanco principal la población, por forma mayor de saber la economía política y por instrumento técnico esencial los dispositivos de seguridad».⁴¹ En segundo lugar, la consolidación de un tipo de poder denominado “gobierno” que adquirió preeminencia por sobre los demás, y que indujo el desarrollo de aparatos específicos de gobierno y de saberes asociados. Y en tercer lugar, el resultado del proceso de conversión del Estado de justicia medieval en Estado administrativo.⁴² En el curso siguiente, de manera mucho más concisa aunque no por eso menos compleja, propone llamar gubernamentalidad a «la manera de conducir la conducta de los hombres».⁴³ De esta manera, el análisis propuesto respecto a este concepto expande el previamente realizado acerca de las disciplinas, al considerar al Estado como objeto de estudio, como forma particular de ejercicio del (bio)poder.⁴⁴

DE LA SOBERANÍA A LA GUBERNAMENTALIDAD: EL CUERPO COMO TERRITORIO

El desplazamiento que se puede observar en la noción de biopolítica de Foucault, desde una asociación inicial con la soberanía a una posterior con la gubernamentalidad, presenta algunos matices interesantes. En la primera mitad del curso impartido en el ciclo 1977-1978 (*Seguridad, territorio, población*) profundiza en este desplazamiento, vinculándolo directamente, por una parte, con la crisis del poder pastoral propio del

⁴⁰ LEMM, V. “Prefacio”. En LEMM, V. (Ed). *Michel Foucault: neoliberalismo y biopolítica*. Santiago: Ediciones Universidad Diego Portales, 2012, p. 17 y s.

⁴¹ FOUCAULT, M. *Seguridad, territorio, población*. *Op. cit.*, p. 136.

⁴² Cf. *Ibid.*

⁴³ FOUCAULT, M. *Nacimiento de la biopolítica*. *Op. cit.*, p. 218.

⁴⁴ Cf. SENELLART, M. “Situación de los cursos”. En FOUCAULT, M. *Seguridad, territorio, población*. *Op. cit.*, p. 438 y ss.

cristianismo de la Edad Media;⁴⁵ y por la otra, con el mercantilismo que exigía, para funcionar adecuadamente, la existencia de ciudades abiertas y la libre circulación de personas y mercancías.⁴⁶ La forma en que el autor se refiere a la soberanía o, más bien, a la forma de ejercer el poder que muestra un soberano, se sitúa prácticamente en los bordes de un despotismo, en una circularidad en la que el fin buscado era el bien común y la salvación de los hombres, los cuales sólo podrían alcanzarse mediante la ciega obediencia a las leyes prescritas por el soberano.⁴⁷ De allí que la referencia recurrente sea al poder sobre vida y muerte, tanto en *Historia de la sexualidad* como en *Defender la sociedad*. Por su parte, al referirse a la gubernamentalidad o, tal como la presenta en los cursos respectivos, a la razón gubernamental o de Estado, al “arte de gobernar”,⁴⁸ está haciendo referencia a un poder acotado por cierta legalidad y legitimidad, donde además se ha introducido el cálculo y la medición de diversos factores. Se bosqueja, de esta manera, un desplazamiento en el foco de interés del bio-poder, el cual pasa desde el individuo a la especie humana o población, asunto que es explicitado por Foucault al señalar que «el paso de un arte de gobernar a una ciencia política, el paso de un régimen dominado por las estructuras de soberanía a un régimen dominado por las técnicas del gobierno, se da en el siglo XVIII en torno de la población y, por consiguiente, del nacimiento de la economía política».⁴⁹

Para Foucault, uno de los problemas centrales de la soberanía «siempre fue hasta entonces conquistar nuevos territorios o, al contrario, conservar el territorio conquistado».⁵⁰ Para dicho cometido, resultaba fundamental contar con un conglomerado humano dispuesto a sostener, por diversos medios, la estructura sociopolítica en la cual habían nacido y desarrollaban su vida. La modificación hacia una nueva forma de ejercicio del poder

⁴⁵ Cf. FOUCAULT, M. *Seguridad, territorio, población. Op. cit.*, principalmente la serie de 4 clases iniciadas el 8 de febrero de 1978, p. 139-291.

⁴⁶ Cf. FOUCAULT, M. “Clase del 25 de enero de 1978”. En *Seguridad, territorio, población. Op. cit.*, p. 73-108.

⁴⁷ Cf. FOUCAULT, M. *Seguridad, territorio, población. Op. cit.*, p. 124 y ss.

⁴⁸ «¿Qué es gobernar? Gobernar, según el principio de la razón de Estado, es actuar de tal modo que el Estado pueda llegar a ser sólido y permanente, pueda llegar a ser rico, pueda llegar a ser fuerte frente a todo lo que amenaza con destruirlo». [FOUCAULT, M. *Nacimiento de la biopolítica. Op. cit.*, p. 19].

⁴⁹ FOUCAULT, M. *Seguridad, territorio, población. Op. cit.*, p. 133.

⁵⁰ *Ibid.*, p. 85.

soberano, hacia una nueva forma de gobernar en la cual se introduce de diversas maneras el cálculo, genera un interés creciente en el conglomerado humano conceptualizado como *población*: «masa global, afectada por procesos de conjunto que son propios de la vida, como el nacimiento, la muerte, la producción, la enfermedad, etcétera».⁵¹ Si hasta entonces los habitantes estaban vinculados a cierto territorio a causa de su nacimiento o de su eventual desplazamiento a otras tierras, y de allí provenía su estatus de súbdito de cierto soberano, en lo sucesivo serán ellos mismos quienes se constituirán directamente en centro de atención, sin la intermediación del territorio en que habitan.⁵² De alguna manera, sus cuerpos comienzan a adquirir características antaño propias del territorio que un soberano poseía, sea por herencia o por adquisición en batalla. Gradualmente, sus cuerpos comienzan a ser administrados de una forma nueva, adquieren mensurabilidad y pasan a conformar un *cuerpo social*, conceptualización que a través de su polisemia da cuenta de las múltiples implicancias que sustentan su propio origen. A la vez, un *cuerpo político* se configura como correlato del social, contribuyendo al cerco alrededor de éstos que Foucault plantea cuando sugiere la existencia una “tecnología política del cuerpo”.⁵³

Es así como la noción de biopolítica (entendida inicialmente como un “poder-saber”) pasa de tener un predominio como “poder”, y por lo tanto asociada a la soberanía, a tener un predominio como “saber”, asociada a la gubernamentalidad, e introducida por ella en el ámbito de la higiene y salud pública propias del siglo XIX.⁵⁴ Dicha transformación se manifiesta, además, en el gradual desarrollo de disciplinas y tecnologías que, surgiendo a partir de ella, contribuyen así mismo a sostenerla. Mientras que el soberano hacía

⁵¹ FOUCAULT, M. *Defender la sociedad*. Op. cit., p. 220.

⁵² A este respecto, es necesario recordar lo planteado por Michel Foucault durante su curso de 1977-1978, al referirse a la soberanía: «en el derecho público, desde la Edad Media hasta el siglo XVI, aquélla no se ejerce sobre las cosas sino ante todo sobre un territorio y, por consiguiente, los súbditos que residen en él». [FOUCAULT, M. *Seguridad, territorio, población*. Op. cit., p. 121].

⁵³ Cf. FOUCAULT, M. *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Madrid: Siglo XXI, 2008, p. 34 y ss. [«Se trataría en él del “cuerpo político” como conjunto de los elementos materiales y de las técnicas que sirven de armas, de relevos, de vías de comunicación y de puntos de apoyo a las relaciones de poder y de saber que cercan los cuerpos humanos y los dominan haciendo de ellos unos objetos de saber», p. 35].

⁵⁴ Sobre la sustitución realizada por Michel Foucault de la noción original “poder-saber” por la forma “saber-poder”, ver SENELLART, M. “Situación del curso”. En FOUCAULT, M. *Del gobierno de los vivos. Curso en el Collège de France (1979-1980)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2014, nota n° 95, p. 384.

manifiesto su poder mediante la posesión de territorios y cuerpos, la naciente gubernamentalidad se caracterizará por saber administrarlos de la mejor manera posible. Sustentando en parte esta transformación se encuentra también el hecho de que el soberano –hasta entonces encarnado paradigmáticamente en la figura del príncipe– era único para su respectivo Estado, mientras que los gobernantes necesariamente son múltiples, cada uno vinculado a su propia área de conocimiento o poder.⁵⁵ El paso de una forma de ejercicio del poder a la otra no fue fluida ni sencilla, al contrario, Foucault expone la tensión que se produjo entre una nueva racionalidad eminentemente teórica acerca del cómo gobernar y la arraigada persistencia de estructuras propias de la forma tradicional de dominación: «mientras las instituciones de soberanía fuesen las instituciones fundamentales, mientras el ejercicio del poder se concibiera como ejercicio de la soberanía, el arte de gobernar no podía desarrollarse de una manera específica y autónoma».⁵⁶

La vida de los humanos en tanto seres vivientes, a la vez fundamento y objetivo de este novel poder, es considerado por Foucault además como una nueva forma de resistencia: «Desde el siglo pasado, las grandes luchas que ponen en tela de juicio el sistema general de poder ya no se hacen en nombre de un retorno a los antiguos derechos [...]; lo que se reivindica y sirve de objetivo, es la vida, entendida como necesidades fundamentales, esencia concreta del hombre, cumplimiento de sus virtualidades, plenitud de lo posible».⁵⁷

El análisis de Foucault acerca de la biopolítica (al menos en lo que respecta a los cursos que impartió) se detiene en este punto, habiendo pasado cinco años desde que propuso el concepto. Las formas en que ésta habría continuado desarrollándose durante el siglo XX no son abordadas. ¿Se debió esto a un nuevo cambio de rumbo en sus investigaciones? ¿O, tal vez, consideraba a la biopolítica como un proceso acotado temporalmente entre los siglos XVII y XIX, sin mayor desarrollo posterior?

⁵⁵ Cf. FOUCAULT, M. *Seguridad, territorio, población*. Op. cit., p. 117.

⁵⁶ *Ibid.*, p. 129.

⁵⁷ FOUCAULT, M. *Historia de la sexualidad 1*. Op. cit., p. 175.

La preocupación acerca de la forma en que se debe gobernar la vida, los intentos por objetivarla, por delimitarla tanto temporal como funcionalmente, persisten en nuestros días. La discusión de ciertas temáticas legislativas –tales como el aborto, la eutanasia o la donación de órganos– hacen aparecer al cuerpo que sustenta la vida como un territorio en disputa, oponiendo a quienes consideran que el cuerpo “pertenece” al sujeto que mediante él vive, contra quienes plantean que es la vida en su generalidad biológica la que debiera tener prioridad, y por lo tanto el cuerpo se ubicaría en un nivel de dependencia respecto a ella. Varias de estas temáticas comenzaron a ser discutidas en el último cuarto del siglo XX por una incipiente disciplina: la bioética.

3. BIOÉTICA: 45 AÑOS DE PRÁCTICA INSTITUCIONALIZADA E INSTITUCIONALIZANTE

*«La bioética, en tanto ética aplicada, ha de deliberar con miras propositivas, eludiendo la mera ratificación satisfecha de lo que hay».*⁵⁸

A diferencia de la noción de biopolítica –cuyo origen es complejo de trazar–, el término bioética cuenta con una historia oficial muy documentada y accesible, lo que en gran parte se deriva de su rápida incorporación a la institucionalidad médica y académica.

Su primera aparición se consigna el año 1927, cuando Fritz Jahr, pastor protestante, filósofo y educador alemán, publicó su artículo *Bio-ethik: Eine Umschau über die ethischen Beziehungen des menschen zu Tier und Pflanzae*.⁵⁹ En este texto abogaba por un “imperativo bioético” (en un sentido kantiano) en la relación del ser humano con animales y plantas, los cuales debían ser considerados como fines en sí mismos y tratados como tales en la medida de lo posible. Jahr desarrolló esta idea en publicaciones de años siguientes hasta 1934, pero la situación de aquella época en su país y en Europa dificultaron la difusión de su propuesta.⁶⁰

Casi cuarenta años después –y algunos antes que Foucault planteara el de biopolítica–, el médico estadounidense Rensselaer van Potter propone la noción de bioética en un artículo publicado el año 1970, reiterándolo al año siguiente en un libro de su autoría llamado *Bioethics: bridge to the future (Bioética: un puente hacia el futuro)*. Ocurre también en este caso que el uso posterior y el desarrollo del concepto por parte de otros autores ocultará el sentido amplio que tenía originalmente. Tal como precisa Diego García:

⁵⁸ KOTTOW, M. “Discurso pronunciado a raíz de la distinción como Maestro”. *Nuevos Folios de Bioética*, 2013, n° 10, p. 7.

⁵⁹ Cf. SASS, H. “Fritz Jahr’s 1927 Concept of Bioethics”. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 2007, vol. 17, n° 4, p. 279-295.

⁶⁰ Cf. WILCHES, A. “La Propuesta Bioética de Van Rensselaer Potter, cuatro décadas después”. *Opción*, 2011, Año 27, vol. 66, n° 66, p. 71.

Potter, preocupado por la creciente capacidad de intervención de la ciencia y la tecnología sobre la naturaleza, poniendo en peligro la supervivencia del hombre sobre la naturaleza, apelaba a la construcción de una «moral ecológica», es decir de una «bioética». [...] Desde el comienzo de los años setenta del siglo XX, la bioética ha tenido un desarrollo más importante en la medicina que en la ecología; se ha preocupado, fundamentalmente, de los problemas derivados de la creciente intervención de la ciencia y la tecnología médicas en la salud y en la vida de las personas. Potter manifestó su decepción por el curso seguido por la bioética.⁶¹

A los seis meses de la publicación del libro de Potter, su propuesta ya había sido institucionalizada por la medicina académica, con la fundación en la Universidad de Georgetown (Washington D.C.) del *The Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics*. Las áreas de interés de dicho instituto fueron, desde su origen, las vinculadas a problemas éticos derivados del ejercicio de la medicina, principalmente los relativos a la relación médico-paciente, la experimentación clínica, el aborto y la ética del final de la vida.⁶² Fue precisamente esta orientación –de continuismo y enriquecimiento de la ética médica tradicional–, junto a un modelo con posterioridad denominado “principalista” que le aportó sustento, la que predominó en el desarrollo que tendría esta emergente disciplina en los años siguientes, requiriéndose el paso de varios decenios para volver –al menos en parte– a la idea original de Potter, y comenzar a prestar atención a lo que Diego Gracia engloba como «la tercera generación de problemas bioéticos, todos los relacionados con el fenómeno de la globalización, la protección del medio ambiente y los derechos de futuras generaciones».⁶³

Diversos elementos contextuales e históricos confluyeron en la gestación de esta emergente disciplina. Dentro de ellos, se consideran de mayor relevancia a los siguientes:⁶⁴

⁶¹ GARCÍA, D. *El nacimiento de la bioética*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007, p. 178.

⁶² Cf. *Ibid.*, p. 177-181.

⁶³ GRACIA, D. “De la bioética clínica a la bioética global: treinta años de evolución”. *Acta Bioética*, 2002, año VIII, nº 1, p. 28.

⁶⁴ Cf. GARCÍA, D. *Op. cit.*, p. 13-15.

- La crisis del paternalismo, aspecto constitutivo de la relación médico-paciente por casi veinticinco siglos.
- La reivindicación de la autonomía de los enfermos ante las propuestas de tratamiento ofrecidas por los médicos.
- La crisis del Estado de Bienestar y sus repercusiones en el ámbito de la salud.
- El surgimiento de nuevas tecnologías médicas y los acelerados avances de la biotecnología, con los riesgos y potencialidades terapéuticas que derivan de este desarrollo.

Dada su relevancia para el desarrollo de esta investigación, ahondaré en las dos primeras, para exponer sucintamente a continuación algunos aspectos relevantes del modelo principalista y del desarrollo de los comités de bioética.

EL PATERNALISMO MÉDICO Y SU CRISIS

El cuestionamiento e intento de modificación de la relación paternalista entre médicos y enfermos es un fenómeno propio de la última centuria, he incluso más propiamente de los últimos decenios. Cuestiona vigorosamente una forma de relación tradicional que es posible remontar por al menos veinticinco siglos, hasta los primeros textos griegos que ahondan en aquella *τέχνη ἰατρική*, que el mundo latino conocería posteriormente como *ars medica*. En ella, la idea central es «la capacidad y autoridad del médico para decidir lo que hay que hacer respecto de sus pacientes, siempre en procura de su bienestar o de lo que es mejor para él».⁶⁵ Mientras se consideró a la enfermedad como una condición contranatura –un proceso mórbido contrario al devenir natural del ser viviente–, quien la padecía se encontraba en una situación de minusvalía tanto física como moral. De allí que el médico estuviera plenamente validado socialmente para tomar decisiones en nombre del enfermo y

⁶⁵ GARCÍA, F. “Paternalismo médico”. En TEALDI, J.C. (Dir). *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: UNESCO - Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia, 2008, p. 444.

asistirlo en su retorno a la salud,⁶⁶ exigiendo sumisión completa ante sus decisiones, a riesgo de cesar en sus empeños terapéuticos si sus indicaciones no eran acatadas –una suerte de soberano a menor escala–.⁶⁷

Los primeros cuestionamientos al paternalismo se consolidan a partir de dictámenes judiciales, en causas presentadas por pacientes contra sus médicos o instituciones sanitarias. Es así como en 1914 se emite una sentencia que hace referencia al *derecho de autodeterminación de los pacientes*, mientras que en 1957 se plantea por primera vez el término *consentimiento informado* en la jurisprudencia estadounidense. Recién en 1973 se genera la primera *Carta de Derechos del Paciente* en los Estados Unidos.⁶⁸ En Chile, la promulgación de la Ley N° 20.584 (conocida popularmente como *Derechos y deberes de los pacientes*) ocurre recién el año 2012, y varios de los Reglamentos que deben precisar la forma de implementación de las disposiciones que son materia de dicha ley permanecen aún sin ser promulgados.

Pero el paternalismo médico tiene también otra cara, menos benévola, vinculada a la experimentación clínica y, por lo tanto, a la posibilidad de beneficiar no a un enfermo en particular sino a un gran número de afectados. Los estudios para determinar la eficacia de un nuevo medicamento o de una nueva técnica quirúrgica requieren, en su fase final de evaluación, su aplicación en seres humanos. Muchas de estas pruebas se realizaron, hasta bien avanzada la segunda mitad del siglo XX, sin que la persona involucrada lo supiera. Tal vez el ejemplo más siniestro es el estudio iniciado en 1932 en Tuskegee, Alabama (Estados Unidos), para determinar el curso natural de la sífilis, enfermedad causada por una bacteria y que, en etapas avanzadas, tiene alta mortalidad ya que compromete diversos órganos del cuerpo. Los sujetos experimentales eran cuatrocientos varones afrodescendientes, que en este caso no recibieron el tratamiento disponible de penicilina, lo cual salió a la luz pública

⁶⁶ Cf. MAINETTI, J.A. “Crisis de la razón médica”. En TEALDI, J.C. (Dir). *Op. cit.*, p. 438; GARCÍA, D. *Op. cit.*, p. 18-23.

⁶⁷ Cf. MAINETTI, J.A.; PÉREZ, M.L. “Los discursos de la bioética en América Latina”. En PESSINI, L.; DE BARCHIFONTAINE, C; LOLAS, F. (Coord). *Perspectivas de la Bioética en Iberoamérica*. Santiago: Organización Panamericana de la Salud, 2007, p. 37.

⁶⁸ Cf. GARCÍA, D. *Op. cit.*, p. 204-206.

casi cuarenta años después de comenzada la investigación. Algunos años antes, un médico académico de la Universidad de Harvard había publicado en la prestigiosa revista *New England Journal of Medicine* un artículo de revisión en el cual señalaba que aproximadamente un 12% de los artículos médicos publicados el año 1964 evidenciaban procedimientos reñidos con la ética.⁶⁹

La crisis del paternalismo médico durante la última centuria no ha implicado una abolición real de esta arraigada conducta, pero sí –al menos– su cuestionamiento y la posibilidad de resistirle parcialmente, sin que esto necesariamente tenga como consecuencia el quedar marginado de la asistencia terapéutica que se requiere. La resolución de aspectos controversiales de la relación médico-paciente, mediante fallos judiciales y modificaciones legales, ha generado una nueva normativización que, a la vez que pone cierto coto al actuar médico, valida ciertas formas de ejercicio de la autonomía por parte de los enfermos (formas que, en lo sucesivo, se considerarán adecuadas), pero deja fuera implícitamente a otras.

EL RECONOCIMIENTO DE LA AUTONOMÍA DE LOS ENFERMOS

Es difícil plantear que la autonomía ha tomado fuerza sólo a partir de la crisis del paternalismo. Antes bien, ha contribuido a dicha crisis, y para hacerlo ha buscado sustento en discursos diferentes a los usados por la medicina, principalmente apelando al discurso de los Derechos Humanos, que cobró nueva fuerza desde mediados del siglo XX. Por otra parte, ha sido la propia medicina experimental –y sus excesos cometidos durante el siglo pasado– la que ha dado suficiente legitimidad a esta actitud, que busca alcanzar un nuevo punto de equilibrio dentro de una relación caracterizada, durante casi veinticinco siglos, por ser eminentemente jerárquica.

La autonomía fue rápidamente incorporada como uno de los principios centrales de las conocidas como Propuestas (o Escuelas) Principialistas en Bioética, las cuales

⁶⁹ Para ambos casos reseñados: Cf. LOLAS, F. *Bioética. El diálogo moral en las ciencias de la vida*. Santiago: Editorial Universitaria, 1998, p. 17 y ss.

conforman el núcleo de desarrollo de la bioética de raigambre anglosajona durante la década de 1970. No obstante, la autonomía igualmente ha sido considerada como relevante en otras propuestas, y en tiempos más recientes. Es así como la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*, aprobada por la Conferencia General de la UNESCO el año 2005, explicita en su Artículo 5° que «Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás».⁷⁰

Uno de los principales aspectos implícitos a la posibilidad de ejercer la autonomía por parte de los enfermos, es su acceso a información pertinente para la toma de decisiones. Si hasta hace algunos decenios atrás la entrega de ésta era decidida por el médico –quien, previo a su comunicación, sopesaba el beneficio o daño que dicho conocimiento podía generar a su paciente, o incluso a su familia directa–, en tiempos actuales se considera un derecho del enfermo el recibir información comprensible acerca del estado de su salud.⁷¹

Ha sido precisamente en esta confluencia, entre el derecho a la información y la obligación de entregarla, y la responsabilidad que el enfermo debe asumir sobre su propia salud a partir de sus decisiones, donde se han producido puntos de tensión sostenidos a lo largo de todos estos años de existencia operativa de la disciplina bioética. Una de las formas habituales de salir de estos entrapamientos ha sido el recurrir a tribunales mediante medidas de protección o figuras equivalentes (dependiendo del país en que se soliciten), alegando los equipos de salud la supuesta incapacidad del enfermo o de sus familiares para comprender a cabalidad la información entregada por el equipo profesional tratante, y los altos riesgos de salud derivados de la decisión de no aceptar determinado tratamiento ofrecido (o, en el decir habitual de los médicos, “el tratamiento que requiere este

⁷⁰ ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA EDUCACIÓN, LA CIENCIA Y LA CULTURA. “Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos”. En *Actas de la Conferencia General. 33ª reunión. París, 3-21 de octubre de 2005. Volumen 1: Resoluciones*. París: UNESCO, 2005, p. 83.

⁷¹ «Toda persona tiene derecho a ser informada, en forma oportuna y comprensible [...], acerca del estado de su salud, del posible diagnóstico de su enfermedad, de las alternativas de tratamiento disponibles para su recuperación y de los riesgos que ello pueda representar [...]». [CHILE. MINISTERIO DE SALUD. 2012. Ley N° 20.584: Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Artículo 10°].

paciente”). A pesar de esto, gradualmente han ido prevaleciendo los fallos jurídicos que validan la decisión tomada por un enfermo psíquicamente competente, siempre y cuando ella no implique un actuar lesivo por parte del equipo profesional tratante. La tensión ha permanecido, sin embargo, en los casos relacionados a niños (donde la decisión recae en los padres o tutores legales) y adolescentes (donde la decisión autónoma puede o no ser respaldada por los adultos a cargo).

EL MODELO PRINCIPIALISTA DEL DISCURSO BIOÉTICO

La apelación a ciertos *principios bioéticos* como sustento de la disciplina misma se remonta a los primeros años de existencia de ésta. En parte como una reacción frente al hecho de haberse conocido públicamente la investigación llevada a cabo en Tuskegee, el Congreso de Estados Unidos dictamina en 1974 la creación de la “Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos en la Investigación Biomédica y de la Conducta”. Al cabo de cuatro años de investigación, dicha Comisión presenta como resultado el documento titulado *Principios éticos y pautas para la protección de los sujetos humanos de investigación*, más conocido como *Informe Belmont*. En este informe se consignan como los tres principios éticos básicos para la investigación en seres humanos el respeto por las personas (expresado mediante la autonomía y el consentimiento informado), la beneficencia y la justicia.⁷²

Este planteamiento fue posteriormente expandido por la denominada Escuela Principialista de Georgetown –que toma su nombre de la Universidad estadounidense en que se desarrolla–, la cual propone como sustento de la bioética los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.⁷³ Este modelo, dominante en la bioética angloamericana –y, por extensión, en toda su área global de influencia, incluyendo

⁷² Cf. KOTTOW, M. “Justificación por principios”. En TEALDI, J.C. (Dir). *Op. cit.*, p. 141-144; TEALDI, J.C. “Los principios de Georgetown: Análisis crítico”. En GARRAFA, V.; KOTTOW, M.; SAADA, A. (Coord). *Estatuto Epistemológico de la Bioética*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México - Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética de la UNESCO, 2005, p. 35 y ss.

⁷³ Cf. KOTTOW, M. “Justificación por principios”. En TEALDI, J.C. (Dir). *Op. cit.*, p. 142.

nuestro país—⁷⁴, sostiene que estos cuatro principios son fundamentales y aceptados por todas las épocas y culturas. Dado su carácter universal, permitirían justificar los juicios morales de modo descendente, a partir de los principios ya señalados y de las teorías éticas deontológicas, utilitaristas y de la virtud. Aplicados en conjunto, estos principios y teorías posibilitarían deducir juicios morales sobre casos concretos, sean estos del principio, el curso o el final de la vida.⁷⁵ La ventaja evidente de este modelo es práctica: permite uniformar la base a partir de la cual se desarrollará el análisis del caso. Puede, sin embargo, conducir a creer que una correcta combinatoria de estos cuatro principios refleja en forma adecuada la complejidad de una historia vital humana, y llevar a una deliberación apresurada y simplista.⁷⁶

Los principios señalados no necesariamente se entenderán en forma unívoca, ya que diferentes contextos culturales, marcos de creencias o experiencias de vida acarrearán connotaciones particulares de estos para distintas personas, lo que pudiera resultar evidente llegado el momento del debate. Adicionalmente, en el contexto específico de la medicina, aluden a ciertos aspectos propios de la relación que se establece entre el profesional de la salud y quien consulta (denominada en forma genérica como “relación médico-paciente”). De allí la necesidad de bosquejar la comprensión habitual de cada uno de ellos dentro del marco de la bioética.⁷⁷

- **Autonomía:** Se entiende como la independencia del paciente respecto de controles externos, y su capacidad para actuar en concordancia con una elección propia. Su ejercicio pleno exige ciertas condiciones, siendo una de las más relevantes para el ámbito sanitario el que la persona tome su decisión contando con la información necesaria, y que

⁷⁴ «Se produjo un “trasplante” de la bioética a América Latina, sin atender a la diferencia de “tierras” y sin preguntarse si dicha “planta” “germinaría” en países de tierras tan distintas». [LLANO, A. “La bioética en América Latina y en Colombia”. En PESSINI, L.; DE BARCHIFONTAINE, C; LOLAS, F. (Coord). *Op. cit.*, p. 52].

⁷⁵ Cf. TEALDI, J.C. “Los principios de Georgetown: Análisis crítico”. En GARRAFA, V.; KOTTOW, M.; SAADA, A. (Coord). *Op. cit.*, p. 36 y s.

⁷⁶ LOLAS, F. *Op. cit.*, p. 49 y s.

⁷⁷ Cf. “Los principios fundamentales”. En LOLAS, F. *Op. cit.*, p. 51-60.

sea capaz de comprender tanto dicha información como los posibles resultados de su elección.

- **No maleficencia:** Se plantea como el requerimiento explícito de no dañar intencionalmente. Es considerado como el aspecto más básico y fundamental de la ética médica, ya que su aplicación recae en el profesional de la salud. La dificultad práctica surge, evidentemente, al intentar precisar cuáles serían los deslindes de la idea de “daño” subyacente. Habitualmente la no maleficencia se reviste con un carácter de norma o prohibición, debido a su estrecho vínculo con creencias o doctrinas de distinto tipo.
- **Beneficencia:** En el ámbito de la medicina, es la incitación a generar un “bien” para el paciente a través de los actos, principalmente mediante el alivio de su sufrimiento. Se entiende como una máxima aspiración ética, y no como una obligación en términos legales. En el contexto de su habitual puesta en práctica por parte de los profesionales, se podría concebir al paternalismo médico tradicional como una “beneficencia sin autonomía”.
- **Justicia:** Para el ámbito bioético, este principio hace referencia a lo que con mayor precisión podría denominarse “justicia distributiva” o “equidad”. Su aplicación se vincula directamente al “derecho a la salud”, concepto que es altamente dependiente del contexto socio-político en el cual se está inmerso –al igual que el concepto de “salud”–. De allí las marcadas discrepancias que se pueden generar al debatir en torno a este principio.

Siendo esta variante principialista del discurso bioético una de las primeras en desarrollarse en forma sistemática, al día de hoy existen otros modelos que han derivado de ella flexibilizando sus postulados, e incluso algunos discursos han manifestado su abierta oposición a éstos. No obstante lo anterior, el destacado bioeticista chileno Miguel Kottow⁷⁸ advierte que «es preciso reconocer que en la aplicación cotidiana de la bioética persiste la tendencia a abarcar las complejidades del tema con la utilización muchas veces

⁷⁸ La Sociedad Chilena de Bioética instauró el año 2013 la distinción de *Maestro en Bioética*. El primero en recibirla fue el Profesor Dr. Miguel Kottow, reconociendo así el valor de su obra intelectual en dicho campo, desarrollada por más de 25 años.

esquemática de los cuatro principios de Georgetown»,⁷⁹ con el riesgo inherente de forzar el análisis de una situación particular para que se ajuste a un esquema limitado de cuatro variables (los principios ya señalados), operando un reduccionismo que coartará la deliberación.⁸⁰

LA DELIBERACIÓN BIOÉTICA: DILEMAS Y PROBLEMAS

Un proceso recomendado por Miguel Kottow para orientar una deliberación bioética no reduccionista, es el consistente en diferenciar dilemas y problemas.⁸¹

En los dilemas, existe una urgencia por dirimir lo más recomendable entre al menos dos opciones, lo que habitualmente se refleja en actuar de una u otra manera, o el abstenerse de cierta acción. El resultado esperado de la deliberación sobre un dilema es la convergencia de opiniones en un marco de tolerancia al disenso, y no un consenso entre planteamientos disímiles.

Los problemas, por el contrario, no presentan apremio por su resolución. De allí que surja la posibilidad de analizarlos desde diversas perspectivas o presupuestos valóricos, no requiriendo tampoco como resultado un consenso, sino un esclarecimiento que facilite la futura toma de decisiones, cuando el problema analizado se encuentre formando parte de un dilema.

En ambos casos, el resultado de la deliberación debiera asumirse como una respuesta provisoria, un mero acercamiento al ideal de resolución en el caso de los dilemas, y al de convivencia en el de los problemas. Al distanciarse del ímpetu por alcanzar una certeza fundamentada en universales –propia de las formas de análisis derivadas del principialismo–, el proceso deliberativo sienta las bases para consecutivos diálogos que, a la vez que favorecen el esclarecimiento sobre el cómo actuar en el momento apremiante,

⁷⁹ KOTTOW, M. “Justificación por principios”. En TEALDI, J.C. (Dir). *Op. cit.*, p. 142.

⁸⁰ Cf. KOTTOW, M. “La deliberación bioética”. *PRAXIS. Revista de Psicología*, 2011, año 13 n° 19, p. 62 y ss.

⁸¹ *Ibid.*, p. 65 y ss.

permiten reconsiderar dicha solución provisoria cuando existen nuevos elementos para incorporar a la reflexión.

EL DESARROLLO DE LOS COMITÉS DE BIOÉTICA

El desarrollo de una bioética eminentemente médica se ha gestado al interior de grandes centros de investigación y hospitales de alta complejidad, principalmente en aquellos asociados a universidades. La expansión que ha tenido esta particular línea de desarrollo ha sido tal, que hoy resulta extraño referirse a la bioética sin concebir simultáneamente la idea de un *comité* dedicado a dicha disciplina. Dichos comités se han ido conformando a partir de profesionales de las propias instituciones de salud, intentando – hasta donde ha sido posible– mantener una composición inter o multidisciplinaria. Se reconoce como el primero de ellos el creado formalmente en 1976 en la *Morris View Nursing Home* (New Jersey, Estados Unidos), con el objetivo de discutir las justificaciones éticas vinculadas a la decisión de continuar o interrumpir el tratamiento médico de una adolescente en coma profundo y conectada a respiración artificial.⁸² No obstante, en la década precedente ya se habían generado otros grupos de toma de decisiones clínicas, pero carentes de una denominación formal.⁸³

En los años sucesivos, comités de similares características fueron surgiendo en diversos centros de salud de Estados Unidos, y luego en gran parte del mundo. Su marco normativo general se ha ido enriqueciendo a lo largo de los años, siendo sus referencias iniciales las declaraciones de la Asociación Médica Mundial emanadas luego de diversas asambleas posteriores a la Segunda Guerra Mundial, como reacción a las vulneraciones de derechos individuales esenciales en que se acreditó participación de médicos, ocurridas durante dicha guerra. Las declaraciones más relevantes son las de Ginebra (1948), Helsinki

⁸² Cf. TEALDI, J.C. “Comités hospitalarios de ética”. En TEALDI, J.C. (Dir). *Op. cit.*, p. 256.

⁸³ En 1962 se había creado en la ciudad de Seattle (Estados Unidos) un comité ciudadano que analizaba y decidía quiénes accedían a la incipiente –y por lo tanto sobredemandada– terapia de hemodiálisis, que permitía prolongar en algunos años la vida de personas con insuficiencia renal crónica. [Cf. LOLAS, F. *Op. cit.*, p. 16 y s.].

(1964), Sidney (1968) y Venecia (1983). Adicionales a ellas, se consideran como parte del cuerpo normativo general diversos documentos de derecho internacional en materias de derechos humanos y, más recientemente, la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* de la UNESCO (2005).⁸⁴

Esta propagación de comités de ética no ha sido del todo expedita. En muchas ocasiones, se ha observado una superposición de ámbitos de toma de decisiones, y se han confundido los niveles de injerencia de estos comités. Ante esta situación, el año 2006 la propia UNESCO publica una Guía destinada a orientar el funcionamiento de los comités de bioética. Partiendo de la base de que las personas con capacidad mental indemne (o sus legítimos representantes en caso contrario) son agentes morales, al igual que quienes conforman los equipos de asistencia médica y los integrantes de los comités, todos se encuentran en posición de intervenir en las controversias sobre bioética.⁸⁵ Para este efecto, recomienda diferenciar al menos cuatro tipos de comités, los cuales debieran funcionar en completa independencia unos de otros:

1. **Comités normativos y/o consultivos:** Asesoran a los distintos organismos estatales para establecer políticas científicas y de salud adecuadas para sus ciudadanos, en temáticas de salud pública, bienestar y derechos.
2. **Comités de asociaciones de profesionales de la salud:** Se proponen establecer prácticas adecuadas para la atención a pacientes, por parte de médicos, enfermeros, farmacéuticos y profesionales afines.
3. **Comités de ética de la investigación:** Se encargan de proteger a quienes participan de estudios de investigación en seres humanos, relevantes para adquirir conocimientos biológicos/biomédicos, conductuales y epidemiológicos generalizables sobre productos farmacéuticos, vacunas e instrumental.

⁸⁴ Cf. TEALDI, J.C. “Comités hospitalarios de ética”. En TEALDI, J.C. (Dir). *Op. cit.*, p. 257.

⁸⁵ Cf. ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA EDUCACIÓN, LA CIENCIA Y LA CULTURA. *Guía N° 2. Funcionamiento de los comités de bioética: procedimientos y políticas*. París: UNESCO, 2006, p. 7 y s.

4. **Comités de ética asistencial:** Buscan mejorar la atención centrada en el paciente en recintos hospitalarios, centros de consulta ambulatoria, instituciones de asistencia prolongada y hospicios.

La misma Guía ya señalada promueve la máxima institucionalización de estos comités, mediante su incorporación al ámbito oficial a través de las legislaciones pertinentes «por así garantizárseles una estabilidad y legitimidad que afianza notablemente su relevancia».⁸⁶

LOS COMITÉS DE BIOÉTICA EN CHILE

Nuestro país, como Estado miembro de las Naciones Unidas, ha adherido progresivamente a las recomendaciones emanadas de este organismo internacional en materias de bioética. Abordaré sucintamente lo relativo a los tres primeros tipos de comités señalados, para luego profundizar acerca de los Comités de Ética Asistencial, ya que precisamente en ellos los vínculos con la idea de biopolítica planteada por Michel Foucault resultan más significativos.

Respecto a los Comités Normativos, el mismo año 2006 en que se publica la Guía de la UNESCO es promulgada en Chile la Ley N° 20.120 “Sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana” (*sic*). En su artículo 16° determina la creación de una “Comisión Nacional de Bioética”, y le asigna entre sus funciones la de «asesorar a los distintos Poderes del Estado en los asuntos éticos que se presenten como producto de los avances científicos y tecnológicos en biomedicina, así como en las materias relacionadas con la investigación científica biomédica en seres humanos, recomendando la dictación, modificación y supresión de las normas que la regulen».⁸⁷ Es relevante destacar que la finalidad declarada de dicha Ley es la de «proteger la vida de los seres humanos, desde el momento de la concepción, su integridad física y

⁸⁶ *Ibid.*, p. 7.

⁸⁷ CHILE. MINISTERIO DE SALUD. 2006. Ley N° 20.120: Sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana.

psíquica, así como su diversidad e identidad genética, en relación con la investigación científica biomédica y sus aplicaciones clínicas»,⁸⁸ a la vez que prohibir expresamente toda práctica eugenésica y toda modalidad de clonación humana, y restringir a ciertos fines específicos la terapia génica y el cultivo de tejidos y órganos.⁸⁹

Respecto a los Comités de asociaciones profesionales, es tradicional al interior de las asociaciones gremiales chilenas el contar con comisiones de ética. Sin embargo, al carecer estas asociaciones gremiales de una reglamentación general que les garantice un poder efectivo, las decisiones de estos comités no son vinculantes más allá de los límites de dicha asociación profesional.

En relación a la investigación, la misma Ley N° 20.120 ya señalada detalla que corresponderá a un “Comité Ético Científico” aprobar la realización de las investigaciones en las cuales participen seres humanos, materia que es regulada a través del Decreto 114/2011 del Ministerio de Salud, donde se define investigación científica biomédica como aquella «que implique una intervención física o psíquica o interacción con seres humanos».⁹⁰ A su vez, asigna a dichos Comités como «responsabilidad esencial el proteger los derechos, la seguridad y el bienestar de los sujetos de investigación».⁹¹ Siendo este ámbito un tema altamente complejo, tanto por la ejecución misma de la investigación como por su consecuencias inmediatas o a futuro, se acepta en general por parte de los distintos involucrados que la regulación legal sea lo suficientemente explícita. De esta manera, una publicación del *Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética (CIEB)* de la Universidad de Chile es clara en este sentido, al especificar que «las normas técnicas se encuentran sujetas al principio de supremacía de la ley, con la función de especificar y uniformar el funcionamiento técnico de las comisiones de ética».⁹²

⁸⁸ *Ibid.*, Artículo 1°.

⁸⁹ *Cf. Ibid.*, Artículos 3° a 7°.

⁹⁰ CHILE. MINISTERIO DE SALUD. 2011. Decreto 114: Aprueba reglamento de la Ley N° 20.120, sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana. Artículo 8°, a).

⁹¹ *Ibid.*, Artículo 16°.

⁹² LARA, C. “Normas legales para los comités de ética de la investigación científica”. En LOLAS, F.; QUEZADA, A.; RODRÍGUEZ, E. (Ed). *Op. cit.*, p. 85.

En el caso de los Comités de Ética Asistencial, si bien es relevante que cuenten con respaldo institucional a través de la legislación (principalmente para consolidar su presencia al interior de los centros de salud), resulta dudoso que su ámbito de acción se beneficie de una exhaustiva especificación sobre su funcionamiento. El Decreto 62/2013 del Ministerio de Salud (en concordancia con lo establecido en la Ley N° 20.584 “Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud”) detalla la forma de constituirse y operar de los Comités de Ética Asistencial que debieran existir en todos los centros de salud de alta complejidad que brinden hospitalización.⁹³ Precisa, además, aquellas situaciones clínicas que obligatoriamente deben ser sometidas a análisis en dichos comités: duda acerca de la competencia del enfermo para tomar una decisión autónoma, cuando la decisión autónoma manifestada por el enfermo o su representante legal le exponga a graves daños a su salud o al riesgo de morir, ante la posibilidad de alta forzosa derivada de la negativa de la persona a recibir tratamiento o seguir las prescripciones del profesional tratante, y ante tratamientos invasivos irreversibles en personas con discapacidad psíquica o intelectual que no pueden manifestar su voluntad.⁹⁴

En Chile, y en general en toda Latinoamérica, la forma predominante de funcionamiento de los Comités de Ética Asistencial ha tomado como referencia las experiencias angloamericanas y, por lo tanto, se han adscrito a la variante principalista en su método de análisis y reflexión de casos. Como marco adicional a su funcionamiento, existe la práctica habitual de que aquellos temas para los cuales existe legislación o normativa a nivel nacional, quedan fuera del ámbito de deliberación de los comités. La existencia de un marco regulador jurídico en el ámbito sanitario adquiere sentido cuando logra abarcar un campo que resulta especialmente significativo para la salud pública, sea por su importancia cuantitativa o por su relevancia cualitativa. En contraposición, la mayor cantidad de casos sometidos a deliberación en los Comités de Ética Asistencial serán

⁹³ Cf. CHILE. MINISTERIO DE SALUD. 2013. Decreto 62: Aprueba reglamento para la constitución y funcionamiento de Comités de Ética Asistencial.

⁹⁴ Cf., *Ibid.*, Artículo 13°.

precisamente aquellos en que existe un alto grado de contradicción o duda respecto a cuál es el actuar que resulta más adecuado en dichas circunstancias. La extendida práctica de excluir de la deliberación situaciones clínicas que en apariencia están reguladas por cierta norma, se traduce en una restricción a las posibilidades de acción de los comités. Más aún, la posibilidad de que la deliberación acerca de un dilema o problema no concluya en un consenso es puesta en entredicho por la normativa, al señalar que «los acuerdos del Comité se adoptarán por unanimidad de los asistentes, y en los casos en que ello no sea posible, por simple mayoría de los asistentes».⁹⁵

Tomando en consideración lo señalado precedentemente sobre las disposiciones reglamentarias y las formas de proceder habituales, no es antojadizo plantear que la puesta en práctica de la disciplina bioética tiene una doble regulación, tanto externa (normativas legales que delimitan sus funciones y los ámbitos de exclusión de su labor) como interna (su metodología principialista imperante), con la particularidad que ambas formas actúan en concordancia, de modo tal que quienes llevan a la práctica esta disciplina las aceptan como algo natural y constitutivo de la bioética. Esta situación permite plantear una analogía con lo que Maria Muhle considera como esencial en la relación que establece la biopolítica con la vida, donde también es posible observar una forma de regulación «*intrínseca*, es decir que no hay exterioridad entre la vida y el poder. El poder no se enfrenta a la vida para someterla, sino que se adentra dentro de los procesos de la vida para gobernarlos mejor desde su interior mismo».⁹⁶

⁹⁵ *Ibid.*, Artículo 12°.

⁹⁶ MUHLE, M. “Sobre la vitalidad del poder: una genealogía de la biopolítica a partir de Foucault y Canguilhem”. En LEMM, V. (Ed). *Michel Foucault: neoliberalismo y biopolítica. Op. cit.*, p. 398.

4. BIOÉTICA: ¿UNA ESTRATEGIA BIOPOLÍTICA?

*«Donde está el poder, donde es preciso que esté el poder, donde se quiere mostrar efectivamente que allí reside el poder, es preciso que haya verdad».*⁹⁷

Las nociones de bioética y biopolítica surgen de forma contemporánea durante la primera mitad de la década de 1970, adscritas a áreas del saber notoriamente diferentes, y con un desarrollo posterior que las llevan por caminos aparentemente divergentes. No obstante, en años recientes se ha buscado establecer relaciones entre ambas, intentos que por lo general han desembocado en propuestas de asimilación entre ellas, o bien en el establecimiento de una subordinación de una con la otra, tal como he planteado en el Capítulo 1.

Intentando explicar cómo es que la noción propuesta por Foucault de biopolítica puede tener desarrollos tan disímiles en pensadores posteriores, Maria Muhle centra su atención precisamente en la idea de *vida* que está presente a la base de la propuesta originaria. Para ella, las propuestas “positivas” (la resistencia de la vida al poder planteada por Negri, Hardt, y en alguna medida Esposito) o “negativas” (la “tanatopolítica” de Agamben) se deben a que los distintos autores mencionados realizan una lectura parcial de la idea de vida originalmente considerada por Foucault, quien

[...] opera con una noción de vida que él *no* determina (ni de forma positiva adjudicándole un poder inherente, ni tampoco *ex negativo* como vida desnuda). Es una noción de vida abierta a las determinaciones que aportan las técnicas y estrategias de poder y de saber. Es una vida que carece de un estatuto ontológico, ya que es “producida” por la constelación de poder-saber en la que está sumergida, o,

⁹⁷ FOUCAULT, M. *Del gobierno de los vivos*. Op. cit., p. 27.

para usar la fórmula de Foucault en *Las palabras y las cosas* “surge” en la ruptura epistémica en torno a 1800.⁹⁸

Al resaltar esta indeterminación de la noción de *vida* en la base de la propuesta foucaultiana, la reflexión sobre el vínculo entre bioética y biopolítica puede ser emprendida recuperando su trasfondo relacionado al poder-saber, y por lo tanto puede ir más allá de la habitual discusión relacionada con los usos, alcances y límites de la biotecnología (tanto en sus niveles micro y macrocelular) y sus aplicaciones tanto en seres humanos como en otras especies. Temáticas que, si bien son relevantes, sólo dan cuenta de una pequeña parte de lo que constituye un ámbito más amplio de debate.⁹⁹ A este respecto, parece apropiado recordar uno de los primeros intentos de Foucault por precisar su noción de biopolítica, término acuñado «para designar lo que hace entrar a la vida y sus mecanismos en el dominio de los cálculos explícitos y convierte al poder-saber en un agente de transformación de la vida humana».¹⁰⁰ No deja de ser llamativo que dicha descripción resulte igualmente apropiada para describir tanto las problemáticas de la soberanía y gubernamentalidad propias de los siglos XVIII y XIX en las que ahonda Foucault en sus cursos de fines de los años '70, como para algunas discusiones actuales sobre, por ejemplo, el uso de nanotecnología en intervenciones experimentales de tipo diagnóstico o terapéutico con seres humanos, cuya potencialidad es precisamente la de modificar aspectos biológicos de un individuo particular o un incluso de un conglomerado humano.

Desde la propuesta aristotélica plasmada en su *corpus*, en la cual la ética antecede a la política, hasta la incorporación del *bio* a ambos términos, ocurrida en los últimos decenios del siglo XX, pareciera observarse una inversión de la precedencia señalada. Si la

⁹⁸ MUHLE, M. “Sobre la vitalidad del poder: una genealogía de la biopolítica a partir de Foucault y Canguilhem”. En LEMM, V. (Ed). *Michel Foucault: neoliberalismo y biopolítica*. Op. cit., p. 400.

⁹⁹ Sólo a modo de ejemplo de este enfoque centrado en los problemas planteados por la técnica, se puede señalar lo planteado por Pilar Núñez al referirse a algunas de las labores de los comités de bioética: «Se trataría de partir del hecho científico, la biomedicina, para determinar su valoración ética por la bioética que, como foro para discutir los problemas fundamentales del progreso médico, ha de inducir una biopolítica orientada al control de las tecnologías, a la sensibilización, a la formación de conciencias mediante una información correcta a la opinión pública y la incorporación de su participación responsable». [Citada en: GARCÍA, D. *El nacimiento de la bioética*. Op. cit., p. 212].

¹⁰⁰ FOUCAULT, M. *Nacimiento de la biopolítica*. Op. cit., p. 173.

biopolítica, de acuerdo a lo planteado por Foucault, surge al interior de la organización política y social conocida como *liberal*,¹⁰¹ en la cual la normatividad asegura mediante las distintas legislaciones la permanencia de dicho ordenamiento, ocurre que a la ética aplicada –y en particular a su variante conocida como bioética– sólo le restará subordinarse a lo explicitado por las leyes y garantizar la hegemonía de la libertad por sobre toda otra consideración. Algo que es advertido por Miguel Kottow al hacer un llamado a estar atentos a «detectar intrusiones morales en nuestras sociedades, que dicotomizan artificialmente los problemas en vida versus libertad, donde la biopolítica en ocasiones dará preferencia a la vida sin importar su calidad, en otras a la libertad sin preocuparse para qué». ¹⁰²

Siendo la biopolítica y la bioética nociones de aparición relativamente reciente, resulta natural observarlas más cercanas a las concepciones de política y de ética propias de tiempos actuales que a las planteadas por Aristóteles, y por lo tanto mucho más impregnadas de derechos individuales que de la forma de vida de la *polis*. Y sin embargo, si Diego García realiza un análisis adecuado, «los problemas que trata la bioética son, a la vez, privados y públicos»¹⁰³, por lo que aún preservaría ciertos rasgos de la concepción aristotélica. Una “lógica de la estrategia” como la propuesta por Foucault resulta de interés para analizar la biopolítica y la bioética, ya que evita subsumir una en otra, a la vez que permite observar cómo las restricciones impuestas por la primera dificultan que la segunda pueda afrontar los dilemas que trascienden el “caso” particular y privado, restringiendo el accionar en el ámbito social y público que toda ética aplicada debiera tener.

UNA SOCIEDAD MEDICALIZADA

Los vínculos entre el esbozo de la institucionalidad médica y el poder soberano son planteados magistralmente en *El nacimiento de la clínica*. En dicho texto, Foucault fecha en los albores del siglo XIX el punto de inflexión que permite el paso de un ejercicio

¹⁰¹ Idea desarrollada en extenso durante su curso en el *Collège de France* del periodo 1978-1979. [Cf. FOUCAULT, M. *Nacimiento de la biopolítica*. *Op. cit.*]

¹⁰² KOTTOW, M. “Bioética y biopolítica”. *Revista Brasileira de Bioética*, 2005, vol. 1, n° 2, p. 119.

¹⁰³ GARCÍA, D. *Op. cit.*, p. 195.

médico privado (una relación entre dos particulares) a una medicina de orientación pública (esto es, a la vez asociada a y regulada por el poder estatal).¹⁰⁴ De forma previa, había ido configurándose el concepto de *vida* que solemos utilizar hoy, a medida que el saber “naturalista” iba dando paso a un saber “biológico”: desde la descripción exhaustiva de las formas, a los intentos de explicar los procesos orgánicos que dichas formas encubren.¹⁰⁵ A medida que la medicina se aproximaba a la novel ciencia biológica en busca de respuestas, su capacidad de influencia social y política aumentaba.

Al analizar Michel Foucault los orígenes de la tecnología de poder no disciplinaria que denominó *biopolítica* (principalmente durante la clase dictada el 17 de marzo de 1976), uno de los elementos centrales que destaca es el rol jugado por la medicina y la consiguiente *medicalización* de la sociedad sobre la que actúa.¹⁰⁶ Si de acuerdo a lo planteado durante esa misma clase la diferencia entre disciplina y tecnología de poder radica en que la primera se dirige sobre el cuerpo, mientras que la segunda lo hace sobre la multiplicidad de los hombres que conforman una población (también referidos como hombre/cuerpo y hombre/especie, respectivamente),¹⁰⁷ la medicina posee la capacidad de actuar sobre ambos a la vez, constituyendo «un saber/poder que se aplica, a la vez, sobre el cuerpo y sobre la población, sobre el organismo y sobre los procesos biológicos; que va a tener, en consecuencia, efectos disciplinarios y regularizadores».¹⁰⁸ Inmediatamente a continuación, precisa que esta capacidad de actuar sobre la individualidad y la multiplicidad de los seres humanos es propia de una *norma*.

Mediante este proceso continuo de medicalización, esbozado ya en siglo XVIII, los límites del campo de acción hasta entonces propio de la medicina comenzaron a volverse difusos. Ya no sólo podía ser objeto de intervención médica la enfermedad, sino que

¹⁰⁴ Cf. FOUCAULT, M. *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo XXI, 2003, especialmente el Capítulo 2 “Una conciencia política”, p. 42-62.

¹⁰⁵ Cf. FOUCAULT, M. *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas*. Buenos Aires: Siglo XXI, 1968, especialmente el Capítulo V “Clasificar”, p. 126-163.

¹⁰⁶ Cf. FOUCAULT, M. *Defender la sociedad. Op. cit.*, p. 217-237.

¹⁰⁷ Cf. *Ibid.*, p. 220.

¹⁰⁸ *Ibid.*, p. 229.

también «todo lo que garantiza la salud del individuo, ya sea el saneamiento del agua, las condiciones de habitabilidad o el régimen urbano».¹⁰⁹ El desplazamiento de este límite, desde la enfermedad hacia las condiciones de salud colectivas, acarreó que las experiencias propiamente humanas comenzaran a ubicarse bajo la sombra de una medicina que conquistaba territorios de acción cada vez más amplios. Aspectos relacionados al nacimiento, crecimiento, muerte, y sentimientos como alegría o tristeza –por sólo mencionar algunos– se tornaron experiencias médicas, y gradualmente adquirieron el carácter de experiencias clínicas, con la posibilidad cierta de volverse actualmente susceptibles de un análisis bioético.¹¹⁰

El proceso de medicalización, progresivo a través de los años, no sólo fue conducido por los médicos. En una entrevista realizada durante el año 1975, Foucault reflexionaba que una serie de profesiones u ocupaciones –y por supuesto de instituciones– habían surgido al amparo de la filantropía como matriz generadora, principalmente durante el siglo XIX. Esta proliferación de «trabajadores sociales», a pesar de contar con saberes particulares a cada una de sus categorías, continuaron actuando bajo el denominador común del discurso médico, que «pasaba de un lado a otro. En nombre de la medicina se inspeccionaba cómo estaban instaladas las casas, pero también en su nombre se catalogaba a un loco, a un criminal, a un enfermo».¹¹¹ Con el transcurso de los años muchas de estas profesiones, manteniendo un estrecho vínculo con la medicina, fueron insertándose en hospitales y centros destinados a los cuidados sanitarios, lo cual fue facilitado al asumir como propio algunos conceptos centrales del discurso médico. Homologando –hasta donde fuera posible– el vocabulario, las particularidades de la relación médico-paciente fueron traspuestas hacia las relaciones con otras profesiones. Los aspectos éticos del ejercicio

¹⁰⁹ FOUCAULT, M. “¿Crisis de la medicina o crisis de la antimedicina?”. En *Estrategias de poder. Op. cit.*, p. 352.

¹¹⁰ Cf. LÓPEZ, C. “La biopolítica según la óptica de Michel Foucault: alcances, potencialidades y limitaciones de una perspectiva de análisis”. *El banquete de los dioses. Revista de filosofía y teoría política contemporáneas*, Vol. 1 N° 1 nov 2013-mayo 2014, p. 111-137.

¹¹¹ FOUCAULT, M. “Poder-cuerpo”. En *Microfísica del poder*. Madrid: Las Ediciones de La Piqueta, 1979, p. 110.

profesional y de la relación con los enfermos no quedaron al margen, y la expansión de la bioética comenzó también a influir en el personal sanitario no médico.

UNA (BIO)ÉTICA PRESCRIPTIVA

Previo a la aparición de la bioética, los médicos no estaban al margen de regulaciones o normas que prescribían la forma de lo que se consideraba un correcto actuar. Por siglos, la llamada *ética médica* ha constituido el marco de referencia para quienes cumplen roles asociados al tratamiento de las enfermedades que aquejan a las personas, sean estas susceptibles de curación o no; y en este último caso, el actuar se debiera orientar a la reducción del dolor y el acompañamiento ante la muerte. Los preceptos hipocráticos – sustento hasta tiempos actuales de gran parte de los marcos normativos médicos occidentales– establecen límites infranqueables para todos quienes pretenden ejercer honrosamente la profesión.

La novel bioética no se ha presentado como un sustituto de la tradicional ética médica. Antes bien, se ha insertado sobre ella, incorporándole una preocupación acerca de temáticas asociadas a la dignidad y calidad de vida, aspectos relacionados a las distintas generaciones de los Derechos Humanos, y por consiguiente «ampliando su espectro de reflexión hacia la salud pública, la investigación biomédica y la ecología»¹¹² –aunque estos últimos aspectos sólo han comenzado a tener presencia en el último decenio–. En otras palabras, ha trascendido aquel espacio particular e íntimo que se configuraba en la relación del médico con el enfermo, y ha estructurado su discurso en torno a la medicina y las diversas relaciones que este particular saber es capaz de establecer con otros saberes o dominios. Las regulaciones que antaño tenían fuerza normativa sobre una esfera privada (la relación médico-enfermo) han pasado a regular la esfera pública, adicionando a las tradicionales prescripciones éticas hipocráticas las normativas comentadas en el capítulo precedente, ampliando en consecuencia su capacidad coercitiva.

¹¹² KOTTOW, M. “La deliberación bioética”. *Op. cit.*, p. 62.

En un punto intermedio de este paso de lo público a lo privado se ubican los Comités de Bioética. Por un lado, recibiendo las consultas de los profesionales de la salud ante situaciones clínicas calificadas como dilemas; del otro, entregando sus respuestas en forma de recomendaciones no vinculantes, pero que sin embargo deben estar en concordancia con las regulaciones establecidas por la legalidad vigente (tanto en forma de leyes propiamente tales, como de decretos o normas técnicas sobre materias en particular).

Existen, por supuesto, opiniones divergentes que se resisten a la subordinación del discurso bioético a una normativa legal que, como sabemos, muchas veces no ha surgido de una genuina deliberación, sino que responde a creencias dogmáticas o intereses explícitos de grupos políticos o religiosos. La gran mayoría de quienes se muestran disconformes con este marco regulatorio externo abogan para que los aspectos íntimos de las personas se mantengan en el estricto ámbito de lo privado, y por lo tanto a salvaguarda de controles y prescripciones.¹¹³ La tensión implícita en esta controversia cuestiona la legitimidad de apelar a ciertos principios como fundamentos del discurso bioético, ya que habría que analizar y precisar si estos principios se constituyen como normativas tendientes a regular el actuar de los profesionales de la salud o, por el contrario, explicitan derechos que debieran ser resguardados para quienes acceden a la atención de salud.

EL PRINCIPIALISMO BIOÉTICO COMO FORMA DE BIO-PODER

Promover la implementación de marcos regulatorios legales para problemáticas habituales en bioética acarrea, por un lado, la posibilidad inherente de resguardar de mejor y más oportuna manera el respeto de Derechos Humanos esenciales. Su contracara, no obstante, es la reducción de problemáticas humanas complejas y dinámicas a formas jurídicas rígidas, que coartarían el diálogo pluridisciplinar inherente a una bioética de base deliberativa.¹¹⁴

¹¹³ Cf. *Ibid.*, p. 72 y s.

¹¹⁴ Cf. TINANT, E.L. "Bioética jurídica". En TEALDI, J.C. (Dir). *Op. cit.*, p. 168 y ss.

La apelación del discurso bioético a unos principios con pretensión de universalismo –o a una normativa que basa su legitimidad en ellos– convierte un dilema ético, que exige dirimir lo más recomendable entre varias opciones (y, por lo tanto, una deliberación entre las partes en conflicto con miras a conseguir tal resultado), en un problema técnico que deberá ser dilucidado por conocedores o expertos en el tema. Como consecuencia de este accionar, queda marginada de la discusión la parte en conflicto que sea considerada *lega* en la materia, lugar que en la práctica habitual de la medicina es la del enfermo.

El discurso bioético de tipo principialista, por lo tanto, tendrá a la vez injerencia sobre los cuerpos individuales y sobre la sumatoria de ellos, en la medida en que conformen una categoría de población determinada (los niños sin discernimiento, las mujeres en edad fértil, los discapacitados de causa psíquica o intelectual, los desahuciados, y un largo etcétera). Poder disciplinario individualizante de un lado, técnicas de normalización masificadoras del otro; o, en una palabra (la propuesta por Foucault): *bio-poder*. Revistiendo a una moral de tipo heterónoma (y muchas veces además acompañada de una regulación legal concordante), el discurso bioético principialista logra silenciar en la práctica las opiniones disidentes y sancionar –e incluso criminalizar– las conductas que se alejan de su prescripción.

Para ejercer eficazmente este poder en el contexto de la sociedad actual, y siguiendo el análisis propuesto por Foucault, la ostentación de fuerza propia de un soberano ha sido sustituida por una racionalidad gubernamental. La relación médico-enfermo de tipo paternalista ha sido nominalmente reemplazada por otra que busca su legitimación apelando a la autonomía de los enfermos. La opinión de estos *debe* ser escuchada, incluso en ocasiones consignada en documentos de tipo legal (fichas clínicas o consentimientos informados); sin embargo, la normatividad vigente debe ser cumplida a cabalidad, lo que muchas veces implica que la supuesta reivindicación de autonomía del enfermo resulta vana frente a la prescripción del equipo o profesional de salud, la cual, avalada técnicamente, se vuelve inapelable por quienes resultan ajenos al discurso biomédico.

La tensión que así se genera es sostenida por el propio intento de resolverla: la bioética principialista apela a cuatro principios que adquieren su existencia en el marco de una relación interpersonal, mientras que su prescripción moral aspira inevitablemente a un alcance universal.¹¹⁵

AUTONOMÍA POST-PATERNALISTA

Para la mayoría de las sociedades liberales o neoliberales occidentales, resulta de suma importancia que las regulaciones restrictivas sobre las libertades individuales sean las mínimas posibles, algo que muchas veces sólo se consigue encubriendo las restricciones bajo la apariencia de una libertad ganada u obtenida. La ampliamente descrita “crisis del paternalismo médico”, contracara del surgimiento –al menos nominal– de la autonomía de los enfermos como principio o derecho a respetar, se constituye como una muestra del encubrimiento descrito.

Por un lado, las normativas y regulaciones de tipo legal restringen, en la práctica, el ejercicio de la autonomía en algunos aspectos considerados como distintivos del marco valórico que es propio de esa sociedad o cultura, y por lo tanto permitirán sólo aquellas decisiones que se encuentran avaladas por la legislación. Del otro lado, el médico o equipo de salud ha supeditado su rol paternalista ante esta misma normativa o, llegado el caso, ante el Comité de Ética local que deberá someter a consideración la discrepancia existente entre la decisión del enfermo y la recomendación del o los tratantes; en su análisis, y tal como ya se ha señalado, deberá ajustarse a la regulación legal vigente, sea para dar curso a la solicitud del paciente o, por el contrario, para sugerir que prevalezca la opinión del equipo de salud (incluso mediante la intercesión de un Tribunal competente).

En cierta manera, la relación paternalista entre médicos y enfermos ha cambiado de protagonistas, pero se ha mantenido como tal. Por una parte, el enfermo se encuentra ante el paternalismo no ya de un experto (el médico), sino de un conglomerado de expertos (el

¹¹⁵ Cf. KOTTOW, M. “Salud Pública y Biopolítica”. *Nuevos Folios de Bioética*, 2010, n° 2, p. 22.

Comité) con los cuales la gran mayoría de las veces no tiene posibilidad de relacionarse directamente, ya que el *caso* es por regla general planteado por el profesional sanitario; adicionalmente, la conclusión del análisis del Comité (ofrecida como recomendación no vinculante) está avalada en la legislación vigente cuando es posible, o en ciertos principios considerados universales a falta de ésta. Por otra parte, el mismo Comité ejerce un rol paternalista con los profesionales de salud que le presentan los casos, ya que ellos delegan una responsabilidad inherente a su rol –como es la de considerar y decidir junto al enfermo los aspectos relevantes del tratamiento propuesto– a un ente supuestamente superior, que emitirá su opinión basándose principalmente en la información entregada por los propios tratantes.

La persistencia –y tal vez, incluso, un fortalecimiento– del paternalismo, apunta a que su anclaje no se encuentra en quienes ejercen la disciplina, sino en la medicina misma. El objeto de ésta, principalmente desde que aspira a la categoría de “ciencia”, ha venido siendo más la *enfermedad* que la persona. Identificarla, aislarla cuando sea pertinente, combatirla o curarla según su categoría; hacer gala, finalmente, del conocimiento alcanzado y de los avances conseguidos al asociarse con la tecnología. Hasta hace pocos siglos atrás la medicina intentaba potenciar a la propia naturaleza humana para resistir a lo patológico, acompañando y asistiendo en la muerte a quienes no lograban sobreponerse. Pero desde el siglo XVIII en adelante, su rival adquiere características particulares y se encarna, «se articula en el volumen espeso y denso del organismo y toma *cuerpo* en él»,¹¹⁶ la persona enferma pasa a ser un vehículo para la expresión de la enfermedad, y una suerte de campo de batalla entre ésta y la medicina.

En una sociedad medicalizada, muchas decisiones referentes a la forma en que cada quien pretende vivir su vida quedan bajo una mirada técnica biomédica, que en los últimos decenios ha ido logrando una cada vez mayor capacidad de intervenir tanto en los momentos de origen y término de la vida como en el transcurso de ésta, concentrando sus esfuerzos en restablecer la normalidad ante todo aquello que aparezca alejándose de esta.

¹¹⁶ FOUCAULT, M. *El nacimiento de la clínica*. Op. cit., p. 26.

Se aprecia en este proceder un reduccionismo que tiende a sobrevalorar los aspectos sómato-biológicos del ser humano, invisibilizando su existencia espiritual, social y cultural. La pretensión de la medicina de validarse como ciencia en sentido estricto, da sostén a esta mirada reduccionista en la medida que lo sómato-biológico es asimilado a la naturaleza, y se erige a “lo natural” como una verdad incontrovertible, que opera a la vez como justificación y finalidad para el quehacer biomédico, excluyendo las argumentaciones o consideraciones que carezcan de una base material mensurable y objetivable.

LA VERDAD BIOÉTICA

Un apresurado bosquejo de las diversas condiciones que posibilitaron el posicionamiento de la bioética como un discurso revestido del poder de lo verídico, debiera al menos incluir:

- Una situación de aparente crisis, en este caso, el cuestionamiento del paternalismo médico, que se arroga una toma de decisiones unilateral con potencial de afectar irreversiblemente a las personas.
- Un contexto que exacerba esta crisis y la convierte en amenaza: la aparición de biotecnologías con aplicaciones insospechadas en el ámbito de la medicina experimental, por un lado, y su posibilidad cierta de transgredir los Derechos Humanos esenciales que recién comenzaban a cobrar vigor.
- Un cambio de forma en el ejercicio del poder, en este caso, el progresivo abandono de los médicos de aquel rol social que se consideraba inmanente a ellos, y su conversión en “prestadores de salud” dentro de un sistema económico neoliberal.

La concatenación de estas condiciones al interior de una cultura que otorga gran relevancia a la idea de *libertad* —entendiendo a esta en el contexto del auge del neoliberalismo—, vuelve comprensible que la institucionalidad jurídica se haya mostrado proclive a acoger la reivindicación de la autonomía individual (aquella propia de los enfermos), en contra de una cuestionada autoridad social con base en el “conocimiento

científico”. El rol de la medicina como institucionalidad, y de los médicos como entes ejecutores de ella, estaba siendo cuestionado en uno de sus principios fundamentales: *primum non nocere*, “lo primero es no dañar”. La máxima (atribuida sin fundamento histórico tanto a Hipócrates como a Galeno) es considerada inmanente a la ética médica al menos desde el siglo XVII, y se la intenta arraigar en aquella ilusoria época dorada greco-latina, en que primaba la intencionalidad moralmente “correcta” por sobre el saber hacer (bien) las cosas. En esta ingenua mirada, se pasa por alto el hecho de que entre la *τέχνη ἰατρική* y la medicina de los últimos siglos, la continuidad está dada, a lo sumo, por la figura del médico; pero en la forma y en el fondo del quehacer y del saber médico, dicha continuidad no existe.

El novel concepto de Potter, *bioética*, fue despojado de su conminación a un actuar humano responsable sobre su entorno natural, e incorporado a la reacción de la institucionalidad médica frente al cuestionamiento social de su actuar. Reformulando la ética médica tradicional, que era esencialmente individual (el médico ante *su paciente*) y, por lo tanto, privada, surge desde la misma institucionalidad médica la bioética en la forma que hoy la entendemos. Los tiempos exigían hacerse cargo del cuestionamiento directamente planteado por los enfermos, y por lo tanto es proclamado como uno de los principios fundamentales de la bioética la *autonomía*; al mismo tiempo, se hacía necesario recuperar en parte aquella tradición médica que consolidaba su posición social y cultural: el *primum non nocere* es revitalizado bajo los principios de *no maleficencia* y *beneficencia*.

Amparándose en la “universalidad” de los principios que proclama como base, y a poca distancia temporal (y geográfica) de aquellas graves vulneraciones imputadas a regímenes tanto “democráticos” como totalitarios, la naciente bioética fácilmente aglutinó simpatías individuales y respaldos institucionales. Los Estados Unidos resurgían como garantes del progresismo moral mundial.

Su institucionalización trajo asociada su validación académica. Proliferación a lo largo de los años de centros de investigación y sus respectivas publicaciones, incorporación a mallas curriculares de pre y postgrado, difusión en simposios, seminarios y congresos de

las diferentes especialidades médicas. Si inicialmente el foco estuvo en las problemáticas del inicio y término de la vida, su expansión abarcó luego a la investigación clínica en seres humanos, las posibilidades de los enfermos para aceptar o denegar tratamientos, el acceso a intervenciones o tratamientos limitados por factores externos (por ejemplo, trasplantes de órganos), y numerosas otras situaciones que, con el correr de los años, fueron siendo abarcadas por la bioética.

No se trata aquí de atribuir intenciones ocultas a quienes contribuyeron, de una u otra manera, a la institucionalización de la bioética. Sí se intenta recapitular el contexto que hizo posible que, en un periodo relativamente breve, se instaurara una nueva forma de lidiar con los problemas que se suscitaban entre médicos acostumbrados a decidir “en nombre de sus pacientes”, y enfermos cada vez menos dispuestos a ser “pacientes”. Al consolidarse desde el interior de la comunidad médica, consigue evitar en gran parte el cuestionamiento o la suspicacia que generalmente acompaña a cambios relevantes en las formas tradicionales de desempeño, a la vez que se instala rápidamente como un discurso generador de efectos de verdad. Y es que la biopolítica planteada por Foucault es precisamente una forma de regulación intrínseca.

EL DISCURSO BIOÉTICO

El amplio cuestionamiento al paternalismo médico tiene su efecto directo al interior de una relación privada o particular, entre dos individuos que se presumen autónomos: profesional sanitario y enfermo. Ante esta tensión, la solución implementada considera una declaración explícita, relativa a modificar ciertas formas de actuar del profesional, reconociendo la autonomía del enfermo para decidir sobre aquello que tenga efectos directos sobre sí mismo, y adicionalmente reafirmando que el objetivo de la labor médica es beneficiar al enfermo sin causarle daño. En esta salida al entrampe persiste, sin embargo, la ausencia del enfermo, ya que la solución surge y se valida desde la misma disciplina cuestionada; o en otros términos: surge desde quien ostenta el poder en la relación.

En concomitancia, y al proponer como eje directriz no sólo el reconocimiento sino también el cumplimiento de ciertos principios considerados “universales”, el enfermo como individuo queda nuevamente desplazado, está vez tras el velo de la forma en que dichos principios se expresan en el análisis del “caso” particular.

La relegación sistemática de los enfermos no debiera generar extrañeza. En una sociedad progresivamente medicalizada, el discurso de aquellos considerados como “expertos” está de antemano revestido de validez, amparado en su contigüidad al discurso científico. Lo que se había cuestionado no era la veracidad del campo de conocimientos de la medicina, sino el uso que se la había dado; no el fondo, sino la forma. Una vez recuperada la honra de la disciplina, emergió con renovada fuerza el vínculo que se había establecido algunos siglos antes entre pastores de almas y pastores de cuerpos: el carácter sagrado de la “vida” queda más allá de toda discusión o análisis, por lo que a médicos y enfermos sólo les está permitido dialogar sobre aspectos que no involucren esta premisa. Esta posición ha sido defendida explícitamente por instituciones abiertamente confesionales, pero también instalada por profesionales sanitarios con posiciones de poder en otras instituciones por definición laicas.

En la diferenciación alguna vez planteada por Foucault, entre una anatomopolítica que se ejercía sobre los individuos y una biopolítica que actuaba sobre las poblaciones, la bioética logra articular, a través de un discurso que apela a la universalidad de cierta norma moral o comportamiento ético, un efecto específico que opera sobre individuos particulares, adquiriendo por lo tanto la característica doble faz que identifica al bio-poder.¹¹⁷ Ya sea en su variante liberal o en su modalidad confesional (y en esta última con más fuerza), la bioética logra limitar la autonomía que declara garantizar a los enfermos, haciéndoles impracticable la toma de ciertas decisiones que pudieran ir en contra de lo establecido por costumbre o por normativa. Pero, a la vez, esta limitación también puede recaer sobre los profesionales sanitarios, a quienes el Comité de Bioética pudiera cuestionar ciertas decisiones. Si bien en aspectos que son propios del ejercicio cotidiano de la asistencia en

¹¹⁷ FOUCAULT, M. *Historia de la sexualidad I. Op. cit.*, p. 169.

salud los planteamientos del Comité no tiene un carácter vinculante, su posición institucional genera, en la práctica, que no sea sencillo desatender sus recomendaciones. De manera análoga, logra también generar límites a cierto tipo de deliberaciones, principalmente aquellas que puedan apartarse de la forma en que habitualmente se actúa basándose en prácticas instauradas.

En su afán de posicionar al enfermo como individuo con capacidad de diálogo simétrico con el médico, la bioética vuelve a relegarlo, pero esta vez tras normativas de supuesto alcance universal y dogmas religiosos que le prescriben lo permitido y le deniegan lo prohibido.

5. LA BIOÉTICA ANTE LA ACTUALIDAD

*«[...] es necesario sacar a la luz los
vínculos que existen entre la medicina, la
economía, el poder y la sociedad».¹¹⁸*

En la actualidad, la bioética es concebida en forma prácticamente universal como una *disciplina*, tanto por quienes la estudian como por quienes se dedican a ella (o ambas cosas a la vez).¹¹⁹ Si bien muchos de quienes así la conciben no necesariamente están considerando la connotación que Michel Foucault daba a esta palabra, no deja de ser llamativo que en el ámbito biomédico naturalmente se la conciba de esa manera. Después de todo, en ambas connotaciones existe una direccionalidad en la acción que conduce a una diversidad de cuerpos meticulosamente individualizados.

El estrecho vínculo entre bioética y medicina planteado en los capítulos precedentes requiere aún una precisión, que permita situar a esta disciplina en el contexto sociocultural que nos es común. Ya que su origen también está situado, pero a varios miles de kilómetros al norte: «hay un *ethos* norteamericano que ha dado forma al modo en que los estadounidenses piensan acerca de la moralidad y [...] este *ethos* ha transformado la respuesta a los desarrollos de la medicina de Estados Unidos en una disciplina y un discurso llamados bioética». ¹²⁰ No obstante, su expansión desde el norte no necesariamente se ha dado en concordancia con las idiosincrasias propias del sur.

Cuando se analiza el surgimiento de la bioética en Estados Unidos desde una perspectiva más política que médica, la crisis del paternalismo y las violaciones a Derechos Humanos en escenarios de experimentación biomédica ceden parte de su protagonismo ante dos tipos de protestas públicas que ocurrían en dicho periodo: de un lado, las encabezadas

¹¹⁸ FOUCAULT, M. “¿Crisis de la medicina o crisis de la antimedicina?”. En *Estrategias de poder*. *Op. cit.*, p. 361.

¹¹⁹ Dentro de los textos ya citados, y sin aspiración de exhaustividad, se hace referencia a la bioética como una “disciplina” en LOLAS, F. *Op. cit.*, p. 9; o por parte de diversos autores en TEALDI, J.C. (Dir). *Op. cit.*, pp. 18, 123, 142, 154, 156, 161, 196.

¹²⁰ TEALDI, J.C. “Comunidad y contexto”. En TEALDI, J.C. (Dir). *Op. cit.*, p. 18.

por defensores de derechos civiles, luego de conocerse públicamente la investigación llevada a cabo en Tuskegee sobre el curso natural de la sífilis; del otro, las lideradas por grupos conservadores, que se oponían a la realización de investigaciones con células embrionarias provenientes de abortos. La estrategia gubernamental ante ambas situaciones fue el mandato del Congreso de los Estados Unidos, en 1974, para la creación de la “Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos en la Investigación Biomédica y de la Conducta”. Los resultados de dicha Comisión, al cabo de cuatro años de investigación, quedaron plasmados en el documento conocido como *Informe Belmont*.¹²¹ Dicho Informe –tal como he reseñado en el Capítulo 3– constituye el antecedente inmediato para la formulación de los cuatro principios bioéticos considerados fundamentales por los adherentes a la propuesta de Georgetown.

Este vínculo directo, en el origen de la bioética, entre la medicina y la política oficial de los Estados Unidos, es un antecedente en general pasado por alto o reseñado en forma superficial en los textos de bioética. Se reconoce en ellos la importancia del *Informe Belmont* y los acontecimientos que lo motivaron, pero no se destaca en forma suficiente que su origen no es una reacción autocrítica de una medicina extraviada que anhela enmendar rumbo, sino un mandato gubernamental. Esclarecido este vínculo seminal entre medicina académica y política estatal estadounidense, resulta perfectamente coherente que ciertas posiciones críticas latinoamericanas entiendan a la bioética como «un nuevo saber en la interfaz del conocimiento académico y de la acción política»,¹²² asumiendo de esta manera que su origen, pero también las eventuales modificaciones que pueda tener, se sitúan al interior de un entramado de saber-poder. El inconveniente para una reflexión más amplia sobre este aspecto, es que este tipo de lenguaje resulta ajeno para la mayoría de quienes se desenvuelven cotidianamente en las profesiones de la salud.

¹²¹ Cf. TEALDI, J.C. “Los principios de Georgetown: Análisis crítico”. En GARRAFA, V.; KOTTOW, M.; SAADA, A. (Coord). *Op. cit.*, p. 35.

¹²² DINIZ, D.; GUILHEM, D. “La bioética y las mujeres en América Latina”. En PESSINI, L.; DE BARCHIFONTAINE, C.; LOLAS, F. (Coord). *Op. cit.*, p. 237.

Desde el punto de vista de su diseminación geográfica, diversos autores distinguen tres fases en el desarrollo de la bioética en América Latina: el trasplante y aceptación de la bioética principialista norteamericana en los años '70; su asimilación y evolución con un carácter regional en los años '80; y una reconstrucción o reinterpretación (que incorpora elementos originales) en los años '90.¹²³

El principialismo norteamericano fue recepcionado y asimilado en nuestro país con antelación a otras naciones del continente, lo cual en parte se explica por su concordancia con ciertos preceptos característicos del catolicismo conservador local. En 1994 se crea en Chile el “Programa Regional de Bioética”, por parte de la Organización Panamericana de la Salud, el gobierno chileno y la Universidad de Chile. Su objetivo era generar instancias de formación y divulgación para toda América Latina y el Caribe, con un claro soporte institucional. Por aquellos mismos años, se funda en nuestro país la *Sociedad Chilena de Bioética*, cuya puesta en marcha antecede a los comités de bioética de los hospitales, varios de los cuales ya existían nominalmente pero no eran operativos.¹²⁴

Desde el punto de vista de los problemas que afronta la bioética, sus principales focos de interés se han relacionado con los progresos tecnocientíficos en las ciencias de la vida y de la salud, sus potenciales beneficios pero principalmente sus eventuales amenazas. En los años '70, el grueso de estos problemas giraba alrededor de la investigación en seres humanos, el uso de dispositivos médicos, la efectiva implementación de consentimientos informados y las cuestiones de la muerte y del morir. Con el tiempo, se fueron añadiendo a la discusión de estos temas algunas problemáticas relevantes, observadas en los ámbitos de medicina, enfermería, salud pública o salud mental. Finalmente, se han ido agregando a la reflexión bioética aspectos eminentemente sociales, como la asignación de recursos financieros al sector sanitario por parte del Estado, el efectivo acceso a tecnologías diagnósticas o terapéuticas de alto costo, salud de las mujeres, salud de grupos sociales

¹²³ Cf. PESSINI, L.; DE BARCHIFONTAINE, C. “Algunos retos para el futuro de la bioética en Iberoamérica”. En PESSINI, L.; DE BARCHIFONTAINE, C.; LOLAS, F. (Coord). *Op. cit.*, p. 279.

¹²⁴ Cf. LEPARGNEUR, H. “Una mirada prospectiva”. En PESSINI, L.; DE BARCHIFONTAINE, C.; LOLAS, F. (Coord). *Op. cit.*, p. 263 y s.

vulnerables o minoritarios (infantes, ancianos, migrantes), aspectos sanitarios asociados al medio ambiente y a la ecología.¹²⁵ Muchos de los que avalan la incorporación de estos aspectos sociales y ambientales argumentan que eran parte del sentido original de la bioética propuesta por Potter.

Ya situados su origen, su diseminación y sus frentes de acción, resta situar a la bioética en su desenvolvimiento cotidiano, para poder analizar críticamente si es posible aún desprenderla (al menos en parte) de su anudamiento con la biopolítica planteada por Foucault.

LA MEDICINA COMO UNA FORMA DE PODER PASTORAL

Por largo tiempo, los cuidados de los cuerpos enfermos (al menos en el mundo occidental) se asemejaron a lo que Foucault describe como “poder pastoral”,¹²⁶ no existiendo una diferencia significativa de fondo entre los procedimientos dirigidos a la salvación del alma y aquellos que aspiraban a la recuperación de la enfermedad. Esto incluía el uso de una misma edificación para ambos cometidos: los hospitales, hasta siglos recientes, estaban a cargo de congregaciones religiosas que se esmeraban en facilitar un buen morir, aspecto suficientemente documentado en las investigaciones publicadas por Philippe Ariès. Foucault, por su parte, es enfático: «con anterioridad al siglo XVIII el hospital no era una institución de medicalización sino de asistencia a los pobres que esperaban la muerte en su recinto».¹²⁷ Con el surgimiento de la denominada “medicina clínica”, la incorporación de los médicos a la estructura hospitalaria permite que esta edificación se aleje de su aspiración de curar y pueda, efectivamente, curar si las condiciones son propicias.¹²⁸ Esta articulación entre saber y eficacia terapéutica facilita que

¹²⁵ Cf. PESSINI, L.; DE BARCHIFONTAINE, C. “Algunos retos para el futuro de la bioética en Iberoamérica”. En PESSINI, L.; DE BARCHIFONTAINE, C.; LOLAS, F. (Coord). *Op. cit.*, p. 279.

¹²⁶ Cf. FOUCAULT, M. *Seguridad, territorio, población*. *Op. cit.*, p. 235.

¹²⁷ FOUCAULT, M. “¿Crisis de la medicina o crisis de la antimedicina?”. En *Estrategias de poder*. *Op. cit.*, p. 352.

¹²⁸ Cf. FOUCAULT, M. “La política de la salud en el siglo XVIII”. En *Estrategias de poder*. *Op. cit.*, p. 340 y ss.

los médicos se apropien gradualmente del rol de cuidado del cuerpo enfermo, apelando a técnicas y conocimientos novedosos para aquel entonces. La analogía del pastor cuidando a su rebaño ilustra el modo de actuar paternalista propio de la medicina, y las palabras habitualmente usadas para elogiar a quienes socialmente son considerados “buenos médicos” refuerzan, hasta el día de hoy, dicha alegoría: vocación, compromiso, abnegación, disponibilidad. La cisura actual, entre una autonomía esgrimida como derecho y un paternalismo consagrado como actitud, dificulta el esclarecimiento de la relación médico-paciente, más aún cuando ambas partes se muestran ambivalentes entre sus aspiraciones declaradas y la forma en que creen poder alcanzarlas.

Una mirada ingenua podría considerar que la crisis del paternalismo médico ha dado paso a una nueva forma de concebir e implementar el ejercicio de la medicina y de las profesiones sanitarias asociadas, yendo más allá de una mera preocupación por la vida biológica de los individuos, e incorporando los aspectos relacionados con la forma en que esa vida es vivida. Pero analizando someramente la manera en que se implementan los cuidados médicos en la actualidad, es fácil apreciar que la cercanía con el poder pastoral está lejos de disiparse.

En los últimos decenios –y en parte gracias al mayor desarrollo de la industria farmacéutica, que ha permitido mayor disponibilidad y efectividad de medicamentos–, se intenta recurrir lo menos posible a la hospitalización, proceso que recibe la denominación de *ambulatorización de la medicina*.¹²⁹ Como forma privilegiada en el desarrollo de este proceso, y fuertemente impulsado desde la Organización Mundial de la Salud, se ha consolidado en distintos países del mundo el llamado en forma genérica *Modelo de Salud*

¹²⁹ El corolario de esta propuesta se encuentra, precisamente, en propender hacia una hospitalización domiciliaria, en la cual los cuidados especializados son provistos por los profesionales de salud (mediante su visita regular al domicilio del enfermo), mientras que los cuidados generales son otorgados por sus propios familiares. El origen de esta idea, no obstante, se remonta al siglo XVIII, tal y como lo reseña Foucault al describir los diversos intentos de sustitución del modelo de hospital que se tenía hasta entonces. Uno de ellos fue, precisamente, «la organización de una “hospitalización” a domicilio, hospitalización que presenta sin duda sus peligros cuando se trata de enfermedades epidémicas, pero que tiene sus ventajas económicas en la medida en que el coste de mantenimiento de un enfermo es mucho menor para la sociedad, al ser mantenido y alimentado en su casa como lo era antes de su enfermedad». [FOUCAULT, M. “La política de la salud en el siglo XVIII”. En *Estrategias de poder. Op. cit.*, p. 339].

Familiar. Una de sus variantes más ampliamente difundida es aquella que confiere especial importancia al aspecto comunitario, entendido este como las relaciones e inter-relaciones que se establecen entre quienes comparten un espacio social determinado. Chile ha adherido formalmente a este enfoque particular, y durante las últimas dos décadas ha organizado sus recursos públicos bajo este lineamiento, entendiendo el *Modelo de Atención Integral de Salud* como «un Modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio».¹³⁰ Los Centros de Salud Familiar (conocidos antiguamente como Consultorios o Postas de Salud) se organizan internamente en distintos sectores, encargados de brindar las prestaciones de salud a la población de determinado territorio dentro de su jurisdicción. De esta forma, logran interiorizarse de las dinámicas familiares y sociales propias de quienes comparten habitualmente un espacio domiciliario o vecinal común, facilitando una intervención sanitaria más pertinente.¹³¹ Pareciera que aquel pastor que cuida con manifiesta dedicación de sus ovejas e incluso conoce a cada una de ellas, no sólo residiera en un distante imaginario, sino que se encontrara hoy multiplicado en todo un equipo de salud.

Si bien Foucault no explicita la extensión temporal que está considerando cuando afirma que «el pastorado, en sus formas modernas, se desplegó en gran parte a través del saber, las instituciones y las prácticas médicas»,¹³² la instalación a escala global de un modelo sanitario que se articula sobre una visión de territorialidad –como el propuesto por la Organización Mundial de la Salud– lleva a reconsiderar la reflexión acerca de aquel arte de conducir a los hombres «cuya función es tomarlos a cargo colectiva e individualmente a

¹³⁰ CHILE. MINISTERIO DE SALUD. 2013. *Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria*, p. 12.

¹³¹ En otros países, la implementación de este modelo data de más tiempo. La gran reforma sanitaria efectuada en el Reino Unido con posterioridad a la Segunda Guerra Mundial apunta en este mismo sentido, y en cierta manera es una consolidación de una forma de otorgar cuidados médicos que ya venía operando desde antes de la Primera Guerra Mundial, tal como lo recalca Foucault en una de sus conferencias en Río de Janeiro. [Cf. FOUCAULT, M. “Nacimiento de la medicina social”. En *Estrategias de poder*. *Op. cit.*, p. 381 y ss.]

¹³² FOUCAULT, M. *Seguridad, territorio, población*. *Op. cit.*, p. 235.

lo largo de toda su vida y en cada momento de su existencia».¹³³ Porque es probable que esa descripción de un antiguo poder pastoral no sea tan lejana como se esperaría.

LOS PUNTOS DE TENSIÓN EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

A lo largo de sus cuatro decenios de existencia, la bioética se ha consolidado al interior de la disciplina médica, constituyéndose en una forma validada de buscar solución a los dilemas y problemas que surgen en la relación entre los profesionales sanitarios y las personas a quienes atienden. En esta consolidación, ha sido muy relevante la institucionalización académica que ha experimentado el discurso bioético, en nuestros días parte integral de los programas básicos de estudio de las carreras de la salud, además de las opciones de postgrados para ellas. La relativa facilidad de aprendizaje de una propuesta como la principialista –por parte de no especialistas en humanidades–, contribuyó en gran medida a la aceptación y masificación de esta variante particular.¹³⁴ La permanente cercanía de la bioética con la denominada “ética médica” (pero también con las de profesiones afines) contribuye a que sus reflexiones fácilmente comiencen a girar alrededor de lo permitido o prohibido, de lo correcto o incorrecto, o de otras categorizaciones similares posibles de establecer al calificar el actuar de unos técnicos *sobre* un otro.

La manera en que se concibe a este *otro* es aún materia de cierto debate en nuestros días: paciente, enfermo, usuario o cliente son todas denominaciones en uso en la actualidad, y frecuentemente son intercambiadas a conveniencia de quien las esté usando. Cada una de ellas, por supuesto, logra *situar* de distintas maneras a la contraparte del profesional sanitario; a cada uno de estos posibles lugares de ubicación se le reconocerán, implícitamente, diferentes grados de participación y diversos niveles de derechos posibles de exigir.

¹³³ *Ibid.*, p. 192.

¹³⁴ Cf. DINIZ, D.; GUILHEM, D. “La bioética y las mujeres en América Latina”. En PESSINI, L.; DE BARCHIFONTAINE, C.; LOLAS, F. (Coord). *Op. cit.*, p. 235.

En una relación como la descrita, difusa en el aspecto formal que debiera regular la privacidad a sus partes, a la vez que abierta al escrutinio de la auditoría y susceptible de ser calificada moralmente, los disensos son abordados en forma ambivalente. Del lado médico, el principialismo bioético con su orden de precedencia –supuestamente universal– ya establecido: autonomía, no maleficencia, beneficencia, justicia; y su contracara, el afán médico de intervenir haciendo lo que técnicamente sabe hacer, aun al costo de un riesgo elevado. Del lado del enfermo, una aspiración muchas veces dubitativa para participar de una decisión técnica sin ser técnico, y muchas veces con la premura de que la resolución del problema (aquel idílico “retorno a la salud”) ocurra en el menor tiempo posible. Los principios instaurados por la vertiente estadounidense de la bioética marcan un deslinde a manera de barrera, y los técnicos buscan los intersticios a través de los cuales les será posible superar esta barrera cuando lo estimen necesario, pero sin llegar a desconocer (y menos a negar) su existencia.

En la situación señalada, se asume que la parte “enferma” está en busca de cura, y por lo tanto las controversias podrían surgir al momento de tener que optar entre distintos tratamientos disponibles. Más complejo es cuando la decisión tomada implica permanecer enfermo, ya sea por negarse a la opción terapéutica disponible, o por definitivamente no desear ningún tipo de ayuda especializada. Cuando la autonomía –supuesto principio de máxima jerarquía– es esgrimida como una oposición al “deber” del médico, el orden de precedencia ya referido se vuelve inestable.

El ingreso en el siglo XVIII de los médicos a los recintos hospitalarios, tradicionalmente consagrados al tránsito de este mundo al ultraterreno, marca un punto de inflexión en el rol que hasta entonces desempeñaban. La denominada “medicina clínica” adquiere una tarea que la distingue a partir de ese momento: no sólo desplaza a los pastores de almas, sino que también aspira a alejar lo más posible a la muerte. El imperativo terapéutico de retrasar dicho momento (a la vez que aprehenderlo en forma precisa para conocer sus múltiples formas), conlleva en parte la fantasía de lograr suspenderla de manera indefinida. Al menos los últimos doscientos años de ejercicio médico han estado

marcados por esta aspiración, la que incluso ha permeado a la cultura popular.¹³⁵ Cuando a esta pretensión médica se opone la decisión de una persona de acercarse a la muerte, e incluso de pretender que esta sobrevenga prontamente, el terreno resulta propicio para que la supuesta relación horizontal entre médico y enfermo se desestabilice.

Subyace a esta tensión la experiencia de la enfermedad que se ha ido configurando desde la Modernidad hasta el presente. Aquella lejana experiencia de su inevitabilidad, y por lo tanto una comprensión del “estar enfermo” como una de entre varias posibles formas del vivir, ha ido dando paso a la idea actual de la enfermedad como una anomalía extrema, muchas veces atribuida a la incapacidad de la persona de responsabilizarse por sí misma y cuidarse adecuadamente. La prescripción que determina la forma en que es adecuado cuidarse es, precisamente, aquella que emana de la medicina como disciplina; esto conlleva a que cuando no resulta posible atribuir la enfermedad a un insuficiente cuidado de sí mismo, es la medicina en su rol social de “Salubridad Pública”, y los médicos en su acción profesional cotidiana, quienes pueden resultar cuestionados. Para que la enfermedad pueda ser erradicada con la mayor celeridad posible es necesario identificarla con precisión y en forma oportuna, en lo posible incluso antes que se manifieste. Es en ese borde impreciso donde una paradoja como la “medicina preventiva” adquiere existencia real,¹³⁶ instaurando terapéuticas (muchas veces complejas) para estadios tempranos de enfermedades graves, o incluso ante la sola presencia de factores de riesgo de ellas.

La disociación así generada en una persona que se “siente” y se considera a sí misma sana en un cuerpo que podría no estarlo, alienta la perdurabilidad de la dicotomía entre mente y cuerpo, sello característico del ideario occidental a lo largo de las últimas centurias. La alteración corporal no solo escapa a la percepción sensible de la propia persona, sino también a la mirada y examen directo del experto, entrenado en la pesquisa de los signos característicos de las diversas patologías.

¹³⁵ Presencia que se inaugura con la novela *Frankenstein* (1818) de la inglesa Mary Shelley, inspirada libremente en los experimentos que efectuaban los médicos Luigi Galvani y Erasmus Darwin.

¹³⁶ Cf. AURENQUE, D. “El “paciente sano”: desafíos éticos de la medicina preventiva”. *Revista Médica de Chile*, 2017, vol. 145, n° 6, p.790-794.

La irrupción de la tecnología, en su forma de aparatos médicos de apoyo diagnóstico, devuelve al médico parte del dominio cedido en la relación con los enfermos. Antaño el profesional avalaba su presunción diagnóstica en su pericia para examinar el cuerpo enfermo y desvelar los signos que eran particulares a cada entidad nosológica, apoyándose además en su propia experiencia y en su capacidad para obtener del paciente un relato pertinente de los síntomas que le han afectado, descartando lo banal y otorgando su justo valor a lo que resulta orientador dentro del vasto campo de las distintas enfermedades. Al enfermo correspondía acomodarse al interrogatorio y responder con la verdad. Con los exámenes diagnósticos actuales gran parte de lo mencionado pierde relevancia, cuestionándose incluso su fiabilidad como método, ya que radica en la subjetividad de ambas partes involucradas: el diálogo y su aspiración de horizontalidad es sustituido por el discurso tecnificado del “resultado del examen”. El enfermo, lego en este campo, requerirá inevitablemente de la mediación de un hermeneuta calificado, ante el cual no hay horizontalidad posible. Este médico, en su rol de intérprete, deberá ofrecer al paciente un relato coherente respecto a su vivencia de enfermedad (cuando esta se encuentre en una fase manifiesta), incluyendo también los posibles desenlaces que se configuran según el tratamiento que se reciba. En la época actual, en que la antigua concepción de *Verdad* universal y unitaria se ha fragmentado en múltiples verdades parciales –que se asumen como irrefutables por su determinación desde la propia individualidad–, poder apelar a una supuesta verdad neutra y objetiva como la que emerge desde la tecnociencia reconfigura el campo de la relación entre médicos y enfermos.

La medicina, como disciplina al interior de una sociedad medicalizada, comienza a perder sus límites externos, abarcando cada vez un mayor campo dentro de la existencia de la población.¹³⁷ Lejana parece ya la época en que su foco era tratar las enfermedades para alejar a la muerte. Hoy pareciera que su foco principal es la pesquisa de factores de riesgo o enfermedades en estadios precoces, de manera de lograr tratar en forma temprana las

¹³⁷ Cf. FOUCAULT, M. “¿Crisis de la medicina o crisis de la antimedicina?”. En *Estrategias de poder. Op. cit.*, p. 351 y ss.

vulnerabilidades congénitas o adquiridas que pudieran desembocar en una patología grave. Ante esto, la apelación a la *propiedad del cuerpo* comienza a conformarse como el único argumento de posible legitimidad para evadir la pretensión de control que ostenta la disciplina médica. En una sociedad neoliberal que resguarda explícitamente el derecho a la propiedad material, este argumento consigue una solidez equiparable a la que se obtiene a través de la apelación a la autonomía. Instalada así esta discusión en un terreno jurídico, poco espacio queda para reflexionar acerca de si se posee un cuerpo como cualquier otro bien material, o si este poseer es una y la misma cosa con el hecho de vivir (y por lo tanto, pudiendo devolver el poder de argumentación a la propia autonomía).

LOS PUNTOS DE TENSIÓN EN EL MARCO DEL NEOLIBERALISMO

Cuando Foucault recalca «que la medicina forma parte de un sistema histórico; que no es una ciencia pura, y que forma parte de un sistema económico y de un sistema de poder»,¹³⁸ se está refiriendo tanto a la medicina clínica que surge en el siglo XVIII como a la existente hoy. Y así como los sistemas económicos y de poder han variado a lo largo de estos tres siglos, la disciplina médica ha experimentado modificaciones que han repercutido directamente sobre las diversas poblaciones y sobre las sociedades que estas conforman. Distintos sistemas de organización económica determinarán la coexistencia de diferentes tipos de poblaciones en su seno. Las sociedades inmersas en el neoliberalismo (como la mayoría de las existentes en Latinoamérica) presentarán problemáticas comunes respecto a la forma en que en ellas se desarrolla la medicina, siendo necesario esbozar las principales dificultades para obtener una visión de conjunto.

Al mismo tiempo que el borde externo de la medicina comienza a difuminarse en una sociedad medicalizada, el límite de lo que se entiende como enfermedad también se vuelve nebuloso. Ya no es solo la persona (como integración de su cuerpo y mente) la que puede enfermar, la condición también puede afectar a instituciones o a la sociedad en su conjunto.

¹³⁸ *Ibid.*, p. 361.

Y si bien es evidente que la palabra es usada en un sentido metafórico, su continua y abusiva mención trae aparejada la idea de que se requerirá una intervención de tipo terapéutica para lograr mejorar lo que se considera dañado o anómalo. En nuestra tradición cultural, ese rol compete a un médico, la mayoría de las veces actuando en forma solitaria; por extensión, la analogía se asociará a la necesidad de contar con alguien que, revestido de los atributos cuasi-mesiánicos que el imaginario social atribuye al “buen médico”, se encargue de *sanar* las instituciones o la sociedad en su conjunto.

A nivel individual, el límite difuso se expresa de otra manera. En un modelo que exalta la capacidad de autogestión y la autosuficiencia, el rol seudomesiánico debe ser interpretado por el mismo individuo. El empresario de sí adopta facultades de médico, se autoexamina, se autodiagnostica y se automedica, en pos de demostrarse autosuficiente y mejorar su productividad; se autogobierna, tal y como prescribe el individualismo propio del neoliberalismo. En concordancia con el fenómeno de medicalización de la sociedad, el componente preventivo también debe formar parte del *homo oeconomicus*, lo que en Chile ha sido reforzado a través de programas gubernamentales de salud como el implementado durante el primer gobierno de Sebastián Piñera, llamado “Elige vivir sano” (2011). Se conjuga, de un lado, el aspecto referido con anterioridad de responsabilidad individual sobre la propia salud, y del otro, la posibilidad (o, de forma más realista, la ilusión) de “elegir”, concepto estructural del modelo económico vigente.¹³⁹ Aquí, la norma que debe regir en el autocontrol proviene de la política pública de salud.

Pero lo señalado acarrea también una paradoja: el cuidado de la propia salud vinculado a los estilos de vida saludables y a la prevención, supone un efecto que recién podría observarse a mediano plazo. En una sociedad en que se realza y glorifica la inmediatez, más aún cuando esta se anuda al goce mediado por los sentidos (por lo tanto, con base corporal), privarse hoy en pos de un supuesto mejor mañana resulta contradictorio. Más aún si se cuenta con medicamentos capaces de revertir o anular hoy los

¹³⁹ En concordancia con el modelo general “comunitario” propuesto desde la Organización Mundial de la Salud, durante el segundo gobierno de Michelle Bachelet el programa es renombrado como “Elige vivir sano en comunidad”.

factores de riesgo que atentarán contra la salud futura. En una relación que se proclama como horizontal y que debiera regirse por la autonomía, la persona (enfermo potencial) también debiera poder “elegir” no vivir sano, y exigir el medicamento que aminorará los riesgos de su elección. El objetivo de la medicina preventiva se cumple igualmente, aunque por otra vía.

Diego Gracia ha precisado que en los países latinoamericanos en vías de desarrollo coexisten dos tipos dispares de problemáticas bioéticas: aquellas propias de un primer mundo económicamente solvente, y que se relacionan con el efectivo ejercicio de la autonomía, y otras vinculadas a las dificultades para acceder a la asistencia en salud por la saturación e insuficiencia de los servicios públicos, donde la problemática gira en torno a la justicia y no-maleficencia.¹⁴⁰ Anna Quintanas va un poco más allá, y puntualiza que los problemas abordados por la bioética «no suelen ser ajenos a las formas de gobierno de los individuos y la población impulsados por el neoliberalismo».¹⁴¹ Por su parte, Miguel Kottow ha planteado que el desarrollo de la bioética institucionalizada en los países de América Latina ha ocurrido en el entrecruce de tres fuerzas mayores: en primer lugar, la bioética anglosajona principialista, asimilada como la escuela más coherente de pensamiento disponible; en segundo término, la Iglesia Católica y su marcado interés en los problemas biomédicos relacionados íntimamente con la doctrina; finalmente, las fuerzas del mercado y su impacto directo sobre las prácticas y valores biomédicos.¹⁴²

La confluencia así generada determina la posición relativa de los principios bioéticos planteados en Georgetown. La autonomía, máxima expresión de una toma de decisión individual, queda en la práctica reservada para quienes ocupan una posición de comodidad en las sociedades de países en desarrollo, sea por su situación económica, educacional, o por ambas a la vez. La beneficencia, directamente dependiente del saber (y del saber hacer)

¹⁴⁰ Cf. GRACIA, D. “El contexto histórico de la bioética hispanoamericana”. En PESSINI, L.; DE BARCHIFONTAINE, C; LOLAS, F (Coord)., *Op. cit.*, p. 34.

¹⁴¹ QUINTANAS, A. “Bioética versus neoliberalismo. Por una nueva política de la vida”. *Revista Redbioética/UNESCO*, 2014, Año 5, vol. 2, n° 10, p. 105.

¹⁴² Cf. KOTTOW, M. “Bioética en Chile”. En PESSINI, L.; DE BARCHIFONTAINE, C; LOLAS, F (Coord)., *Op. cit.*, p. 118.

de los profesionales, queda instalada como la máxima aspiración de la relación médico-enfermo, plenitud a alcanzar una vez disueltas todas las tensiones o diferencias que puedan surgir en dicha relación. La no-maleficencia, aquel antiguo *primum non nocere*, es la renovada exigencia deontológica en materias de salud, inculcada en los profesionales durante su formación académica y sujeta al escrutinio de sus pares cuando se considera necesario, acarreado ambas situaciones la posibilidad cierta de ser interferida por un confesionalismo doctrinario. Finalmente, la justicia como principio está confinada a un nivel estructural y se presenta regulada a través de políticas públicas, las cuales tienen poca injerencia real sobre prestadores o instituciones de salud privada; si llega a entrar este principio en el debate, serán los profesionales o instituciones sanitarias quienes sancionarán mediante protocolos clínicos el acceso a determinado bien que resulta escaso para la demanda existente. En este marco bioético principialista, pacientes o enfermos se desvanecen en su incapacidad para contrapesar la relación, no así los denotados como “clientes”, quienes podrán invocar por sí mismos la autonomía y aspirar a una horizontalidad relativa dentro de la relación con los profesionales de la salud.

La medicina se ha incorporado al mercado en el sistema neoliberal de maneras diversas, y ocupando por lo tanto diferentes nichos. Además de constituirse como otro bien de consumo más para una fracción minoritaria de la sociedad (aquella que puede posicionarse como “cliente” ante los profesionales), su oferta preventiva es hoy transversal a los diferentes sistemas previsionales de salud y segmentada según los riesgos propios de cada grupo demográfico: es así como mujeres, infantes, adolescentes, hombres o tercera edad acceden a evaluaciones de salud diferenciadas. Por otra parte, la investigación biomédica se desarrolla bajo dos ejes mayores pero vinculados: de un lado, el estudio de la población considerada “normal”, que continuando a la fisiología clásica busca desentrañar los aspectos íntimos del funcionamiento del cuerpo humano; del otro lado, el estudio de la población enferma (o en riesgo de enfermar), en pos de desvelar la fisiopatología del cuerpo enfermo, aquel mal funcionamiento que subyace a cada enfermedad conocida (o por identificar), y que se constituye como el punto de partida para la investigación farmacéutica

y el particular mercado que en ella se sostiene. Escudriñar en los procesos vitales de un cuerpo que se cataloga como “normal” acarrea encontrar variabilidades, las cuales son comprendidas desde la biología precisamente como eso: variantes dentro de la diversidad de la naturaleza. La medicina, sin embargo, las analiza desde el punto de vista de una sociedad medicalizada, y en la medida que se alejen de lo normal (en un sentido estadístico) podrán ser consideradas como factores de riesgo a la preservación de aquel estado idealizado de salud que sustenta la Organización Mundial de la Salud (OMS).¹⁴³ Podrán, por lo tanto, volverse objeto de intervención médica en etapa experimental, siempre y cuando las personas —ejerciendo su autonomía— otorguen su consentimiento informado para participar en la investigación.¹⁴⁴

La medicina siempre ha acarreado un riesgo en su ejercicio, debido a la imposibilidad de controlar todas las variables implicadas en una intervención con finalidad terapéutica. La multiplicación de exámenes de laboratorio e imagenológicos, de condiciones orgánicas convertidas en diagnósticos (por lo tanto, susceptibles de recibir tratamiento) y de medicamentos disponibles para tratar o prevenir enfermedades, conlleva por supuesto la multiplicación de los riesgos propios de la medicina, abriendo el campo al mercado de las aseguradoras.

Los avances tecnocientíficos de los últimos años han abierto la posibilidad de modificar a elección ciertos aspectos corporales. La cirugía plástica de tipo estética puede instalarse como práctica médica, en la medida en que logra argumentar que para cierta persona es motivo de sufrimiento psicológico el que parte de su cuerpo sea de determinada manera. Esta fundamentación sigue la línea trazada por la cirugía reconstructiva, en la cual la intervención quirúrgica (y sus riesgos indisolubles) está dirigida a restaurar en la persona un estado previo, que se ha perdido por enfermedad grave o accidente, con su comprensible

¹⁴³ «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». [ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. “Constitución de la Organización Mundial de la Salud”. *Documentos básicos*. 48ª edición. Ginebra: OMS, 2014, p. 1].

¹⁴⁴ En Chile, son los Comités de Ética Científicos los encargados de validar los distintos protocolos de investigación que involucran a seres humanos, donde se incluye el documento de consentimiento informado. [Cf. CHILE. MINISTERIO DE SALUD. 2006. Ley N° 20.120. *Op. cit.*, Artículos 10° y 11°].

correlato emocional. En la medida que el concepto de salud de nuestros días es impreciso, el de sufrimiento vinculado a la salud también puede serlo. El cliente, apelando a su autonomía, elige y acepta los riesgos quirúrgicos en pos de lograr un estado que cree le resultará más gratificante. Implantes de diverso tipo permiten modificar el cuerpo para que se acerque lo más posible al ideal que se impone socialmente. El riesgo, sin embargo, también es compartido: un cliente insatisfecho con lo que se le ha ofrecido puede recurrir a instancias judiciales para reclamar por un resultado insatisfactorio.

De acuerdo a lo planteado por Maria Muhle, la “vida” como conceptualización es dependiente del saber-poder que se expresa en la biopolítica, quedando de esta manera «abierta a determinaciones y normalizaciones desde el exterior».¹⁴⁵ A lo largo de los últimos siglos, también la medicina clínica ha contribuido a ampliar el campo de lo que se entiende por vida, en la medida que ha llegado a intervenir terapéuticamente en estadios intrauterinos y ha logrado sostener las funciones vitales por decenios mediante maquinaria y equipamiento biomédico. En forma concomitante, la bioética ha debido ir modificando ciertos planteamientos, a medida que se ha generado mayor conocimiento sobre el fenómeno de la vida en un sentido biológico. Cierta apertura de criterio observada en la sociedad de los últimos años en relación a algunos temas complejos (aborto, eutanasia, cuidados paliativos), no han implicado un cambio real en la relación médico-enfermo, por lo que en esencia el ejercicio de poder de los primeros sobre los últimos se mantiene.

Los fines a los que aspira la medicina actual pueden ser más o menos discutibles, al igual que los medios que utiliza. Lo que es más claro, es que la medicina ha sabido acoplarse al sistema económico imperante, donde juega su rol claro como disciplina: prevención para mantener la funcionalidad laboral, *fitness* para prolongar o crear un cuerpo “saludable”,¹⁴⁶ encarnizamiento terapéutico para mantener la vida (y a la par generar

¹⁴⁵ MUHLE, M. “Sobre la vitalidad del poder: una genealogía de la biopolítica a partir de Foucault y Canguilhem”. En LEMM, V. (Ed). *Michel Foucault: neoliberalismo y biopolítica*. Op. cit., p. 406.

¹⁴⁶ Flavia Costa desarrolla la noción del “dispositivo *fitness*” como parte de un “dispositivo de corporalidad” que se encadena a continuación (temporalmente) del dispositivo de sexualidad planteado por Foucault. [Cf. COSTA, F.; RODRÍGUEZ, P.E. “La vida como información, el cuerpo como “señal de ajuste”: los deslizamientos del biopoder en el marco de la gubernamentalidad neoliberal”. En LEMM, V. (Ed). *Michel Foucault: neoliberalismo y biopolítica*. Op. cit., p. 163 y ss].

ganancias para la empresa de salud). En suma, la armónica confluencia del neoliberalismo con los idílicos fines de la medicina.

LAS CRÍTICAS A LA BIOÉTICA PRINCIPIALISTA

Resultaría ingenuo entender a la bioética como un campo unificado y libre de tensiones internas. En Europa, por ejemplo, nunca ha arraigado fuertemente la vertiente principialista; su desarrollo local se ha enfocado alrededor de una perspectiva más cercana a los “derechos” en general, y a los Derechos Humanos en particular.¹⁴⁷ Esta variante de la bioética, a pesar de tener presencia en los círculos académicos latinoamericanos, no ha sido suficientemente traspasada a la práctica cotidiana en nuestro continente, donde aún prima el enfoque sustentado en los cuatro principios.

Las críticas más consistentes a esta bioética de origen norteamericano han surgido precisamente desde quienes se dedican a esta disciplina en países periféricos.¹⁴⁸ Estas críticas se aglutinan alrededor de dos ejes mayores, pero próximos entre sí: su origen foráneo, ya que la forma de reflexión bioética propuesta resulta concordante al contexto socio-político, económico y cultural que es particular a dicho origen; y el espíritu de “imperialismo moral” que impregna su propagación hacia otros países.

El origen foráneo de la bioética principialista

Una de las críticas más extendidas se sustenta en la marcada diferencia que existe entre países desarrollados y tercermundistas en sus aspectos socioeconómicos, los que se vinculan directamente, además, a elementos socioculturales. Esta situación permitiría explicar la relevancia otorgada a ciertos principios en el contexto de un *ethos* norteamericano que concede gran importancia a la toma de decisiones individual, y que ve respaldada esta postura en la consagración de la autonomía, toda vez que el acceso a la

¹⁴⁷ Cf. TEALDI, J.C. “Los principios de Georgetown: Análisis crítico”. En GARRAFA, V.; KOTTOW, M.; SAADA, A. (Coord). *Op. cit.*, p. 38.

¹⁴⁸ En lo sucesivo, el concepto de periferia aplicado a países o continentes debe entenderse en el marco de la “Teoría Sistema-Mundo” que categoriza a los países en centrales y periféricos, planteada por Immanuel Wallerstein durante la década de los ’70 del siglo pasado.

salud se encuentra suficientemente resguardado en una sociedad económicamente solvente. Por el contrario, en países del tercer mundo la exclusión social condiciona un acceso insuficiente a los servicios de salud para un elevado segmento de la población, lo que conlleva muchas veces que la autonomía quede supeditada a otras variantes del proceso sanitario. Como ya he señalado en el Capítulo 3, el principio bioético de la justicia debe entenderse como referencia a la equidad, en este caso de acceso a los servicios de asistencia en salud, a las tecnologías de apoyo diagnóstico y a los tratamientos requeridos. Las críticas planteadas a la propuesta de Georgetown hacen hincapié en que el rango otorgado a la justicia (al mismo nivel que los restantes principios) no se condice con la realidad del tercer mundo, donde la reafirmación de la salud como un derecho, y la necesidad de garantizar un efectivo acceso de la población a ella, exige su preeminencia.¹⁴⁹ Por otra parte, podría resultar legítimo limitar el ejercicio de la autonomía en ciertos contextos, principalmente cuando se observa que restringe la autonomía de otros o cuando perjudica el bien común,¹⁵⁰ estando esta última situación presente en los debates actuales relacionados a los movimientos anti-vacunas y al resurgimiento epidémico de algunas enfermedades infecto-contagiosas que se consideraban erradicadas.

El “imperialismo moral” de la bioética principialista

El “imperialismo moral” del cual se acusa a la bioética principialista hace referencia a que este enfoque dificulta una deliberación contextualizada, obstruyendo la adecuación cultural que resulta pertinente ante ciertos dilemas y problemas bioéticos.¹⁵¹ Una mirada analítica a esta acusación permite apreciar al menos dos condiciones que han facilitado la implantación de este modelo. El primero se relaciona con el eficiente uso de la institucionalidad internacional en materias de salud que han demostrado sus seguidores: tanto la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la Panamericana (OPS) y la

¹⁴⁹ «La justicia no puede verse como un principio entre otros, sino que [...] es el gran tema por resolver en nuestras sociedades». [CALDERÓN, G. “Una lectura crítica de la bioética latinoamericana”. En PESSINI, L.; DE BARCHIFONTAINE, C.; LOLAS, F. (Coord). *Op. cit.*, p. 253].

¹⁵⁰ Cf. KOTTOW, M. “Bioética prescriptiva. La falacia naturalista. El concepto de principios en bioética”. En GARRAFA, V.; KOTTOW, M.; SAADA, A. (Coord). *Op. cit.*, p. 17.

¹⁵¹ Cf. GARRAFA, V.; PORTO, D. “Bioética de intervención”. En TEALDI, J.C. (Dir). *Op. cit.*, p. 162.

UNESCO han impulsado iniciativas de difusión y programas de educación en bioética en los distintos continentes, principalmente desde la década de los '90 en adelante. En países donde los recursos financieros asignados a la salud por el Estado resultan exiguos, constituiría una imprudencia desaprovechar las instancias de cooperación internacional. El segundo enfoque crítico apunta a quienes fueron parte, en su momento, de dichas instancias; tal como reconoce Miguel Kottow, «los bioeticistas de la región hemos pecado, en mayor o menor grado, de fidelidad a los principios de Georgetown y al intento de adoptarlos con algunas modificaciones, y no han faltado motivos de arrepentimiento por esa transculturalización».¹⁵² La autocrítica resulta válida, como también algunas propuestas teóricas y prácticas tendientes a la independencia definitiva de los postulados de Georgetown, que analizaré en párrafos siguientes. Sin embargo, la crítica resulta insuficiente cuando el “imperialismo moral” es analizado no ya en la escala de países, sino en la escala de las relaciones entre enfermos y personal sanitario. Independiente del enfoque bioético predominante al interior de un Comité de Ética Asistencial particular, es muy poco probable que los enfermos se encuentren adecuadamente representados en las instancias de debate que surjan, sea por su minoría numérica como por su desconocimiento de aspectos técnicos –propios de la medicina– que sean necesarios de incorporar a la discusión. La normativa existente en nuestro país¹⁵³ establece que los comités estarán conformados por entre siete y nueve miembros, exigiendo la presencia mínima de tres profesionales de la salud, un licenciado en Derecho y un miembro de la comunidad. Además es frecuente que, en la práctica, este miembro de la comunidad sea un representante local de algún grupo religioso (habitualmente un sacerdote católico o un pastor evangélico), imprimiendo un tipo adicional de “imperialismo moral” al ya efectuado por la medicina y profesiones afines, signado esta vez por la sacralización de la vida. De allí que Kottow considere que los comités «han sido muy conservadores y, generalmente, sólo siguen la ley, las regulaciones oficiales o las reglas de la casa. El respeto por la vida se

¹⁵² KOTTOW, M. “Bioética prescriptiva. La falacia naturalista. El concepto de principios en bioética”. En GARRAFA, V.; KOTTOW, M.; SAADA, A. (Coord). *Op. cit.*, p. 24.

¹⁵³ Cf. CHILE. MINISTERIO DE SALUD. 2013. Decreto 62. *Op. cit.*, Artículo 5°.

considera un precepto supremo que se sobrepone a toda decisión referente a procedimientos de acortamiento de la vida o rechazo de tratamiento de parte de los pacientes [...].¹⁵⁴

El problema de la representatividad de los enfermos, y la posibilidad que estos tienen de incidir realmente en la toma de decisiones en salud respecto a ellos mismos o a sus cercanos, es un aspecto no suficientemente resuelto. La reglamentación vigente en Chile señala que es obligatorio, para los miembros del equipo de salud, solicitar el análisis del Comité de Ética Asistencial respecto a las discrepancias que surgen cuando los enfermos, apelando a su autonomía, se ubican en una posición antagónica a lo indicado por los profesionales sanitarios.¹⁵⁵ La pluralidad en el análisis solicitado no está suficientemente garantizada, como tampoco la neutralidad valorativa. Adriana Arpini señala que en estas deliberaciones «están involucrados intereses teóricos, necesidades e intereses prácticos y emancipatorios de las personas y de las comunidades», y llama a estar atentos a los «problemas vinculados a las posibles derivaciones políticas e ideológicas que podrían comprometer el sentido racional de las decisiones», dado que es precisamente la argumentación racional la vía que podría permitir alcanzar convergencias entre posiciones diferentes.¹⁵⁶

En este contexto, puede comprenderse que varios bioeticistas latinoamericanos aboguen por una bioética de carácter marcadamente regional, centrada en las problemáticas propias de este continente,¹⁵⁷ independizada del estrecho vínculo con la medicina que ha

¹⁵⁴ KOTTOW, M. “Bioética en Chile”. En PESSINI, L.; DE BARCHIFONTAINE, C; LOLAS, F (Coord)., *Op. cit.*, p. 116.

¹⁵⁵ Cf. CHILE. MINISTERIO DE SALUD. 2013. Decreto 62. *Op. cit.*, Artículo 13°.

¹⁵⁶ ARPINI, A. “Pluralismo”. En TEALDI, J.C. (Dir). *Op. cit.*, p. 37.

¹⁵⁷ Cf. SAADA, A. “Prólogo”. En TEALDI, J.C. (Dir). *Op. cit.*, p. xxi; LEPARGNEUR, H. “Una mirada prospectiva”. En PESSINI, L.; DE BARCHIFONTAINE, C.; LOLAS, F. (Coord). *Op. cit.*, p. 262; PESSINI, L.; DE BARCHIFONTAINE, C. “Algunos retos para el futuro de la bioética en Iberoamérica”. En PESSINI, L.; DE BARCHIFONTAINE, C.; LOLAS, F. (Coord). *Op. cit.*, p. 279.

coartado su campo de acción,¹⁵⁸ y capaz de sustentar un activismo socio-político explícito si llega a ser necesario.¹⁵⁹

LAS SALIDAS A LAS TENSIONES: BIOÉTICAS “ALTERNATIVAS”

Al inicio del siglo XXI, las críticas a la bioética principialista norteamericana se habían instalado incluso al interior del mismo aparato institucional que había contribuido a su expansión global. Alya Saada, Doctora en Filosofía de origen tunecino y responsable del Programa de Bioética para América Latina y el Caribe de la UNESCO, consideraba hace poco más de diez años que resultaba «procedente observar que algunos investigadores, universidades y países comprenden el *bio* de la (bio)ética como más relacionado con la *biomedicina* y la *biotecnología*, en tanto otros lo interpretan ya imprimiendo el sentido más amplio de *vida*».¹⁶⁰ Los primeros se enfocarían principalmente en lo relativo a nuevas tecnologías reproductivas, trasplantes de órganos, genómica y células madre, mientras que los segundos impulsarían la incorporación formal a la bioética de temáticas vinculadas a exclusión social, vulnerabilidad, guerra y paz, racismo y salud pública. Destacaba así «el paso de una bioética fundamentalmente centrada en el individuo a una ética holística *fundada sobre la justicia social y la equidad*»,¹⁶¹ que ampliaba su campo de interés hacia el derecho a la salud, el acceso a cuidados y tratamientos médicos, y los derechos económicos y sociales en su conjunto, destacando dentro de estos la eliminación de la pobreza y de la exclusión, el derecho a una vida digna, y el derecho a la diversidad y a la pluralidad. Considerando su rol institucional, el planteamiento de Saada era tanto una constatación de lo que ella venía observando, como una propuesta de líneas de desarrollo para la bioética en el contexto “periférico” propio de Latinoamérica. Un rápido bosquejo de las reflexiones

¹⁵⁸ «El entendimiento de la bioética como una cuestión médica y no como un campo analítico y teórico sobre la biomedicina y la ciencia todavía persiste». [DINIZ, D.; GUILHEM, D. “La bioética y las mujeres en América Latina”. En PESSINI, L.; DE BARCHIFONTAINE, C.; LOLAS, F. (Coord). *Op. cit.*, p. 235].

¹⁵⁹ Cf. CALDERÓN, G. “Una lectura crítica de la bioética latinoamericana”. En PESSINI, L.; DE BARCHIFONTAINE, C.; LOLAS, F. (Coord). *Op. cit.*, p. 254.

¹⁶⁰ SAADA, A. “Introducción”. En GARRAFA, V.; KOTTOW, M.; SAADA, A. (Coord). *Op. cit.*, p. xvi.

¹⁶¹ SAADA, A. “Prólogo”. En TEALDI, J.C. (Dir). *Op. cit.*, p. xxi.

sobre la bioética que se han venido dando en los últimos años en nuestro continente, da cuenta de algunas propuestas que resultan más consistentes y direccionadas en su aspecto teórico (las denominadas “de intervención” y “de protección”, por ejemplo), y otras más laxas y abarcativas.

Bioética de intervención

También se le ha denominado “bioética fuerte” o “dura”, dado que su enfoque se extiende hacia los macroproblemas y conflictos colectivos relacionados a los temas bioéticos que son característicos de países pobres y en desarrollo.¹⁶² Su núcleo teórico se apoya en el abierto rechazo al «creciente proceso de despolitización de los conflictos morales»¹⁶³ que se ve amparado por el enfoque individual que adopta la bioética principialista. Su propuesta explícita es que la bioética debe impulsar a los Estados para que retomen la responsabilidad social que les compete en temáticas de salud, y vuelvan a ser garantes del acceso efectivo a ella. Esta postura podría, eventualmente, conducir a que una política sanitaria pública que busca privilegiar a un gran número de personas, pudiera ir en detrimento de ciertos individuos, lo cual debiera ser analizado puntualmente para establecer si existe una justificación adecuada y legítima.¹⁶⁴

Para la bioética de intervención, «el cuerpo es la materialización de la persona, la totalidad somática en la cual están articuladas las dimensiones física y psíquica que se manifiesta de modo integrado en las interrelaciones sociales y en las relaciones con el ambiente».¹⁶⁵ Desde esta perspectiva, el cuerpo del individuo se situaría en la interfaz entre la mirada biomédica clásica y aquella noción de cuerpo social que da sustento a la idea de población, punto de confluencia de lo que Foucault identifica con los nombres de disciplina y tecnología de poder. En esta interfaz se ubicaría, precisamente, el campo de acción directa de la bioética de intervención.

¹⁶² Cf. GARRAFA, V.; PORTO, D. “Bioética de intervención”. En TEALDI, J.C. (Dir). *Op. cit.*, p. 161 y ss.

¹⁶³ *Ibid.*, p. 162.

¹⁶⁴ Cf. *Ibid.*, p. 163.

¹⁶⁵ *Ibid.*, p. 163.

Bioética de protección

Tomando como base la jibarización progresiva del Estado, principalmente en lo concerniente a su rol de proteger la vida de sus ciudadanos, esta variante se plantea como una alternativa esencialmente pragmática. Desde un punto de vista teórico, distingue una forma *sensu strictu* caracterizada por «un llamado a la igualdad social, al empoderamiento de los excluidos y al cuidado de los desmedrados»,¹⁶⁶ mientras que su acepción *sensu latu* «aspira a nuevas formas de cosmopolitismo enmarcadas en una ética de hospitalidad incondicional»,¹⁶⁷ en el sentido planteado por Derrida. Quienes la proponen consideran que su implementación efectiva debiera implicar programas de acción específicos en materias de prácticas sanitarias públicas, investigación biomédica y medicina clínica. La vertiente bioética representaría sólo un segmento acotado al interior de una ética de protección más amplia.

El principio de justicia planteado en la variante de Georgetown es considerado en esta propuesta en su sentido de justicia social y, más específicamente, en la forma pragmática que debiera verse reflejada en acciones concretas en pos de la equidad (respecto a quienes presentan desventajas de cualquier índole), o de la igualdad (para quienes han alcanzado un nivel de empoderamiento suficiente para gestionar por sí mismos la cobertura de sus necesidades).

Por otra parte, se asume que la autonomía en ciertas situaciones pudiera no existir (adultos mentalmente discapacitados), o que podrían haber limitantes a su ejercicio por tiempo prolongado (infantes y ancianos dependientes de terceros, personas socialmente desempoderadas). En estas situaciones se volvería imperiosa la existencia de un *pacto de protección*, un paternalismo benefactor que no podría ser interrumpido sino hasta haber superado las condiciones que originan la restricción de la autonomía individual, y que debiera limitar su campo de acción sólo a los ámbitos deficitarios.¹⁶⁸

¹⁶⁶ KOTTOW, M. “Bioética de protección”. En TEALDI, J.C. (Dir). *Op. cit.*, p. 165.

¹⁶⁷ *Ibid.*, p. 165.

¹⁶⁸ *Cf. Ibid.*, p. 166.

Propuestas de expansión

Diversos bioeticistas han venido planteando, al menos durante los últimos 15 años, que la bioética debiera ampliar su campo, tanto de reflexión como de acción.¹⁶⁹ Sostentan esta propuesta en al menos dos elementos comunes: por una parte, la bioética tradicional resulta, en su intento de ser consistente con los cuatro principios de Georgetown, restrictiva en la práctica; por otra, la propuesta original, contenida en el libro *Bioethics: bridge to the future* de Potter «lanza la idea de una nueva disciplina y un movimiento mundial a favor de la vida y el medioambiente en peligro. [La concibe] como un diálogo entre dos culturas o saberes —el científico y el ético—, con miras a la supervivencia del hombre y del planeta Tierra».¹⁷⁰

Este último elemento y su connotación medioambientalista cobra renovado vigor a partir de la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* de la UNESCO (2005), donde se considera que la bioética «trata de las cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas aplicadas a los seres humanos, teniendo en cuenta sus dimensiones sociales, jurídicas y ambientales».¹⁷¹ Dentro de sus considerandos, dicha Declaración hace mención a los dilemas y controversias que genera la tecnociencia a la especie humana y al medio ambiente, y al rol de protección del prójimo y formas de vida animales que compete a los seres humanos.¹⁷² Con posterioridad, titula su Artículo 17º como «Protección del medio ambiente, la biosfera y la biodiversidad».¹⁷³ La amplitud con que se concibe a la bioética en esta Declaración resulta similar a la definición amplia de salud que ha establecido desde 1946 la Organización Mundial de la Salud. En los

¹⁶⁹ Cf. CALDERÓN, G. “Una lectura crítica de la bioética latinoamericana”. En PESSINI, L.; DE BARCHIFONTAINE, C.; LOLAS, F. (Coord). *Op. cit.*, p. 254; LEPARGNEUR, H. “Una mirada prospectiva”. En PESSINI, L.; DE BARCHIFONTAINE, C.; LOLAS, F. (Coord). *Op. cit.*, p. 262; PESSINI, L.; DE BARCHIFONTAINE, C. “Algunos retos para el futuro de la bioética en Iberoamérica”. En PESSINI, L.; DE BARCHIFONTAINE, C.; LOLAS, F. (Coord). *Op. cit.*, p. 285.

¹⁷⁰ LLANO, A. “La bioética en América Latina y en Colombia”. En PESSINI, L.; DE BARCHIFONTAINE, C.; LOLAS, F. (Coord). *Op. cit.*, p. 51.

¹⁷¹ ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA EDUCACIÓN, LA CIENCIA Y LA CULTURA. “Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos”. En *Actas de la Conferencia General*. *Op. cit.*, p. 82.

¹⁷² Cf. *Ibid.*, p. 80 y s.

¹⁷³ *Ibid.*, p. 84.

capítulos precedentes, he hecho mención a la manera en que esta carencia de límites precisos ha contribuido a la medicalización de la sociedad. De manera análoga, una bioética en continua expansión de su ámbito de intereses y acción corre el riesgo de perder de vista, en su quehacer cotidiano, aquellos problemas esenciales que distan bastante aún de tener una respuesta satisfactoria. Aunque la noción primigenia de Potter haya estado vinculada a las incipientes problemáticas ecológicas y ambientales de la década de los '70, la captura del concepto *bioética* por parte de la biomedicina la condujo a otras áreas de desarrollo, encontrándose en la actualidad en un alto grado de institucionalización. Resulta difícil considerar que actualmente pueda constituirse en una plataforma eficaz para aglutinar las diferentes disciplinas, profesiones e instituciones que debieran confluir en pos de un proyecto de estas características, y que a partir de ella se pudieran generar programas de acción concretos.¹⁷⁴ En un contexto distinto al de sus años de surgimiento, y situados en otras coordenadas históricas y geográficas, el intento de recuperación o de vuelta al origen corre el riesgo de volverse una mera utopía rezumante de romanticismo.

RESISTENCIAS, CONTRACONDUCTAS Y LIBERTAD EN LA BIOÉTICA ACTUAL

La medicalización de la sociedad ha conducido a que la medicina deje de ser un área reservada y exclusiva de médicos. La incorporación progresiva de profesiones y quehaceres afines ha contribuido a la estructuración de una disciplina cada vez más amplia, abocada a una salud que, como concepto, traspasa sus propios deslindes para volver a situarlos cada vez un poco más allá. La conceptualización de Foucault de una medicina con efectos a la vez disciplinarios y regularizadores (esto es, actuando sobre el cuerpo y sobre la población)¹⁷⁵ se ha visto multiplicada en la proliferación de espacios y dominios

¹⁷⁴ Asombra la liviandad con que se plantea esta expansión de la bioética en textos especializados: «[La bioética] nació como una visión abarcadora, universalista, deseando mejorar la vida sobre nuestro planeta [...]. Ha llegado el momento de retomar el tema con ayuda de todas las buenas voluntades científicas, políticas, culturales, religiosas». [LEPARGNEUR, H. "Una mirada prospectiva". En PESSINI, L.; DE BARCHIFONTAINE, C.; LOLAS, F. (Coord). *Op. cit.*, p. 262].

¹⁷⁵ Cf. FOUCAULT, M. *Defender la sociedad. Op. cit.*, p. 229.

terapéuticos: espacios a cargo de la diversidad de profesionales de la salud,¹⁷⁶ dominios anexados mediante la progresiva medicalización.¹⁷⁷ Más aún, la medicina –en tanto “estrategia biopolítica”¹⁷⁸– queda inscrita en la grilla característica del bio-poder: una más dentro de la diversidad de estrategias que, a través de sus cristalizaciones institucionales, tornan efectivas la multiplicidad de relaciones de fuerza que conforman el poder.¹⁷⁹

La bioética, anudada en forma indisoluble a la medicina mediante su institucionalización académica, ha usado como vehículo a las distintas profesiones de la salud que han contribuido a expandir el campo de la medicina, lo que le ha permitido extender y consolidar su campo de influencia. Este anudamiento se ve favorecido por la estrecha similitud entre los métodos prácticos del ejercicio de la medicina y los métodos propuestos por la bioética tradicional. Heredera de la tradición del poder pastoral, la medicina –en su sentido amplio, agrupando a diversas profesiones de la salud– inicia su tarea conociendo en forma particular a cada individuo: confluyen allí los modelos teóricos –como el ya descrito de salud familiar y comunitaria– con la práctica clínica que se funda en una buena anamnesis, no limitada a la descripción de los síntomas actuales y su evolución, sino extendida hacia la indagación de toda enfermedad pasada, tanto del individuo como de sus familiares directos. Pero la pretensión de ciencia que impregna a la medicina le impide experimentar cada vez que trata a un enfermo: debe, necesariamente,

¹⁷⁶ Sin afán de exhaustividad, hoy coexisten laboralmente al interior de un recinto hospitalario médicos, enfermeras, matronas, paramédicos, psicólogos, kinesiólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales.

¹⁷⁷ Dos ejemplos vinculados entre sí:

1) El año 1998, el Ministerio de Salud chileno incorpora a la violencia intrafamiliar dentro de sus objetivos programáticos, argumentando que «en los últimos años, la violencia intrafamiliar, entendida esta como todas las formas de violencia que se presentan en la familia, ha sido ampliamente reconocida como un problema social y de salud pública». [CHILE. MINISTERIO DE SALUD. 1998. *Manual de apoyo técnico para las acciones de salud en violencia intrafamiliar*, p. 12].

2) Tanto la Ley N° 19.325 (actualmente derogada) como la N° 20.066, ambas relativas a la violencia intrafamiliar, consideran dentro de las sanciones accesorias a los agresores su concurrencia obligatoria a “programas terapéuticos o de orientación familiar” que existan en establecimientos públicos de salud [Cf. CHILE. MINISTERIO DE JUSTICIA. 1994. Ley N° 19.325: Establece normas sobre procedimiento y sanciones relativos a los actos de violencia intrafamiliar. Artículos 4° y 5°; CHILE. MINISTERIO DE JUSTICIA. 2005. Ley N° 20.066: Establece ley de violencia intrafamiliar. Artículo 9°].

¹⁷⁸ Cf. FOUCAULT, M. “Nacimiento de la medicina social”. En *Estrategias de poder*. Op. cit., p. 366.

¹⁷⁹ Cf. FOUCAULT, M. *Historia de la sexualidad I*. Op. cit., p. 112 y s.

implementar una terapéutica con eficacia comprobada para determinada enfermedad, presente en un grupo humano de características clínicas similares a las del individuo particular que está consultando. Después del acucioso ejercicio de individualizarlo, debe clasificarlo dentro de un grupo homogéneo para poder intervenir en forma técnica. De manera análoga, la bioética principialista analizará meticulosamente el caso individual para, a continuación, aplicar su método prescriptivo genérico: cuatro principios que guiarán su deliberación, excluyendo aquellas temáticas para las cuales existe normativa vigente.

Las propuestas de “bioéticas alternativas” –independientes de su mayor o menor consistencia teórica– buscan expandir y reconfigurar el campo de acción que hasta el momento tiene esta disciplina; expansión que se orienta hacia territorios en los cuales la medicina ya se encuentra situada, aunque con un grado de firmeza variable. Esta proyección conduciría a que sus tácticas (en un sentido foucaulteano) se imbricaran con las que son propias de las otras áreas de conocimiento con las que busca vincularse. Este rumbo, centrífugo e integrador en pos de regular de mejor manera la realidad en que se sitúa, resulta compatible con las características que Foucault atribuye a los dispositivos como técnicas de poder, cuyas tácticas van «encadenándose unas con otras, solicitándose mutuamente y propagándose, encontrando en otras partes sus apoyos y su condición, dibujan[do] finalmente dispositivos de conjunto».¹⁸⁰

A través de esta forma de diseminación queda de manifiesto que la bioética, sin mediar rebuscadas elucubraciones, se comporta como una estrategia biopolítica: dirigida hacia los individuos, hacia los “casos” que se presentan como dilemas, pero aplicando un enfoque de conjunto para su resolución; orientada específicamente hacia aquellas situaciones en que la tensión es manifestación de un poder que no logra afianzar su función reguladora de la manera en que debiera; no impulsada, evidentemente, por el Estado, pero sí por organismos internacionales con influencia sobre múltiples Estados, y puesta en práctica por instituciones muy cercanas o dependientes del Estado: universidades, hospitales públicos, centros de salud.

¹⁸⁰ *Ibid.*, p. 115.

Precisamente, quienes proponen “bioéticas alternativas” lo hacen argumentando las limitaciones (teóricas y de método) de la variante tradicional, y su insuficiencia práctica para dar una adecuada respuesta a las problemáticas contingentes. A pesar de que logran vislumbrar que las limitaciones se vinculan a la estrecha adecuación de la bioética con el neoliberalismo, sus propuestas no implican un distanciamiento efectivo si son analizadas desde el marco de inteligibilidad de Foucault respecto al saber-poder, ya que los intentos de resistencia forman parte de este mismo entramado. Donde hay poder hay resistencia, ella «nunca está en posición de exterioridad respecto del poder», y sus puntos o nudos se diseminan con densidad variable en el tiempo y en el espacio.¹⁸¹ En su búsqueda de una conceptualización más precisa y acorde con el tipo de análisis que realizaba, Foucault propone en su curso publicado como *Seguridad, territorio, población* la noción de contraconducta, entendiéndola como la lucha dirigida en contra de los procedimientos establecidos para conducir a otros.¹⁸² Al año siguiente usará la palabra libertad, pero precisando su alcance en el marco del liberalismo: «una relación actual entre gobernantes y gobernados», ya que esta forma de gubernamentalidad sólo puede ser efectiva en la medida que establezca, administre y organice las condiciones en que se puede ser libre.¹⁸³

La triada que conforman resistencia, contraconducta y libertad prefiguran la transición, en las investigaciones de Foucault, desde el análisis de las técnicas de sujeción al de las prácticas de subjetivación.¹⁸⁴ Y es en este contexto en que intentaré enlazarlas con las problemáticas contingentes de la bioética.

¿Es posible considerar que, en su origen, la bioética haya sido una forma de resistencia? La propuesta de Potter constituía una interpelación: denunciaba la escasa preocupación por problemáticas incipientes que se derivaban del actuar de instituciones y seres humanos sobre su entorno (principalmente en lo relativo a la ecología y

¹⁸¹ *Ibid.*, p. 116 y s.

¹⁸² Cf. FOUCAULT, M. *Seguridad, territorio, población*. *Op. cit.*, p. 238.

¹⁸³ FOUCAULT, M. *Nacimiento de la biopolítica*. *Op. cit.*, p. 83 y s.

¹⁸⁴ Cf. SENELLART, M. Nota N° 5 a la Clase del 1° de marzo de 1978. En FOUCAULT, M. *Seguridad, territorio, población*. *Op. cit.*, p. 225.

medioambiente), y el efecto nocivo de este mismo actuar sobre la sociedad. Aquel “puente hacia el futuro” de su propuesta requería la rearmonización de las ciencias y las humanidades,¹⁸⁵ y la denominación que le otorgaba Potter, al vincularlo a la ética, le otorgaba un matiz de imperativo. El cómo este incipiente foco de resistencia fue capturado por la institucionalidad (por el poder, a fin de cuentas) ya ha sido reseñado.

Que la bioética institucionalizada –en su variante principialista– pueda considerarse una resistencia resulta más dudoso. En sus inicios, se resaltaba de ella su firme oposición a las vulneraciones institucionales de la medicina sobre derechos fundamentales, a la vez que propugnaba por posicionar a la autonomía como un derecho insoslayable. Pero esto último sólo fue una ratificación de algo que venía ya ocurriendo en los años precedentes, a través de diversos fallos judiciales en esta línea. De forma análoga, el rol fundamental asignado a los comités y a sus actuaciones constituyó en realidad una formalización de instancias de discusión que tenían casi un decenio de existencia en Estados Unidos.

En el contexto señalado, lo que en algún momento pudo haberse considerado una resistencia (en un sentido foucaulteano) resultó rápidamente encadenado y se volvió parte integral de un dispositivo mayor al interior del neoliberalismo. El mismo riesgo lo corren las propuestas bioéticas consignadas como “alternativas”.

¿Dónde estarían en la actualidad, entonces, las contraconductas efectivas, y qué libertades están puestas allí en juego? Sobre el cuerpo enfermo, la medicina reclama su soberanía, cual si de un territorio se tratara. Pero sobre el cuerpo al límite de la enfermedad (territorio que pretende conquistar la medicina preventiva), o sobre el cuerpo habitado por quien pretende traspasar ese límite para alejarse (mediante la eutanasia o el suicidio), ¿quién establecerá quién es el gobernante? En ambos deslindes existe riesgo: el de enfermar y el de morir. Los principales debates bioéticos actuales en nuestro país pueden situarse sin mayor dificultad en alguno de esos límites, y en los puntos de riesgo allí configurados confluirán contraconductas, libertades y reflexiones (bio)éticas.

¹⁸⁵ Cf. WILCHES, A. “La Propuesta Bioética de Van Rensselaer Potter, cuatro décadas después”. *Opción*, 2011, Año 27, n° 66, p. 73 y ss.

Situaciones a presentar obligatoriamente ante los Comités de Ética Asistencial¹⁸⁶

Pueden ser categorizadas dentro de dos situaciones mayores, aunque ambas hacen referencia a la autonomía de los enfermos: la duda o certeza de incompetencia para tomar una decisión autónoma respecto a su salud; o un explícito rechazo al tratamiento que ofrece la medicina, negativa que conlleva un riesgo de morir. Para esta última categoría se asume que la decisión es tomada por una persona competente y autónoma quien, argumentando férreas convicciones racionales o dogmas religiosos, rechaza ciertos tipos de intervenciones médicas. En la práctica, dentro de las situaciones que con mayor frecuencia ocurren se ubican las relacionadas con la negativa a recibir transfusiones de sangre de quienes se reconocen como Testigos de Jehová, ya que consideran esta intervención médica como un acto impuro que los privaría de la vida eterna.

Desde la promulgación en el año 2012 de la Ley N° 20.584 (conocida como “Derechos y deberes de los pacientes”) parecía que las decisiones autónomas quedaban legalmente respaldadas, sentando precedente en nuestro país respecto a cómo abordar este tipo de situaciones.¹⁸⁷ Durante el año 2018, no obstante, dos complejos hospitalarios presentaron recursos judiciales de protección contra la decisión autónoma de personas Testigos de Jehová, solicitando que se les autorizara a transfundir sangre a pesar de la negativa de los pacientes. Ambos casos fueron fallados a favor de los requerimientos de los hospitales, uno por la Corte de Apelaciones de Santiago, que acogió la solicitud del Hospital San José,¹⁸⁸ y el otro por la Corte Suprema, que ratificó el fallo de la Corte de Apelaciones de Rancagua a favor del hospital de dicha ciudad.¹⁸⁹ En ambas situaciones, la argumentación de los jueces se fundó principalmente en que el mandato constitucional de asegurar la vida y la integridad física y psíquica de las personas tiene un carácter absoluto, y no puede ser limitado ni siquiera por la voluntad de la propia persona.

¹⁸⁶ Cf. CHILE. MINISTERIO DE SALUD. 2013. Decreto 62. *Op. cit.*, Artículo 13°.

¹⁸⁷ Cf. CHILE. MINISTERIO DE SALUD. 2012. Ley N° 20.584. *Op. cit.*, Artículos 14°, 15° y 16°.

¹⁸⁸ Cf. CHILE. PODER JUDICIAL. Primera Sala de la Corte de Apelaciones de Santiago, 13.7.2018.

¹⁸⁹ Cf. CHILE. PODER JUDICIAL. Tercera Sala de la Corte Suprema, 1.8.2018.

Cabe aquí problematizar respecto al destino que tendrán en nuestro país las contraconductas –fundadas en la libertad de conciencia– que se opongan al paternalismo médico y al carácter sacro de la vida, impronta que ha dejado el catolicismo, religión oficial de Chile hasta la Constitución de 1925.

Despenalización del aborto

Conocida como “Ley de aborto en tres causales” y promulgada el año 2017, la Ley N° 21.030 es una norma breve, de sólo cuatro Artículos, que en lo esencial modifica otras leyes ya existentes, despenalizando la interrupción voluntaria del embarazo en tres situaciones.¹⁹⁰ Dos de ellas acarrear un riesgo de muerte: de la madre, o del neonato que presente una malformación severa. En ambas situaciones confluyen la responsabilidad de los equipos de salud, que deben entregar información clínica fidedigna y comprensible, y la decisión autónoma de la persona en riesgo.

Los debates, no obstante, se han canalizado a través de dos visiones en pugna. En primer lugar, las reacciones a la puesta en práctica de la norma, sobretudo por la posibilidad que tienen equipos o instituciones de salud de abstenerse de interrumpir el embarazo apelando a una objeción de conciencia. En el contexto de una medicina que aboga desde hace muchos años por la prevención, y que no duda en intervenir ante la presencia de factores de riesgo de enfermedades, la relativización que hace del riesgo de muerte materna o neonatal en los casos que estipula la normativa vigente resulta, al menos, inconsistente. De igual manera, la omisión en esta discusión de la supuesta preeminencia del principio de autonomía, ratifica que la pretendida horizontalidad de la relación entre médicos y enfermos ocurrirá sólo en la medida que los médicos la consideren oportuna.

El otro foco de debate ha sido impulsado por quienes consideran insuficientes las causales consideradas por la norma, y abogan por la despenalización total del aborto. Tal vez asumiendo lo inoficioso que resulta argumentar mediante la autonomía, el debate tiende a instalarse apelando a una de las libertades más conspicuas del neoliberalismo: la del

¹⁹⁰ Cf. CHILE. MINISTERIO DE SALUD. 2017. Ley N° 21.030: Regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales.

derecho a decidir sobre la propiedad. “Mi cuerpo, mi decisión” aparece como una consigna difícilmente rebatible dentro del marco social en que vivimos, posicionando al cuerpo como una suerte de exterioridad sobre la cual se podría ejercer una soberanía fundada en la posesión, en absoluta concordancia con la exaltación del “empresario de sí mismo”. Y la contra-argumentación se sostiene en la presunción de que, al interior del cuerpo de la mujer, existiría “otro cuerpo” que le es ajeno y sobre el cual no podría reclamar soberanía. Debate que permite regresar, desde otra perspectiva, a la investigación de Foucault sobre la sexualidad como «matriz de las disciplinas y principio de las regulaciones»,¹⁹¹ telón de fondo no sólo del aborto, sino también de las prácticas de control de natalidad. Proyecto, en esencia, dirigido a «una “historia de los cuerpos” y de la manera en que se invadió lo que tienen de más material y viviente»,¹⁹² un intento de visibilizar el complejo entramado de *bíos*, poder y libertad.

Propuesta de legalización de la eutanasia

Entendida antaño simplemente como la ayuda atenta que entregaba el médico en pos de una “buena muerte”, en nuestros días se intenta diferenciar meticulosamente entre distintas categorías, que implicarían mayor o menor participación del equipo de salud en la aceleración de un proceso de muerte inevitable.¹⁹³ Para un poder que establece su fuerza sobre la vida y su desarrollo, «la muerte es su límite, el momento que no puede apresar»,¹⁹⁴ el lugar de la paradoja en el cual el “rechazar hacia la muerte” constituye el rasgo visible de su incapacidad última para “hacer vivir”. Allí también está la ambivalencia de la medicina, que en su afán de derrotar a la muerte no duda en prolongar hasta el extremo la vida en tanto funciones biológicas, intentando simultáneamente no olvidar aquel *primum non nocere* que la ha acompañado a lo largo de los siglos. La fórmula muchas veces implica

¹⁹¹ FOUCAULT, M. *Historia de la sexualidad I. Op. cit.*, p. 176.

¹⁹² *Ibid.*, p. 184.

¹⁹³ Se tiene así, de un lado, eutanasia voluntaria, directa, positiva y activa, habitualmente rechazada en el marco de la ética médica; del otro, eutanasia pasiva, indirecta o negativa, por lo general aceptada. [Cf. PESSINI, L. “Eutanasia”. En TEALDI, J.C. (Dir). *Op. cit.*, p. 506].

¹⁹⁴ FOUCAULT, M. *Historia de la sexualidad I. Op. cit.*, p. 167.

altas dosis de analgésicos y sedantes, los cuales impiden que la persona esté consciente de lo que ocurre.

La herencia del catolicismo, reflejada en la sacralidad de la vida humana, entra en pugna con la opción de limitar la duración en pos de aquella idea de “calidad de vida”, que en su subjetividad puede resultar tan imprecisa como la apelación a la dignidad humana: ¿quién precisará ese fin en sí mismo, y su vínculo con el fin de sí mismo? ¿Acaso hay mayor resistencia ante la biopolítica que la pretensión de sustraerle su objeto?

Los movimientos “anti-vacunas”

Chile, al igual que la mayoría de los países del mundo, posee un programa de salud de vacunación obligatorio, orientado preferencialmente a la etapa de la infancia, y tendiente a erradicar o minimizar la ocurrencia de brotes epidémicos de enfermedades con alta mortalidad o muy secuelantes. Estrategia que, en sus inicios históricos, se encuentra descrita en diversas investigaciones realizadas por Foucault sobre la medicina.¹⁹⁵ El desarrollo de vacunas ha sido progresivo en los últimos siglos, y con un mayor impacto sobre los seres humanos desde el siglo pasado. Las sospechas relativamente recientes respecto a efectos secundarios graves, vinculados a la producción a gran escala de vacunas por parte de farmacéuticas transnacionales, ha llevado a una proliferación del rechazo a someterse a estos programas de salud. Su efecto más significativo involucra a padres que se niegan a vacunar a sus hijos pequeños, decisión que pondera al menos dos riesgos: el de contraer la grave infección, o el de desarrollar los efectos secundarios severos atribuidos a la vacunación. Tensión en la que es sencillo lograr la intervención judicial, ya que la decisión de los padres es impuesta a quienes no se les reconoce capacidad de decidir autónomamente. Tensión, finalmente, entre el argumento de la libertad individual, contra la estrategia de política sanitaria de protección masiva de la población: la biopolítica en su sentido más primigenio.

¹⁹⁵ Cf. FOUCAULT, M.: “¿Crisis de la medicina o crisis de la antimedicina?”. En *Estrategias de poder. Op. cit.*, p. 352 y ss.; FOUCAULT, M. “Nacimiento de la medicina social”. En *Estrategias de poder. Op. cit.*, p. 373 y ss.; *Defender la sociedad. Op. cit.*, p. 220-222; “La política de la salud en el siglo XVIII”. En *Estrategias de poder. Op. cit.*, p. 335 y ss.; *Nacimiento de la biopolítica. Op. cit.*, p. 359 y ss.

LIBERTADES Y PRÁCTICAS DE SUBJETIVACIÓN

Las últimas investigaciones de Foucault, emprendidas en los primeros años de la década de 1980, presentan el cambio de temática señalado con antelación: desde el análisis de las técnicas de sujeción al de las prácticas de subjetivación, tomando como punto de partida la “historia de la sexualidad como experiencia”.¹⁹⁶ Con este fin, indaga en los “textos prescriptivos” de la antigüedad greco-latina: aquellos dirigidos a proponer reglas de conducta, consejos para comportarse como se debe y, finalmente, constituir el armazón de la conducta diaria. Estos textos no conformaban lo que hoy consideraríamos una moral heterónoma: se constituían como una suerte de diálogo con el individuo, y de este consigo mismo. A través de este método podría, en suma, no sólo formar su propia conducta, sino también darse forma a sí mismo como sujeto ético.¹⁹⁷ Mediante esta “práctica de sí” lograría expresar de manera plena su derecho, poder, autoridad y libertad.¹⁹⁸

A través del marco de inteligibilidad propuesto por Foucault para el análisis del saber-poder he pretendido realizar –sin duda de forma parcial e incompleta– una crítica a la bioética actual. Visibilizar no sólo su origen demasiado próximo a un poder institucional, sino también su proceso de institucionalización y su afán institucionalizante. Exponer sus inconsistencias teóricas y las tensiones que se verifican en su puesta en práctica cotidiana. Constatar la insuficiencia de sus respuestas ante las problemáticas de la actualidad. Desvelar, en suma, que forma parte integral del entramado de fuerzas que conforman la gubernamentalidad neoliberal.

Es por esto que la presente Tesis no puede desembocar en una conclusión, aunque tal vez sí en una aspiración: construirnos como sujetos éticos. Llegado el momento, situarnos frente a la bioética institucionalizada sin que esto implique quedar sitiados por ella –en una sociedad medicalizada, todos pasaremos por más de uno de esos momentos. No facultar a otros a decidir sustentados en nuestra omisión. Y, al mismo tiempo, conminar a esos otros –

¹⁹⁶ Cf. FOUCAULT, M. *Historia de la sexualidad 2. El uso de los placeres*. Buenos Aires: Siglo XXI, 2003, p. 7 y s.

¹⁹⁷ *Ibid.*, p. 15.

¹⁹⁸ *Ibid.*, p. 24 y s.

constituidos socialmente como garantes de nuestra salud– a expresarse como sujetos éticos, a establecer el diálogo y la deliberación en forma directa, y a no delegar en un pretendido grupo de expertos la reflexión que les corresponde realizar sobre su actuar.

BIBLIOGRAFÍA

ARITÓTELES. *Ética Nicomáquea. Ética Eudemia*. Traducción de Julio Pallí Bonet. Madrid: Gredos, 1993.

ASSALONE, EDUARDO. “La ética en los tiempos del biopoder. Por qué importa la biopolítica a la bioética”. *Alcances. Revista de Filosofía Contemporánea*, 2011, vol. II, nº 2.

AURENQUE, DIANA. “El “paciente sano”: desafíos éticos de la medicina preventiva”. *Revista Médica de Chile*, 2017, vol. 145, nº 6, p.790-794. [Disponible en <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017000600790>].

CASTRO, EDGARDO. “Biopolítica: de la soberanía al gobierno”. *Revista Latinoamericana de Filosofía*, 2008, Vol. XXXIV Nº 2, p. 187-205. [Disponible en <http://www.scielo.org.ar/pdf/rlf/v34n2/v34n2a01.pdf>].

CHILE. MINISTERIO DE JUSTICIA. 1994. Ley Nº 19.325: Establece normas sobre procedimiento y sanciones relativos a los actos de violencia intrafamiliar. [Disponible en <http://bcn.cl/1uw7t>].

———. 2005. Ley Nº 20.066: Establece ley de violencia intrafamiliar. [Disponible en <http://bcn.cl/1ux4l>].

CHILE. MINISTERIO DE SALUD. 1998. *Manual de apoyo técnico para las acciones de salud en violencia intrafamiliar*.

———. 2006. Ley Nº 20.120: Sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana. [Disponible en <http://bcn.cl/1m19j>].

———. 2011. Decreto 114: Aprueba reglamento de la Ley Nº 20.120, sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana. [Disponible en <http://bcn.cl/1v4p7>].

———. 2012. Ley N° 20.584: Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. [Disponible en <http://bcn.cl/1m0do>].

———. 2013. Decreto 62: Aprueba reglamento para la constitución y funcionamiento de Comités de Ética Asistencial. [Disponible en <http://bcn.cl/1mhxx>].

———. 2013. *Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria*. [Disponible en <http://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>].

———. 2017. Ley N° 21.030: Regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. [Disponible en <http://bcn.cl/222kz>].

CHILE. PODER JUDICIAL. Primera Sala de la Corte de Apelaciones de Santiago, 13.7.2018. [Disponible en <http://www.pjud.cl/documents/396729/0/PROTECCION+TESTIGO+JEHOVA+SAN+JOSE.pdf/0f399674-fe60-4b7d-b7a4-79b1d12f0dc0>].

———. Tercera Sala de la Corte Suprema, 1.8.2018. [Disponible en <http://www.pjud.cl/documents/396729/0/TRANSFUSION+SANGRE+RANCAGUA+SUPREMA.pdf/c5ef9993-8954-4e8d-92ff-e51a2a429d18>].

ESPOSITO, ROBERTO. *Bíos. Biopolítica y filosofía*. Buenos Aires: Amorrortu, 2006.

FASSIN, DIDIER. “Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud”. *Revista Colombiana de Antropología*, 2004, vol. 40, enero-diciembre, p. 283-318. [Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rcan/v40/v40a10.pdf>].

FOUCAULT, MICHEL. *Defender la sociedad. Curso en el Collège de France (1975-1976)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2001.

———. *Del gobierno de los vivos. Curso en el Collège de France (1979-1980)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2014.

———. *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo XXI, 2003.

———. *Estrategias de poder. Obras esenciales, Volumen II*. Madrid: Paidós Ibérica, 1999.

———. *Historia de la sexualidad 1. La voluntad de saber*. Buenos Aires: Siglo XXI, 2003.

———. *Historia de la sexualidad 2. El uso de los placeres*. Buenos Aires: Siglo XXI, 2003.

———. *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas*. Buenos Aires: Siglo XXI, 1968.

———. *Microfísica del poder*. Madrid: Las Ediciones de La Piqueta, 1979.

———. *Nacimiento de la biopolítica. Curso en el Collège de France (1978-1979)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2010.

———. *Seguridad, territorio, población. Curso en el Collège de France (1977-1978)*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2006.

———. *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Madrid: Siglo XXI, 2008.

GARCÍA, DIEGO. *El nacimiento de la bioética*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2007.

GARRAFA, VOLNEI; KOTTOW, MIGUEL; SAADA, ALYA (Coordinadores). *Estatuto Epistemológico de la Bioética*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México - Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética de la UNESCO, 2005.

GRACIA, DIEGO. “De la bioética clínica a la bioética global: treinta años de evolución”. *Acta Bioética*, 2002, año VIII, n° 1, p. 27-39. [Disponible en <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v8n1/art04.pdf>].

KOTTOW, MIGUEL. “Bioética y biopolítica”. *Revista Brasileira de Bioética*, 2005, vol. 1, n° 2, p. 110-121. [Disponible en <http://bioetica.org/cuadernos/bibliografia/kottow.pdf>]

———. “Discurso pronunciado a raíz de la distinción como Maestro”. *Nuevos Folios de Bioética*, 2013, n° 10, p. 7-12. [Disponible en <https://nuevosfoliosbioetica.uchile.cl/index.php/NFB/article/view/32853/34609>].

———. “La deliberación bioética”. *PRAXIS. Revista de Psicología*, 2011, año 13, n° 19, p. 53-74. [Disponible en <http://www.praxis.udp.cl/index.php/praxis/article/view/73/64>].

———. “Salud Pública y Biopolítica”. *Nuevos Folios de Bioética*, 2010, n° 2, p. 5-28. [Disponible en <https://nuevosfoliosbioetica.uchile.cl/index.php/NFB/article/view/32906/34643>].

LEMM, VANESSA (Editora). *Michel Foucault: neoliberalismo y biopolítica*. Santiago: Ediciones Universidad Diego Portales, 2012.

LEÓN, FRANCISCO. “Bioética y biopolítica en Latinoamérica”. *Revista de bioética latinoamericana*, 2008, v. 2, n° 1. [Disponible en <http://www.saber.ula.ve/handle/123456789/26247>].

LOLAS, FERNANDO. *Bioética. El diálogo moral en las ciencias de la vida*. Santiago: Editorial Universitaria, 1998.

LOLAS, FERNANDO; QUEZADA, ÁLVARO; RODRÍGUEZ, EDUARDO (Editores). *Investigación en salud. Dimensión ética*. Santiago: CIEB, Universidad de Chile, 2006.

LÓPEZ, CRISTINA. “La biopolítica según la óptica de Michel Foucault: alcances, potencialidades y limitaciones de una perspectiva de análisis”. *El banquete de los dioses*.

Revista de filosofía y teoría política contemporáneas, Vol. 1 N° 1 nov 2013-mayo 2014, p. 111-137. [Disponible en <https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/ebdld/article/view/566/503>].

MACINTYRE, ALASDAIR. *Historia de la ética*. Barcelona: Paidós Ibérica, 1991.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA EDUCACIÓN, LA CIENCIA Y LA CULTURA. *Actas de la Conferencia General. 33ª reunión. París, 3-21 de octubre de 2005. Volumen I: Resoluciones*. París: UNESCO, 2005.

———. *Guía N° 2. Funcionamiento de los comités de bioética: procedimientos y políticas*. París: UNESCO, 2006.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Documentos básicos*. 48ª edición. Ginebra: OMS, 2014. [Disponible en <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>].

PESSINI, LEO; DE BARCHIFONTAINE, CHRISTIAN DE PAUL; LOLAS, FERNANDO (Coordinadores). *Perspectivas de la Bioética en Iberoamérica*. Santiago: Organización Panamericana de la Salud, 2007.

QUINTANAS, ANNA. “Bioética versus neoliberalismo. Por una nueva política de la vida”. *Revista Redbioética/UNESCO*, 2014, Año 5, vol. 2, n° 10, p. 100-109. [Disponible en <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Montevideo/pdf/RevistaRBioet10-Final.pdf>].

SASS, HANS-MARTIN. “Fritz Jahr’s 1927 Concept of Bioethics”. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 2007, vol. 17, n° 4, p. 279-295. [Resumen disponible en [doi:10.1353/ken.2008.0006](https://doi.org/10.1353/ken.2008.0006)].

TEALDI, JUAN CARLOS (Director). *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: UNESCO - Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética: Universidad Nacional de Colombia, 2008.

WILCHES, ÁNGELA. “La Propuesta Bioética de Van Rensselaer Potter, cuatro décadas después”. *Opción*, 2011, Año 27, n° 66, p. 70-84. [Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3961004.pdf>].

