



# bioética cotidiana



**giovanni  
berlinguer**

salud  
y  
sociedad

*traducción de*  
OMAR ÁLVAREZ SALAS

# BIOÉTICA COTIDIANA

*por*  
GIOVANNI BERLINGUER

*prólogo a la edición en español*  
CATALINA EIBENSCHUTZ





---

**siglo xxi editores, s.a. de c.v.**

CERRO DEL AGUA 248, DELEGACIÓN COYOACÁN, 04310, MÉXICO, D.F.

---

**siglo xxi editores argentina, s.a.**

TUCUMÁN 1621, 7 N, C1050AAG, BUENOS AIRES, ARGENTINA

---

portada de patricia reyes baca

primera edición, 2002

© siglo xxi editores, s. a. de c. v.

isbn 968-23-2393-2

primera edición en italiano, 2000

© giunti gruppo editoriale, florencia

titulo original: *bioetica quotidiana*

derechos reservados conforme a la ley

impreso y hecho en méxico / printed and made in mexico

## PRÓLOGO A LA EDICIÓN EN ESPAÑOL

La publicación en México del libro *Bioética cotidiana* de Giovanni Berlinguer es de gran importancia en este momento. Si bien es un libro dirigido y basado en la experiencia europea, es de gran utilidad en nuestro país y aparece casi simultáneamente con la realización del VI Congreso Nacional Latinoamericano y del Caribe de Bioética, en momentos en que la Comisión Nacional de Bioética de México se encuentra en proceso de renovación. Sin duda este libro será de una importancia enorme para los especialistas en el campo de la bioética, pero no únicamente para ellos, sino para todos los interesados en incrementar el contenido ético en la sociedad, en la política y en la Medicina.

Berlinguer se muestra nuevamente como un autor del modernismo, que reconoce la posibilidad de un mundo mejor en un futuro no tan lejano. Como tal, le da un sentido de futuro a sus planteamientos, reflexiones e investigaciones. Permanentemente discute y duda de lo en apariencia sabido, conocido y decidido. Duda y rediscute sus propias investigaciones, sus decisiones y sus posiciones tanto políticas como científicas, con base en las transformaciones sociales y políticas, a las cuales siempre ha estado atento. Bien informado incluye siempre una perspectiva histórica de largo y corto alcance en una forma muy interesante, amena y a veces divertida.

Inicia su "Introducción" definiendo el concepto de bioética cotidiana como aquella que tiene que ver con los problemas de la vida cotidiana, el nacimiento, la muerte, la atención médica, los derechos humanos, las políticas sociales que afectan la vida de todos los ciudadanos, a diferencia de la ética de frontera que se refería a los problemas éticos de las tecnologías modernas. División que él mismo pone actualmente en duda.

En el capítulo 1, que se ocupa fundamentalmente de la reproducción humana entendida como un proceso natural, sobre el que el desarrollo científico del siglo XX ha permitido su regulación consciente, el proceso es analizado a la luz del deber y el derecho, de los problemas religiosos, de las relaciones de género (aunque no las llama así), las desigualdades y la esterilización forzada, reconociendo

que “la disminución de la natalidad no se da como resultado de campañas de esterilización forzada”, sino como resultado de la modernización social (p. 25).

Discute también el efecto de las nuevas tecnologías de reproducción asistida siempre a la luz de la equidad, la sociedad y la desigualdad creciente. Transforma en forma interesante el derecho al aborto, legislado ya en Italia, en la posibilidad de la prevención del aborto en sociedades desarrolladas, sin embargo, esta discusión junto con sus reflexiones acerca de la Iglesia católica son de gran relevancia para nuestro país en este momento. Me refiero a la Ley sobre despenalización del aborto en circunstancias especiales, conocida como la Ley Robles por haber sido propuesta por Rosario Robles, jefa de gobierno del Distrito Federal de 1999 a 2000, y fuertemente criticada por la Iglesia y apoyada por la mayoría de los movimientos de mujeres. El autor muestra su capacidad autocrítica alrededor del tema del aborto, cuestionando la validez actual de la Ley que él mismo aprobó cuando era diputado.

En sus reflexiones sobre sexualidad, educación sexual y enfermedades de transmisión sexual como el SIDA, se podría también incluir a México, en relación con la posición de la Iglesia respecto a los medios anticonceptivos y la escasa educación para prevenir esta enfermedad. Recordemos la campaña permanente de la Asociación de Padres de Familia en México objetando los aspectos centrales en torno a la sexualidad, la educación sexual y el uso del condón.

El análisis del derecho desigual e inequitativo a los avances tecnológicos para la prevención y recuperación de la salud, es otro de los elementos esenciales a considerar en el caso mexicano, como parte de lo que el autor define como bioética cotidiana. Más aún, en México estamos cada vez más alejados de alcanzar un acceso equitativo a los servicios de salud, a pesar de que las conferencias e investigaciones sobre el tema de equidad van en aumento.

En el capítulo 2, “Población, ética y equidad”, el autor incluye discusiones sobre los atributos morales y la fuerza y el poder de las palabras y del discurso demográfico, plantea la carga de valores negativos que ha comportado la palabra homosexualidad y recupera su valor neutro y alejado de ser considerado como una enfermedad. Cuestiona también profundamente el llamado Estado ético, que históricamente ha llevado a la imposición de una sola moral y frecuentemente a la dictadura.

El capítulo 3 referente al trabajo y la salud, campo trabajado científicamente por el autor desde hace más de 20 años, le permite situar la salud y el trabajo en la interfaz de la economía y la biología, es decir, hablar de la salud y los negocios desde la ética. Recupera múltiples autores y sus perspectiva éticas, desde Ramazzini (1700), pasando por A. Smith, la teoría del *laissez faire*, Malthus, Marx, hasta llegar al siglo xx. Donde señala fundamentalmente y con demasiado optimismo, en mi opinión, que a finales del siglo xx el trabajo se concibe de manera distinta y ya no como sufrimiento; sin señalar que el verdadero problema es actualmente la desaparición de oportunidades de trabajo con o sin sufrimiento.

La organización del análisis en torno a los cinco ejes de conflicto señalados, es un aporte metodológico sustancial (pp. 110-111) y le permite hacer una revisión de muchas medidas de carácter ético, que han resultado al final negativas, recuperando la dificultad que existe para definir los valores éticos que podrían dar un sentido de futuro sobre la salud de los trabajadores, debido precisamente a las contradicciones insolubles de los valores e intereses de las diferentes clases en la sociedad. Al finalizar señala su siempre optimista confianza en los trabajadores como individuos y sujetos.

En el capítulo 4, Berlinguer se enfoca en los problemas más recientes del cuerpo humano como mercancía, en un mercado que frecuentemente no es ni legal, ni ético. Pero inicia este análisis con un recuento de los avances históricos en la valorización del cuerpo hasta el momento actual, señalando la contradicción básica que guiará su reflexión entre la valoración positiva del cuerpo humano y su transformación en mercancía a una escala jamás vista.

En el capítulo 5 denominado “La salud global” el autor analiza el nivel individual y privilegia el colectivo de la salud, lo relaciona con la libertad y con la condición ciudadana. Analiza la unificación microbiana del mundo desde la conquista de América en el siglo xvi en condiciones devastadoras por falta de conocimiento, de respuesta inmune y de tratamiento. Por lo tanto no hubo análisis ético posible en ese momento, sin embargo posteriormente se hace y el autor lo orienta hacia la pérdida de población y poder en América.

Analiza después en sus diferentes “actos” el desigual desarrollo científico contra las enfermedades y el efecto de la política colonial europea en el desarrollo de la medicina llamada tropical. La aparición del derecho a la salud, de la Organización Mundial de la Salud, la política de salud para todos y su fracaso durante el siglo xx.



Lo que sí se ha globalizado, sostiene el autor, son los riesgos, que divide en cuatro áreas: *a)* viejas y nuevas infecciones entre las cuales considera al SIDA y a la tuberculosis, prioritaria pero no únicamente, *b)* el medio ambiente, pero recuperando, como siempre, los aspectos positivos de algunos cambios del medio ambiente sobre la salud y localizando el problema de la desigualdad de los países en este aspecto, *c)* Las drogas como una amenaza a la juventud principalmente; aquí señala las posiciones contrapuestas entre acusar y discriminar a la víctima o sea al usuario y, por otro lado, analizar la coacción y el nivel político y económico del comercio de las drogas, señalando la existencia de una doble moral, *d)* la violencia o violencias, analizadas desde diferentes aspectos. Se pronuncia en contra de medicalizar las violencias.

Finalmente el autor concluye señalando las potencialidades del concepto de equidad en salud, como una forma de contrarrestar las diferencias crecientes del mundo global y su modelo económico.

A lo largo de todo el libro, el autor utiliza una perspectiva histórica sobre los problemas tratados, lo cual me parece extremadamente valioso para el momento histórico que vivimos, dado que en estos primeros años del siglo XXI la tendencia se orienta hacia una visión ahistórica de los conocimientos y las prácticas.

Otra característica sobresaliente de la obra en su conjunto es la capacidad del autor para seleccionar las contradicciones en cada uno de los temas, lo cual le permite una discusión dialéctica de los valores, de la ética, de las políticas sociales, biológicas, las prácticas, la ética, la legislación, el poder, y otros muchos elementos. También se reconoce a lo largo de la obra su posición política que siempre apunta en el sentido del pluralismo y nunca al pensamiento único y/o lineal.

Finalmente quiero concluir diciendo que, como buen científico, Giovanni Berlinguer duda permanentemente de la verdad absoluta, pero abre e impulsa la discusión en temas de carácter siempre interdisciplinario, de fronteras entre lo político, lo social, la religión, la ética, la biología y la medicina, manteniendo siempre una resistencia biologizar lo social y lo político planteando nuevas articulaciones, dudas problemas, etc., desde una posición siempre optimista.

CATALINA EIBENSCHUTZ\*

UAM-X. Octubre de 2002. México D.F.

\* Profesora investigadora de la Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco. Médica especialista en endocrinología y activa militante de la medicina social en México. Con formación de doctorado en Ciencias Sociales.

## EL AUTOR

Nacido en la ciudad de Sassari, en la isla de Cerdeña, Italia, en junio de 1924, Giovanni Berlinguer es hijo de un abogado antifascista que militó en el movimiento local de resistencia contra el régimen de Mussolini hasta la liberación de Italia, en 1944. Berlinguer se graduó como médico cirujano después de haber cursado sus estudios universitarios en su ciudad natal. De hecho, su elección de carrera fue influida por su abuelo, un “médico socialista de ideas positivistas”. Así, en la medicina social, Berlinguer halló un área de síntesis de sus dos vocaciones: la política y la medicina: “la mayor parte de mis trabajos científicos se centran en la relación entre enfermedad y sociedad. Entre política y salud”.<sup>1</sup>

Sus múltiples y numerosas publicaciones derivan de las diferentes funciones que ha ocupado, desde profesor universitario, investigador, diputado, senador y recientemente presidente de la Comisión Nacional de Bioética de Italia; además de publicar un número elevado de libros y artículos académicos y políticos, ha publicado otros pequeños con gran sentido del humor, la ironía y el conocimiento, como *Un eurocomunista en América*<sup>2</sup> o *Le mie pulci*.<sup>3</sup>

La primera temática abordada por Berlinguer en su larga y prolífica carrera académica fue la de la parasitología. Durante los años sesenta inició su actividad en el Instituto de Parasitología de la Universidad “La Sapienza” de Roma. Sus primeras investigaciones e intercambios académicos lo llevaron a descubrir la relación entre diversas clases de parasitosis, la higiene en el ámbito doméstico, la migración poblacional, las condiciones socioeconómicas y de trabajo y, principalmente, la historia.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Giovanni Berlinguer, *Il futuro che vorrei. Riflessioni raccolte da Piero Sansonetti*, Roma, Editori Riuniti, 2001, pp. 32-33.

<sup>2</sup> Giovanni Berlinguer, *Un eurocomunista en America*, Roma, Editori Riuniti, 1988

<sup>3</sup> Giovanni Berlinguer, *Le mie pulci*, De donato, Bari, 1980.

<sup>4</sup> “[La monografía ‘Aphaniptera d’Italia’, publicada en 1964] confirma a Berlinguer que todo tiene relación con la historia. Las pulgas no sólo tienen su historia natural y científica sino que han tenido también una importante influencia sobre los eventos humanos como transmisoras de la peste que ha condicionado la

Esta fascinación por la historia condujo a Berlinguer a realizar diversos estudios, entre los cuales destacan uno sobre el higienista y médico social Angelo Celli (1857-1914) a cien años de su nacimiento, otro que incluía un análisis de la historia social y política de la legislación sobre el trabajo infantil y otros sobre la historia de la salud de los trabajadores a inicios del siglo XX. En ellos, Berlinguer entrelazó los elementos históricos con científicos con el fin de averiguar la causas de las enfermedades y sus determinantes sociales, así como la relación entre la medicina social y los movimientos obreros en la historia italiana.

Empero, fue en el campo de la salud ocupacional donde Berlinguer desarrolló sus obras más importantes. Uno de sus primeros libros fue una indagación sobre los conductores de los tranvías de Roma (*Malattie e igiene del lavoro degli autoferrotranvieri*) [Enfermedad e higiene laboral de los tranviarios, Roma, Istituto Italiano di Medicina Sociale, 1962]. Este trabajo constituyó a demostrar la estrecha relación entre las condiciones de trabajo y la propensión a la enfermedad y, a la larga, constituyó un aporte esencial que fue recuperado por los movimientos obreros de fines de los sesenta e inicios de los setenta al enarbolar la bandera de la salud como reivindicación de clase. Además, los escritos de Berlinguer en este campo ayudaron a agregar la problemática ambiental como tema de salud pública y, por lo tanto, central para las luchas sociales contemporáneas.

La creatividad de Berlinguer lo ha llevado, dentro del campo de la medicina social, a plantear discusiones fundamentales respecto de la (bio)ética, la equidad y la prevención, como problemas de política sanitaria y de la vida cotidiana que deben ser también enfrentados con una visión innovadora que incluya la comprensión del contexto histórico en el que se presentan. Tal es el caso, por ejemplo, de sus intervenciones a propósito de la función social de la psiquiatría en tanto instrumento al servicio del poder y que constituyeron (y aún constituyen) argumentos invaluable para los movimientos antiautoritarios, por cuanto aboga por la valoración del cuerpo en todas sus dimensiones: “el cuerpo humano representa

historia de las poblaciones y consecuentemente la literatura. Las pulgas son, además, un indicador del bienestar económico y de la salud pública de una población”. Cf. Paolo Conti, Irene Figà-Talamanca y Silvana Salerno (eds.), *An invitation to the writing of Giovanni Berlinguer*, Roma, ISPESL, 2001, p. 61.

la sede natural de las contradicciones sociales y sufre constricciones y violencias que amenazan su valor, la unidad psicofísica, la salud".<sup>5</sup>

No obstante su intensa actividad académica y científica, Berlinguer ha sido también sumamente activo dentro de la política italiana. Inició su militancia en el Partido Comunista Italiano desde su juventud en Sassari y, desde entonces, ha participado en diversas acciones de reforma del sistema de salud de su país, a la vez que ha impulsado y apoyado proyectos de cambio en las estructuras de la seguridad social en diversos países del Tercer Mundo: Argentina, México y Brasil, por ejemplo.

Sus frecuentes viajes y actividades fuera de Italia le han llevado a establecer vínculos con organizaciones y luchas sociales que han también permeado su pensamiento, por ejemplo, en el caso de la organización laboral como condición para la producción de enfermedad y muerte, o bien, el papel de la clase trabajadora como generadora de preocupaciones científicas que han llevado a nuevos conocimientos y descubrimientos en el campo de la medicina, así como a la creación misma de instancias para la investigación de estos problemas, como lo prueba la creación del Centro Brasileño de Estudios de Salud, en cuya fundación fue determinante la intervención de Berlinguer.

Todo lo anterior no ha restado, sin embargo, la capacidad autocrítica de Berlinguer, respecto de sí mismo o de la izquierda partidaria en la que milita. Al ser cuestionado sobre lo que no volvería a hacer en su vida política, respondió:

[...] habría hecho una crítica mucho más profunda y tempestuosa del modelo soviético. Sin embargo, debo agregar que cuando cayó el Muro de Berlín, en 1989, experimenté una sensación doble, muy visceral y profunda. Por un lado, la desilusión por la caída de un sistema al que había creído, primero, positivo, y segundo, criticable pero transformable. Por otro lado, tuve un fuerte sentimiento de liberación. Liberación de mis ideas. Así como de la perspectiva –que sería posible abrir, después de un más o menos largo trabajo– de hacer renacer los movimientos socialistas, autonomizados de los dogmas y de la violencia que el modelo soviético ejerció incluso fuera de sus confines. Me parece que en Europa ha ocurrido ya esta liberación de energía. [...] [Sin embargo,] el anquilosamiento en las ideas continúa aún en los partidos comunistas que no han sabido comprender el sentido de los

<sup>5</sup> *Ibid.*, p. 70.

<sup>6</sup> *Il futuro che vorrei, op. cit.*, p. 36.

*Esta página dejada en blanco al propósito.*

## PREFACIO

Quisiera evitar en estas breves líneas hacer una síntesis de las tesis que presento en este libro, por dos motivos. Uno es esencial: las ideas que expongo no corresponden a una visión de sistema y con frecuencia tienen un carácter interlocutorio, en parte porque la complejidad de las elecciones morales que se derivan del progreso científico despiertan en mí (y creo que en casi todos, excepto en aquellos que acomodan toda novedad en un casillero moral preestablecido) reflexiones a menudo contradictorias. El segundo motivo es por precaución: sé por experiencia, como pecador, que con frecuencia las síntesis introductorias escritas por los autores o por quienes escriben el prefacio son tan amplias y exhaustivas del tema (y a veces también del lector) que hacen creer a éste que ya leyó el libro o le quitan las ganas de seguir adelante.

Sin embargo, debo a los lectores una explicación acerca del título que he elegido y sobre la trayectoria de estas reflexiones. Di inicio desde hace algunos años a un razonamiento sobre la distinción entre la *bioética cotidiana* y la *bioética de frontera*.<sup>1</sup> La finalidad es llamar la atención, que actualmente está concentrada de manera casi exclusiva en los casos extremos de intervención sobre la vida, es decir, sobre aquello que antes de los desarrollos recientes de las ciencias biomédicas era impracticable y a veces incluso impensable (como la fecundación artificial, los trasplantes de órganos, el sostenimiento artificial de la vida, las mutaciones genéticas dirigidas, la creación de nuevas especies vivientes), sobre la existencia de otra bioética, más cercana a la experiencia de todas las personas y de la vida cotidiana. En efecto, las reflexiones morales sobre el nacimiento, la relación entre los sexos, el tratamiento de los enfermos, la muerte, las relaciones entre diferentes troncos humanos, así como la interdependencia entre los humanos y otros seres vivos, tienen una historia antigua, ca-

<sup>1</sup> Ponencia en el Congreso del Instituto Gramsci sobre "Questioni di vita: etica, scienza e diritto", 11 de marzo de 1988, publicado en la *Rivista di Teologia Morale*, abril-junio de 1988, pp. 63-76, y luego en las actas del congreso: *Bioetica*, editadas por A. Di Meo y C. Mancina, Bari, Laterza, 1989, pp. 5-18.

si como la del género humano; estas reflexiones guían hoy en día de manera más o menos consciente las decisiones de toda etnia o grupo social y de todo individuo, y también de quien está muy lejos de utilizar e incluso de conocer las conquistas más avanzadas de la ciencia. O sea que existen aspectos de la bioética que tienen lejanas raíces diacrónicas, así como existen ideas y valores que permean cotidianamente las razones y los comportamientos de todo ser humano y que merecen al menos la misma atención.

Ulteriores estímulos, en los últimos diez años, me han inducido, por un lado, a ampliar la investigación hacia otros temas, y por otro, a ver de modo menos esquemático la distinción entre la bioética cotidiana y la de frontera. A estas reflexiones han contribuido notablemente el intercambio de ideas con amigos italianos y las ocasiones de encuentros y de investigaciones internacionales. En estas relaciones he percibido cada vez más preocupaciones y aspiraciones semejantes a las mías. En la nota final me refiero a estas sumamente útiles sugerencias.

Me disculpo con los lectores si, en este libro, la relación entre los dos campos de la bioética, cotidiana y de frontera, puede en ocasiones parecer forzada, en parte porque estoy cada vez más convencido de que es precisamente su sistema de relaciones lo que estimula las reflexiones más provechosas sobre el plano de los principios morales. Por otra parte, inducen precisamente a razonar sobre estas conexiones las tesis justificativas más descabelladas a favor de toda tecnología biomédica de naturaleza más aventurada, las cuales han sido propuestas por aquellos bioéticos que Alastair Campbell ha comparado con “obispos que bautizan buques de guerra”.

Mientras yo terminaba de corregir las pruebas de imprenta de este libro, los jefes de dos influyentes naciones, Tony Blair y Bill Clinton, abrieron el camino a las investigaciones sobre el uso de las células madres humanas, que pueden ser reproducidas (clonadas) orientándolas hacia el desarrollo de diferentes células, capaces de sustituir células y tejidos dañados por graves enfermedades, entre las cuales están el Parkinson y el Alzheimer. No se trata ciertamente de “tecnologías aventuradas”, sino más bien de una esperanza concreta, ofrecida por la ciencia para la curación de enfermedades graves y letales; esto es, se trata de una clonación de células dirigida a un fin benéfico. Sobre los problemas éticos planteados por el uso de *células madres de origen embrional* se desarrolló de inmediato un encendido debate; el parlamento de la Unión Europea se pronunció el 7 de sep-

tiembre de 2000 (en sentido muy restrictivo) y la Cámara de los Comunes decidirá próximamente por la Gran Bretaña. Por consiguiente, la opinión pública, la ciencia, la ética y la política están cada vez más involucradas en estos temas, cuya complejidad intento analizar en los apartados IX y X del primer capítulo.

Las relaciones de estos desarrollos, que se sitúan entre la “frontera” y lo “cotidiano”, pueden ser dos. Una es ésta: si se reconoce por ley, como sugiere la moral católica oficial, que todo embrión es una persona, parece inevitable decidir que no se pueden utilizar sus células, ni siquiera las que se derivan de los embriones congelados y destinados en todo caso a ser destruidos, ni siquiera con la finalidad de salvar de una muerte segura vidas de individuos ya nacidos y seguramente definibles como personas. Pero habría también otra consecuencia lógica, que concierne no a la experimentación sino más bien a la vida cotidiana. De hecho, las leyes que permiten el aborto con ciertas condiciones deberían ser inmediatamente derogadas, puesto que la eliminación de una “persona” en una fase más avanzada de su crecimiento es evidentemente de mayor gravedad que utilizar células embrionales para fines terapéuticos. El aborto regresaría a estar bajo el dominio de la ley penal y de la clandestinidad y quedarían obstaculizados el camino actual de su reducción y las posibilidades futuras de su prevención (cap. 1, VIII).

El otro aspecto concierne a la clonación: de células o de organismos, terapéutica o reproductiva. Casi todos se han pronunciado a favor de la clonación de células con fines terapéuticos y, por el contrario, en contra de la de “seres humanos”. Sin embargo, algunos temen que de una se resbale inevitablemente hacia la otra. No comparto esta fatalidad. Con todo, me preocupan más que los aventurados experimentos en este sentido, las argumentaciones morales en su favor. La clonación reproductiva de los seres humanos, es decir, su predeterminación genética, es justificada con el argumento de que, de igual modo, todo mundo nace como quiera que sea predeterminado, por el hecho de que más que “venir al mundo” le toca nacer en un lugar dado, en una clase dada, en una familia dada y de unos progenitores dados. Mi reacción más inmediata a este argumento no consiste en negar el hecho, que subsiste y persiste, sino en llevarlo a sus últimas consecuencias. Se puede agregar, en efecto, que hoy en día, por muchos aspectos, cualquiera que venga al mundo en cualquier parte, a este mundo, con todo y que nace “único e irrepetible” corre un alto riesgo de ser fuertemente homologado, in-



cluso en las ideas y en los comportamientos, a todo otro individuo; de convertirse así pues es un clon cultural y moral, heteroplasma-do como muchísimos otros. De estos hechos se puede concluir que lo mismo vale utilizar también la clonación genética; o bien se puede y se debe afirmar que la libertad humana debe prevalecer sobre todo límite y sobre todo obstáculo, ya sea que se derive de las injusticias sociales, de la manipulación mental o de la predeterminación genética.

# 1. NACER HOY, ENTRE NATURALEZA Y CIENCIA

## I. LA REPRODUCCIÓN COMO LIBRE ELECCIÓN

Aun cuando se ha usado y abusado a manos llenas del adjetivo “epocal”, sobre todo en la transición del segundo al tercer milenio, este término es ciertamente apropiado para definir los cambios acontecidos o iniciados, durante el siglo XX, en el campo de la reproducción humana. Éstos conciernen a las fronteras de la ciencia, con la llegada de las tecnologías reproductivas. Éstos conciernen a la vida cotidiana de gran parte del género humano, con la posibilidad de regular conscientemente los nacimientos y con la modificación del cuadro demográfico que se da al mismo tiempo: la transición, que se inició en los países desarrollados y luego se difundió casi universalmente, de un régimen de alta natalidad y alta mortalidad hacia un régimen de baja natalidad y de mayor longevidad. Esto ha modificado los números, los tiempos y los modos tanto del nacer como del morir.

En el momento actual, el uso de las tecnologías reproductivas sigue estando relativamente circunscrito y, por consiguiente, existen todavía conexiones fluctuantes, en el plano práctico, entre éstas y los cambios demográficos. Pero ya se produjo, en cambio, un fuerte embrollo en las valoraciones éticas. Con todo y que son diferentes los problemas morales que surgen de los rápidos y numerosos cambios, de su conjunto es de donde ha surgido una irrefrenable exigencia de reflexionar sobre el inicio de la vida humana. La profundidad de las transformaciones y de las posibilidades ha sacudido muchas certidumbres y ha provocado las discusiones más encendidas. Esto es comprensible, en especial porque el reconocimiento de la reproducción como una elección libre ha acompañado, favorecido y caracterizado la revolución de las relaciones entre el sexo masculino y el sexo femenino, que es quizá la más profunda y duradera de las que nacieron durante el siglo XX.

La libertad de engendrar para las parejas, y junto con ésta la libertad de seguir viviendo para el que viene al mundo, es de cualquier mo-

do una construcción histórica típica de nuestra época. En el pasado la reproducción ininterrumpida, de la pubertad a la menopausia (ésta última raramente se alcanzaba, a causa de las frecuentes muertes prematuras en las mujeres), había constituido una de las ataduras principales para el pleno desenvolvimiento de la mujer como sujeto humano de más dimensiones. Edward Shorter, en su *A history of women bodies [Historia del cuerpo femenino]*, subrayó que en el pasado las mujeres eran “víctimas de la naturaleza”, es decir, víctimas de graves enfermedades adicionales con respecto a las del sexo masculino, de relaciones sexuales sujetas al deseo masculino y de la obligación de encargarse de por lo menos media docena de hijos. Sólo en el siglo XX se atenuaron estas dificultades.<sup>1</sup> Esto contribuyó notablemente, junto con las luchas civiles y sociales, a romper lo que John Stuart Mill había llamado *the subjection of women*, un sometimiento que comparaba con una forma extendida de esclavitud.<sup>2</sup>

Además, la mortalidad infantil siempre había sido sumamente alta para los que nacían y la mitad de ellos morían antes de haber cumplido los cinco años. Para Leopardi, éste era el primer indicio del destino humano: “... nasce l'uomo a fatica / ed è rischio di morte il nascimento”.\* Éstos eran los precios que se pagaban en términos de vida, de calidad de vida y de libertad sustancial cuando la dinámica demográfica, antes de que se efectuara la transición, estaba caracterizada por un alto número de nacimientos que tendía a equilibrar el alto número de muertes. A partir de estas imágenes del pasado se pueden medir también los progresos alcanzados y, al mismo tiempo, evaluar los límites de su difusión en las diferentes áreas geográficas, clases, grupos étnicos y personas que viven actualmente en el planeta.

## II. LIBERTAD, DEBER Y DERECHO EN LA REPRODUCCIÓN

La libertad de engendrar ha implicado cada vez con mayor frecuencia el rechazo, en las ideas y en la práctica, de considerar a la repro-

<sup>1</sup> E. Shorter, *A history of women bodies*, Nueva York, Basic Books, 1982. Traducción italiana, *Storia del corpo femminile*, Feltrinelli, Milán, 1984.

<sup>2</sup> J. Stuart Mill, *L'asservimento delle donne*, en el vol. *La libertà*, con introducción de E. Lecaldano, Milán, RCS Libri, 1999.

\* “...Nace el hombre a duras penas, / y es riesgo de muerte el nacimiento”. [T.]

ducción como un deber, más aún, una obligación que se deriva de la *ley natural* o de mandamientos religiosos. Se debe reconocer que respecto a este punto de vista, jamás desmentido, la posición de la Iglesia católica, no obstante, cambió un poco en relación con la sexualidad. La relación entre cónyuges, que en el derecho canónico reconocía solamente dos fines, la *procreatio* y el *remedium concupiscentiae*,\*\* fue considerada después de Juan XXIII y el Concilio Vaticano II, además de como deber de engendrar, en parte como expresión de *bonum coniugium*\*\*\* que se deriva de la índole natural del hombre y de la mujer y favorable para la armonía de sus relaciones. Por el contrario, no cambió la crítica hacia el control de los nacimientos. La encíclica *Casti connubi* y luego la *Humanae vitae*\*\*\*\* condenaron en la relación sexual “toda acción que, ya sea en previsión del acto conyugal, o de su consumación o en el desarrollo de sus consecuencias naturales, se proponga como finalidad o como medio imposibilitar la procreación”.<sup>3</sup> Toda *acción*: actualmente, sin embargo, se permite la *omisión* de las relaciones sexuales en los periodos de fertilidad de la mujer, a lo que se llama “método natural” de control de los nacimientos.

No me detengo en las justificaciones teológicas de esta distinción.<sup>4</sup> Observando las consecuencias de las directivas que se ha tratado de imponer, la más evidente es que éstas han sido pasadas por alto casi en todas partes por los fieles, que se han vuelto a menudo infieles con el consentimiento o con la tolerancia de los pastores de sus almas. Se ha favorecido así la creación de una doble moral: una proclamada, otra practicada. De acuerdo con la investigación desarrollada en 1995 por la Conferencia episcopal italiana, el 70% de los católicos “observantes” no acepta de hecho la distinción entre lo que es “natural” y lo que es considerado “artificial” en la contracepción. Sólo el 15% aplica las reglas de la Iglesia.

Esta consecuencia concierne esencialmente a la relación entre los creyentes, la fe y su conciencia. Por el contrario, pueden concernir también a otros, en el plano práctico y moral, las consecuencias de

\*\* “Reproducción” y “remedio para el deseo sexual”, en latín. [T.]

\*\*\* “Buena relación de pareja.” [T.]

\*\*\*\* “Del casto matrimonio” y “De la vida humana”. [T.]

<sup>3</sup> Carta encíclica de S.S. Paulo VI *Humanae vitae*, 25 de julio de 1968, apartado 14, *Vie illicite per la regolazione della natalità*, Milán, Edizioni Paoline, 1968.

<sup>4</sup> Cf. A este respecto el diálogo entre Ernesto Chiavacci y Massimo Livi Bacci, *Etica e riproduzione. Un teologo e un demografo a confronto*, Florencia, Le Lettere, 1995.

la insistente campaña desarrollada contra los métodos considerados "artificiales", en la medida en que ésta puede contribuir a incrementar la frecuencia de embarazos no deseados y, por consiguiente, a favorecer involuntariamente que se eche mano del aborto. Finalmente, concierne seguramente a todos el hecho de que, frente al peligro de transmisión del SIDA por vía sexual, la Iglesia haya intervenido, como sucedió en Italia y todavía con más fuerza en Argentina y en algunas naciones africanas devastadas por la epidemia, para evitar que el Estado promoviera el conocimiento y el uso del preservativo como medio para reducir el contagio. Difícilmente se puede calcular en términos cuantitativos el costo en vidas humanas de los retrasos y de los impedimentos que se derivaron de esto. Lo que es cierto es que lo han pagado creyentes y no creyentes.

Está claro en cualquier caso que la disponibilidad del cuerpo en las relaciones sexuales y la libertad reproductiva (que comprende también la libertad de no engendrar) también implican deberes. Éstos son entendidos como responsabilidad hacia la propia dignidad, hacia un sistema de relaciones entre personas dotadas de exigencias propias, y en especial hacia el que nace.

Por el contrario, es un tema controvertido si, además de una libertad reproductiva, existe también un derecho a la reproducción. Muchos (y, en especial, muchas) dudan de que el lenguaje de los derechos sea el más adecuado para tratar problemas como la reproducción y el nacimiento, en los cuales la dimensión predominante es la relación entre varios sujetos, que es parcial o particularmente afectiva, cuya expresión autónoma podría ser distorsionada por la ley o por la intervención del Estado. En el plano jurídico, además, no siempre resulta fácil dar forma a la reproducción como un derecho perfectamente exigible. Éste ciertamente se puede perfilar cuando el impedimento para engendrar se deriva de esterilidad por causas biopatológicas, como anomalías o enfermedades, al mismo tiempo que: *a*) existan medios preventivos o terapéuticos capaces de eliminar tales causas; *b*) se reconozca, como lo está por ejemplo en el artículo 32 de la Constitución italiana, el derecho a la salud, que significa también plenitud de las funciones corporales, incluida la actividad reproductiva. Es, por el contrario, objeto de discusión si la fecundación artificial, que compensa la esterilidad sin eliminar sus causas, representa un derecho, para quién y bajo qué condiciones.

## III. LA ESTERILIZACIÓN FORZADA E INDUCIDA

Si bien existe incertidumbre sobre el derecho a engendrar, hay en cambio un extenso consenso sobre el derecho a no ser privados arbitrariamente de tal facultad. Esto ha sucedido varias veces en la historia, incluso durante el siglo XX, con la participación de médicos, con justificaciones políticas o ideológicas, e incluso con razones humanitarias; pero ha sucedido sobre todo con finalidades discriminatorias y selectivas. Con la finalidad de evitar la presunta amenaza de una degeneración de la inteligencia provocada por la reproducción de los débiles mentales, por ejemplo, hacia fines de los años veinte la mitad de los estados de la Unión Americana habían ratificado la licitud de la esterilización eugenésica para los enfermos mentales. En 1927, estas leyes fueron declaradas acordes con la Constitución, con la decisión de la Suprema Corte *Buck versus Bell*, que fue explicada por el juez Oliver Wendell Holmes con el argumento de que “tres generaciones de imbéciles son más que suficientes”.<sup>5</sup> Casos todavía más sonados tuvieron lugar en Alemania en la misma época, todavía antes del advenimiento del nazismo, con la esterilización de los físicamente incapacitados y de los enfermos mentales, bajo el impulso de una corriente del higienismo que estaba basada en las ideas de Galton, según las cuales era indispensable eliminar a los “indeseables” para mejorar la especie.

Con la llegada de Hitler al poder, la esterilización se extendió y se convirtió en una parte integral de los programas raciales. Antes incluso que sobre los judíos, ésta fue utilizada en amplia escala sobre los enfermos mentales y se combinó con medidas todavía más radicales: su eliminación. Ésta, según el ideólogo H. W. Kranz, tenía que estar ligada a la suerte de “una multitud de desadaptados, que puede llegar al millón, cuya predisposición hereditaria sólo puede ser sofocada mediante su eliminación del proceso reproductivo”.<sup>6</sup> Con el final del nazismo, la amplia indignación hacia estas prácticas pareció haberlas borrado de todos los países democráticos. En realidad prosiguieron silenciosamente en muchas zonas del mundo, hasta que en 1997 explotó la noticia de que entre 1946 y 1976 en Suecia (y

<sup>5</sup> D. J. Kevles, “Eugenics. Historical Aspects”, en *Encyclopedia of Bioethics*, W. T. Reich (ed.), Nueva York, Simon & Schuster Macmillan, 1995, vol. 2, p. 766.

<sup>6</sup> H. W. Kranz, *Die Gemeinschaftsunfähigen*, Giessen, 1939, cit. en A Ricciardi von Platten, *Il nazismo e l'eutanasia dei malati di mente*, Florencia, Le Lettere, 2000, p. 2.

también en Austria, Noruega, Dinamarca y otros países) había continuado la esterilización de mujeres portadoras de impedimentos físicos, o de “indigentes de raza mixta”, o bien de “retardadas en el aprendizaje escolar”.

A veces estas prácticas han sido justificadas “por su beneficio”, para no echar a cuestras de estas mujeres responsabilidades reproductivas que no habrían podido enfrentar. Pero la intervención forzada, con frecuencia enmascarada por un improbable consentimiento, además de estar dirigida de manera discriminatoria solamente hacia las mujeres (son sumamente raros los casos de esterilización masculina sin consentimiento), contradice dos adquisiciones fundamentales. Una es de naturaleza ética: el derecho de todo ser humano a la integridad de su propio cuerpo. La otra se deriva de los progresos de la medicina. Efectivamente, ésta se halla ahora en condiciones de ofrecer, en los muy raros casos en que sea verdaderamente una necesidad impedir la reproducción, alternativas válidas de prevención de los nacimientos sin provocar mutilaciones permanentes.

En Italia, el Comité Nacional para la Bioética (CNB) ha expresado una opinión fuertemente crítica sobre la “esterilización no voluntaria”,<sup>7</sup> invocando también el artículo 2 de la *Convención bioética europea* según el cual: “el interés y el bien del ser humano deben prevalecer sobre el interés de la sociedad y de la ciencia”. A su opinión negativa sobre las esterilizaciones *eugenésicas*, criticadas también porque crean “discriminaciones entre ciudadanos, inadmisibles en un estado de derecho”, el CNB ha agregado su crítica hacia otras dos hipótesis.

Una es la *esterilización penal*, efectuada sobre la persona culpable de delitos sexuales. Ésta no está justificada terapéuticamente en el plano científico y no es eficaz como prevención de las reincidencias, porque la violencia de una persona, incluso si se admite que sea innata o irrefrenable, cuando se le impide manifestarse en el plano sexual siempre puede volverse en otras direcciones. En el plano ético-jurídico, dicho tipo de esterilización “esconde a duras penas la lógica primitiva de la ley del talión judicial que constituye su base”. Esta constatación refuta indirectamente el argumento que se utiliza con frecuencia en Estados Unidos: dado que se admite la pena capital para el homicidio, se puede justificar para las violaciones sexua-

<sup>7</sup> Comitato nazionale per la bioetica [Comité Nacional para la Bioética], *Il problema bioetico della sterilizzazione non volontaria*, 20 de noviembre de 1998.

les una pena corporal menos grave y más apropiada, como la esterilización. Se puede agregar que hay un trecho muy escaso de este punto a introducir para todo crimen la ley del talión.

La otra hipótesis criticada es la *esterilización demográfica*, ejecutada en nombre del control de la población. Respecto a las coacciones pro natales que tienden a reducir la libertad de no engendrar, las cuales se afianzaron en la política demográfica italiana y alemana entre las dos guerras, y posteriormente en algunos países comunistas, esta hipótesis representa una coacción opuesta, en sentido antinatal. El CNB italiano (1998) ha criticado sus bases morales, agregando un dato basado en la experiencia: la realidad ha demostrado efectivamente que “la disminución de la natalidad no se da como consecuencia de campañas de esterilización forzada, sino de experiencias de modernización social”.

Mientras refiero y comparto estas observaciones, que son comunes a muchas elaboraciones críticas hacia la esterilización forzada, siento que debo expresar mi disentimiento con respecto de aquello que el CNB italiano ha considerado como *el principio ético fundamental* que debe oponerse a las diversas hipótesis: “el principio de la intangibilidad del cuerpo, que debería volver ilícita toda intervención sobre el cuerpo mismo”. Considero, en efecto, que este principio ya ha sido ampliamente superado por muchas técnicas benéficas, empezando con los trasplantes y las prótesis, y que no se debe confundir entre la protección del cuerpo y su intangibilidad, como tampoco (lo veremos en el capítulo 4) entre su disponibilidad y su comerciabilidad. Confundir protección e intangibilidad amenaza con lesionar la autonomía personal, que es justamente el valor fundamental que pisotea la esterilización forzada.

Entre los múltiples casos concretos sometidos a examen crítico, que he enumerado sumariamente, con frecuencia se pasa por alto la *esterilización inducida*: se trata de la que parece voluntaria y que, no obstante, está determinada por presiones o coerciones, concernientes por ejemplo a la admisión de las mujeres en el trabajo, a la estigmatización, la marginación. Sobre todo para el trabajo se tienen muchos casos confirmados (y otros ocultos) de empresas que han condicionado la admisión al trabajo a la esterilidad demostrada de las aspirantes. Regresaré a este tema en el capítulo 3, en relación con los problemas éticos concernientes al trabajo. El CNB italiano ha criticado los diferentes casos de *esterilización inducida* invocando el carácter esencial, y no sólo formal, de la autonomía: “Donde se deter-



mina una presión que se ejerce afectando aspectos esenciales de la dignidad y de la autonomía de la personalidad, no puede presumirse un nivel suficiente de libertad generalizado, que exigiría una estructura de la personalidad y de los recursos que no pueden darse por descontados ni tampoco por mayoritarios estadísticamente.”<sup>8</sup> En palabras más sencillas: se debe respetar sobre todo la libertad reproductiva de cualquiera que no sepa o no pueda resistir a presiones ilícitas.

#### IV. LA ESTERILIDAD BIOPATOLÓGICA, SOCIAL Y CULTURAL

Además de las presiones, afortunadamente raras, dirigidas a “aconsejar”, inducir o imponer la esterilización, se debe hablar también, subrayando obviamente las diferencias fundamentales, de los factores que limitan “normalmente” la libertad reproductiva en general. Éstos no están lo suficientemente analizados y contrastados, y el observatorio italiano puede ser particularmente interesante para este propósito. Efectivamente, Italia tiene, junto con España, la tasa de fertilidad más baja del mundo. El número promedio de hijos por mujer es de 1.17 para España y de 1.18 para Italia, en tanto que en la Europa centro-septentrional oscila entre 1.50 y 1.80. Estas tasas son casi seguramente las más bajas que se hayan registrado jamás en el planeta, en toda la historia de nuestra especie, en periodos normales, es decir, excluyendo las guerras, las carestías, las pandemias y otros sucesos catastróficos.

Lo que he escrito sobre el valor de la libertad reproductiva obstaculiza obviamente de mi parte, en el plano moral, toda crítica global o individual hacia estas elecciones. No me propongo sostener además que este hecho es un bien o un mal. Es difícil demostrar, en efecto, que una colectividad es más feliz donde hay una tasa baja o alta de natalidad, o que los niños crecen mejor si son únicos o varios en la familia. Tampoco me propongo suscribir valoraciones de carácter moral o social que tengan un carácter instrumental y extrínseco respecto a las elecciones reproductivas. Una de éstas es la invocación del riesgo de “contaminación” étnica y cultural que se deriva de la mayor tasa de natalidad de los inmigrantes. Ésta desconoce y pisotea

<sup>8</sup> Comitato nazionale per la bioetica, *cit.*, p. 26.

sus derechos y nuestro beneficio que se deriva de su integración. Otra es la reprobación que se hace de la escasa reproducción con el argumento de que esto pondría en crisis la afluencia futura de las contribuciones a los fondos de pensiones. Ésta desconoce la existencia del desempleo, que considera entre el 10 y el 20% de los jóvenes, tanto en Italia como en España. Si todos los jóvenes trabajaran, las pensiones actuales y futuras correrían menos riesgos, los jóvenes probablemente se casarían antes y las parejas sentirían menos ansiedad al responder a la pregunta: “¿Un hijo? ¿Y qué será cuando sea mayor?”

No me detendré en estos temas, que despiertan profundas reflexiones políticas y sociales pero que pueden inducir a alejarnos del análisis bioético. Permaneciendo en este campo, y partiendo siempre del valor de la libertad reproductiva, es apropiado subrayar que existen actualmente muchos factores que impiden, obstaculizan, castigan o desaniman, entre las elecciones reconocidas como libres, precisamente la de engendrar.

Entre los impedimentos subjetivos conectados con la estructura de la personalidad, que abarca cuerpo y mente, está en primer lugar el aumento de la esterilidad de origen biopatológico. Se tienen numerosas investigaciones que confirman esta tendencia, aun cuando la afirmación de Niels Shakkebeak (1992), según el cual se habría dado en todas partes, entre 1938 y 1991, una reducción promedio de 50% del número de los espermatozoides, no ha encontrado suficientes confirmaciones ni razones válidas, y difícilmente podrá ser demostrada, por la falta de homogeneidad de los momentos y los métodos de investigación.<sup>9</sup> Sin embargo, está ampliamente documentado el papel negativo de algunos tóxicos ambientales y laborales sobre la fertilidad masculina y femenina, y es probable, según Larkin, que “los hombres puedan aumentar su fertilidad si dejan de fumar, mantienen un peso normal para no sobrecalentar los testículos, beben menos alcohol y caféina y evitan consumir hormonas que pueden convertirse en testosterona”. También el desplazamiento de la decisión de tener hijos hacia edades más avanzadas es un factor que puede incrementar la esterilidad relativa de las parejas y poner en peligro, en algunos casos, el resultado del embarazo.

En otro tiempo, todo tipo de esterilidad era considerada como un

<sup>9</sup> M. Larkin, “Male reproductive health, a hot bed research”, en *Lancet*, vol. 352, núm. 9127, 15 de agosto de 1998, p. 552.

estigma o una culpa, en especial la de las mujeres. Actualmente, sobre el plano bioético, al igual que para cualquier otra condición patológica, no se le puede atribuir una valencia moral negativa en la medida en que con frecuencia dicha condición puede ser causada por anomalías o patologías todavía no conocidas o todavía no susceptibles de ser modificadas. La esterilidad es un problema moral cuando constituye un perjuicio para el sujeto e implica una responsabilidad social cuando es posible poner en práctica acciones de tipo preventivo o curativo y no se las aplica. Este “pecado de omisión”, que constituye también una negación de la igualdad de oportunidades reproductivas, considera no solamente las dificultades de acceso de cada individuo a las intervenciones médicas, sino también la insuficiencia de investigaciones científicas, de modificaciones de los comportamientos personales, de intervenciones para el saneamiento del ambiente (laboral y extralaboral) que resulten útiles para controlar y reducir los factores que influyen sobre la esterilidad biopatológica.

Existe además un aumento de la esterilidad que se puede definir como social y cultural. Existen ciertamente razones psicológicas y temores múltiples que inducen a engendrar menos, y que merecen recibir atención y respeto, excepto cuando se reducen a poner en el banco de los acusados al llamado *hedonismo femenino*. Existen muchos análisis psicológicos y culturales tanto de los comportamientos personales como de los de pareja, así como de las comprensibles preocupaciones conectadas con la perspectiva de traer hijos al mundo, a este mundo.<sup>10</sup> Las investigaciones en estos campos son de gran interés científico y práctico, pero no explican la situación específica italiana. De hecho existen condiciones semejantes en países que, por el contrario, tienen indicadores de fertilidad más alta, como Francia y Estados Unidos. Al analizar la situación específica italiana (y española), que tiene raíces profundas en la tradición cultural y religiosa, se pueden identificar dos características: *a*] la relación más difícil entre el trabajo y la condición femenina; *b*] las distorsiones del estado social. Estas características provocan efectivamente que, en el plano de la igualdad de oportunidades de reproducirse, Italia y España estén bastante apartadas de Europa; y que, en el plano personal, reproducirse se vuelva con frecuencia una alegría acompañada de uno o

<sup>10</sup> Cf. por ej. S. Vegetti Finzi, *Volere un figlio. La nuova maternità fra natura e scienza*, Milán, Mondadori, 1997.

más castigos. Éstos están constituidos, en el plano práctico, por la disminución de los ingresos, las mayores dificultades para la mujer que trabaja y la carencia de servicios.

A veces la disminución de la natalidad se atribuye al hecho de que es más alto el número de las mujeres que trabajan. Pero esto no lo confirman ni los datos históricos ni la comparación entre las naciones. La realidad es que, frente a un proceso irreversible y positivo para ambos sexos y para la colectividad, constituido por la liberación y la emancipación de la mujer, algunas naciones han adoptado políticas del estado social (trabajo + apoyos familiares + servicios) capaces de favorecer este proceso, y otras no. Las diferencias han sido ampliamente documentadas y analizadas por Vicente Navarro,<sup>11</sup> el cual llegó a esta conclusión: “La solución para la baja fecundidad y para la baja participación de la mujer en el mercado del trabajo se debe construir sobre el incremento del sector de los servicios y, en particular, de los servicios personales y del estado social. Éstos, al tiempo que sostienen a la mujer en las cuestiones domésticas, facilitan su integración al mercado del trabajo y, simultáneamente, amplían la oferta de trabajo, respondiendo a su deseo de mayor autonomía.” Lo menos que se puede hacer, sin interferir con el principio de la autonomía de los individuos y de las parejas en las decisiones reproductivas, y, antes bien, para hacer que dicho principio sea accesible a todos, es “eliminar las penalizaciones para las parejas que desean tener un hijo... incluso sin esperar los resultados definitivos de un debate difícil y sin salida sobre cuál deba o, mejor dicho, pueda ser el equilibrio entre población, recursos y desarrollo”.<sup>12</sup>

Sólo en los últimos tiempos Italia ha empezado a moverse en estas direcciones. Algún progreso, con todo y que va demasiado lento, se tiene también en el más importante de los “servicios” de los que depende la igualdad de oportunidades para que las mujeres vivan su vida, trabajen y se reproduzcan: la actitud moral y el involucramiento personal de los miembros del sexo masculino en compartir los trabajos domésticos y los cuidados para la crianza y la educación de los hijos.

<sup>11</sup> V. Navarro, *La politica alla guida dello stato sociale*, “Qualità Equità”, núm. 14, abril-junio de 1998, pp. 7-49.

<sup>12</sup> A. Golini, “Le tendenze demografiche dell’Italia in un quadro europeo”, en el vol. *Tendenze demografiche e politiche per la popolazione. Terzo rapporto IRP*, edición al cuidado de A. Golini, Bolonia, Il Mulino, 1994, p. 69.

## V. LA EQUIDAD PARA EL QUE NACE

En el debate bioético, se tiende a preferir con justa razón el concepto de equidad frente al de igualdad. Éste último, con todo y que conserva el valor impulsor de la justicia que le fue atribuido por la Revolución francesa (enlazado con el de la *liberté* y la *fraternité*), ha sido utilizado en muchos experimentos históricos para legitimar una tendencia a la uniformidad, una negación del valor que tienen las diferencias entre los individuos, los sexos, los pueblos. Su opuesto –la desigualdad– hasta la fecha se aplica como medida de los desniveles y los abismos que distinguen la condición humana en el mundo. Sin embargo, dicho término no nos dice todo. No permite separar clagen en condiciones naturales o en comportamientos libremente elegidos y lo que depende de factores sociales y que, por consiguiente, implica una valoración moral de bien/mal, de justo/injusto. El concepto de equidad, en cambio, engloba el criterio descriptivo, sugiere un análisis que distingue las causas, considera las omisiones y las acciones humanas capaces de incrementar o disminuir las diferencias, pone en juego junto con las oportunidades también la adquisición de las capacidades que hacen posible alcanzar un objetivo (Amartya Sen). Todo ello implica un juicio moral que, en el campo del engendrar y del nacer, no puede tener como tema único (como a menudo sucede en el debate bioético) los sujetos y las modalidades de la fecundación artificial o la condición que se reconoce al embrión. El destino del que nace por vías naturales merece al menos la misma atención en el plano de los principios, y mucha más en el de los números. Este destino se ve ampliamente influido, además de por la casualidad, por las condiciones en que se encontrará el que llega al mundo: empezando con su misma posibilidad de supervivencia.<sup>13</sup>

Las diferencias geográficas en la mortalidad infantil son profundas y tienden a crecer en lo sucesivo. En el informe de la ONU *El desarrollo humano 1999*<sup>14</sup> las 174 naciones del mundo fueron clasificadas con base en un “índice de desarrollo humano” (finalmente no se

<sup>13</sup> Cf. por ejemplo Comitato nazionale per la bioetica [Comité Nacional para la Bioética], *Infanzia e ambiente*, Roma, Poligrafico dello Stato, 1997, en especial el capítulo sobre “Desigualdades”, pp. 95-104.

<sup>14</sup> United Nations Development Program, *Rapporto 1999 sullo sviluppo umano* [“Informe 1999 sobre el desarrollo humano”], 10, *la globalizzazione*, Turín, Rosenberg & Sellier, 1999.

toma como referencia tan sólo el producto interno bruto!) basado a su vez en la combinación de tres indicadores: ingreso, instrucción y salud. Para la mortalidad infantil, las 45 naciones con “alto desarrollo humano” tenían en 1970 un índice medio de  $25^{\circ}/^{\circ\circ}$  (núm. de los que mueren en su primer año de vida de cada mil que nacen), que disminuyó casi treinta años después, en 1997, al  $7^{\circ}/^{\circ\circ}$ , es decir, se redujo en más de dos tercios. En las naciones con “bajo desarrollo humano” el índice era de  $147^{\circ}/^{\circ\circ}$  en 1970 y llegó a  $106^{\circ}/^{\circ\circ}$  en 1997; es decir, se redujo menos de un tercio. Por consiguiente, las diferencias tienden a crecer. Tras veintisiete años de intenso progreso médico e higiénico en el mundo, existen muchos países que apenas han sido rozados por éste y otros en los que ni siquiera se ha asomado. En los dos extremos de la escala se encuentran, por un lado, Sierra Leona (que pasó de  $206^{\circ}/^{\circ\circ}$  en 1970 a  $182^{\circ}/^{\circ\circ}$  en 1997) y Níger (que tiene respectivamente  $191^{\circ}/^{\circ\circ}$  y de nuevo  $191^{\circ}/^{\circ\circ}$ ), y, por otro, países como Suecia, Noruega, Finlandia y Japón, donde el índice descendió a 4 por cada mil nacimientos, es decir, países donde las medidas de prevención y de cuidado provocan efectivamente que la probabilidad de morir en el primer año sea actualmente *cincuenta veces menor* respecto a la que espera a los recién nacidos de Sierra Leona y Níger, donde muere casi uno de cada cinco que nacen, con notables discrepancias internas. Por el contrario, cifras tan reducidas en los países que se encuentran a la vanguardia también son indicadoras de una notable equidad social, porque los cuatro decesos de recién nacidos entre mil se deben, más que a fenómenos de falta de previsión o descuido, a razones debidas a la casualidad o bien a patologías fetales que todavía no se pueden remediar. Las medidas preventivas de protección están tan extendidas que, cualquiera que sea el lugar, la familia o la clase social en que nace un niño, éste tiene la misma posibilidad de superar el riesgo de muerte que va unido *al nacimiento*. En otras partes, en mayor o menor medida, existe una selección no natural, que en muchos aspectos está determinada por factores geográficos y sociales.

O bien, como sucede sobre todo (pero no exclusivamente) en diferentes países asiáticos, la selección está determinada por el sexo. La cifra del desequilibrio no natural entre los sexos, depurada de los factores de riesgo genéticos y ambientales y calculada para la situación demográfica a fines del siglo XX, ha sido sintetizada en la dra-

mática expresión *Missing women*. \* ¿Cuántas son las mujeres perdidas, que no responden al llamado? El desequilibrio entre los sexos para ventaja del masculino, documentado por los censos, ha sido evaluado mediante dos métodos diferentes: uno ha llevado a concluir que hay 44 millones de mujeres faltantes en China, 37 millones en la India y, en total, 100 millones en el mundo, mientras que el otro arroja 29 millones de mujeres faltantes en China, 23 millones en la India y 60 millones en todo el mundo. Estos datos que muestran que las discriminaciones culturales y sociales logran revertir la superioridad biológica de las mujeres (en efecto, a partir de los primeros días de vida la supervivencia femenina es, en condiciones normales, superior a la masculina) fueron presentados por Amartya Sen.<sup>15</sup> Éste lo atribuye, con base en numerosas pruebas, a valores tradicionales e intereses económicos que inducen a mostrar negligencia hacia las niñas en la asistencia médica, así como a la menor admisión en los hospitales, a las diferencias en nutrición y a la mortalidad infantil más elevada, espontánea o inducida. Una de las razones en China, agrega, es la limitación de tener un solo hijo. Como demostración de que esta tendencia puede ser revertida, él presenta el ejemplo del estado de Kerala, en la India, donde la situación se ha modificado gracias a la instrucción y a la asistencia médica para todos y a la valorización de la aportación de las mujeres a la economía y a la vida social. Concluye que las *missing women* “pueden ser rescatadas, después de todo, gracias a políticas públicas”.

La bioética de frontera discute si es moralmente válido, como es posible hoy en día con la fecundación artificial, escoger el sexo del ser que va a nacer, en tanto que la experiencia cotidiana nos habla de sesenta o cien millones de mujeres desaparecidas de las estadísticas (y de la vida) a causa de procesos selectivos que han privilegiado al sexo masculino desde el nacimiento. Un punto de contacto entre estos dos fenómenos, potencialmente devastador, radica en el hecho de que ahora la selección puede anticiparse. La ultrasonografía permite, en efecto, conocer el sexo del que va a nacer, y las tecnologías biomédicas (diagnóstico y aborto) se utilizan, en apoyo de costumbres atávicas, como sustituto o complemento del infanticidio, de la

\* “Mujeres faltantes [o desaparecidas]”, en inglés. [T.]

<sup>15</sup> A. Sen, “Missing women. Social inequality outweighs women’s survival advantage in Asia and North Africa”, en *British Medical Journal*, vol. 304, 7 de marzo de 1992, pp. 587-588.

negación de los tratamientos médicos y de otras formas de discriminación que han producido este pavoroso desequilibrio. El reconocimiento de la igualdad de oportunidades para las mujeres, que se ha afianzado casi en todas partes en los últimos decenios, ha atenuado estos fenómenos. La decisión del gobierno indio de dispensar una indemnización de 500 rupias a las madres que dan a luz (y aceptan) a una recién nacida de sexo femenino, así como también la tentativa de restringir el uso discriminatorio del ultrasonido, son acciones dignas de elogio, pero no parecen suficientes para eliminar la selección sexual. Ésta se apoya en ideas, intereses y costumbres que perduran en ciertas regiones, además en el silencio culpable del mundo.

He hablado de selección social y sexual. ¿Y la natural? Ésta persiste, empezando por el hecho de que una enorme cantidad de óvulos fecundados no llegan a implantarse en el útero y que muchos embriones no crecen porque no son aptos para desarrollarse. Por esta vía la naturaleza afirma sus leyes, y para este primer tránsito traumático no hay por el momento ningún remedio práctico, ni voluntad de salvación, ni preocupación moral. La selección natural, sin embargo, se ha atenuado notablemente, en especial para las fases posteriores de la vida, a partir de la intrauterina. De hecho, la prevención y los cuidados durante y después del embarazo permiten hoy en día el nacimiento y una larga supervivencia de fetos y recién nacidos que hace muy pocos decenios habrían perecido irremediamente.

Demógrafos y filósofos se cuestionan sobre las consecuencias de este hecho y aflora una añoranza de la selección perdida. El debate ha sido analizado por Andrea Furcht,<sup>16</sup> empezando con los temores surgidos en la cultura británica y en varias corrientes del eugenismo entre los siglos XIX y XX y llegando hasta Jacques Monod. Éste último ha expresado su preocupación y alarma por el hecho de que en el seno de las sociedades modernas “la selección ha sido suprimida. Por lo menos, ya no tiene nada de ‘natural’ en el sentido darwiniano del término”.<sup>17</sup> agrega: “En una época todavía reciente, incluso en las sociedades ‘avanzadas’, la eliminación de los individuos menos dotados física e intelectualmente era automática y cruel. La mayor parte

<sup>16</sup> A. Furcht, “Alcuni contributi della demografia all’indagine biologica e alla riflessione etica”, *Giornate di Studio sulla Popolazione*, Roma, 7-9 de enero de 1997, pp. 6-7.

<sup>17</sup> J. Monod, *Il caso e la necessità*, Milán, EST Mondadori, 1970, pp. 131-132.



no llegaba a la pubertad. El día de hoy muchos de estos enfermos genéticos sobreviven un tiempo suficientemente largo como para reproducirse... Las condiciones no selectivas, o selectivas marcha atrás, que imperan en las sociedades avanzadas, representan un peligro auténtico para la especie.”

Al comentar estas afirmaciones, Furcht se plantea la pregunta preliminar “cuántas lágrimas es adecuado derramar por el fin de la selección natural”, antes que nada porque “está empedrada de sangre y sufrimientos”. Por lo demás, existen muchos estudios que documentan cómo la reducción de la presión selectiva está balanceada hoy en día por otros factores que tienden en cambio a incrementarla, como la difusión de agentes patógenos antes aislados y ahora presentes en todas partes, o como el aumento de los factores ambientales que producen mutaciones genéticas.<sup>18</sup> Está además el hecho de que el aumento numérico y la mayor movilidad de la población reducen, respecto a las sociedades del pasado, la probabilidad de encuentro entre genes responsables de enfermedades de carácter recesivo; en el caso extremo de dicha dispersión, estas enfermedades podrían no manifestarse clínicamente casi nunca. Por lo tanto, podemos estar más tranquilos por lo que respecta a un peligro de degeneración progresiva de nuestra especie, cosa que el propio Monod consideraba inevitable, si bien la situaba dentro de diez o quince generaciones. Hay razón en cambio para estar alarmados, desde ahora, por el replanteamiento explícito o implícito de ideas selectivas que inducen a omitir las acciones que son posibles en favor de sujetos humanos débiles, que si quedaran sin ayuda estarían fatalmente destinados a morir. Ni las teorías utilitarias ni las basadas en el valor intrínseco de toda vida humana pueden justificar la supresión de éstos en nombre de un presunto beneficio para la especie.

## VI. LOS SUJETOS DE LA FECUNDACIÓN ARTIFICIAL

Probablemente, las cuestiones moralmente más controvertidas en cuanto a los nacimientos conciernen hoy en día la reproducción

<sup>18</sup> M. Ruse, *Sociobiology, Sense or Nonsense?*, Dordrecht, Reidel, 1979, cit. por Furcht.

con ayuda médica. Esta cuestión es con frecuencia aislada del contexto del procrear/nacer en general. No obstante, profundizar en este tema moral que está situado en las fronteras avanzadas de la biomedicina, que es tan complejo y envolvente y que, además, está vinculado a decisiones políticas difíciles, tiene su propia relevancia intrínseca y puede también ayudar a esclarecer mejor los valores y las elecciones realizadas por todos, todos los días, en el campo de la reproducción.

La cuestión preliminar es si en la reproducción (como en otros campos de la bioética) puede existir una diferencia de valoración moral entre lo que es natural y lo que es artificial. Aceptar sobre esta base un criterio de distinción radical bien/mal significa, en mi opinión, negar que el propio hombre, con su evolución como especie y con sus demás atribuciones, es también un fruto del artificio. Significa además rechazar que el artificio pueda ser utilizado como medio para corregir los “errores de la naturaleza”, para completar facultades impedidas o lesionadas, para ofrecer una oportunidad adicional para la reproducción. A veces, cuando se piensa en parejas estériles que quisieran disfrutar de la fecundación artificial, se plantea la pregunta: “¿Por qué no piensan en adoptar un niño?” La pregunta se debe entender en un sentido bien intencionado. Sin embargo, pasa por alto que el deseo de una maternidad y una paternidad fundadas en la gestación materna y en la descendencia genética (incluso parcial) no es el residuo ancestral de nuestros progenitores salvajes, sino es un legítimo patrimonio cultural de nuestra época, y espero que de todas las épocas. Se puede discutir, en el interés mismo de los sujetos, cuándo dicho deseo puede volverse obsesivo, en qué medida puede ser paliado por la medicina, qué recursos de la colectividad pueden ser movilizados para ayudar a resolverlo. Pero negarlo, o imponerle otra decisión, por más generosa que ésta sea, constituye un límite para la libre elección.

Las hostilidades hacia esta opción se ven alimentadas a veces por una concepción estática de la relación entre naturaleza y ciencia, y con más frecuencia por la desconfianza espontánea hacia la separación total entre la reproducción y experiencias humanas innatas como el deseo, la sexualidad, el amar y el ser progenitores o hijos. Sin embargo, se debe reconocer que, junto con el resultado de incrementar la libertad, la fecundación artificial puede también incrementar la dependencia del cuerpo y la mente con respecto de una medicina altamente invasiva, la cual privilegia como propio instru-

mento el remedio rápido y técnico, lo sugiere incluso al precio de renunciar a la labor paciente de prevención y cuidado, y llega, a veces, a ocultar inconvenientes y fallas y a minimizar los riesgos.

Un procedimiento recientemente introducido, por ejemplo, es la utilización de espermatozoides aislados para la fecundación de óvulos en probeta. Normalmente se encuentran millones de espermatozoides en cada una de las eyaculaciones, que compiten unos con otros para llegar al óvulo. Por lo tanto, se da un proceso selectivo que esta técnica anula, sin que se haya dado una valoración preliminar de sus consecuencias. Un ejemplo extremo de lo que en la revista *Lancet* se ha llamado *science versus clinical adventurism*<sup>19</sup> es además el uso para la fecundación, cuando hay azoospermia (ausencia de espermatozoides en el líquido seminal), de espermátidos, formas inmaduras que pueden ser extraídas directamente de las vías espermáticas y que, no obstante, pueden tener con mayor frecuencia un ADN alterado. Aunque no haya consenso unánime sobre los hechos, me parece en general apropiado el análisis que hace a manera de conclusión el artículo de *Lancet*:

Los rápidos progresos de las tecnologías reproductivas están guiados no solamente por la curiosidad y la capacidad científica, sino también por la búsqueda de ganancia y las solicitudes de los pacientes. Estos factores explican por qué las nuevas técnicas reproductivas han sido adoptadas tan rápidamente —más que en las demás especialidades médicas— sin estudios rigurosos y pruebas sólidas de seguridad a largo plazo. Paradójicamente, los errores tienen implicaciones sobre la salud de las generaciones futuras, y no hay otra especialidad médica cuyos errores pueden tener consecuencias tan terribles para los médicos y para los niños así concebidos.

A estas consecuencias, hipotéticas pero terribles, se asocia la documentación ya existente (no compartida por todos) sobre los que nacen por fecundación artificial. Entre éstos se encuentra, aun cuando con valores no siempre significativos, una mayor frecuencia de partos gemelares y, por consiguiente, de nacimientos prematuros, un aumento de los recién nacidos con peso inferior a la norma, de la mortalidad perinatal y de las malformaciones, y una mayor necesidad de recurrir a terapias intensivas. Se agrega finalmente el sufrimiento de muchas mujeres sometidas a un “encarnizamiento repro-

<sup>19</sup> E. K. Steele, S. E. M. Lewis, N. McClure, “Science versus clinical adventurism in the treatment of azoospermia”, *Lancet*, vol. 353, 13 de febrero de 1999, pp. 516-517.

ductivo” que lacera su organismo y su personalidad. Estos hechos y estas incertidumbres requieren de un compromiso más profundo de la investigación, y quizá también de una desaceleración en el paso desde el conocimiento científico hacia sus aplicaciones, un uso más intenso del principio de precaución y una deontología médica más respetuosa de los derechos humanos. Todo ello ciertamente no anula el hecho de que la inmensa mayoría de los “hijos de la ciencia” nacieron y viven tan felices como los que son “hijos de la naturaleza”, y que son fruto de una libre elección de sus progenitores.

¿Existen límites para esta libertad? Algunos pueden derivarse de problemas de conciencia. Aquel que piensa, por ejemplo, que “el deseo de los individuos no puede desplazar el valor de la derivación biológica, la cual es... un claro indicador de las intenciones de Dios escritas en la realidad biológica”,<sup>20</sup> que a su vez es santificada por el matrimonio, puede tener motivo para rechazar la fecundación con semen de un donador, a la que se define como heteróloga (un término que se tomó como préstamo de la biología, ique lo utiliza para el cruzamiento entre diferentes especies!). En cambio, aquel que piensa que más allá de la derivación biológica (y, según muchos, más que ésta) cuenta también la filiación afectiva, tiene razón para considerarla moralmente aceptable, al menos cuando no existen otras maneras de tener un hijo.

Hablo de dos diferentes orientaciones basadas en la conciencia individual. Sin embargo, las leyes deben reflejar, y en cierta medida orientar, una sociedad pluralista que esté basada en el binomio inseparable libertad/responsabilidad y, por consiguiente, no pueden poner ataduras que no tengan un fundamento racional demostrado, como la idea de que la derivación genética directa a partir de dos progenitores legalmente unidos es la única que puede dar felicidad a los hijos. El estado, sin embargo, no puede limitarse a declarar lícito todo lo que las ciencias biológicas hacen factible, o a registrar la existencia de diferentes “comunidades morales”, como sostiene H. T. Engelhardt,<sup>21</sup> que sean autónomas unas de otras y estén dotadas cada una de reglas propias.

Si se piensa, por el contrario, en normas que sean apropiadas para favorecer la convivencia civil y el respeto de las decisiones de los

<sup>20</sup> E. Tonini, “Sulla fecondazione, l’Inghilterra di Blair inverte la rotta”, en *Avvenire*, 28 de julio de 1999.

<sup>21</sup> H. T. Engelhardt Jr., *Manuale di bioetica*, Milán, Il Saggiatore, 1991.

individuos, un punto de partida puede ser el hecho de que en la fecundación artificial están involucrados dos tipos diferentes de sujetos: los que participan en ella y el que nace. Existe una extensa propensión a considerar que, con todo y que se parte del reconocimiento de valores legítimos y usualmente convergentes entre dichos sujetos, se tiene que atribuir la preeminencia a las exigencias del que nace.

Entre los argumentos en favor de esta tesis se invoca frecuentemente la solidaridad entre individuos, el primado del “derecho del más débil”. Una interpretación restrictiva de la teoría de los derechos sostiene, sin embargo, que solamente puede exigir derechos aquel que, según algunos, está dotado de conciencia, no el que todavía no tiene vida propia. Esta interpretación, no obstante, se puede refutar con base en el principio del deber, que constituye la base de la moral kantiana: debo comportarme “de tal modo que también pueda querer que mi máxima se convierta en una ley universal”.<sup>22</sup> Extendido a las personas que serán engendradas,<sup>23</sup> este principio implica un compromiso de los progenitores en relación con la calidad de la vida del que va a nacer. Por lo demás, la relación con los hijos constituye, según Jonas, “un caso (que conmueve profundamente también al observador) de una responsabilidad y obligación elemental *no recíproca* que es reconocida y practicada espontáneamente”. La motivación de los padres no está basada en el hecho de que, al llegar a la vejez, se puede esperar de los hijos una contraprestación por el amor y los cuidados otorgados. La actitud con respecto a éstos es incondicional: “Éste es el único ejemplo, ofrecido por la *naturaleza*, de un comportamiento del todo altruista. Es esta relación, en efecto, ligada con el hecho biológico de la reproducción, y *no* la relación entre adultos independientes (de la cual surge la idea de los derechos y los deberes recíprocos), la que constituye el origen de la idea de responsabilidad en cuanto tal.”<sup>24</sup>

En el plano práctico, el caso más lejano de esta dimensión de responsabilidad moral es probablemente el del niño de Estados Unidos que, en cuanto nació, quedó huérfano, con pleno apego a las leyes, de cinco progenitores, todos vivos. Parece imposible, pe-

<sup>22</sup> I. Kant, *Fondazione della metafisica dei costumi*, Bari, Laterza, 1997, p. 33 [*Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, Madrid, Espasa Calpe].

<sup>23</sup> Cf. R. M. Hare, *Il pensiero morale*, Bolonia, Il Mulino, 1989.

<sup>24</sup> H. Jonas, *Il principio responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica*, Turín, Einaudi, pp. 49-50.

ro la explicación es sencilla. Dos de ellos (núms. 1 y 2), que constituyen el origen de la decisión de engendrar, formaban una pareja totalmente estéril y deseosa de tener un hijo. Ellos se dirigieron a los bancos de semen y de óvulos para obtener de unos “donadores” (progenitores núms. 3 y 4) los gametos masculinos y femeninos que se necesitaban; una vez realizada la creación de un embrión con la fecundación *in vitro*, contrataron la gestación con una “madre sustituta” (progenitor núm. 5). Poco antes del parto, sin embargo, se separaron los progenitores núms. 1 y 2 que hicieron el encargo y declararon que ya no tenían intención de recibir a un hijo; la progenitora núm. 5 que gestó al niño, tras haber dado a luz en cumplimiento cabal del compromiso pactado, afirmó que no tenía ninguna intención de mantener al recién nacido; en cuanto a los progenitores genéticos núms. 3 y 4, éstos ya habían desaparecido en el anonimato desde tiempo atrás. Por consiguiente, todo en orden, excepto las perspectivas del recién nacido. Al lado de este caso extremo existen innumerables variantes más, ampliamente citadas en las crónicas periodísticas, en las que se ha desatendido o pisoteado el “comportamiento del todo altruista” al que se refiere el criterio de responsabilidad invocado por Jonas.

Por estos motivos se manifiesta casi en todas partes la exigencia de reglas morales, acompañadas en ciertos casos de normas jurídicas. El Comité para la Bioética, en su opinión expresada el 17 de junio de 1994, había alcanzado un acuerdo sustancial de todos sus miembros, pertenecientes a disciplinas y corrientes culturales diversas, sobre las orientaciones siguientes que se debían adoptar para tener acceso a la fecundación artificial:

El bien de la persona que va a nacer debe considerarse el criterio de referencia central para la valoración de las diferentes opiniones reproductivas. Dicho criterio sugiere que, en términos generales, la mejor situación en la que puede nacer un hijo es la de que sea concebido y criado por una pareja de adultos de diferente sexo, una pareja casada o al menos ligada de manera estable por una comunidad de vida y de amor. Es además preferible que dicha pareja esté en edad potencialmente fértil, aun cuando pueda estar, por diversos motivos, afectada por la infertilidad. Además, es un principio fundamental que el nacimiento de un ser humano sea fruto de una responsabilidad asumida explícitamente —con relevancia jurídica— por parte de quien solicita que se eche mano de la fecundación artificial. Por ello, las instituciones públicas deben comprometerse para despertar al máximo la res-

ponsabilidad en las personas que recurren a la fecundación artificial y para verificar la seriedad del compromiso que asumen de dicha manera.<sup>25</sup>

## VII. LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES Y LA IDENTIDAD DEL QUE NACE

Casi todos los países europeos han adoptado leyes que responden más o menos a estas orientaciones. Italia, en cambio, corre el riesgo de separarse de éstos, en una atormentada trayectoria parlamentaria que —en el momento en que estoy escribiendo— no ha concluido todavía. Hasta el año 1999 se dio un largo silencio legislativo, seguido de la proposición de textos que, en lugar de buscar la concordia necesaria en un campo tan delicado de la actividad pública, han dividido profundamente al país con base en explícitas motivaciones ideológicas, a veces por meros cálculos políticos. Es una paradoja que se hayan propuesto normas fuertemente restrictivas después de haber obstaculizado por largo tiempo la introducción de cualquier tipo de regla y después de haber pasado por alto *de facto* y permitido *de iure* todo abuso: incluida la inhumana posibilidad, para el marido que hubiera aceptado explícitamente la fecundación de la esposa con semen de un donador, de desconocer luego al recién nacido. No sé si la motivación prevaleciente para esta específica hostilidad se haya debido al criterio hipócrita según el cual ignorar un pecado es mejor que avalarlo por ley, o bien a la idea (traducida en sentencia por el juez de Cremona en 1994)<sup>26</sup> de que la fecundación llamada heteróloga tenga que considerarse como un “adulterio genético”. Afortunadamente, en este caso, como en otros más, la Corte constitucional intervino como suplente del legislador, decretando la ilegitimidad del desconocimiento.

Otra consecuencia de la negativa a legislar fue la perdurable ausencia de normas elementales de garantía técnico-científica y legal para los centros que practican la fecundación artificial, elementos esenciales para asegurar a las personas una igualdad de seguridad, igualdad de higiene e igualdad de protección frente a los abusos. Di-

<sup>25</sup> Comitato nazionale per la bioetica [Comité Nacional para la Bioética], *Parere sulle tecniche di procreazione assistita. Sintesi e conclusioni*, Roma, Poligrafico dello Stato, 1995, p. 12.

<sup>26</sup> Tribunal de Cremona, 17 de febrero de 1994, en *Giurisprudenza italiana*, 1, 2, 1994, p. 996, con una nota de G. Ferrando.

chas normas fueron propuestas por varias comisiones gubernativas, y podrían haber sido adoptadas incluso con un simple decreto ministerial; pero en el momento de la decisión política siempre fueron bloqueadas. El Comité Nacional para la Bioética ha contribuido también a obstaculizarlas, invocando la dudosa exigencia de que primero fueran establecidos los criterios morales, luego las reglas técnico-científicas y las procedimentales.

He hablado de un largo silencio legislativo. Una norma, a decir verdad, fue introducida con rara oportunidad, el 1 de marzo de 1985. Su examen puede esclarecer, aunque sea en sentido negativo, un criterio que debería ser esencial para valorar la actividad normativa en el campo de la fecundación artificial: el de las garantías de igualdad de oportunidades. Me refiero al elemento discriminatorio contenido en la única regla que, con todo y que tiene el bajo perfil jurídico de una circular ministerial, se aplica rigurosamente: se trata de la que firmó Constante Degan, como ministro de salud, intitulada *Límites y condiciones de legitimidad de los servicios para la inseminación artificial en el ámbito del Servicio de salud nacional*.<sup>27</sup> La circular prohibió la fecundación “heteróloga” en los servicios públicos, con base en las consideraciones de que “el fundamento esencial de la relación de filiación es el de la derivación biológica”, y que “solamente las técnicas que utilizan los gametos de la pareja permiten realizar el deseo de la misma sin incertidumbres sobre la paternidad y sobre la maternidad del que va a nacer”. Se puede discutir si esta circular representa una protección o una arbitrariedad. Sin embargo, resulta irrefutable el hecho de que, dado que está circunscrita al servicio público y que no prevé prohibiciones, reglas o controles para la medicina privada, ésta ha creado una doble trayectoria, en la medida en que permite buscar remedio para muchos tipos de esterilidad solamente al que puede pagar. No me parece que en el campo bioético existan en Italia ni en otros países europeos otras normas semejantes, dirigidas a introducir oficialmente una “doble moral”. La única analogía es la que se puede establecer con el enfoque que prevalece en Estados Unidos, donde en muchos temas de la investigación científica y de la biomedicina están en vigor normas restrictivas para las instituciones que disfrutaban de fondos federales, mientras que para los sujetos que utilizan fondos privados no existe regla alguna. La

<sup>27</sup> Cf. el texto en V. Lanfranchi y S. Favi (ed.), *Figli della scienza. La riproduzione artificiale umana*, Roma, Editori Riuniti, 1988, pp. 66-69.



diferencia principal es que, en Italia, la doble moral está fundada en la ideología, mientras que en Estados Unidos lo está en el mercado.

En el mercado reproductivo se compran los gametos y se alquila el útero. El 24 de octubre de 1999 aparecieron en los periódicos encabezados altisonantes como “Los óvulos de las modelos se subastan por Internet” (*Corriere della Sera*), “¿Tener un hijo con una top-model? Se puede con Internet” (*l'Unità*), “AAA vende óvulos por Internet para hijos de belleza garantizada” (*La Repubblica*), y finalmente “Todos hacen fila para los superniños” (*La Stampa*, 26 de octubre). Éstos estaban basados en la comunicación en red de Ron Harris, fotógrafo de Hollywood, que ofrecía en subasta los óvulos de mujeres superbellas. Los comentarios dentro y fuera de Estados Unidos fueron casi en su totalidad de irritación, y recordaron a veces el ejemplo de las casas de apareamiento, las “Lebensborn” hitlerianas, donde se unían las bellas arias teutónicas con los oficiales de las ss para producir los mejores ejemplares de la raza. Sin embargo, como sucede frecuentemente en la actualidad, el Internet representa la punta del *iceberg*; bajo el agua, o aflorando pero no visible, hay una mole sumergida mucho más grande, constituida por hechos semejantes. Por ello, parece del todo inapropiada la reacción indignada de Karen Synesiu, directora de la agencia impropriadamente denominada “Donación de óvulos”, la cual paga por ellos de 2 500 a 5 000 dólares a las “donadoras”, y los ofrece a los que los solicitan “describiendo sus características, y éstos escogen”. Ella misma forma parte de un floreciente comercio de espermatozoides y de óvulos acompañado por catálogos que contienen calidades y precios, el cual ha sido ampliamente documentado.<sup>28</sup> Aun cuando existen dudas fundadas sobre el éxito reproductivo de dichas opciones (y, por lo tanto, podría tomar forma la agravante del engaño), la intención moral es la de vender o comprar una ventaja selectiva, de predeterminedar las características genéticas de los hijos, de violar los principios de la autonomía y de la igualdad de oportunidades para el que nace.

En el caso de las “madres sustitutas por encargo” está en juego también, en sentido amplio, el principio de la dignidad humana, que se basa en su forma más simple en el precepto kantiano que “consi-

<sup>28</sup> Cf. A. Kimbrell, *The human Body Shop. The Engineering and Marketing of Life*, Harper Collins, Londres-San Francisco, 1993, pp. 68-131, y G. Berlinguer y V. Garrafa, *La merce finale. Saggio sulla compravendita di parti del corpo humano*, Milán, Baldini e Castoldi, 1996, pp. 60-69.

dera siempre al hombre como un fin, jamás como un medio”, el cual es incompatible con la posibilidad de comerciar con el cuerpo. Podría en cambio ser considerado en otra dimensión moral el acto voluntario de “donación temporal del útero”, como ha sucedido a veces entre mujeres de la misma familia. En ambos casos, sin embargo, el principio de que el sujeto preeminente es el que nace induce a reflexionar sobre la profundidad de las relaciones que se crean entre el que va a nacer y la que lo gesta durante su vida intrauterina y sobre el perjuicio que se puede derivar de su brusca interrupción después del parto.<sup>29</sup> Esta decisión puede resultar enfrentada con “la constatación, científicamente confirmada, de intercambios psicológicos decisivos entre la que gesta y el feto, por lo cual una separación posterior es inevitablemente traumática para ambos”.<sup>30</sup>

No obstante, el análisis no debe realizarse solamente en términos de patologías, sobre las cuales existe una casuística pero no todavía una demostración epidemiológica indiscutible. La evaluación debe ser realizada en relación con la identidad personal del niño y con la construcción de su identidad en un sistema de relaciones que puede abarcar a más figuras maternas y paternas: un proceso que puede volverse complejo e inextricable para su mente, en parte porque a veces está enmascarado por silencios y mentiras.

Uno de los temas más controvertidos, que concierne a los que han nacido por fecundación “heteróloga”, es su derecho a conocer quiénes son sus progenitores genéticos. Este derecho, si existe, no es con todo exclusivo de los “hijos de probeta”. Conciernen también a los niños adoptados, porque no es justo crear dos normas diferentes, y dar a unos la oportunidad que se niega a los otros. Puede presentarse también en otros casos, como en el surgimiento de un interés en los hijos nacidos por vía natural de parejas legalmente formadas por averiguar, ante la perspectiva de enfermedades o predisposiciones que se transmitan genéticamente, cuál es su verdadera ascendencia (que, por lo que se refiere al padre, en porcentajes más altos de lo que se piensa, no corresponde a la que se presume legalmente). Estas exigencias se encuadran en el *derecho de saber*, que se está afianzando en muchos campos como expresión de la autonomía personal.

<sup>29</sup> M. Mancia, “Vita prenatale e organizzazione della mente”, en M. Ammanniti (ed.), *La nascita del Sé*, Roma-Bari, Laterza, 1989.

<sup>30</sup> S. Vegetti Finzi, “Famiglia e identità femminile nell’epoca della tecnica”, en el vol. *Famiglia ‘generativa’ o famiglia ‘riproduttiva’?*, E. Scabini y G. Rossi (eds.), Milán, Vita e pensiero, 1999, p. 195.

En el caso de la fecundación artificial, se contrapuso a este derecho la consideración práctica de que, si fuera posible remontarse a los donadores de semen (o de óvulos), estas figuras desaparecerían por temor a las consecuencias, y nacería por consiguiente un mercado negro o una migración reproductiva hacia otros países, asimilable al *turismo bioético* hacia naciones vecinas que existía desde Italia hacia la Gran Bretaña antes de la ley sobre el aborto. Esta preocupación se manifestó por ejemplo en Suecia, después que había sido ratificada la posibilidad de que los hijos conocieran a sus progenitores biológicos. Sin embargo, la experiencia demostró que, tras la retirada de muchos donadores tradicionales que eran jóvenes y solteros, se presentaron otros, de mayor edad, casados y con hijos, que ofrecen su semen con el consentimiento de sus familias.

#### VIII. ¿HACIA LA PREVENCIÓN DEL ABORTO?

El aborto es el lado oscuro de las funciones reproductivas humanas. Oscuro porque se presenta a menudo por causas desconocidas o por decisiones atormentadas, oscuro porque concluye negativamente el inicio de un proceso reproductivo y oscuro porque, voluntario o impuesto, constituye desde siempre un flagelo para las mujeres en edad fértil. El aborto ha sido definido como “un dilema de nuestra época”,<sup>31</sup> pero se olvida que en épocas pasadas también existía y se lo pasaba por alto y ocultaba. Hasta mediados del siglo XX estaba confinado entre los sucesos invisibles, de los cuales afloraba solamente como resultado de consecuencias letales o bien de condenas penales contra las mujeres. El I Congreso internacional que encaró globalmente el tema se desarrolló en Estados Unidos, en el año 1967, después de que los movimientos feministas y en favor de los derechos civiles, así como juristas y médicos, sociólogos y legisladores habían puesto al descubierto las espantosas dimensiones del problema y habían empezado a pedir normas que, en determinadas condiciones, declararan lícito el aborto y le otorgaran el auxilio de la medicina. Desde aquellos años el aborto se ha convertido en objeto

<sup>31</sup> Harvard Divinity School y J. P. Kennedy Jr. Foundation, *L'aborto, un dilemma del nostro tempo* (basado en las Actas del I Congreso internacional sobre el aborto, Washington, 1967), Milán, Etas Compass, 1970.

de encendidas polémicas, de movimientos opuestos a favor o en contra, de reflexiones filosóficas, de propuestas de ley y de leyes aprobadas. Como en Italia.

Reflexionaré sobre la bioética del aborto sobre todo a partir de esta experiencia, en parte por una razón personal. He participado efectivamente en calidad de diputado, y como ponente ante la Cámara, en el largo trayecto de la ley que duró dos legislaturas (de 1972 a 1976 y de 1976 a la aprobación definitiva, ocurrida el 18 de mayo de 1978). Por ello, se puede sospechar legítimamente de que mi óptica esté afectada de parcialidad. Ésta refleja, no obstante, quizá de manera deformada, el que fue el más amplio, largo y controvertido debate bioético que se haya dado jamás en Italia. En él se enfrentaron no solamente dos, sino más posiciones; y salieron a la luz dilemas que involucran hasta la fecha el análisis filosófico, las decisiones públicas y la conciencia de cada quien.

No me detendré en los artículos de la ley, que fue publicada con el número 194 en la *Gazzetta Ufficiale* del 22 de mayo de 1978.<sup>32</sup> Sin embargo, se puede partir de una pregunta: ¿por qué, después de que había sido aprobada por una mayoría de 52% de los votos en la Cámara y de 51% en el Senado, cuando fue sometida dos años después a referéndum derogatorio fue confirmada por el 68% de los italianos? ¿Cuáles fueron sus razones? Yo creo que solamente una minoría votó a favor de la ley porque consideraba al aborto como un símbolo de la libertad femenina. La inmensa mayoría, en cambio, consideró al aborto como un síntoma y como un aspecto, el más difundido y hasta ese entonces el más desconocido de la tragedia de las mujeres, de una condición formada de inequidad, de ignorancia, de estado subalterno y, sobre todo, de atropellos y de violaciones, que todavía hoy siguen siendo consumados en muchos campos. Pocos pensaron que, con su voto, estaban dando una patente de moralidad al aborto. Muchos, en cambio, consideraron que sólo llevando a la luz el fenómeno, legalizándolo y prestándole auxilio, se podían alcanzar dos resultados: limitar el daño e iniciar una labor de prevención.

Esto quiere decir que consideraron, valorando las experiencias pasadas, que era justo evitar, dentro de tiempos y condiciones determinadas, el remitirse a la ley penal (aunque fuera en términos de “delito no punible”, como se había propuesto mediante una fórmula

<sup>32</sup> G. Berlinguer, *La legge sull'aborto*, Roma, Editori Riuniti, 1978.

la de dudosa coherencia jurídica); y que en estos casos la decisión, más que delegarla a un juez externo, médico o magistrado, era justo confiarla a la responsabilidad primaria de la mujer. Por las experiencias pasadas resultaban claras tres referencias: *a*] que la sanción penal empuja a la clandestinidad, no elimina el problema y agrava los sufrimientos de la mujer; *b*] que la falta de un auxilio legalizado crea una discriminación, basada en la situación económica y en el nivel de instrucción, acerca de la calidad de la intervención y de sus resultados; *c*] que si el aborto es un mal, y la solución principal radica en la prevención, esto resulta imposible (no ha sucedido jamás para ninguna enfermedad ni para ninguna patología social) si no pasa de la clandestinidad a la luz pública.

El voto del referéndum que confirmó la ley se basó en estas experiencias y quiso expresar, en el plano práctico, la confianza en la posibilidad de atenuar los sufrimientos y de prevenir el fenómeno. No fue “a favor del aborto”. Se basó en la distinción entre el concepto de legalidad, el cual implica que un comportamiento no es susceptible de sanción jurídica, y el de moralidad, que quiere decir afirmar que éste corresponde al bien. Esta última tesis es difícilmente sostenible, porque una valoración positiva del aborto en el plano moral prescinde del hecho de que representa en cualquier caso la interrupción de un proceso vital, en el cual los dos gametos masculino y femenino se unieron para iniciar el desarrollo de un nuevo ser, único e irrepetible. Éste es el resultado trágico de un conflicto en el que están involucrados, por un lado, un ser en formación, y por otro, las necesidades y las aspiraciones de una mujer.

Es cierto que no todos comparten esta valoración. En el documento *En defensa del derecho al aborto* publicado por el Consejo Italiano de Bioética el 19 de octubre de 1993, por ejemplo, existen dos aspectos que es oportuno discutir. Uno es el título mismo, porque existe una diferencia entre “posibilidad legal” y “derecho”, y la ley 194 — que dicho documento se propone defender— abre una posibilidad pero no sanciona un derecho. El otro es la definición de la gestación. El documento afirma: “La gestación, que se inicia con la implantación del embrión en la pared uterina, es un proceso biológico que pertenece únicamente al cuerpo de la mujer; es el organismo femenino el que hace posibles los procesos de diferenciación y de crecimiento, con todo y que están determinados genéticamente, que resultan de la fecundación natural o artificial.” Esta definición me parece restrictiva y discutible en el plano ético y científico. Las pala-

bras “pertenece” y “únicamente” tienden de hecho a pasar por alto el carácter interactivo que tiene el proceso de crecimiento intrauterino, el cual implica la relación entre dos sujetos; y la palabra “biológico” no incluye explícitamente las fuertes componentes psicológicas y afectivas de una relación cuya relevancia, conocida empíricamente desde siempre, ahora está comprobada por numerosas confirmaciones científicas.

Partí de la ley 194. Fui un ponente convencido de ella, luego estuve perplejo e incluso angustiado, cuando en los primeros años las cifras de los abortos legales eran elevadas y parecían incluso ir en aumento; y ahora, después de los resultados a la distancia del tiempo, soy partidario de su aplicación en todas sus partes, sobre todo aquellas que se refieren a la prevención. Éstas han sido, por motivos que trataré de interpretar, las más desatendidas.

La ley (como otras semejantes, aprobadas en Europa) puede ser impugnada legítimamente en el plano moral en la medida en que es considerada como un reconocimiento y una validación del aborto. También se la puede criticar, en el plano práctico, con base en dos argumentos: uno es que el aborto legal no ha conseguido eliminar el clandestino; otro es que, por lo que concierne a la disminución de los abortos legales, los efectos de la ley 194 son escasos porque, si los embarazos disminuyen en caída libre, es normal que también los abortos bajen. Ahora bien, las cifras esenciales son éstas: 1] Los *abortos legales* disminuyeron de 1982 a 1993 en un 35.7%, es decir, en más de un tercio, y de 1993 a 1994 en un 5% adicional. 2] La estimación de los *abortos clandestinos*, realizada por el Ministerio de Salud, es que fueron 350 000 antes de 1978 y que bajaron a 100 000 en 1983 y a 52 000 en 1993, cifra que representa aproximadamente un séptimo con respecto de la del periodo que precede a la ley. 3] La *tasa de abortividad*, que representa el número de interrupciones voluntarias del embarazo (IVE) por cada mil mujeres de edad entre 15 y 45 años, se redujo en un 39% con respecto a 1982, y sigue disminuyendo. 4] La *relación de abortividad con respecto a los nacimientos* (que representa el número de las interrupciones voluntarias del embarazo por cada mil recién nacidos vivos, y es el más significativo y que resulta más difícil de comprimir) es actualmente de 273 por cada mil, con una reducción de 28.2%, es decir, de más de una cuarta parte con respecto a 1982, cuando era de 380 por cada mil recién nacidos vivos.

Evidentemente, estos datos no desplazan en lo más mínimo la discusión ética sobre el aborto, porque la moral no se mide en cifras.

Aun cuando hubiera un solo caso, el conflicto entre la mujer como persona viva y autónoma y el embrión, ya sea persona o proyecto de vida, seguiría siendo lacerante. Los datos, no obstante, impulsan a hacer una reflexión que, partiendo del orden estadístico, puede llegar a colindar con el orden moral. Puesto que fue posible reducir en veinte años el número de los abortos, según los índices calculados, en una tercera parte o casi en la mitad, nos podemos plantear hoy en día la ambiciosa meta de restringir todavía más, en el transcurso de pocas generaciones, este drama extendido en todas partes por milenios, que ha provocado tormentos y tragedias para las mujeres (y para los que van a nacer) y tensiones en la convivencia humana. Se lo puede llevar a transformarse en un fenómeno marginal en las sociedades desarrolladas; y mañana, en épocas difícilmente previsibles porque las distancias van creciendo, también en las demás regiones del mundo.

Si esta posibilidad existe, la pregunta es: ¿qué ideas y qué trayectos son necesarios para alcanzar con prontitud dicha meta? Las respuestas obviamente son múltiples. Están conectadas con la condición femenina, con la relación entre los sexos y entre las generaciones, con el valor que se otorgue a la acción de engendrar y a la vida, con la cohesión social que se puede crear alrededor de este objetivo, con el clima social y moral de nuestra época. Considero, no obstante, que uno de los caminos que puede despertar mayores consensos y que puede dar resultados más consistentes en más corto tiempo es el de la prevención, la cual está más conectada con la ética pública, con las decisiones políticas y con los comportamientos personales.

Ésta tiene dos aspectos, que en términos trasladados desde la medicina yo definiría como prevención primaria y prevención secundaria. La primera es causal y anticipada, porque tiende a impedir embarazos no deseados, la segunda es posterior a la fecundación y está dirigida, por consiguiente, hacia un proceso de crecimiento embrional ya en desarrollo. La primera consiste sobre todo en la *regulación de los nacimientos*, en la *sexualidad responsable*, la segunda en *favorecer la aceptación* a través de la solidaridad y el auxilio, es decir, consiste en tratar de evitar que un embarazo no deseado o imprevisto se concluya necesariamente con el aborto. La reflexión sobre la experiencia italiana parece indicar (lo digo de manera esquemática) que las carencias de la prevención primaria se deben sobre todo a aquellas culturas que se han opuesto simultáneamente a la ley 194 y al uso de

medios eficaces para la regulación de los nacimientos. En las carencias de la prevención secundaria han pesado sobre todo otras culturas, las cuales han dado una interpretación restrictiva del papel de la mujer, como si su liberación y emancipación tuviera que desarrollarse eclipsando la función materna, una interpretación que en los últimos años los movimientos feministas han corregido sustancialmente y que podía parecer opuesta y especular con respecto de la mujer “solamente madre”.

Para la prevención es apropiado tener presente, antes todavía de que nos remitamos a las leyes y a los servicios asistenciales y sociales, aquel complejo de preocupaciones morales sobre las cuales se ha detenido (me atrevería a decir: finalmente) Juan Pablo II en la encíclica *Evangelium vitae*:<sup>33</sup>

Es cierto que muchas veces la opción del aborto reviste para la madre un carácter dramático y doloroso, en la medida en que la decisión de deshacerse del fruto de la concepción no se toma por razones puramente egoístas y de comodidad, sino porque se quisieran salvaguardar algunos bienes importantes, como la salud personal o un nivel honroso de vida para los demás miembros de la familia. A veces se temen para el que va a nacer condiciones de existencia tales que hacen pensar que sería mejor para él no nacer... En la decisión de la muerte del niño todavía no nacido, además de la madre, participan a menudo otras personas. En primer lugar puede ser culpable el padre del niño, no sólo cuando empuja expresamente a la mujer al aborto, sino también cuando favorece indirectamente en ella dicha decisión porque la deja sola ante los problemas del embarazo...

Al mismo tiempo, la encíclica vuelve a confirmar la condena: “Estas y otras razones semejantes, por más graves y dramáticas que sean, nunca pueden justificar la supresión deliberada de un ser humano inocente.” Es con todo importante que, tras de un vistazo crítico dirigido en primer término hacia la expansión de la inmoralidad y al egoísmo o hedonismo femenino, se encaren ahora, con estas acusaciones, otros factores y otros temas que alientan el aborto y que se deben encarar con la maduración y la colaboración de toda la sociedad. Sirven de complemento a este compromiso las normas, los servicios, las acciones de solidaridad.

¿Se debe cambiar también la ley 194? Es oportuno recordar qué es lo que establece a este respecto. En el artículo 2 d] subraya que,

<sup>33</sup> Carta encíclica de Juan Pablo II, *Evangelium vitae*, 25 de marzo de 1995, puntos 58 y 59, “Il valore e l’invulnerabilità della vita umana”, Milán, Ed. Paoline, 1995.



entre las tareas de los consultores (que se pueden extender a cualquier servicio), está dar la información sobre las leyes para la protección de la maternidad en el trabajo, sobre el apoyo que brindan organismos locales y otras estructuras, así como contribuir “a hacer que la mujer supere las causas que podrían inducirla a interrumpir el embarazo”. La redacción de este artículo también es resultado de propuestas de los diputados católicos, tendientes a acentuar la función preventiva de los servicios y a reafirmar el valor moral y el interés público de las intervenciones orientadas a aceptar el embarazo (que son algo muy distinto de unas medidas disuasivas aplicadas en formas coercitivas), ante la perspectiva de una orientación de la mujer hacia la decisión de interrumpir el embarazo. Todo esto ha sido muy poco aplicado en la práctica. Con frecuencia han prevalecido, sobre las exigencias de las mujeres y de los que van a nacer, las contraposiciones de ideologías y de alineaciones, los obstáculos para la actividad de los consultores y su acción paliativa, y sobre todo el hecho de que toda la ética social se ha debilitado en muchos aspectos, en Italia y en otras partes, durante los decenios de 1980 y 1990.

¿Se puede partir de la aplicación de las normas que cité, o bien se debe considerar como una prioridad la modificación de la ley? Expreso mi convicción de que el segundo camino actualmente no tiene salida; además, el hecho mismo de ponerlo como prioridad obstaculiza el otro trayecto, que es gradual más que traumático, práctico más que ideológico. Éste podría conducir a tres resultados: a una aceleración del proceso de reducción de los abortos; a una percepción más clara de los beneficios, pero también de los límites de las leyes; y quizá también a contribuir a la confianza en “traer hijos al mundo”.

#### IX. PROBLEMAS EN SURGIMIENTO: LA EXPERIMENTACIÓN EMBRIONAL

Espero, pero no estoy seguro de ello, que mi análisis “parcial”, orientado con base en la experiencia de la ley, haya permitido al menos poner de relieve las complejas cuestiones bioéticas conectadas con el aborto. Habría podido también, quizá con mejores resultados, partir de otros puntos de vista, por ejemplo desde los sujetos: la mujer, sobre la cual el pensamiento femenino ha elaborado ideas iluminado-

ras, el padre, *semper ignotus*\* (o casi) en las valoraciones morales y sociales, la pareja, el embrión; o bien desde las diferentes opiniones de los filósofos y de los hombres de ciencia. La propensión a basarme en los hechos y en la experiencia (también personal) fue acentuada en este caso por el sueño de una perspectiva que vea a la ciencia, la ley y la moral uniéndose para resolver (o casi) un problema de todos, recurriendo al lenguaje común de la prevención. Esto sería todavía más positivo en una fase en la cual surgen, en las fronteras de la investigación biomédica, posibilidades de nuevos conocimientos, de aplicaciones útiles y, al mismo tiempo, de profundas aberraciones, en torno a las cuales parece mucho más difícil prever la formación de un enfoque común. Me refiero en particular a la experimentación en embriones y a la clonación.

El tema del embrión, además de la relación con el aborto, salió a la luz especialmente en el marco de la fecundación artificial, por las decisiones que hay que tomar sobre el número y la suerte de aquellos que no son destinados a ser implantados en el útero, y en la discusión científica y moral sobre la legitimidad o no de experimentar sobre los embriones humanos. La dificultad de llegar a un acuerdo y a normas uniformes en este campo también es atestiguada por el hecho de que la Convención Bioética Europea,<sup>34</sup> promovida por el Consejo de Europa, la cual expresa en muchos campos un enfoque compartido por las más de cuarenta naciones involucradas, guarda silencio sobre la fecundación artificial. Sobre el embrión se limita a hacer dos afirmaciones, contenidas en el artículo 18. Una, más bien hipócrita, es que “en aquellos casos en que la ley permite la investigación sobre embriones *in vitro*, ésta asegura una adecuada protección del embrión”, como si la investigación no implicara casi siempre profundas alteraciones de su objeto, el embrión. La segunda, más precisa, dice que “está prohibida la creación de embriones con fines de investigación”. Ésta impone un justo límite y debería evitar, en el caso extremo, la creación de “fábricas de embriones”; sin embargo, rehúye el dilema moral de si es lícito o no, en general, experimentar sobre los embriones humanos.

En los años siguientes, el Comité para la bioética del Consejo de Europa (CDBI) ha intentado llegar a una definición común de estos

\* “Siempre desconocido”. [T.]

<sup>34</sup> *Convención para la protección de los derechos del hombre y de la dignidad del ser humano en relación con la biomedicina*, Oviedo, 4 de abril de 1997. Se le conoce también como *Convención bioética europea*, o bien como *Convención de Oviedo*.

temas, que se revela todavía más bien difícil. Sobre los trabajos de preparación de un *Protocolo sobre la protección del embrión y del feto humano*,<sup>35</sup> se puede prever que serán necesarios más años para llegar a alguna conclusión. La sola lista de los capítulos del texto preliminar hace entender cuán ardua es esta labor: definición del embrión y del feto (la propuesta es que se considere embrión al cigoto hasta el momento de la implantación en el útero, y feto a todas las etapas sucesivas); protección del embrión *in vitro*; opciones de las personas sobre sus “propios” embriones; investigación sobre los embriones *in vitro*; investigación sobre el embrión en vivo; el feto y la mujer; terapia fetal; diagnóstico prenatal; conflictos feto-maternos; retiro quirúrgico de las células y de los tejidos embrionales y fetales; utilización de los tejidos embrionales y fetales; consentimiento informado.

La primera impresión que obtuve de la lectura de este texto es que hay una tendencia excesiva a enfocarse hacia normas aparentemente fundadas en criterios morales rígidos, difícilmente aplicables, acompañadas casi siempre de excepciones permitidas con base en las leyes nacionales. Agrego que estos textos son *restricted*, es decir, circulan en una esfera restringida de personas hasta después de su aprobación, cuando se tornarían difícilmente modificables. Esto entra en contraste, entre otras cosas, con el artículo 38 de la misma Convención Bioética Europea: “Las partes involucradas garantizan que las cuestiones fundamentales, planteadas por los desarrollos de la biología y de la medicina, sean objeto de un debate público realizado a la luz, en particular, de sus implicaciones médicas, sociales, económicas, éticas y jurídicas, y que sus posibles aplicaciones sean objeto de consultas apropiadas.” La exhortación, más que a alcanzar la coherencia normativa, se hace a cumplir la exigencia de que la conciencia pública sea constante y exactamente informada sobre las decisiones en curso y que pueda expresarse plenamente.

Más allá de estas consideraciones de ética procedimental (sin embargo, al igual que en el derecho, también en la moral los procedimientos constituyen parte de la sustancia), la discusión tiene como punto focal la “condición ontológica” del embrión, su definición primaria. Sobre este tema considero (en este momento) que ni la ciencia, ni la filosofía, ni las teologías pueden dar una interpretación unívoca, definitiva y aceptable.

<sup>35</sup> La última de las muchas formulaciones elaboradas por el comité (Documento CDBI-COGT3/RAP 11) es del 24 de marzo de 2000, y todavía es muy incompleta.

Sin embargo, estoy convencido de que la discusión sobre la “condición del embrión” resulta frecuentemente viciada por el predominio sobre las cuestiones de principio de intereses y apremios prácticos. Temo, por ejemplo, que la insistencia sobre el reconocimiento del embrión como persona está influida, además de por la exigencia de contradecir a quien lo considera solamente como un agregado de células, por la tentativa de modificar las leyes sobre el aborto y, en el caso extremo, de hacer que se reconozca al aborto como un homicidio. También en otros aspectos, conectados con la investigación científica, puede existir traslapamiento de principios y de intereses. Por ejemplo, me parece evidente que la distinción sugerida en Gran Bretaña por la Comisión Warnock entre *preembrión* (hasta el 14º día después de la fecundación) y embrión en plena forma (después del 14º día) estuvo poderosamente influida por la apremiante petición de justificar éticamente la experimentación sobre los embriones. Hay una fuerte analogía entre esta distinción, expresada en términos metacientíficos, y la tentativa de la teología medieval de distinguir cronológicamente al embrión dotado de alma del que todavía no la tiene, y al que Dios se la habría infundido sólo cuando su cuerpo estuviera ya preparado para recibirla (*animación retardada*). Se decía, por ejemplo: 40 días después de la fecundación en los de sexo masculino y 70 días después en las de sexo femenino. Dante (*Purgatorio*, 25.68) desplazaba todavía más adelante esta fecha, escribiendo que el alma llega al cuerpo “...*si tosto come al feto / l'articular del cerebro è perfetto*”:<sup>\*</sup> una singular analogía entre un pensamiento medieval y la idea de Jacques Monod, según el cual existe persona solamente desde el momento en que se puede registrar un electroencefalograma completo de ella.

Por otra parte, también en la doctrina actual de la Iglesia católica no siempre se afirma que todo embrión es una persona desde el momento de la fecundación, pero sí que “podría serlo”: a partir de esta posibilidad, la Iglesia hace derivar, con base en el “principio de precaución”, la petición de una protección moral y legal igual a la que se reserva al que ya nació. Por el contrario, la tesis de que “el embrión es uno de nosotros”, que constituye la base del controvertido documento del Comité Nacional para la Bioética (1997) *Identidad y condición del embrión humano*,<sup>36</sup> expresa una certeza. El argumento de

\* “... en cuanto está concluida la articulación del cerebro del feto”. [T.]

<sup>36</sup> Comitato nazionale per la bioetica, *Identità e statuto dell'embrione umano*, 22 de junio de 1996, Roma, Poligrafico dello Stato, 1997.

que cada uno de nosotros ha sido en su momento un embrión, utilizado en esta circunstancia, se podría llevar mucho más allá: nuestra especie ha sido, de hecho, animal marino, amiba e incluso molécula; cada uno de nosotros ha sido mitad óvulo y mitad espermatozoide; toda forma de vida naciente o potencial debería por ello ser considerada sujeto moral y volverse objeto de una rígida protección. Aquello que puede despertar discusiones más sosegadas y decisiones responsables, me parece, no es el dogma embrión = persona, sino la aceptación de que, en aquél, está el germen de un individuo único e irrepetible, excepto en el caso de una eventual duplicación genética del mismo, espontánea o inducida. Es posible no aceptar este planteamiento y también sostener la tesis de que “el embrión no es persona”;<sup>37</sup> pero no se puede negar que éste es al menos un proyecto de vida humana, destinado a convertirse en hombre o mujer mientras que no intervengan patologías o acciones que interrumpan su desarrollo. Sobre esta base es que el embrión humano merece respeto y protección. Por ello, se está afianzando la tendencia a no producir embriones de más en comparación con las exigencias de la fecundación artificial, así como a prohibir su comercialización y a limitar la experimentación realizada sobre éstos.

#### X. PROBLEMAS EN SURGIMIENTO: LA CLONACIÓN HUMANA

A las tres modalidades de tener hijos (natural, fecundación artificial, adopción) vino a agregarse una cuarta, anunciada por el experimento publicado en *Nature* el 27 de febrero de 1997: la clonación. Ésta consiste en la creación de una población de dos o más individuos provenientes de uno solo y, por ende, genéticamente idénticos, hecho que, a decir verdad, es un fenómeno ya conocido en la naturaleza, con la subdivisión gemelar de los embriones, y ya recreado artificialmente en las plantas. El justo clamor suscitado por el nacimiento de la oveja escocesa Dolly se deriva de la técnica empleada (utilización del núcleo de células somáticas en lugar de las germinales), por tratarse de un mamífero como nosotros, y especialmente por haber demostrado la posibilidad de crear artificialmente seres humanos genéticamente idénticos entre sí.

<sup>37</sup> M. Mori, *Aborto e morale*, Milán, Il Saggiatore-Flammarion, 1996.

¿Idénticos? Seguramente no, no hay razón alguna para preocuparse por ello: crecerán diferentes, pues lo que cuenta en la formación de un individuo es principalmente el ambiente y la educación, no el gen. Así lo dijeron los genetistas desde el *day after Dolly* para apaciguar la reacción moral de alarma que se había propagado de inmediato, espontáneamente, casi en todas partes. Hasta el 26 de febrero de 1997, se puede decir con una pizca de malignidad, muchos de ellos se habían afanado por demostrar que todas las cualidades y las perversidades humanas se derivaban de los genes y habían multiplicado, confirmado o tolerado el anuncio del descubrimiento de genes que *determinan* la inteligencia y la estupidez, la homosexualidad, la memoria, la agresividad y la docilidad, la delincuencia, el egoísmo y el altruismo, la duración de la vida y la longevidad, casi todas las enfermedades, las virtudes y los vicios y todo comportamiento humano.

Para devolver el equilibrio a estas afirmaciones opuestas, se podría estar de acuerdo finalmente en el hecho de que todo individuo se constituye por influencias múltiples e interrelacionadas de los genes y del ambiente, de la naturaleza y de la cultura, con preponderancia variable de los diferentes factores según los sujetos y según las características. En todo caso, para echar por tierra dicha constatación, hay la posibilidad técnica y hay la voluntad, declarada por unos y esperada por otros, de clonar seres humanos. Esto plantea dos cuestiones de carácter moral: *a*] ¿es adecuado tender en esta dirección?, y *b*] ¿es correcto permitir este procedimiento o es preferible prohibirlo?

Antes de responder (o, mejor dicho, antes de expresar una opinión) a dichas cuestiones, es preciso hacer dos distinciones. Una es la distinción entre clonación animal y humana, que hizo necesaria también el hecho de que el ministro de Salud de Italia, poco después del nacimiento de Dolly, prohibió por decreto todo tipo de clonación, incluida la de animales, sin considerar que surgen problemas bioéticos diferentes; éstos consideran de hecho sus posibles sufrimientos, la cuestión de la biodiversidad y otros temas de la “ética animal”. La segunda distinción es entre *seres humanos* y *células y tejidos humanos*. Ya en la actualidad se clonan células y se producen porciones de piel humana, que resultan invaluable para ser utilizadas en el tratamiento de las personas que sufrieron quemaduras, en lugar de la piel tomada de otras partes del cuerpo. Una expansión ulterior de

producciones semejantes (incluso a partir de células madres) para usos análogos, así como también el desarrollo de los cultivos celulares o de tejidos hasta construir órganos o partes de órganos para el trasplante, no debería suscitar por sí misma controversias morales insuperables. Éstas pueden naturalmente concernir el origen, el empleo y el acceso igualitario a dichos “materiales”.

Con relación a la clonación de *seres humanos*, en cambio, las objeciones son más sustanciales. Para ésta no es válida la legitimación analógica, según la cual es lícito crear en el laboratorio todo lo que la naturaleza produce espontáneamente. Hans Jonas escribió que la clonación representa “la forma de manipulación genética más despótica en el método y más esclavizante en los fines; su objetivo no es una modificación arbitraria de la sustancia hereditaria sino justamente su  *fijación*  igualmente arbitraria, en contraste con la estrategia dominante de la naturaleza”.<sup>38</sup>

En el intento de explicar la casi universal aversión que se formó en la opinión pública hacia la aplicación en el hombre de ésta u otra tecnología (un hecho que nunca había ocurrido, en tan gran medida y con tanta rapidez, para ningún hallazgo de la ciencia), alguien dio una explicación fundada en nuestro temor irracional de que se termine por ponernos en lugar del Creador. Puede ser que también exista este temor. Sin embargo, las objeciones más sustanciales son de una naturaleza totalmente distinta. Pero antes de llegar a ellas, es útil hacer mención al menos de dos salvedades, entre todas las que se han perfilado, que, con todo y que tienen una base real, pueden ser consideradas accidentales. Una concierne al potencial daño biológico del procedimiento, porque dan motivo para reflexionar los 236 fracasos que precedieron al nacimiento de Dolly, su crecimiento posterior, la discrepancia entre los largos periodos que se necesitan para evaluar las consecuencias y los tiempos apremiantes de las investigaciones actuales. En el futuro, no obstante, el daño biológico podría ser estudiado, atenuado e incluso eliminado. Otra salvedad es el fantasma de la creación de seres todos idénticos. Este objetivo, por las múltiples influencias que conocemos, no podría ser perseguido más que obligando para toda la vida a los que nacieron por clonación a permanecer en un ambiente uniformador y totalizador; e incluso así no podría ser alcanzado: “La idea de que una perfecta se-

<sup>38</sup> H. Jonas, *Técnica medicina ed etica. Prassi del principio responsabilità*, Turín, Einaudi, 1997, p. 136.

mejanza genética llevaría por sí misma a una perfecta semejanza física está desprovista de todo fundamento científico”, escribió el Comité d'éthique francés en su documentada opinión sobre la clonación.<sup>39</sup>

El mismo comité, parafraseando a Kant, desarrolló especialmente el argumento crítico más sustancial: todas las finalidades propuestas para la clonación “presentan el rasgo común de que su principio consiste en el proyecto de traer al mundo uno o más seres humanos no como un fin libre, sino como un puro medio... esto implica necesariamente la transformación en instrumento de la persona que se traería al mundo”. La invocación de Kant está igualmente presente en la opinión expresada, a petición del presidente Clinton, por la National Bioethics Advisory Commission de Estados Unidos: la clonación reproductiva significa tratar a las personas como cosas, significa violar la autonomía y la libertad personal.<sup>40</sup>

Ésta es, en esencia, la voluntad expresada por diferentes partes. Hace casi treinta años Leon Kass compiló una lista de los eventuales casos a favor de la clonación, definiéndola irónicamente como la lista de los pendientes de las posibles aplicaciones, misma que se alarga incesantemente en espera de que la técnica alcance la perfección.<sup>41</sup> Ahora que la técnica ha llegado no a la perfección, sino a la aplicación, en algunos casos se han restringido las motivaciones de la lista de Kass, excluyendo por ejemplo la que se definía como exigencia de vencer a rusos y chinos en este terreno, pero se ha ampliado en muchas otras direcciones que no escapan a la crítica fundamental. Un ejemplo es la posibilidad de clonar individuos que sean resistentes a las radiaciones nucleares o a otros agentes contaminantes, para utilizarlos en actividades productivas o en la descontaminación: para ellos no habría ningún perjuicio y muchos beneficios para los demás. El único inconveniente es de naturaleza moral: que ellos serían creados para una función específica, no para poder decidir autónomamente su propio destino. Otro ejemplo, también sostenido por razones humanitarias, es la posibilidad de que los adoloridos progenitores replacen a un niño muy querido, perecido en

<sup>39</sup> Cf. el documento en *Les Cahiers du Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé*, núm. 12, julio de 1997, pp. 17-39.

<sup>40</sup> National Bioethics Advisory Committee (NBAC), junio de 1997, F 31b-32b.

<sup>41</sup> L. R. Kass, “New Beginning in Life”, en *The New Genetics and the Future of Man*, M. P. Hamilton (ed.), Grand Rapids (Mich.), pp. 44 s. Citado en H. Jonas, *Técnica medicina ed etica*, cf. nota 33 (p. 141).



un accidente, con un duplicado obtenido de la clonación de sus células. Por consiguiente, éste sería concebido como un fantasma del amado difunto. En este caso se invoca la libertad de engendrar, pero en caso de conflicto entre valores diferentes, considero que es más fuerte el derecho del que va a nacer a no ser predeterminado.

Para justificar éste y otros casos semejantes se usa a veces el argumento “si la naturaleza clona, ¿por qué no puede hacerlo la ciencia?”. O bien, se reemplaza en la misma expresión la palabra *naturaleza* por la palabra *sociedad*. No hay duda de que la sociedad predetermina, ¡y en qué medida! ¿Estamos por ende autorizados a hacerlo por vía tecnológica? No obstante, la pregunta preliminar es si es justo que otro establezca desde el nacimiento el destino de un individuo, cualquiera que sea el campo de su posterior variabilidad, excluyendo así o en cualquier caso limitando su libertad de elección. Es cierto que la naturaleza lo hace, en la lotería que asigna diferentes características a los individuos, pero esta actuación de la casualidad, que no se deriva de la voluntad ni de una intención, no suscita dilemas morales. Es cierto que la sociedad lo hace, que es una creación humana, y también que el lugar que toca a los que nacen y su crecimiento en diferentes contextos predetermina en mayor o menor medida su futuro. Toda consideración fatalista, que empuja a la pasividad y a la aceptación de la injusticia porque ya existe, pasa por alto el hecho de que, en la historia de las sociedades humanas, ese poco o ese mucho que puede ser considerado como progreso moral y social ha consistido justamente en el intento, no siempre infructuoso, de modificar el contexto dado, de tal forma que cada quien pudiera decidir más libremente su propio destino. Si, en cambio, la sociedad escogiera agregar, a las limitaciones que ya existen “espontáneamente”, una línea productiva de seres humanos basada en predeterminaciones adicionales legitimadas por la ciencia, además de violar un derecho personal se haría más difícil proseguir por este camino que ya ha llevado a muchos resultados. Se consolidaría además “el convencimiento de que el valor del hombre y de la mujer no depende de su identidad personal, sino solamente de aquellas cualidades biológicas que pueden ser apreciadas y, por ende, seleccionadas”.<sup>42</sup>

Las innumerables variantes de las motivaciones y de las técnicas de la clonación mantendrán en cualquier caso abierta la compleja

<sup>42</sup> Pontificia Accademia Pro Vita, “Riflessioni sulla clonazione”, *L'Osservatore Romano*, 25 de junio de 1997, p. 7.

discusión sobre la primera pregunta que planteé arriba, esto es, si es justo que se favorezca esta tendencia. A la segunda pregunta, que plantea si es mejor permitir o prohibir este procedimiento, se ha dado ya una posible respuesta en el plano de los hechos con el primer Protocolo adicional a la Convención Bioética Europea, firmado en París el 11 de enero de 1998.<sup>43</sup> El artículo 1 establece que “queda prohibida toda intervención que tienda a crear un ser humano genéticamente idéntico a otro ser humano, ya sea vivo o muerto”. En el informe explicativo que va unido al texto se define a la clonación deliberada como “una amenaza para la identidad humana” y se agrega: “Puesto que la recombinación genética que tiene lugar en la naturaleza es capaz de crear más libertad para los seres humanos que una combinación predeterminada, toda persona debe estar interesada en mantener la naturaleza esencialmente casual de la composición de los propios genes.”

Cuando no se consigue refutar las motivaciones éticas en contra de la clonación de seres humanos, se dice frecuentemente: sería justo pero es inútil, porque todo lo que la ciencia hace posible será llevado a cabo de cualquier modo. No siempre ha sucedido así. Existen muchos casos en los cuales la norma moral y la ley han intervenido, incluso a escala mundial, para poner límites no a la investigación científica, sino a sus métodos y a sus aplicaciones; por ejemplo, a la experimentación en seres humanos que no dan su consentimiento para ello, o bien a la fabricación o al empleo de determinadas armas (primero químicas y bacteriológicas, luego nucleares, y recientemente las minas personales). La predeterminación genética de un individuo, poco importa que después del nacimiento se traduzca en un uno o en un cien por ciento en su ontogénesis, que está determinada también por el ambiente, por la educación y por las elecciones personales, es una violencia ejercida sobre el sujeto naciente, provocada por la voluntad de imponerle el destino, total o parcial, de un esclavo. El hecho de que el sujeto no haya nacido todavía no cambia, antes bien agrava las razones de la reprobación.

Puesto que la clonación concierne al mismo tiempo a los individuos y al género humano, y puesto que unas prohibiciones concernientes a estados individuales resultarían ineficaces, es apropiado

<sup>43</sup> *Additional Protocol to the Convention on Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine, on the prohibition of cloning human beings*, Council of Europe, DIR/JUR (97) 14.

que se tienda a la aprobación y a la aplicación de normas universales. Esto no es sólo ilusión, porque existen los precedentes que he recordado y porque ya se han pronunciado en este sentido sobre la clonación humana el Consejo de Europa, Estados Unidos y otros países, así como también la UNESCO y la Organización Mundial de la Salud. Las normas morales ya son ampliamente compartidas, y las normas legales, para ser eficaces, deberían tener validez universal.

## 2. POBLACIÓN, ÉTICA Y EQUIDAD

### I. ELECCIONES INDIVIDUALES Y DECISIONES COLECTIVAS

A medida que las dinámicas de la población y las decisiones individuales y colectivas que influyen sobre ellas se convierten en objeto no sólo de análisis y de previsiones estadísticas, sino también de valoraciones morales, surgen crecientes divergencias de interpretación y exigencias de profundización. Por un lado, éstas consideran la correcta definición de un gobierno de los asuntos públicos, fundado en el respeto de normas éticas fundamentales, que encuentra importantes y arduos terrenos de actuación en las problemáticas demográficas. Se puede hacer referencia, en este campo, a problemas salidos a la luz con extraordinaria evidencia en los últimos años, como el control de las migraciones, las relaciones entre sexos y entre generaciones, la relación entre población, ambiente y recursos. Por otro lado, éstas consideran las elecciones individuales, en las cuales se entrelazan los principios de autonomía y de responsabilidad, especialmente en el campo de la genética, de la sexualidad y de la reproducción (natural y artificial), de la atención médica, de las fases terminales de la vida: momentos de la vida humana que están cada vez más condicionados, a menudo para bien y a veces para mal, por los desarrollos de las técnicas conectadas con las ciencias biomédicas.

A medida que intentaba encontrar un hilo conductor entre las cuestiones éticas relativas a estos temas, se me presentaron varias dificultades. La primera estriba en la amplia gama de los problemas que ya pusieron en evidencia los ejemplos que mencioné. Para tener un cuadro sumario de referencia consulté la nueva edición de la *Encyclopedia of Bioethics* dirigida por W. T. Reich.<sup>1</sup> Contiene un amplio artículo titulado "Population Ethics", con varios subtemas principales: *Normative Approaches, Religious traditions, Population policies, Fertility control strategies, Migrations and Refugees*. A éstos se agregan,

<sup>1</sup> *Encyclopedia of Bioethics*, W. T. Reich, editor en jefe, Nueva York, Simon & Schuster Mac Millan, 1995, 5 vols.

en otras partes de los cinco volúmenes, numerosos temas relacionados que tienen un carácter más o menos específico: *Women, Men, Death and Dying, Eugenics, Aging and the Aged, Euthanasia and Sustaining Life, Freedom and Coercion, Epidemics, Sexuality, Children, Future generations (Obligations to), Reproductive technologies, Food policy, Race and Racism, International health, Environmental policy and law, Abortion, Genetic and Environment in human health, Marriage and other domestic partnership*. Quedé en la incertidumbre de si interpretar esta lista, sumamente larga y aun así incompleta, como demostración de la riqueza de contenidos morales que tiene todo tema concerniente a la población, o bien como un indicio de la tendencia invasiva de la bioética. Encontré en ella, como quiera que sea, una confirmación del entrelazamiento entre los temas que están surgiendo en las fronteras de la ciencia y los que conciernen a la experiencia cotidiana de ayer y de hoy.

La segunda dificultad, de carácter procedimental y sustancial, me surgió al examinar el lenguaje de la ciencia que estudia la población: la demografía. A medida que avanzaba, me daba cuenta de que en esta ciencia, quizá más que en las demás, numerosas palabras están cargadas, además de con significados descriptivos, con valores o disvalores, es decir, con atributos morales. Por consiguiente, la objetividad de sus números se entrelaza con la subjetividad de sus categorías conceptuales.

## II. PALABRAS Y VALORES EN LA DEMOGRAFÍA

Las palabras de la demografía y sus significados cambian obviamente según los tiempos y según los conocimientos científicos que se adquieren. La clasificación actual de las causas de muerte, por ejemplo, tiene muy poco en común con la lista redactada en Londres por John Graunt en 1632, o con la nomenclatura propuesta por William Farr en los años 1839-1840. Ésta última, de manera adecuada a los conocimientos y a la situación de la época, separaba las causas de muerte en tres grupos fundamentales: epidémicas, esporádicas y violentas.

Las palabras y sus significados cambian también en relación con las ideologías y los criterios morales de los sujetos que las introducen y que las usan, como resulta claro a partir de numerosos ejem-

plos. A pesar del hecho de que la primera *Declaración de los derechos humanos* y todas las que le siguieron proclamaron siempre que “los hombres nacen iguales”, la demografía ha distinguido por largo tiempo a los hijos *legítimos* de los considerados *ilegítimos* sólo porque nacieron fuera del matrimonio. La distinción ha tenido validez por mucho tiempo como clasificación estadística, pero también como estigmatización. Me estremezco todavía, cuando mi memoria se remonta a lo lejos, hasta el primer día de clases, hasta el maestro que preguntaba a cada quien en el salón su nombre, apellido, nombre del padre y de la madre, y había niños que palidecían de vergüenza. Señalo además, entre paréntesis, que, en la Roma de los Papas, una categoría adicional estaba constituida por los hijos de madres desconocidas, las cuales al no poder o querer mantenerlos, los entregaban de noche a la piedad de hospitales y conventos depositándolos en una ventanilla giratoria, la “rueda”. Se los cuidaba amorosamente, pero los marcaban como “hijo de m. desconocida” [“Figlio di m. ignota”, en el original italiano], una expresión de la cual, según la tradición, nació, al quitar el punto de la abreviatura y duplicando la t, [resultando así la palabra “mignotta”], uno de los peores insultos del dialecto de Roma: hijo de mignotta (pero los doctos en etimología hacen remontar la palabra o palabrota al francés *mignote* = favorita, derivada a su vez de *mignonne* = linda).\*

A decir verdad, la distinción de los hijos entre legítimos e ilegítimos se puede atribuir, más que a los demógrafos, a la costumbre y a las normas que daban validez o prescribían esta separación. Dicha costumbre perduró en Italia hasta que una ley del 31 de octubre de 1955 estableció que, en todas las actas y documentos públicos, se tenían que mencionar sólo las generalidades de los sujetos, no las de sus progenitores; luego también la ciencia demográfica se adecuó a esta regla. Poco antes había caído en desuso otra palabra: *estirpe*, que connota la pertenencia de personas o pueblos a un alto linaje y a una ascendencia superior. Se había utilizado ampliamente en el lenguaje fascista, impregnado del culto a la romanidad, y prevaleció mucho tiempo, incluso después de la caída del fascismo, en el título X del Código penal (conocido como Código Rocco, quien en esa época era ministro de Justicia) que había sido promulgado en los años

\* La palabra italiana *mignotta* se utiliza, en efecto, como designación peyorativa para una prostituta o una mujer cuyo comportamiento se considera contrario al pudor o la moral. [T.]

treinta. El código catalogaba juntos, en efecto, como *Delitos contra la integridad y la salud de la stirpe* muchos casos penales relativos a la esfera sexual y reproductiva: el aborto, la impotencia reproductiva provocada, la instigación a prácticas contra la reproducción, el contagio de sífilis y gonorrea. El código los consideraba como delitos graves no por los eventuales perjuicios producidos, sino en la medida en que resultan lesivos del interés demográfico del Estado.

En el mismo código la violación sexual era definida como *violencia carnal* por su base anatómica. En la ley penal y, por consiguiente, en las estadísticas judiciales, se la incluía entre los delitos *contra la moralidad pública y las buenas costumbres*, más que entre los delitos contra la persona, que comprendían obviamente el homicidio, las lesiones y los golpes, pero no el estupro. Tan sólo cuarenta años después de la caída del fascismo, superando fuertes resistencias, el delito fue colocado en su lugar correcto, reconociendo que la lesión primaria va dirigida en contra de la persona de la mujer; además fue considerada como delito de violación no solamente la *penetratio* sino también cualquiera otra forma de relación forzada.

Otro ejemplo es la palabra *homosexualidad*, que por sí misma es moralmente neutra. Es un hecho conocido, no obstante, que fue y sigue siendo asociada frecuentemente con la culpa, y lo sigue siendo hasta la fecha también en el código penal de algunos países. Es menos conocido el hecho de que, en la nomenclatura internacional de salud, fue considerada una entidad nosográfica, al igual que cualquier otra enfermedad. Esto duró hasta que los conocimientos científicos adquiridos y los movimientos a favor de los derechos civiles borraron esta conexión, al menos en las estadísticas de patologías.

Estigma que va, estigma que viene. En el lenguaje común, en las leyes y por aquí y por allá en los sondeos estadísticos, la palabra *extracomunitario* se está afianzando en las naciones de la Unión Europea para definir a los inmigrantes. Sin embargo, nadie utiliza esa palabra para los que provienen de Canadá, de Australia, de Japón. En cambio, aquellos que llegan a Europa provenientes de países menos desarrollados son catalogados con el criterio de su no pertenencia a una comunidad geopolítica, y la frontera que se crea tiende a excluirlos también de la comunidad de personas que viven en el territorio y que tienen sus derechos. La palabra *extracomunitario* se está difundiendo y es utilizada ahora también por muchos que trabajan a favor de aceptar a los extranjeros.

En otros casos se puede hablar de palabras omitidas más que pronunciadas. Una es la palabra *hambre*, pasada por alto en las estadísticas de mortalidad aun cuando todavía en la actualidad es, directa o indirectamente (para las enfermedades que están asociadas con ella o para el debilitamiento general de las defensas orgánicas), causa principal de un elevadísimo número de fallecimientos. Se debe recordar que esta palabra no era ocultada, es más, aparecía explícitamente en los primeros documentos modernos que describían las muertes en el marco del movimiento natural de las poblaciones. En las *Natural and political observations upon the bills of mortality*, presentadas en 1632 a la Royal Society por John Graunt, aparecen por ejemplo 6 personas *dead in the street, and starved*, muertas de hambre en las calles de Londres en el siglo de la ciencia.<sup>2</sup> Otra palabra relacionada con las muertes prematuras, la palabra *pobreza*, no fue utilizada sino en 1955 (después de un largo silencio al respecto por parte de la Organización Mundial de la Salud) por el director general Nakajima que afirmó, al presentar el informe sobre *The state of world health*,<sup>3</sup> que ésta es “la causa principal de muerte en el mundo”. Sin embargo, la palabra nunca ha sido incluida en las estadísticas de la mortalidad agrupada por causas. Se puede objetar que la causa última del fallecimiento, como diagnóstico clínico, siempre es específico, se refiere a una u otra enfermedad, no a la pobreza en sí misma. Pero esto podría indicar también una tendencia de la propia medicina (más pronunciada, probablemente, que en las ciencias demográficas) a traducir a un lenguaje aséptico y, por consiguiente, a expresar en términos médicos todo aspecto de la vida humana, ocultando así las aperezas y los conflictos de las relaciones sociales.

Puede atribuirse a esta misma tendencia el hecho de que la *transición epidemiológica*, es decir, la transición desde uno a otro grupo de enfermedades dominantes que tuvo lugar en el siglo XX, haya sido definida solamente en cuanto a su fenomenología, no en cuanto a sus causas. Se la explica como transición del predominio de enfermedades infecciosas, causadas por virus, microbios y parásitos, a un cuadro en el que predominan las enfermedades crónico-degenerativas, o más propiamente no infecciosas, como las cardiovasculares, tumo-

<sup>2</sup> Citado por A. Fagot-Largeault, *Les causes de la mort. Histoire naturelle et facteurs de risque*, París-Lyon, Librairie philosophique J. Vrin et Institut interdisciplinaire d'études épistémologiques, 1989, p. 87. La obra de Graunt citada fue publicada en 1939 como reimpresión en Baltimore, con una introducción de W. F. Wilcox.

<sup>3</sup> *The state of the world health*, Ginebra, World Health Organization, 1995.



rales, neurovegetativas y mentales, endócrinas, por estrés. Sobre esta transición, que representa uno de los pasajes fundamentales del siglo xx, Giulio A. Maccacaro escribió:

El retroceso de la primera patología se presenta como anuncio del progresivo saneamiento del ambiente humano de causas naturales de enfermedad; el surgimiento de la segunda aparece para denunciar la corrupción del mismo ambiente por parte de causas artificiales de enfermedad... como paso de una patología del hombre en cuanto animal —y de hecho ampliamente compartida o incluso transmitida por otras especies— a una patología del hombre en cuanto tal, y de hecho altamente antrópica por especificidad además de por génesis.<sup>4</sup>

Es fácil comprender qué implicaciones morales tiene el desatender u ocultar el hecho fundamental detrás de un análisis útil pero puramente descriptivo de la transición epidemiológica: que en el pasado dominaban la escena las *enfermedades fisiógenas*, que se derivan de causas predominantemente naturales (infecciosas, pero también climáticas y carenciales), en las cuales el hombre era objeto pasivo o agente secundario con respecto a los factores productores de enfermedad ya presentes en el ambiente externo; y que en el presente, por el contrario, gran parte de las enfermedades son sobre todo *antropógenas*, es decir, derivadas de manera predominante, aun cuando no exclusiva, de las mutaciones inducidas en el ambiente y en las relaciones interpersonales por la acción humana, o por la omisión de medidas preventivas o curativas que son conocidas y se pueden poner en práctica.

Como corolario a esta observación puedo añadir que las *infecciones hospitalarias*, contraídas en los nosocomios a causa del descuido o de la acción de cepas de microbios que se volvieron resistentes por el abuso de antibióticos, con todo y que constituyen un fenómeno ampliamente extendido, son pasadas por alto o se abren camino penosamente hacia las estadísticas de enfermedades. Se debe recordar que, bajo otro nombre y con un cuadro clínico que en ese entonces era frecuentemente letal, fueron clasificadas durante largo tiempo como *gangraena nosocomialis*,\* hasta que, en 1898, el demógrafo J.

<sup>4</sup> G. A. Maccacaro, *Prefazione* al libro de M. H. Pappworth, *Cavie umane*, Milán, Feltrinelli, 1971, ahora en *Per una medicina da rinnovare. Scritti 1966-1976*, Milán, Feltrinelli, 1979, p. 181.

\* “Gangrena de hospital.” [T.]

Bertillon propuso y consiguió que fueran englobadas en el grupo de las “infecciones purulentas y septicemias”,<sup>5</sup> con el resultado de que su especificidad quedó borrada. Los silencios actuales de la estadística oficial (mientras que no faltan investigaciones especiales sobre dicho tema, que sólo los especialistas leen) muestran que las resistencias y las hostilidades que encontró Semmelweiss en la Viena de 1847, cuando demostró claramente que la elevada mortalidad de las parturientas por contaminación puerperal en los hospitales se debía a la infección transmitida por las manos de los médicos y de los estudiantes, y fue perseguido por esto, no constituyen solamente un oscuro capítulo de la historia de la medicina en el siglo XIX, ya redimido por los éxitos de la medicina actual.

Comentaré finalmente dos definiciones, utilizadas comúnmente en las estadísticas, cuya impropiedad científica pienso que es útil entender, así como las distorsiones resultantes de ella en la valoración moral. Una es el concepto de *aborto espontáneo*, una expresión que se ha adoptado como contraposición con el *aborto provocado*, es decir, determinado de manera voluntaria. Puesto que la palabra *espontáneo* se refiere obviamente a lo que tiene lugar sin una intervención humana deliberada, es necesario aclarar que el aborto puede considerarse espontáneo solamente cuando se deriva de hechos naturales, como, por ejemplo, las patologías incurables de la mujer embarazada o el desarrollo anormal del embrión, o a veces la edad y el número de los embarazos de la madre, que pueden determinar una mayor probabilidad del suceso abortivo. En todo caso, por factores no conectados con acciones humanas ni tampoco con riesgos evitables. A menudo se cataloga en cambio como espontáneo el aborto que no es provocado intencionalmente sino que es causado por acciones nocivas: cuando, por ejemplo, es consecuencia de incidentes o de violaciones, de factores ambientales o laborales, de enfermedades susceptibles de prevención, o bien de condiciones estresantes de la madre embarazada. En realidad, también las alteraciones genéticas de los dos gametos, que pueden producir un embrión anómalo destinado a ser abortado “espontáneamente”, no siempre se pueden hacer encajar en la categoría de la espontaneidad. A veces éstas son provocadas por factores nocivos, como, por ejemplo, radiaciones o sustancias tóxicas, que han afectado a uno u otro de los progenitores

<sup>5</sup> A. Fagot-Largeault, *Les causes de la mort. Histoire naturelle et facteurs de risque*, cit., p. 88.

en el ambiente o en el trabajo.<sup>6</sup> Puesto que la palabra *espontaneidad* evoca (espontáneamente) la inevitabilidad del fenómeno y, por ende, empuja a la resignación, resultan evidentes las omisiones conceptuales y prácticas que se derivan del empleo absolutorio, extensivo e impropio de la expresión.

A esto puedo añadir, siempre en el tema del aborto, un breve comentario acerca de una expresión empleada comúnmente, pero también casi siempre científicamente impropia y éticamente distorsionadora: *aborto terapéutico*. Esta definición solamente puede ser válida, en un lenguaje correcto, para una interrupción del embarazo que esté motivada por la exigencia de curar graves enfermedades en proceso en la madre o de prevenir riesgos letales, eventualidades éstas que los progresos de la medicina han vuelto actualmente sumamente raras. En cambio, se la adopta normalmente en el caso de abortos que estén motivados por anomalías fetales, identificadas hoy en día por medio de los diagnósticos prenatales que cada vez están más difundidos. Una extraña terapia, en estos casos, ya que lleva a la interrupción del proceso vital que supuestamente estaría curado. La impropiedad del término sirve tan sólo para ocultar el hecho de que se trata de un aborto selectivo, un problema que suscita complejas reflexiones sociales y morales.<sup>7</sup>

La otra definición que hay que considerar es la distinción entre la *mortalidad endógena* y la *mortalidad exógena*. Me he ocupado más ampliamente de este tema en otro trabajo,<sup>8</sup> por lo que me limitaré a hacer aquí algunas observaciones. La premisa es que existen seguramente numerosos fallecimientos debidos a causas típicamente endógenas, como las genéticas, así como también a causas sobre todo exógenas, por ejemplo las agresiones microbianas y las violencias humanas. Sin embargo, el énfasis de los estudiosos y la interpreta-

<sup>6</sup> Cf. I. Figà Talamanca, *I tossici ambientali e lavorativi e la riproduzione umana*, Padua, Piccin, 1994.

<sup>7</sup> Cf. por ejemplo A. Ash, "Prenatal diagnosis and selective abortion: a challenge to practice and policy", en *American Journal of Public Health*, vol. 89, núm. 11, noviembre de 1999, pp. 1649-1657.

<sup>8</sup> Cf. el capítulo "Mortalità esogena ed endogena", escrito para el tratado *Démographie, analyse et synthèse*, dirigido por G. Caselli, J. Vallin y G. Wunsch (en prensa). En verdad, había sido invitado a escribir sobre las enfermedades exógenas, pero los editores compartieron mis objeciones a distinguirlas netamente de las endógenas, y me encargaron precisamente que hablara sobre la relación entre endogénesis y exogénesis.

ción de la relación entre las dos causas ha sufrido muchas variaciones con el tiempo. El final del siglo XIX estuvo caracterizado, en el ámbito de los descubrimientos microbiológicos, por la idea de que la causa de toda enfermedad estaba en enemigos externos, identificados en los microorganismos, mientras el final del siglo XX, por el contrario, parecía encaminado a buscar para todo cuadro nosológico (y también, recorriendo de nuevo la peor parte de la tradición antropológica positivista, para todo comportamiento humano juzgado anormal) la responsabilidad de una tara natural, que hoy en día está identificada en los genes. También los conceptos de *exógeno* y de *endógeno* se modificaron muchas veces con base en factores culturales, en los descubrimientos científicos y en las transformaciones del cuadro objetivo de las enfermedades; basta con pensar en cuánto han cambiado los conocimientos y las valoraciones sobre el origen y la evolución de los tumores.

Se debe considerar sobre todo que las enfermedades son a menudo el punto focal de la relación entre el ambiente interno y el ambiente externo del organismo humano, es decir, entre la predisposición individual, la nocividad del ambiente y del trabajo y los comportamientos personales. Acusar de manera exclusiva a lo que está *out*, es decir, en la naturaleza (los microbios, u otros factores externos), o bien de manera igualmente exclusiva a lo que está *in*, es decir, en el hombre (los genes o los comportamientos), puede por un lado crear una ceguera epistemológica ante la complejidad y la diversidad de los factores causantes de enfermedades; por otro lado, puede paralizar los esfuerzos dirigidos a impedir la agresión de los microbios y de otros factores presentes en el ambiente (que afectan sobre todo a los sujetos más débiles), evitando que las predisposiciones a enfermar se transformen en patologías o en hechos letales.<sup>9</sup> Estas tendencias pueden obstaculizar la presentación de sugerencias a los gobiernos y a todo aquel que trabaja para la salud para que adopten medidas adecuadas de prevención médica; aquellas sugerencias que, como escribió William Farr,<sup>10</sup> son uno de los objetivos principales de las estadísticas de mortalidad.

<sup>9</sup> Cf. para este tema el artículo "Genetics and environment in human health", en *Encyclopedia of Bioethics*, cit., pp. 940-946.

<sup>10</sup> W. Farr, *Vital statistics: a memorial volume*, editado para el Sanitary Institute of Great Britain (1885, posth.) por Noel Humphreys. Cf. A. Fagot-Largeault, cit., p. 89.

## III. LAS BASES ÉTICAS DE LAS POLÍTICAS DE POBLACIÓN

Las éticas de población, según Donald W. Warwick, tienen dos fundamentos: los principios morales y la información efectiva. Subraya la importancia de decir y de dar a conocer la verdad, lo que significa: “informar diligentemente sobre las políticas de población, evitar mentiras, representaciones falsas, distorsiones, y completar las omisiones sobre su contenido, aplicación y consecuencias”.<sup>11</sup> Puesto que la verdad no considera solamente las cifras, dado que es igualmente importante la manera en que son recogidas, clasificadas e interpretadas, me pareció útil comenzar desde la crítica de las “representaciones falsas, distorsiones y omisiones” que resultan como consecuencia del empleo científicamente inapropiado y moralmente tendencioso de algunas palabras. No excluyo que la elección de estos ejemplos, y también mis comentarios, estén también viciados por una experiencia o por una particular óptica de valoración. No obstante, estoy seguro de que seguir razonando críticamente sobre estas y otras palabras pasadas y presentes de la demografía no es un ejercicio inútil, ya que en ellas casi siempre está implícito un significado moral que resulta honesto llevar a la luz.

La cita de Farr con la que cerramos el apartado anterior puede servir de guía para el razonamiento que viene enseguida, el cual parte de la noción obvia de que la ética considera la elección de la forma justa de actuar, de seleccionar opciones entre el bien y el mal. Esto incluye la exigencia de cuestionarnos sobre la relación entre la ética y el gobierno de los asuntos públicos, lo que puede abarcar las políticas dirigidas a modificar de manera programada o indirecta la población, sus cifras, sus movimientos naturales y sociales y su composición.

El problema ético preliminar es si resulta apropiado que las instituciones asuman en este campo “orientaciones de valor finalísticas” y decidan “intervenciones capaces de interferir intencionalmente con la realidad”,<sup>12</sup> es decir, que hagan elecciones que pertenecen a la esfera de las libertades personales. Se puede afirmar, no obstante, que todas las políticas influyen sobre la población, no solamente las

<sup>11</sup> D. W. Warwick, *Normative Approaches*, en el artículo “Population Ethics” de la *Encyclopedia of Bioethics*, cit., p. 1969.

<sup>12</sup> P. De Sandre, “Demografía, política ed etica”, en el vol. *Demografía*, M. Livi Bacci, G. C. Blangiardo y A. Golini (eds.), Turín, Fondazione Agnelli, 1994, p. 545.

demográficas, sino también las que consideran la economía, la salud, el estado social, el ambiente, el territorio, las relaciones internacionales, etc. Por consiguiente, el discurso moral se desplaza, si bien manteniendo estable la referencia a las libertades personales, hacia las motivaciones, las finalidades, las modalidades de las elecciones colectivas.

Éste no es un discurso fácil, sobre todo en Italia y Alemania, donde todavía se está asentando, más de medio siglo después del final del fascismo y del nazismo, un aura de hostilidad hacia toda política demográfica consciente. Se tiene la sospecha de que toda acción en este campo pudiera reabrir el camino, casi inexorablemente, hacia las aberraciones del fascismo, el cual tendía a forzar la natalidad para buscar la potencia militar en el número de los soldados (el sueño de Mussolini era poder alinear en batalla “ocho millones de bayonetas”), o bien las del nazismo, el cual practicó la esterilización de los débiles, la eugenesia forzada y el genocidio. Por otro lado, fenómenos semejantes, con formas e impactos diferentes, tienen lugar incluso hoy en día: pensemos solamente en la limpieza étnica realizada en algunas naciones europeas y en otras partes del mundo.

Por otra parte, ¿qué cosa puede remplazar a las elecciones conscientes? Con mucha frecuencia el prejuicio. Ejemplo típico es la actitud hacia la inmigración. En el mundo actual, aunque en el plano moral se puede esperar que no existan fronteras y que todo mundo pueda moverse a cualquier parte del planeta, muchos reconocen que es oportuno y quizá justo establecer reglas y límites a los desplazamientos de población. Lo sostenía también Immanuel Kant, en su proyecto filosófico *Por la paz perpetua*:

No se trata de filantropía, sino de *derecho*, y por ello *hospitalidad* significa el derecho de un extranjero de no ser tratado hostilmente cuando llega al suelo de otro. Cuando esto suceda, éste último puede alejar al primero sin que de ello se derive un desastre; pero mientras ese extranjero se mantenga pacíficamente en su sitio, no se lo puede acoger hostilmente. No es un *derecho de ser acogido como huésped* lo que da lugar a esta pretensión (para dicho fin se requeriría de un contrato particular de benevolencia, para hacer que ese extranjero se vuelva cohabitante por un cierto tiempo) sino un *derecho de visita*, que corresponde a todos los hombres, de proponerse como miembros de la sociedad por vía del derecho a la posesión común de la superficie de la Tierra... De esta manera continentes lejanos pueden entrar pacíficamente en relaciones recíprocas que a continuación pasan a ser reguladas por leyes, y

así pueden finalmente conducir al género humano cada vez más cerca de una constitución cosmopolita.<sup>13</sup>

Si bien es justo pedir que todo mundo “se mantenga pacíficamente en su sitio”, y que respete las reglas, puede en cambio tener graves consecuencias el considerar a la inmigración como una desgracia amenazadora y como el origen de todos los males; o bien introducir normas que distingan, con base en presuntos criterios de calidad, a los seres humanos a los que está permitido o prohibido cruzar las fronteras. El concepto de razas humanas superiores e inferiores, construido en especial en el siglo XIX,<sup>14</sup> ha sido ampliamente utilizado para codificar estas distinciones, en particular en la cultura europea y norteamericana.

No obstante, es justo señalar que la experiencia más fecunda de inmigración y de mezcla de troncos humanos en la era moderna ha sido proporcionada precisamente por la formación y el desarrollo de los Estados Unidos de América. El elemento positivo de este fenómeno queda opacado por los muchas penurias padecidas en ese tiempo tanto por los indios como por los negros y otras etnias, por la permanencia de discriminaciones, y por las medidas preventivas introducidas en diferentes periodos para seleccionar las cuotas de inmigrantes según el grado de afinidad racial con el tronco anglosajón.<sup>15</sup> Pero en muchos aspectos esta experiencia es en cualquier caso ejemplar.

Por otra parte, sus lados positivos no son suficientemente valorados y asimilados en Europa, donde varios países, y ahora también Italia, se transformaron en pocos decenios de ser tierra de emigrantes en tierra de fuerte inmigración. En Italia hay preocupación por la idea de que la afluencia de extranjeros quite el trabajo a los jóvenes, sea portadora de enfermedades y contamine la especie itálica: con la consecuencia, se dice, de que si perdura entre nosotros una baja tasa de natalidad la población de origen italiano (como han pre-

<sup>13</sup> I. Kant, “Per la pace perpetua. Un progetto filosofico di Immanuel Kant (1795)”, en *Scritti di storia, politica e diritto*, Bari, Laterza, 1995, pp. 177-178 [ed. esp., “La paz perpetua”, en *Lo bello y lo sublime / La paz perpetua*, Madrid, Espasa Calpe, 1957, pp. 114-115].

<sup>14</sup> A. D. Gaines, “Race and racism”, en *Encyclopedia of Bioethics*, cit., vol. IV, pp. 2189-2201.

<sup>15</sup> S. J. Gould, *Intelligenza e pregiudizio. Le pretese scientifiche del razzismo*, Roma, Editori Riuniti, 1985, pp. 209-220.

visto algunos demógrafos) desaparecería totalmente dentro de 150 o 200 años. Sobre este problema debo declarar, como originario de Cerdeña, que abrigo todavía la esperanza de que en algún pueblo montañoso de la isla pueda al menos sobrevivir dentro de uno o dos siglos algún ejemplar de *Homo sardus* (que algún antropólogo del siglo XIX había clasificado como una subespecie de *Homo sapiens*). Parece, entre otras cosas, que dicho tipo étnico, según los estudios de Cavalli Sforza,<sup>16</sup> constituye junto con los vascos una población de alguna manera genéticamente distinta de las mediterráneas, todas las cuales se han hibridado profunda y fructuosamente unas con otras desde hace muchos milenios. En cuanto a los demás motivos de preocupación es oportuno recordar que los inmigrantes no quitan trabajo, sino prestan sus servicios en aquellas actividades que ya no son consideradas aceptables por los italianos. Además, salvo raras excepciones, éstos no son portadores de enfermedades sino las contraen aquí, también porque habitualmente emigran los más sanos de entre los ciudadanos del país de origen.<sup>17</sup>

Cuando no existe el prejuicio, las políticas de población son sustituidas a veces por la retórica. Ejemplo típico es la familia, un tema que se conecta con la reproducción y con la relación entre las diferentes generaciones. No creo que entre las naciones europeas haya otro país como Italia, en el cual el máximo de retórica empalagosa de tipo familista haya venido acompañado de manera tan estridente por el mínimo de apoyos concretos para las parejas y los niños. Es un hecho que la política en Italia "ha desatendido totalmente a la familia, y antes bien, a través de la legislación sobre la casa, sobre el trabajo, sobre el fisco, sobre los bonos familiares, la ha castigado en una medida más o menos amplia".<sup>18</sup> A partir del análisis del gasto social ha resultado, por ejemplo, que este capítulo del presupuesto, que en Italia es similar en las cifras globales al promedio de la Unión Europea, presenta en su interior un fuerte desequilibrio a favor de las sumas destinadas a las pensiones por antigüedad y de vejez, en contraste con las sumas que llegan en cambio a las familias y a los jóvenes bajo forma de bonos familiares, capacitación laboral, servicios

<sup>16</sup> L. Cavalli Sforza, *Geni, popoli e lingue*, Milán, Adelphi, 1996.

<sup>17</sup> G. Berlinguer, *I flussi migratori in Italia: aspetti giuridici ed etici*, ponencia para el 37º Congreso Nacional de Higiene, Nápoles, 26 de septiembre de 1996.

<sup>18</sup> A. Golini, Prefacio para el vol. *Tendenze demografiche e politiche per la popolazione. Terzo Rapporto IRP*, A. Golini (ed.), Bolonia, Il Mulino, 1994, p. 10.



sociales y otros apoyos. Por ello, el problema de la equidad entre generaciones tiende a agravarse.

Más allá de los obstáculos que se derivan de los prejuicios y de la retórica, ¿qué enfoques pueden afianzarse en la relación entre la ética y las políticas de población? Incluso cuando las reglas no están codificadas, por el motivo de que una legislación invasiva de las elecciones personales no es necesaria y, antes bien, puede ser peligrosa, es un hecho que tanto los individuos como las instituciones toman decisiones que siempre están basadas, no sólo en intereses materiales, sino además en valores morales, que quedan expresados de forma más o menos explícita. Lógicamente existen diferentes opciones en este campo, y al mismo tiempo me parece que se ha formado un amplio sentido común, que asumo como tesis. Éste está basado en la idea de que, como fundamento de estas reglas y decisiones, en el estado laico y democrático se deben asumir, en lugar de las religiones o las ideologías, tres principios fundamentales: los derechos humanos, el pluralismo de las ideas y los comportamientos, y la búsqueda de finalidades comunes. Entre estas finalidades surge, con variable profundidad según las épocas, la equidad, como objetivo y como base de la convivencia civil.

#### IV. LA ANTÍTESIS: EL ESTADO ÉTICO

Regresaré más adelante a estos tres puntos: derechos, pluralismo, equidad. Sin embargo, es preciso anteponer, como antítesis que sirve también para esclarecer el significado de la tesis, una idea opuesta que frecuentemente se ha afianzado y perdura en diversos países, tanto en las dictaduras de todo tipo como en las naciones en que la religión es tomada como base de los ordenamientos públicos: la idea del “estado ético”; un estado que, por estar basado en la eticidad intrínseca, absorbe las exigencias de los individuos, reconoce como válida una sola moral y dicta con sus normas los comportamientos de los ciudadanos. Esta idea, que recorre toda la historia, ha implicado casi siempre imposiciones o sugerencias (acompañados a menudo por el ofrecimiento de beneficios o por la amenaza de castigos) en el campo de los comportamientos demográficos: desde las ideas eugenésicas de Platón, quien indicaba como interés del estado la reunión de los mejores hombres con las mejores mujeres para el perfec-

cionamiento de las élites, pasando por las políticas demográficas puestas en práctica por el fascismo y el nazismo, hasta la introducción reciente, primero en la India y ahora en China, de estímulos, castigos y medidas coercitivas para el control de la fertilidad.

La idea del estado ético permea en alguna medida también las experiencias de los estados democráticos, incluida Italia, por ejemplo en el campo reproductivo. Después de la caída del fascismo sobrevivió durante decenios, hasta que intervino una decisión derogatoria de la Corte constitucional, una norma del código penal Rocco para castigar, incluso con la cárcel, “a cualquiera que instigue públicamente a realizar prácticas contra la reproducción o que haga propaganda a favor de éstas”. Sobre este mismo tema persisten todavía hostilidades y reacciones negativas, y a veces amenazadoras, de personalidades religiosas y políticas que son hostiles a que se brinde información sexual en las escuelas (digo información; llamarla “educación sexual” implica que el estado debe sugerir cómo comportarse, y no se debe olvidar que al ministerio que durante el fascismo se llamaba *de la educación nacional* le ha sido cambiado el nombre, tras de la caída de dicho régimen, a *de la instrucción pública*). Esta hostilidad y reacciones han sido reiteradas incluso después de que se había manifestado el peligro del SIDA, con el riesgo de graves consecuencias para la vida misma de los jóvenes. Estas dos fuerzas han dirigido sus críticas en dos direcciones: contra el ministerio de la instrucción, que no debería interferir porque la educación sexual corresponde a las familias, y contra el ministerio de salud, que no debería aconsejar el uso de los preservativos porque pueden favorecer una sexualidad desprovista de todo freno moral.

En esos casos se ha tratado de impedir que el estado cumpla con sus propios deberes, como son la instrucción y la prevención. Esto representa una omisión igualmente criticable en el plano moral que la obligación de seguir determinados comportamientos. Una variante más de los métodos del estado ético, además de la obligación y la omisión, es la interferencia en las elecciones de los ciudadanos mediante prohibiciones y castigos. Un ejemplo en Italia (pero también en otros países) estriba en las primeras propuestas de ley que fueron presentadas al Parlamento en cuanto comenzaron a perfilarse las posibilidades de la inseminación artificial; los firmantes fueron Gonnella y Mauco en 1958, y Riccio, Russo Spina y Frunzio en 1959. Las propuestas eran perentorias en la presentación de dicha práctica como un delito. Preveían la reclusión hasta por tres años para “la mu-

jer casada que permite que se le realice la inseminación artificial heteróloga, aunque haya recibido el consentimiento del marido”; para “la mujer soltera que permite que se le realice la inseminación artificial” (con cualquier semen, en este caso); para “los cónyuges que solicitan y permiten la inseminación artificial homóloga” (también el marido, por lo tanto); para los médicos cómplices del delito; y finalmente para “cualquiera que lleve a cabo prácticas inseminativas en mujeres, incluso con su consentimiento”.<sup>19</sup> Había dos argumentos morales que daban fundamento a estas orientaciones. Uno es que se considera bien solamente lo que es natural, mientras lo artificial representa el mal, constituye pecado y como tal debe ser perseguido incluso penalmente. El otro es que la aceptación del semen de un donador, “aunque haya recibido el consentimiento del marido” afectado por disfunciones reproductivas, es una culpa asimilable al adulterio. Señalamos también que la propuesta de ley de 1959 agregaba que “el marido puede desconocer al hijo concebido durante el matrimonio mediante la inseminación heteróloga”, aun cuando hubiera expresado antes de manera explícita su conformidad. Esta norma estaba basada en el artículo 235 del Código Civil que prevé el desconocimiento por impotencia, ausencia, separación y adulterio. Se insiste mucho, con justa razón, en el hecho de que, en la reproducción natural y artificial, entre los varios sujetos morales involucrados el principal debe ser el que nace. En el caso citado, un hijo deseado habría sido privado legalmente de toda protección.

Con todo y que hoy en día se excluye esta última norma, juzgada por todos inhumana, una concepción semejante, acompañada por sanciones análogas, ha sido propuesta para la inseminación heteróloga cuarenta años después, en el proyecto de ley aprobado por mayoría en la Cámara de diputados en 1999. Puede ser interesante regresar un momento sobre el tema, integrando lo que se escribió en el primer capítulo, en parte porque uno de los argumentos más frecuentemente aducidos en el debate parlamentario a favor de la reproducción heteróloga fue que la prohibición habría alimentado el “turismo reproductivo” hacia los demás países europeos que la permiten. Aun cuando es cierto que esto sucedería (como fue para el aborto, antes de 1978), no creo que a las razones puramente prácti-

<sup>19</sup> G. De Vincentiis y E. Lauricella, *Necessità di una urgente revisione della legislazione e dei regolamenti in campo ostetrico-ginecologico*, Ponencia para el LIII Congreso de la Sociedad Italiana de Obstetricia y Ginecología, 1968.

cas se puedan contraponer argumentos morales, como son el carácter espurio y no natural de la filiación heteróloga. Pero si nos preguntamos los motivos por los cuales los otros países la aceptaron, vemos que radican en una concepción de la “naturaleza humana” según la cual el individuo no se puede reducir a sus genes: él es genética y ambiente, educación y afectos, persona y sistema de relaciones, predeterminación y libre elección. Radican además en la idea de que no se debe impedir que se tengan hijos, cuando la pareja no puede disponer de gametos propios (óvulos o espermatozoides) y tiene la posibilidad de recurrir a un donador o a una donadora. El impedimento constituiría una interferencia en las elecciones personales (estado ético) y una atenuante con respecto de las demás causas de esterilidad. De algún modo equivaldría a decir, a nombre del que va a nacer, que es mejor no dejar que nazca.

Es necesario subrayar que, cuando en lugar de la idea de estado ético se instala la de uno basado en las libertades individuales, no se elimina ciertamente la exigencia de reglas que, de algún modo, estén fundadas en principios morales. Sin embargo, se debe reconocer que por lo que concierne a reproducirse y nacer, vivir y envejecer, enfermar y curarse, establecerse en un lugar y migrar y, finalmente, morir, es decir, aquellos sucesos individuales que, al integrarse en una sumatoria y al entrelazarse unos con otros, conforman el comportamiento de las poblaciones, la elaboración normativa se vuelve más complicada. Pero ésta, si está basada en los derechos, en el pluralismo y en finalidades comunes escogidas libremente, está más cargada de oportunidades personales reconocidas y protegidas, a diferencia de la simple traducción de principios religiosos o de ideologías totalizadoras en leyes constrictivas.

## V. LOS DERECHOS HUMANOS Y EL PLURALISMO

Para los derechos podemos remitirnos a las solemnes declaraciones de principios que tienen valor universal, proclamadas a finales del siglo XVIII en Estados Unidos y en Francia, retomadas en las constituciones de muchísimos estados y actualizadas en 1949 con la declaración de las Naciones Unidas. La denuncia de las numerosas violaciones de dichos derechos dominó, en 1999, la celebración de los cincuenta años de este último documento, que fue definido, no obs-

tante, como “una Carta traicionada”. La expresión es demasiado absoluta porque pasa por alto los progresos logrados, y porque amenaza con ser desalentadora en la medida en que refuerza el dicho corriente *esto puede ser correcto en la teoría, pero no es válido para la práctica*; una afirmación que, como es bien conocido, fue ampliamente refutada por Kant en un texto de 1793.<sup>20</sup> La tesis del filósofo era que dicho concepto podría tener una justificación solamente “para ideas vacías, de las que en la práctica no se haría ningún empleo o incluso un empleo desfavorable para ella. Pero en una teoría que esté fundada sobre el *concepto del deber*, la preocupación por la vacía idealidad de este concepto desaparece enteramente”. El tono presuntuoso y menospreciante de quien pretende “reformular la razón con la experiencia” expresa según Kant “la sabiduría de poder ver más lejos y con más certeza con ojos de topo clavados en la experiencia, antes que con los ojos entregados a un ser que fue hecho para estar erguido y admirar el cielo”.

Incluso mirando hacia la tierra, si bien es difícil hacer un balance del bien y del mal que aparece en ella, es imposible negar, no obstante, que gran parte del bien adquirido ha sido estimulado por la afirmación de los derechos (y de los deberes correspondientes), y que ésta es la vía maestra. Con todo, los conocimientos científicos y las transformaciones sociales requieren de una actualización constante. Trataré de ejemplificar esta urgente exigencia, en sus implicaciones morales y jurídicas, a través de algunos puntos de una carta de los derechos que es contemporánea y coherente con la declaración de la ONU: se trata de la Constitución de la República Italiana que entró en vigor el 1 de enero de 1948. Ésta representa enfoques semejantes a los que fueron ratificados en el mismo periodo en muchas naciones europeas, y requiere también de una reinterpretación.

La afirmación de los derechos se abre con tres artículos, en los cuales se proclama que son inviolables la libertad personal (art. 13), el domicilio (art. 14), la libertad y la confidencialidad de la correspondencia y de toda otra forma de comunicación (art. 15). La única excepción admitida es para actos que estén motivados por la autoridad judicial y ejecutados en los casos y modos exclusivos previstos por la ley. Pero ¿qué ha cambiado, en especial en este campo de la

<sup>20</sup> I. Kant, “Sul detto comune: questo può essere giusto in teoria, ma non vale per la prassi”, en *Scritti di storia, politica e diritto*, Roma-Bari, Laterza, 1995, pp. 122-161 [“Sobre el tópico: Esto puede ser verdad en teoría, pero no lo es en la práctica”].

información y de la comunicación, con respecto al año en que entró en vigor la Constitución?

Por un lado, se ha afianzado en los hechos y en las reglas un nuevo derecho del ciudadano: el de conocerse a sí mismo (y a sus enfermedades, cuando sea el médico el que las detecte) y de decidir su propia suerte, con base en el reconocimiento práctico del concepto de autonomía personal. Por ejemplo, la expresión “consentimiento informado”, reconocida ahora también en los códigos de deontología médica, tiende a la superación del paternalismo, que ponía únicamente en manos del médico la información y la elección del tratamiento. Dicha expresión implica además, más allá del derecho elemental a recibir atención médica, el de pedir y obtener la suspensión de los tratamientos, de poder oponerse a cualquier terapia con la que no se esté de acuerdo y al encarnizamiento terapéutico, y finalmente también el derecho a ser dejado morir. Se afianzó además, esta vez también en el plano colectivo, el derecho de los trabajadores, o de los que pertenecen a una comunidad territorial, a ser informados de los riesgos que se derivan de posibles fuentes de nocividad. Esto ha dado, en los años transcurridos, un notable impulso y transparencia a las investigaciones de epidemiología ambiental y de aparición precoz de enfermedades, las cuales están dirigidas hacia la prevención.

Por otro lado, se ha multiplicado de manera exponencial la recopilación y transmisión de las informaciones, incluso las más íntimas, relativas a la vida personal. Esto ha sucedido, en parte, por la mayor facilidad para acumular y elaborar los datos, además de diversos factores coincidentes: *a*] el progreso de las ciencias biomédicas, que ha abierto, por ejemplo, el capítulo del análisis genético; *b*] el impulso del mercado y de los políticos a conocer y utilizar para beneficio propio las orientaciones de los ciudadanos, expresados en los consumos o en las encuestas de opinión; *c*] la ampliación de los sondeos demográficos y sociales; *d*] el levantamiento de fichas electrónicas para la constitución, en sedes públicas y privadas, manifiestas y ocultas, de bancos de datos en los cuales cada uno de nosotros, de modo más o menos consciente, es catalogado en centenas de modos diferentes. Todo esto puede tener el efecto positivo de un mejor conocimiento de los individuos y de la población, pero amenaza con pisotear, tanto y más que la “violación del domicilio” o del “secreto epistolar”, a los que hacía referencia la Constitución (así como también el Código Penal, que los reconoce como delitos), o bien el derecho de los

ciudadanos a preservar la propia esfera privada. Esto puede también incidir negativamente en el acceso a otros derechos. Uno de los casos más controvertidos es el de los rastreos genéticos, que han sido utilizados para hacer discriminaciones tanto en el acceso al trabajo como en la posibilidad de gozar de la asistencia de salud en el régimen de seguros privados. Sobre este punto la normativa europea está orientada a negar la facultad de proceder a hacer evaluaciones de las características genéticas, tanto en el campo laboral como de los seguros, siempre que puedan ser utilizadas en perjuicio de los sujetos.<sup>21</sup>

En el campo de los sondeos estadísticos, también los demógrafos tienen experiencia de muchas situaciones moral y jurídicamente complejas, conectadas por ejemplo con la aplicación de los censos, en las cuales ha surgido un conflicto entre la exigencia de conocer los datos sobre la población (salud, religión, etc.) y las dudas morales sobre la licitud de algunas preguntas que se hacen a los ciudadanos. Es extraño, no obstante, que haya suscitado bastante más clamor el hacer cuestionamientos que fueron considerados indiscretos, que el hecho de no haber planteado preguntas que están muy lejos de ser embarazadoras, pero que son necesarias para tener un cuadro completo de las características de la población, como por ejemplo la pertenencia a una clase social en lugar de a otra. Éste es un dato que el *Registrar General* inglés solicita y elabora desde hace más de un siglo, y que en Italia tan sólo desde hace poco tiempo se comienza a considerar como una de las bases para conocer la estructura demográfica y social del país. A veces, evidentemente, se considera más grave un pecado venial de acción que un pecado capital de omisión.

Otro tema, que se ha ido volviendo cada vez más controvertido, es el delineado en el artículo 29, según el cual “la República reconoce los derechos de la familia como sociedad natural fundada sobre el matrimonio”. La existencia de parejas fundadas sobre otros vínculos no es un fenómeno nuevo; las novedades radican en el hecho de que hoy en día esto sucede con mayor frecuencia, y que las parejas que son consideradas anómalas en relación con el artículo 29 son consideradas normales por la conciencia común, y muchas de ellas piden (y en ciertos casos han obtenido) algún tipo de reconocimiento formal. También las estadísticas demográficas empiezan a tomarlas en cuenta. La interpretación moral de la existencia de varios tipos de fami-

<sup>21</sup> Cf. S. Rodotà, *Tecnologie e diritti*, Bolonia, Il Mulino, 1995.

lias oscila entre dos tesis: ¿es un fenómeno disgregativo, o bien una confirmación actualizada de la validez de la institución familiar? Una pregunta práctica, que se plantea cada vez con mayor frecuencia, es ésta: ¿en qué medida puede la ley sostener y legitimar los casos más distantes de la “normalidad”, por ejemplo, las parejas de homosexuales, o bien las familias poligámicas basadas en otras tradiciones religiosas y jurídicas?

En el campo de la salud, la afirmación principal de la Constitución está contenida en el artículo 32: “La República protege la salud como derecho fundamental del individuo e interés de la colectividad.” Esta formulación no sólo se ha sostenido con el paso de las épocas, sino se ha anticipado a ellas. A partir de esta norma, en los decenios de 1960 y 1970 tuvo sus orígenes un movimiento que, recogiendo las orientaciones más avanzadas de la medicina, ha colocado en el centro la prevención de las enfermedades y ha permitido extender la asistencia de salud a todos los ciudadanos. La legislación italiana ha recogido más recientemente, en el artículo 32, el estímulo ético y la justificación legal para garantizar a los inmigrantes el acceso a los servicios de salud, aun cuando se encuentren en condiciones de ilegalidad. Esto se deriva del hecho de que son reconocidos como *individuos*, con todo y que no son ciudadanos. De manera significativa, la palabra *individuo* se emplea sólo en este artículo de la Constitución; en todos los demás, la referencia es al *ciudadano*. Se reconoce, al mismo tiempo, el *interés de la colectividad* en brindarles atención médica, en parte con la finalidad de impedir la difusión de enfermedades eventualmente contraídas y transmitidas por ellos.

Considerar los derechos como un fundamento de las elecciones colectivas e individuales en el campo demográfico puede también implicar, como escribió Paolo De Sandre, “la importancia creciente de la regulación pública de los asuntos privados”,<sup>22</sup> de la cual se pueden derivar inconvenientes prácticos y problemas morales: “Para muchos aspectos esenciales de la vida individual (instrucción, trabajo, salud, previsión y asistencia), el interlocutor de cada quien, a medida que se van desarrollando los asuntos individuales, es el sistema institucional que actúa mediante normas de relevancia pública. El predominio de dicha relación, que se ha instalado en medida variable en lugar de las diversas redes de apoyo interpersonal, es tanta como para po-

<sup>22</sup> P. De Sandre, *Demografia, politica ed etica*, cit., pp. 459-460.



der ensombrecer, en la percepción subjetiva, el beneficio que dichas redes de personas pueden recibir en diversas fases de su ciclo de vida, en especial cuando están constituidas por personas que pertenecen a generaciones sucesivas.” Se puede agregar —como ha subrayado Salvatore Veca— que “existe simultáneamente el peligro de que se oscurezca el valor de la responsabilidad y del compromiso personal, y que se acentúen las tensiones, en muchos aspectos fisiológicas, entre las razones de los derechos (y de los deberes conectados con ellos), las razones del bienestar y las de la equidad, que es necesario conciliar o mejor incluso hacer convivir.”<sup>23</sup>

El segundo fundamento, junto con los derechos humanos, es el pluralismo. Su afianzamiento, en el campo de las ideas y de los comportamientos en el campo demográfico, es ya un hecho incluso antes que una exigencia. Esto obviamente no implica que toda elección personal sea por esto mismo moralmente lícita. Se debe pensar, sin embargo, que atribuir todo *ad unum*,\* además de ser una decisión injusta en la medida en que el pluralismo constituye un derecho individual y una riqueza para todos, requeriría hoy en día de medidas coercitivas incompatibles con la convivencia democrática. Lo que se debería buscar, en especial en los campos sujetos a transformaciones más rápidas por la llegada de tecnologías o de modelos que trastruecan los comportamientos tradicionales, es la creación de un “sentido común”, amplia y libremente compartido, respetuoso de las elecciones personales, y al mismo tiempo de un sistema de reglas capaces de conciliar, en parte con un mínimo de prohibiciones, los inevitables conflictos de valores, y de hacer que surjan finalidades positivas. Esto se revela en todas partes como una tarea nada fácil, en especial allí donde las controversias se desplazan fácilmente hacia terrenos ideológicos irreconciliables. Pero parece la única vía justa y que se puede recorrer. Hice referencia en el primer capítulo a uno de los sucesos colocados en los extremos de la vida: el nacer. Me referiré ahora, de manera más sintética, al otro extremo: el morir.

A la libre elección de si engendrar un hijo, cuándo engendrarlo y cómo engendrarlo no corresponde obviamente la misma libertad en el otro extremo de la vida, puesto que (actualmente) la muerte es un destino común tanto de los seres humanos como de todo ser vivien-

<sup>23</sup> S. Veca, *Ética e política. I dilemmi del pluralismo: democrazia reale e democrazia possibile*, Milán, Garzanti, 1989, p. 22.

\* “A un solo individuo (o causa).” [T.]

te. No obstante, puede existir libertad de elección no sobre el hecho mismo, sino sobre el cómo y también, dentro de los límites temporales determinados, sobre el cuándo morir. Las reflexiones morales sobre este tema en el pasado han considerado en especial el suicidio. Recuerdo nuevamente a Giacomo Leopardi:

Yo sé bien que la naturaleza siente con todas sus fuerzas repugnancia por el suicidio. Sé que éste rompe todas las leyes de aquélla más gravemente que cualquier otra culpa humana; pero desde que la naturaleza está del todo alterada, desde que nuestra vida ha dejado de ser natural, desde que la felicidad que la naturaleza nos había deparado se ha escapado para siempre, y nosotros hemos sido hechos incurablemente infelices, desde que ese deseo de la muerte que, según la naturaleza, no debíamos jamás ni siquiera concebir, se ha antes bien apoderado de nosotros a despecho de la naturaleza y a fuerza de razón; ¿por qué esta misma razón nos impide satisfacerlo y dar reparación, de la única forma posible, a los daños que ella misma y por sí sola nos ha causado?<sup>24</sup>

Durante largo tiempo, cuando la religión influía de manera más profunda y extensa en los comportamientos humanos y el estado se proponía decidir en lugar de los ciudadanos, la prohibición de suicidarse ha sido sancionada con base en el concepto de la sacralidad del cuerpo. No pongo obviamente en discusión la libre elección de los individuos de adherirse a una doctrina y obedecerla. Sin embargo, la elección se volvió lo contrario de libre cuando el suicidio se introdujo como delito en los códigos castigando penalmente a quien lo había intentado, o bien confiscando los bienes a los descendientes de quien lo había realizado.

Las reflexiones morales sobre el momento presente consideran, más que el suicidio, la eutanasia. Estos dos argumentos —suicidio y eutanasia— tienen en el plano moral una gran relevancia intrínseca, y la reflexión sobre ellos ayuda a comprender mejor, en muchos campos, la esencia, los valores y los sistemas de relación de los seres humanos. No obstante, en referencia especialmente al debate sobre la eutanasia, deseo llamar la atención hacia el hecho de que cualquiera que consulte la bibliografía bioética, o también los espacios que los medios de comunicación reservan para las discusiones sobre el tema, puede tener la impresión de que el mundo está saturado sobre todo de una multitud de personas que no pide más que darse o ha-

<sup>24</sup> G. Leopardi, *Zibaldone*, 815-816, Roma, Newton, 1997, p. 194.

cerse dar la muerte lo más pronto posible. No hay duda de que la eutanasia es un tema que tiene la máxima carga de contenido ético, y la tendría aun cuando concerniera a una sola persona, puesto que se trata, literalmente, de decisiones de vida o muerte. Ya he mencionado, a propósito de la autonomía personal, que, entre las decisiones sobre la suerte personal, debe estar incluida en términos laicos también la de poder elegir si se quiere seguir recibiendo tratamiento médico o no, si se quiere vivir o morir. Esta voluntad puede ser expresada también en la forma de “instrucciones anticipadas” o del “testamento de vida” que ha sido adoptado en varios países, en el cual el sujeto indica qué decisiones deberán tomarse (nombrando eventualmente para tal fin a un “albacea”), en el caso de que él no esté ya en condiciones de expresarse. Esta solución es compartida por una población bastante amplia y puede ser considerada una libre elección, mientras que la idea de permitir a los médicos que suministren sustancias que estén dirigidas de manera deliberada a provocar el fallecimiento encuentra (justamente, según creo) muchas resistencias.

En la inmensa mayoría de los casos, no obstante, el deseo de los “enfermos terminales” no es recibir la eutanasia activa o pasiva, sino más bien recibir apoyo, tener consuelo y compañía, ver mitigados sus propios dolores, no ser objeto de inútiles y crueles tratamientos. En esencia, la primera libertad es la de poder morir con el mínimo de dolor y con el máximo de dignidad. Añado que el mundo está poblado sobre todo de personas que quieren morir lo más tarde posible, y por ello en el plano demográfico, social y moral el fenómeno más relevante es la extensa existencia y persistencia, a pesar de los progresos de la medicina, de las que podrían ser definidas como *cacotanasias*: malas muertes, ya por la manera en que se producen, ya porque son muertes prematuras y precoces, que habrían podido ser evitadas o retardadas mucho con una adecuada prevención o con tratamientos eficaces y oportunos.

Es verdad lo que escribe Leopardi, que la muerte en general “sirve a la vida” en la medida en que “el orden natural es un círculo de destrucción, y de reproducción, y de mudanzas regulares y constantes en cuanto al todo”; y que en cuanto a las partes, esto es, a los individuos, quedan involucrados “accidentalmente”.<sup>25</sup> Lo accidental, la casualidad, difícilmente pueden ser objeto de valoración moral. El

<sup>25</sup> *Ibid.*, 1531, p. 344.

momento de morir en nuestros días está determinado, sin embargo, por la casualidad, pero además, y más que por ésta, por otros factores que son susceptibles de conocerse y controlarse. Uno de los datos más dramáticos, por el monto de las cifras y porque asocia la muerte con la creación de la vida, es que en el mundo, con los picos más altos en África y en Asia, 600 000 mujeres mueren todos los años y 18 000 000 quedan incapacitadas o crónicamente enfermas como consecuencia del embarazo y del parto.<sup>26</sup> En los países desarrollados, desde hace algún tiempo, estas cifras se acercan cada vez más a cero. El pluralismo y la equidad implican también la creación de oportunidades de vivir idénticas o semejantes, cuando esto cabe dentro de las posibilidades de las acciones humanas.

#### VI. POBLACIÓN Y RECURSOS: ¿ES ÉTICO INTERVENIR?

Cuando la sociedad y las instituciones no intervienen para crear tales oportunidades, las responsabilidades son al menos pasivas. En el campo de la reproducción, en cambio, el estado o la ley intervienen a veces activamente para coartar las decisiones de las personas en sentido pronatal o antinatal. Además de las discusiones que van unidas a las omisiones y las acciones que conciernen el nacer, el recibir tratamiento médico y el morir, esto es, el destino de las personas individuales, hay un tema igualmente complejo y controvertido que concierne a las poblaciones y la ética de las elecciones públicas, y que se puede decir que pertenece a la macroética. Éste se puede sintetizar en la pregunta siguiente: ¿en qué medida, con qué métodos y con qué fines el estado puede intervenir para establecer un equilibrio demográfico (verdadero o supuesto), esto es, para crear una relación equilibrada entre recursos, territorio y población, o incluso por otras razones?

Históricamente, los filósofos y el poder público han adoptado sobre este tema líneas diferentes y opuestas, motivadas siempre por la razón de estado. “En la ciudad-estado ideal que Platón diseñó en las *Leyes* —escribe William Petersen— la población tenía que ser mantenida estable estimulando o inhibiendo la fertilidad, o bien mediante

<sup>26</sup> F. Girard, “Cairo + five: Reviewing progress for women”, en *Journal of Women's Health and Law*, vol. 1, núm. 1, noviembre de 1999, p. 12.

el infanticidio.”<sup>27</sup> También Aristóteles sostenía que pasar por alto esta exigencia de estabilidad habría producido seguramente la pobreza de los ciudadanos, y recordaba que la pobreza es causa de males y sedición.<sup>28</sup> Roma, por el contrario, fue una intensa promotora de los nacimientos durante el imperio, especialmente en las épocas en que tuvo lugar un preocupante relajamiento de los vínculos familiares y una disminución de la natalidad en la metrópolis. Augusto promulgó leyes que castigaban el celibato y el adulterio y que premiaban a las parejas prolíficas.

En los siglos posteriores, la población del mundo creció o disminuyó con fortuna cambiante, de manera preponderantemente espontánea o condicionada por sucesos naturales como las carestías o por decisiones humanas como las guerras. Comenzó a aumentar con ritmo un poco más rápido solamente después de la Edad Media. También por ello la “cuestión demográfica” no estuvo durante muchos años en el centro de la atención política y de la reflexión teórica. Sólo a finales del siglo XVIII, época de innovaciones técnicas y de transformaciones sociales y políticas, Thomas Robert Malthus presentó la exigencia de contener los nacimientos, esta vez con base en razones económicas. El riesgo que éste temía era que el desequilibrio entre población y recursos se derivara, como escribió en las primeras líneas de su *Ensayo sobre el principio de población*, “de una sola gran causa íntimamente ligada con la naturaleza del hombre... la constante tendencia que tienen todos los seres vivientes a multiplicarse más de lo que lo permiten los medios de subsistencia de los que pueden disponer”.<sup>29</sup> Puesto que los pobres se multiplican más que los demás y tienen menos recursos, una de las medidas fundamentales propuestas por Malthus fue, como es bien conocido, la de “abolir gradualmente las leyes sobre los pobres”, las cuales les garantizaban la asistencia pública, que les era otorgada a través de las parroquias. Según Malthus, éste era un sistema perverso, bastante más nocivo y oneroso que la misma deuda nacional:

A tal efecto yo propondría una ley que establezca que la ayuda parroquial sea negada a los niños nacidos de un matrimonio contraído un año después

<sup>27</sup> W. Petersen, “History of Population: Theories”, en *Encyclopedia of Bioethics*, cit., p. 1962.

<sup>28</sup> Aristóteles, *Política*, 2.9.

<sup>29</sup> T. R. Malthus, *Saggio sul principio di popolazione*, Turín, UTET, 1965, p. 3 [*Ensayo sobre el principio de la población*, México, Fondo de Cultura Económica, 1951].

de que esta ley sea promulgada, así como a todos los hijos ilegítimos nacidos dos años después de la misma fecha. Para que una ley como ésta sea universalmente conocida y para grabarla mejor en la mente del pueblo, los ministros de la religión serían invitados a leer, inmediatamente después de su publicación, una breve instrucción en la que se mostraría la manera exacta, la obligación estricta, que pende sobre cada hombre, de alimentar a sus propios hijos; la temeridad y la inmoralidad de aquellos que se casen sin tener los recursos para poder cumplir con un deber tan sagrado; los males que han oprimido a los mismos pobres, cuando han querido en vano tratar de suplir, por medio de la caridad pública, los deberes que la naturaleza impone a los progenitores; y finalmente la necesidad en la que se estuvo de desistir de una tal pretensión, que había producido efectos directamente contrarios al objetivo de los que la habían concebido.<sup>30</sup>

Adam Smith, en su *Investigación sobre la naturaleza y causa de la riqueza de las naciones*, había tenido un enfoque muy distinto hacia las necesidades de los pobres.<sup>31</sup> No obstante, el ensayo y las tesis de Malthus tuvieron, en la Europa del siglo XIX, y especialmente en los años de la restauración, una influencia mucho mayor en el plano de las decisiones políticas. Fue una extraña suerte la de Malthus (pero este análisis puede ser arbitrario): la de ver aplicadas sus indicaciones sociales, en los cien años que siguieron a la salida de su libro, y de ver negadas sus teorías demográficas por los hechos. El desarrollo de la industria y del capitalismo (y de su corolario europeo: el colonialismo) tuvo lugar sin reglas sociales ni frenos morales, al menos hasta los últimos decenios del siglo XIX, pero su tesis fundamental, que la población crece a un ritmo rápido y geométrico y los recursos a un ritmo lento, fue desmentida por los hechos. Es cierto que la población creció mucho más que durante el siglo XVIII y casi se duplicó (954 millones en el año 1800 y 1654 millones en el año 1900), pero los recursos aumentaron a un ritmo mucho más rápido. Entre las variables no calculadas por Malthus para la evolución de la producción de los bienes (energía, alimentos y productos industriales), estuvieron ciertamente la función propulsora ejercida por la ampliación de los mercados y por el progreso técnico-científico.

<sup>30</sup> *Ibid.*, pp. 492-493.

<sup>31</sup> Para las tesis de Adam Smith, en relación también con el pensamiento de los reformadores del siglo XVIII, cf. E. Rothschild, "Social Security and Laissez-faire in the Eighteenth Century Political Economy", *Population and Development Review*, vol. 21, núm. 4, diciembre de 1995, pp. 711-744.

Sin embargo, muchos han sostenido, con alguna razón, que Malthus tuvo su desquite cultural en la segunda mitad del siglo XX, cuando en muchas partes del mundo se presentó el problema demográfico de la relación recursos/población en términos agudos y a veces dramáticos, a tal grado que no se lo pudo subestimar para fines de las decisiones públicas. Sobre el análisis de las causas y sobre las líneas propuestas, los últimos decenios han visto sobre todo dos posturas: los que sostenían la prioridad del control de los nacimientos, y aquellos que, en cambio, afirmaban que el subdesarrollo es más consecuencia que causa de la alta natalidad, y que, por el contrario, la reducción de los nacimientos es un efecto que viene como consecuencia del crecimiento económico y cultural.

A grandes rasgos se puede decir que hasta 1994 la tendencia predominante en el mundo, impulsada con fuerza por las naciones anglosajonas, fue la de sugerir y a veces imponer la contracepción como remedio principal, a veces único, para el desequilibrio entre población y recursos. La oposición a esta línea provino inicialmente de algunos gobiernos del Sur del mundo, de movimientos feministas, de organizaciones no gubernamentales y de instituciones religiosas, con motivaciones diferentes y a veces opuestas. En 1994, precedida por un largo trabajo, se desarrolló en El Cairo la Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo, promovida por las Naciones Unidas y con la participación de 184 naciones. Ésta concluyó con la aprobación de un Programa de acción de veinte años, sujeto a confirmación quinquenal, que representa un giro decisivo con respecto de las orientaciones precedentes y que fue sintetizado en los siguientes términos:

El programa reconoce las relaciones entre las tendencias del consumo y de la producción, el desarrollo económico, el acceso a la instrucción, el crecimiento de la población, la estructura demográfica y la degradación ambiental. Afirma las relaciones recíprocas entre los derechos, esto es, que el respeto de los derechos humanos es un requisito previo para el disfrute del más alto nivel de salud alcanzable, y que, por el contrario, el derecho de control sobre todo aspecto de la sexualidad y de la reproducción constituye una base importante para el disfrute de todo otro derecho. Deja de lado las metas demográficas para concentrarse en los derechos de los individuos, hombres y mujeres, y promueve un enfoque global hacia la salud reproductiva. Reconoce que los hombres deben asumir comportamientos sexuales responsables, y que es crucial su pleno involucramiento en la salud reproductiva y en el crecimiento de los niños. Subraya la necesidad de ofrecer a los adoles-

centes las informaciones y los servicios necesarios, y abarca compromisos relevantes para reducir la mortalidad en el primer año de vida y en los siguientes.<sup>32</sup>

Entre las novedades principales del quinquenio siguiente, resultado del balance del “Cairo + 5” realizado en 1999, tenemos que subrayar dos: una es que en muchísimos países los discursos sobre la política de la población pasaron de los imperativos de disminución demográfica a la atención para la salud,<sup>33</sup> otra es el papel de suma relevancia asumido por las mujeres: ya sea con sus movimientos, que han contribuido más que cualquier otro a cambiar (todavía de manera insuficiente) la cultura y la moral internacionales, ya como personas que son los sujetos principales de infinitos microcambios positivos en las realidades concretas individuales.

El examen de estas condiciones, y de las discusiones alrededor de ellas, implicaría ya sea una focalización geográfica de las múltiples realidades, que son profundamente diferentes en el mundo e incluso en cada uno de los países, ya un análisis de las controversias científicas, morales y religiosas que se desarrollaron sobre dichos problemas y que permanecen abiertas hasta la fecha.<sup>34</sup>

En la imposibilidad de realizar este análisis a fondo, me limito a tres consideraciones. La primera, que puede parecer maliciosa, es que la alarma lanzada por Malthus no era exactamente *isomos demasiados!* sino más bien *isois demasiados!*. Él lo dirigió a los pobres de las islas británicas y luego fue retomado en una escala más amplia, en la segunda mitad del siglo XX, con relación a los pobres del mundo. Esta interpretación puede ser tendenciosa o realista, pero en todo caso no se debe negar ni subestimar el desequilibrio efectivamente existente en muchas partes del mundo entre recursos, ambiente y población. A este respecto quisiera agregar, a los casos que ya enlisté al inicio de este capítulo, un caso más de hipocresía léxica. En las estadísticas internacionales y en el lenguaje político está en uso, para definir la condición de las diferentes naciones del mundo, la distinción

<sup>32</sup> F. Girard, cit., pp. 1-2.

<sup>33</sup> S. Correa y G. Sen, “Cairo + 5: avanzare nell’occhio del ciclone”, en el vol. *Social Watch*, publicado por el Osservatorio internazionale sullo sviluppo sociale, Turín, Rosenberg & Sellier, 1999, pp. 85-90.

<sup>34</sup> Sobre los presupuestos éticos y sobre las diversas respuestas a la pregunta *Is there a Population Problem?* se detiene Donald Warwick en la *Encyclopedia of Bioethics*, cit. vol. IV, pp. 1956-1962. Cf. también P. De Sandre, cit., pp. 451-482.



bipolar entre *países desarrollados* y *países en vías de desarrollo* (PVD). Sin embargo, para corresponder con los hechos, éstos últimos deberían ser subdivididos ulteriormente en tres grupos: los que verdaderamente están *en vías de desarrollo*, los que están *inmóviles o estancados* en un nivel bajo, y los que están *en vías de un retroceso ulterior*. Esto eliminaría la ilusión de que el desarrollo es ya un fenómeno universal, ayudaría a hacer una toma de conciencia más profunda de la realidad y podría estimular acciones más eficaces para con y en los países que están estancados o en retroceso. La exigencia primaria, que ahora es comúnmente admitida por las reuniones internacionales de especialistas, es la de no aislar la variable demográfica de su contexto, y de actuar por ello sobre todo factor de los desequilibrios existentes, con base en principios éticos válidos y en normas y procedimientos que no sean impuestos sino ampliamente compartidos.

La segunda consideración concierne precisamente a los principios éticos. Éstos fueron enlistados por Donald Warwick en cinco apartados.<sup>35</sup> Omito el quinto, que es el deber de averiguar y decir la verdad, porque ya lo comenté arriba. Los otros cuatro pueden ser sintetizados como sigue:

La *vida* es la primera de la lista, porque sin ella las personas no pueden beneficiarse de los demás principios. Ésta no significa solamente estar vivos, sino gozar de buena salud y tener una seguridad razonable frente a las acciones de otros que puedan causar muerte, enfermedad, graves dolores o incapacidad. La *libertad* es la capacidad y la oportunidad de hacer elecciones meditadas. Exige el conocimiento de las opciones posibles, la posibilidad de decidir sin recibir una fuerte coerción o presión de otros, la posibilidad de actuar para realizar las propias elecciones. El *welfare* [bienestar] significa un nivel de vida adecuado para proporcionar alimento, habitación, asistencia de salud e instrucción. Por ello, los programas de población no deben tener como único objetivo el aumento o la reducción de la fertilidad, la reducción de la mortalidad o el control de las migraciones, sino deben ser un instrumento para la promoción del bienestar humano. La *fairness* [imparcialidad y, en su caso límite: justicia] se refiere a una equitativa distribución de los beneficios y los perjuicios de las políticas de población. No implica una distribución pareja de los beneficios o los perjuicios, sino exige que todo individuo o grupo no reciba de una política dada ventajas o desventajas desproporcionadas.

<sup>35</sup> Cf. la nota anterior, p. 1968.

Aquel que comparte en esencia estos enfoques puede limitarse a señalar (tercera consideración) las consecuencias de experimentos opuestos, ejecutados o bien a partir de la negación o de la aceptación de dichos enfoques. A menudo, por ejemplo, se han dado opciones políticas basadas en la obligatoriedad de la contracepción, en lugar de en la elección libre, en la convicción y en la conveniencia. Entre estos experimentos se destaca el realizado en la India, donde se promovió entre 1975 y 1977 una campaña de esterilización que se desarrolló con incentivos en dinero y en especie, además de mediante varias formas de imposición. Esto suscitó una extensa rebelión y estuvo entre las causas de la caída de Indira Gandhi, cuyo gobierno había promovido dichas acciones. En muchos países, por el contrario, resultaron muy eficaces y ampliamente compartidas por la población algunas formas de control voluntario de los nacimientos que vinieron junto con el desarrollo económico y cultural. Resultó claro en especial que la regulación de la fertilidad se produce de manera tanto más rápida y estable cuanto más avanza el reconocimiento de los derechos y la valorización de la aportación de las mujeres a la vida social, y en particular la difusión de la instrucción entre las muchachas: el aumento de su libertad trae consigo una mayor responsabilidad y conduce a mejores opciones.

En cambio, donde el fenómeno que preocupa es la disminución, más que el exceso de los nacimientos, una orientación razonable, si bien difícil de convertir en práctica, puede ser la que Livi Bacci identificó en el propósito de “aumentar la confianza en los proyectos de vida”. Venir al mundo, en otras palabras, está hoy en día fuertemente condicionado, entre muchos otros factores, por la pregunta preliminar que se plantean a veces los progenitores: “¿a qué mundo?” Quizá si además de (¡no estoy diciendo en lugar de!) preocuparnos por las zonas bioéticas de frontera concernientes a la manera de nacer lo hiciéramos en mayor medida por lograr que los nacimientos naturales resulten menos penalizantes por el hecho de que el que nace lleva de cualquier forma a costas, desde el inicio de su propia vida autónoma, cargas contraídas por otros (en casi todos los países, de hecho, hay una elevada cuota de la deuda pública que todo recién nacido tendrá que pagar mientras dure su vida natural, y hay una cuota de “deuda ambiental” que es todavía más pesada y menos reversible), y nos dedicáramos con mayor compromiso al hecho de que éste, a medida que crece, encuentra más dificultades para abrirse camino en la vida; si sucediera esto aumentaría la confianza en el futu-

ro y quizá también el índice de natalidad. Observo, no obstante, que no solamente la bioética, sino también la política, muestra escaso interés por estas exigencias.

## VII. LA EQUIDAD Y LOS PODERES

He hablado antes de cacotanasias, de muertes malas en la medida en que son previsibles y evitables, y quizá ningún otro ejemplo sirve mejor para introducir el tercer tema, después de los derechos humanos y el pluralismo: el de la equidad. Las cacotanasias están distribuidas de manera desigual entre los individuos y entre los pueblos. Desde que Jacques Bertillon, justamente a principios del siglo XX, documentó la *inegalité sociale devant la mort*<sup>\*</sup> como un fenómeno que se encuentra simultáneamente en París, Berlín y Viena,<sup>36</sup> innumerables investigaciones (que se intensificaron en el último decenio, no sé si por un aumento de las diferencias o por una mayor sensibilidad de los estudiosos) han confirmado que esta desigualdad existe en todas partes, en mayor o menor medida según las épocas y los países.<sup>37</sup> Ésta persiste, a pesar de los progresos de la medicina y la extensión de la asistencia médica, a causa de la combinación de múltiples factores. Entre éstos, además de las causas específicas, se cuentan el ingreso, el nivel de instrucción, la nutrición, la residencia, los “estilos de vida”, la nocividad ambiental y las condiciones de trabajo. Con todo y que no doy referencias estadísticas, que por otra parte son hoy en día de acceso más fácil, me detendré en este fenómeno que está vinculado a las desigualdades en la salud sobre todo porque, en el cuadro de los problemas éticos conectados con la vida material, tiene implicaciones fuertes y evidentes. Están otros problemas en los cuales es difícil identificar la distinción entre el bien y el mal; pero se puede suponer que entre el estar y el no estar vivos la diferencia es evidente, y que además se puede descubrir más fácilmente.

Como antecedente diremos que mientras en algunos campos, por ejemplo en el voto y en la justicia penal, la igualdad de los ciudada-

\* “Desigualdad social ante la muerte.” [T.]

<sup>36</sup> J. Bertillon, “Mouvements de population et causes de décès selon le degré d’aisance à Paris, Berlin et Vienne”, Ponencia para el X Congreso internacional de higiene y demografía, en las *Actas del Congreso*, París, 1900, pp. 961 ss.

<sup>37</sup> Cf. para Italia *L’equità nella salute in Italia*, G. Costa y F. Faggiano (eds.), Milán, Franco Angeli, 1994.

nos ya ha sido ratificada casi en todas partes, la igualdad en la salud y el alcance de una duración y calidad de la vida igual para todos no son evidentemente objetivos realizables. Ni siquiera se pueden esperar: perseguirlos querría decir que nos proponemos uniformar a toda la especie humana en un modelo único y anular el valor intrínseco de las diferencias entre los individuos.

Por este motivo, mientras en las estadísticas de aparición de enfermedades y mortalidad es correcto usar en sentido descriptivo el término “desigualdad”, cuando nos referimos en cambio a la dimensión ética y a las elecciones políticas se recurre comúnmente a los términos de “inequidad” o de “equidad”. Éstos se refieren, como veremos más ampliamente en el último capítulo, a las diferencias que se pueden evitar, que no son necesarias, y que son consideradas injustas en el contexto de los conocimientos etiológicos y de las relaciones sociales.<sup>38</sup> En otros términos, se puede decir que la equidad en la salud implica que todos deberían tener una justa oportunidad de alcanzar su propia esperanza de vida potencial y, de manera más pragmática, que nadie debería encontrarse en desventaja para alcanzarla, si esto se puede evitar.<sup>39</sup>

Los obstáculos que hay que superar son múltiples y también son cambiantes según las épocas y los lugares. Las opciones capaces de promover la equidad en la salud,<sup>40</sup> deberían corresponder a los tres criterios que Sonnino enunció claramente para el conjunto de las políticas demográficas: la globalidad, la operatividad de las estructuras sociales y la función activa de los ciudadanos.<sup>41</sup> Esto significa que no solamente hay que concentrarse en mejorar los servicios específicos, de los que la salud depende sólo en parte, sino sobre todo los otros factores que influyen en ésta, como la instrucción, el trabajo, el ambiente, el nivel general de cohesión y de solidaridad, partiendo de la profundización y la difusión de aquellos conocimientos sobre los que puede basarse el compromiso personal y colectivo de los ciudadanos.

<sup>38</sup> M. Whitehead, *The concepts and principles of equity and health*, WHO, Copenhagen, Regional office for Europe, 1990.

<sup>39</sup> Cf. *Social justice and equity in health*, a report of a WHO meeting, WHO, Copenhagen, Regional office for Europe, 1986.

<sup>40</sup> G. Dahlgren y M. Whitehead, *Policies and strategies to promote equity in health*, WHO, Copenhagen, Regional office for Europe, 1992.

<sup>41</sup> E. Sonnino, *Aspetti e problemi di demografia sociale e di politica della popolazione in Italia*, Istituto di demografia dell'Università di Roma, 1979, pp. 58-65.

Esto induce a hacer tres breves (y bastante someras) consideraciones sobre la función de la democracia en las elecciones demográficas. Una es que, con todo y que es evidente que las políticas de población requieren de la aplicación de principios morales basados en el conocimiento y en la previsión, la experiencia muestra que incluso cuando dichas informaciones están disponibles es frecuente que la política no las tome absolutamente en cuenta. A esto se agrega que en los últimos años los temas financieros han ganado una preponderancia tan grande en la política que ofuscan la visión de los problemas vitales (en el sentido estricto de la expresión). A veces los problemas vitales, en lugar de ser encarados por su valor intrínseco, son vistos solamente como variables del sistema financiero. Así sucede con la salud, de la que se habla casi exclusivamente como un gasto, así sucede con los adultos mayores y los ancianos, de los que se habla casi solamente como receptores de pensiones. Una transformación de la cultura política y del sistema de valores que constituyen su fundamento puede lograr efectivamente que las políticas de población (o, mejor dicho, las políticas con la población) no queden como un apéndice marginal, sino que vayan junto, y en cierta medida precedan, a las decisiones sobre el futuro.

La segunda consideración es que esta tendencia viene acompañada, en el plano internacional, de un profundo desequilibrio del poder, que se ha ido deslizando gradualmente desde las Naciones Unidas y sus agencias, en las cuales está o debería estar representado el conjunto de la población mundial, hacia un grupo de gobiernos (designados con la sigla G7 o G8), o bien hacia las instituciones monetarias internacionales. Entre los ejemplos más evidentes está el debilitamiento de la Organización Mundial de la Salud en favor del Banco Mundial, cuyos enfoques, especialmente en los países menos desarrollados, constituyen la conducción efectiva de las políticas de salud.<sup>42</sup> Por ello parece necesario que la ONU y sus agencias, las cuales han promovido numerosas conferencias mundiales que han tenido un peso relevante en la orientación de los gobiernos y los pueblos, como la celebrada en Río de Janeiro sobre el ambiente, la de El Cairo sobre la población, la de Pequín sobre las mujeres, encaren el tema de la salud en términos más amplios, como una tarea que no pertenece solamente a los ministerios, a las agencias y a las profesiones especializadas.

<sup>42</sup> G. Berlinguer, "Globalization and Global Health", en *International Journal of Health Services*, vol. 29, núm. 3, 1999, pp. 579-595.

La tercera consideración considera un límite más intrínseco de la democracia representativa. Ésta permite ciertamente, mejor que cualquier otro sistema, la afirmación de los derechos humanos y del pluralismo y la búsqueda de la equidad. Sin embargo, tiene como protagonista y como objeto a la población presente, adulta y en edad de votar. No incluye, y difícilmente puede incluir en sus reglas, a los más jóvenes, aun cuando se han dado algunas tentativas que van en este sentido: algunas razonables, como la reducción de la edad mínima para votar, o extrañas, como el voto múltiple para el que tiene varios hijos. No puede representar, en especial, las exigencias de los más numerosos, es decir, de aquellos que vendrán después, cuyos intereses puedan ser, y en algunos campos ya lo son, puestos en riesgo por nuestras decisiones. No me parece que pueda darse un correctivo jurídico para esta situación, excepto tal vez el de imponer normas que prevean por ley una valoración preliminar y una discusión pública del impacto que pueden tener en el futuro los proyectos y las medidas preventivas actuales, como por ejemplo sobre el ambiente (para el cual ya existe en muchos países una norma al respecto, con alcance limitado al impacto local), sobre la salud, sobre la población. Más bien que a la ley, este compromiso en favor de las generaciones futuras debe ser confiado a la evolución moral como conductora de las decisiones políticas. “Si la esfera productiva —escribió Hans Jonas— ha penetrado en el dominio de la acción que tiene peso, entonces la moralidad debe penetrar en la esfera productiva, de la que en otro tiempo se había mantenido alejada, y tendrá que hacerlo bajo la forma de política pública.”<sup>43</sup>

<sup>43</sup> H. Jonas, *Il principio responsabilità*, cit., p. 14.

### 3. TRABAJO Y SALUD: FUNDAMENTOS Y CONFLICTOS ÉTICOS

#### I. ÉTICA Y NEGOCIOS

La relación entre trabajo y salud se sitúa en la interfaz entre la biología humana y la economía, esto es, entre dos campos en los cuales se manifiesta un creciente interés por la ética. Era previsible que resultara involucrada la bioética, formada sobre la expansión de los conocimientos y los progresos de las ciencias biomédicas. Era en cambio menos previsible que Mr. John Shad, presidente de la SEC, el órgano de control de los mercados financieros estadounidenses, donara treinta millones de dólares a la Harvard Business School para crear una nueva materia de enseñanza: *Ética y negocios*. En Italia Guido Rossi, que en su calidad de presidente de la Consob fue el homólogo de Mr. Shad, escribió en el *Corriere della Sera*: “El problema de la relación entre la ética y la actividad económica siempre ha estado en el centro de las meditaciones más angustiadas del pensamiento antiguo y moderno. Cobra actualidad cada vez que se asoman periodos de crisis o de transición... Invocar a la ética es señal de que en el mundo de la economía occidental está ausente o se encuentra en crisis el derecho, y que por ello están maduros los tiempos para hacer reformas radicales del ordenamiento.”<sup>1</sup> Si esto es cierto para la economía de Occidente, lo es con mayor razón para el resto del mundo, que está influido por ésta.

En tal cuadro se sitúa la reflexión moral sobre la relación entre trabajo y salud, que raramente formaba parte sustancial de las “angustiadas meditaciones antiguas”. Esta preocupación tiene de hecho una historia esencialmente moderna. Puede ser interesante recorrerla a grandes líneas para valorar cómo en épocas recientes surgieron ideas, intereses, asuntos y temas nuevos: economía y sociedad, capital y trabajo, política e instituciones, leyes y reglas morales. En este campo se presentan a menudo conflictos éticos entre valores dife-

<sup>1</sup> G. Rossi, “Si invoca la etica quando è in crisi il diritto”, *Corriere della Sera*, 26 de mayo de 1987.

rentes, que tienen cada uno su propia validez práctica y su propia legitimidad moral y que a veces son antagonistas entre sí y a veces conciliables; un ejemplo típico, entre los más relevantes y estimulantes, de la dificultad (y de la necesidad) de hacer una reflexión ética en una sociedad compleja.

## II. LA ÉTICA DE LAS VIRTUDES EN BERNARDINO RAMAZZINI

La reflexión puede tener como punto de partida las razones que indujeron al médico de Carpi, Bernardino Ramazzini, profesor en la Universidad de Padua, a compilar en el año 1700 el que fue el primer tratado escrito sobre *Las enfermedades de los trabajadores*.<sup>2</sup> Contiene una extraordinaria descripción, esmerada y a menudo apesadumbrada, de las técnicas y las patologías de cuarenta y un oficios de la época: de los mineros a los químicos, de los alfareros a los tintoreros, de los sepultureros a los talladores de piedra, de las lavanderas a los lacayos, de los cargadores a los cantantes y los pescadores. Otros doce perfiles, concernientes por ejemplo a los escribanos y los copistas, los drogueros y los caldereros, fueron agregados en las ediciones siguientes.

Puesto que las elecciones de temas por parte de los científicos, sobre todo en el campo biomédico, son con frecuencia sugeridas o vienen acompañadas por estímulos y reflexiones morales (que reflejan a menudo el espíritu de la época), podemos preguntarnos cuáles fueron, además del hecho de que nadie antes de él había tratado el tema y que por ello habría sido el primero en llenar esta laguna, las motivaciones profundas de su empeño.

El primero es la compasión, la *pietas* latina, el sufrir con el sentimiento de humanidad compartido, que es una de las raíces más antiguas de la deontología médica. Ramazzini dirige esta compasión a cada uno de los enfermos, y además a la vasta categoría de aquellos que trabajan en cualquier actividad:

Es preciso reconocer que de toda actividad, de la que se pretende obtener el alimento para prolongar la vida y para nutrir a la propia familia, se derivan para los trabajadores incomodidades y enfermedades a menudo muy

<sup>2</sup> B. Ramazzini, *De morbis artificum diatriba*, Mutinae (Módena), 1700. En italiano *Le malattie dei lavoratori*, Roma, La Nuova Italia scientifica, 1982.



graves e incluso la muerte. Muchos trabajadores maldicen así el trabajo en el que, en cambio, habían puesto esperanzas de vida. Al constatar, en el desarrollo de mi actividad de médico, que esto sucede con mucha frecuencia, he tratado, con base en mis capacidades, de componer un tratado sobre las enfermedades de los trabajadores... De hecho nadie se ha ocupado de manera exhaustiva de los efectos que se derivan de las diferentes actividades laborales.<sup>3</sup>

Si es cierto, como escribió David Hume pocas décadas después, que “la piedad depende, en amplia medida, de la cercanía e incluso de la vista del objeto”,<sup>4</sup> Ramazzini quiso documentar y revelar la dura realidad, que hasta entonces había permanecido oculta y que era la que vivían los trabajadores, para suscitar movimientos del ánimo capaces de mitigar y de prevenir sus sufrimientos.

La otra virtud es el reconocimiento, la merecida gratitud debida a aquellos que nos han brindado beneficios con su obra. Agrega de hecho Ramazzini: “Éste es ciertamente un deber que se tiene que cumplir en relación con los trabajadores, de cuya actividad, casi siempre sumamente fatigosa y degradante pero, con todo, necesaria, se derivan tantos beneficios para todos los hombres [en latín es una referencia a la *humanae reipublicae*]. Ésta es una deuda, lo repito, de la actividad más ilustre de todas, como Hipócrates definió la medicina en sus *Preceptos*, que atiende incluso gratuitamente y socorre al pobre.”<sup>5</sup>

Al elogio de la medicina, Ramazzini no omite agregar las críticas e incluso alguna observación irónica, como en el capítulo sobre las enfermedades de los sepultureros: hombres libres forzados, por la dura necesidad de la indigencia, a desempeñar este vil trabajo, cuya suerte es digna de compasión por las graves enfermedades que los afectan, a tal grado que “nunca he visto a un sepulturero que llegue a viejo”. Pues bien, dice él, se los pasa por alto aun cuando sería justo ocuparse de ellos por dos razones: porque su labor es muy necesaria y porque ellos “entierran los cuerpos de los muertos junto con los errores de los médicos. Es justo que la medicina corresponda, en la medida de sus posibilidades, a la labor desarrollada por los sepultureros al salvaguardar la reputación de los médicos.”<sup>6</sup>

<sup>3</sup> *Ibid.*, p. 41.

<sup>4</sup> D. Hume, *Trattato sulla natura umana*, en *Opere filosofiche. I*, Roma-Bari, Laterza, 1999, p. 387.

<sup>5</sup> *Op. cit.*, p. 42.

<sup>6</sup> *Ibid.*, pp. 99-101.

Ciertamente en Ramazzini hay también otras motivaciones: principalmente el impulso hacia el conocimiento científico que se había manifestado en el siglo XVII, y la voluntad explícita de contribuir al mismo tiempo, en el momento en que las ideas científicas y las artes mecánicas se estaban expandiendo, al bien del estado y al alivio de los trabajadores (*artificum*). Sin embargo, no se pueden pasar por alto los sentimientos y los estímulos subjetivos del autor. Los encontramos coherentemente en la declaración de sus intenciones y en los capítulos individuales, donde desprecio y piedad, generosidad y altruismo se entrelazan siempre con una documentación científica sobre las enfermedades cargada de significado.

Es verdad que la filosofía de nuestro tiempo, con la finalidad de promover un análisis menos subjetivo y variable de la moralidad, ha tratado a menudo a las virtudes como secundarias con respecto a una ética basada en principios y reglas, dedicando mucha atención a las teorías utilitarias y deontológicas, separando a veces del carácter del sujeto agente las cuestiones de justeza o de bondad de una acción y criticando la ética de la virtud porque “su perspectiva basada fuertemente en el sujeto agente le imposibilita darnos consejos suficientemente específicos sobre lo que tendremos que hacer”.<sup>7</sup> La fortuna cultural y las consecuencias prácticas de la obra de Ramazzini representan, no obstante, uno de los múltiples ejemplos que muestran la posibilidad de enlazar las virtudes del sujeto agente con los consejos específicos sobre lo que se debe hacer.

### III. ADAM SMITH: LA RIQUEZA DE LAS NACIONES Y EL BIENESTAR DE LOS TRABAJADORES

La obra de Ramazzini, que estaba orientada hacia la compasión y al reconocimiento y que abría un campo nuevo al conocimiento y a la prevención de las enfermedades, fue pronto traducida a muchos idiomas y difundida ampliamente en Europa. Los hechos que revelaba y los conceptos desarrollados por él han tenido un impacto fuerte y duradero. Es interesante recordar, por ejemplo, que su libro es citado, para recordar el sufrimiento humano en el trabajo, en dos

<sup>7</sup> R. B. Loudon, “Virtue Ethics”, en *Encyclopedia of Applied Ethics*, R. Chadwick (ed.), San Diego-Londres, Academic Press, 1998, vol. 4, p. 491.

textos, uno aparecido en el siglo XVIII y otro en el XIX, los cuales se convirtieron en clásicos de corrientes de ideas opuestas o diferentes, y que en los últimos siglos han ejercido una profunda influencia en el pensamiento económico y en la acción social: *An Enquire into the Nature and Causes of the Wealth of Nations* (1776) de Adam Smith y *Das Kapital* (primer vol. 1867) de Karl Marx.

Adam Smith cita a Ramazzini en el capítulo dedicado a la remuneración del trabajo, cuando afirma que “casi todo tipo de artesanos está sujeto a alguna enfermedad peculiar provocada por una peculiar aplicación a un peculiar tipo de trabajo... Si los patronos escucharan siempre los dictados de la razón y de la humanidad, tendrían con frecuencia motivo más bien de moderar que de estimular la aplicación de muchos de sus trabajadores”.<sup>8</sup> Esta orientación se conecta con la tesis de Smith, según la cual la riqueza de las naciones requiere de libertades de los comercios y de las empresas, seguridad para todos (en especial para los burgueses, que no la poseían) y no solamente para los nobles, sino también una atención para el que desempeña cualquier tipo de trabajo. Por ello se debe tener una retribución liberal del trabajo, que es el efecto necesario y el síntoma natural de la creciente riqueza nacional. Refuta así la idea corriente de que los hombres “trabajan mejor cuando están mal alimentados que cuando están bien alimentados, cuando están desanimados que cuando tienen alta la moral, cuando los salarios son bajos (que son frecuentemente épocas de enfermedades y mortalidad) que cuando son altos”.

Además de estas consideraciones basadas en la conveniencia y en la filantropía (“los dictados de la razón y de la humanidad”, dice él), que lo llevan a escribir que “ninguna sociedad donde la mayoría de sus miembros sea pobre e infeliz podrá ser floreciente y feliz”, Adam Smith introduce también el concepto de justicia, que tendrá gran impulso en los dos siglos siguientes. Él afirma que es sustancialmente equitativo que aquellos que dan de comer, visten y proporcionan su alojamiento al cuerpo entero de la población, disfruten de una parte de los productos de su trabajo, de manera que ellos mismos puedan estar adecuadamente alimentados, vestidos y alojados.<sup>9</sup> De estas

<sup>8</sup> A. Smith, *Ricerca sopra la natura e le cause della ricchezza delle nazioni*, Milán, Newton, 1995, p. 120 [*Investigación sobre la naturaleza y causa de la riqueza de las naciones*, México, Fondo de Cultura Económica, 1958].

<sup>9</sup> Para el análisis de estos aspectos del pensamiento de A. Smith, cf. E. Rothschild, “Social Security and Laissez-Faire in Eighteenth-Century Political Economy”, en *Population and Development Review*, vol. 21, núm. 4, diciembre de 1995, pp. 712-717.

exigencias, fundadas en la existencia de un interés común de la sociedad por el bienestar de todos sus componentes, Smith hace derivar la necesidad de una regulación legal de las relaciones de trabajo, abriendo el camino a lo que hoy en día se define como “ética pública”.

#### IV. EL SIGLO XIX: EL TRABAJO ENTRE JUSTICIA Y *Laissez-faire*

El concepto de justicia, conectado con la idea de libertad y con los derechos naturales que todo individuo posee en cuanto ser humano, ha estado en el centro de los dos grandes sucesos que caracterizan el final del siglo XVIII: la Guerra de independencia estadounidense y la Revolución francesa. Los derechos humanos comprenden en primer lugar el derecho de cada quien a la vida (Constitución de Estados Unidos) y significan la vinculación de la *liberté* con la *égalité*. Éstos implican el reconocimiento de principios y la adopción de reglas capaces de hacerlos respetar.

Podemos estar seguros de que estos enfoques han sacudido a los pueblos, enriquecido la cultura y cambiado a las naciones. Sin embargo, estos cambios han alcanzado la vida cotidiana de los trabajadores con una lentitud trágica. Sabemos que prácticamente durante todo el siglo XIX el capitalismo *laissez-faire* se presentó acompañado por la explotación desenfadada de los trabajadores, incluidos niños y mujeres, y se desarrolló en ausencia de todo límite y de toda regla. Las consecuencias, ampliamente documentadas por las investigaciones llevadas a cabo por los inspectores sanitarios, por las autoridades locales y por estudiosos sensibles al problema, fueron definidas por algunos historiadores como un “genocidio pacífico”. El fuerte deterioro de las condiciones de vida, los extensos daños provocados a la salud, la precaria seguridad de los trabajadores a partir del inicio de la Revolución industrial podrían parecer una confirmación del punto de vista cínico, según el cual los principios morales tienen poca o ninguna influencia en los sufrimientos cotidianos de las personas. Considero que es más útil analizar por qué y de qué manera pudo suceder esto.

Una de las razones consiste en el hecho de que a fines del siglo XVIII habían surgido, en contraste con las ideas de Adam Smith y con las dos revoluciones históricas, otros principios morales que resultaron dominantes hasta los últimos decenios del siglo XIX. El *laissez-faire*

siempre estuvo acompañado y justificado por razonamientos éticos que tomaban en cuenta la naturaleza del hombre, sus comportamientos y las tareas que se derivan de esto para la sociedad, en contraposición, por ejemplo, con el principio afirmado por el revolucionario y reformador social Condorcet, según el cual las causas de la indigencia y la pobreza tenían que buscarse en las malas instituciones y no en las leyes de la naturaleza humana. Thomas Robert Malthus sugería en cambio que se tenía que considerar al hombre como aparece en la realidad: “inerte, indolente y adverso al trabajo, si la necesidad no lo obliga a hacerlo; el mal parece necesario para la creación del esfuerzo y el esfuerzo evidentemente necesario para la creación de la mente”. Así pues, la justicia social, según Malthus, no sería algo que se podría desear, en la medida en que la tendencia general hacia un trayecto uniforme de prosperidad lleva más bien hacia la degradación en lugar de a la exaltación del carácter. Sólo la necesidad y el temor, sostenía él, y no la compasión y el reconocimiento, pueden servir de estímulo para el trabajo y hacer una contribución a la prosperidad.<sup>10</sup>

Este tipo de paternalismo autoritario, en el cual el juicio con respecto al bien de una persona (o de un grupo de personas) se impone sobre la voluntad del sujeto, se presentó acompañado durante la primera fase de la Revolución industrial por la tesis de que la ética de la producción consiste exclusivamente en la ganancia (tesis reafirmada en 1970 por Milton Friedman en un artículo que hizo escuela: *The responsibility of business is to make profit*).<sup>11</sup> La legitimidad moral de este principio, que estaba basada en la presunción de que su aplicación produciría a final de cuentas un beneficio para la mayoría de la población, fue ampliamente compartida durante mucho tiempo y se ha impuesto sobre todos los demás principios éticos. La historia y la experiencia han mostrado, desgraciadamente, que la “libre empresa” ha sido y continúa siendo la base de un desarrollo económico extraordinario, pero también han demostrado que su desarrollo en ausencia de reglas morales y legales puede sacrificar de manera extensa y profunda la salud y la seguridad de los trabajadores.

En la primera mitad del siglo XIX la libre empresa dominó de manera absoluta. Sin embargo, sus consecuencias fueron objeto de re-

<sup>10</sup> T. R. Malthus, *Saggio sul principio di popolazione*, Turín, UTET, 1965.

<sup>11</sup> En *The New York Times Magazine*, 13 de septiembre de 1970, p. 32. Cit. en P. W. Lee, “Some Ethical Problems of Hazardous Substances in the Working Environment, en *British Journal of Industrial Medicine*, 34, 274-280, 1977.

flexiones morales opuestas, como aquellas que desarrolló Giacomo Leopardi en su obra *Zibaldone*.<sup>12</sup> El punto de partida de su razonamiento es la producción material de las monedas, y de aquí pasa a considerar todos los bienes que son necesarios para “la que nosotros llamamos perfección y felicidad del género humano”:

Observad, en la moderna perfección de las artes, las inmensas fatigas y miserias que son necesarias para proporcionar la moneda a la sociedad. Comenzad por el trabajo de las minas y la extracción de los metales y llegad hasta la última operación de la acuñación. Observad cuántos hombres están obligados a vivir una infelicidad regular y estable, a padecer enfermedades, muertes, esclavitud (o gratuita o violenta, o mercenaria), a desastres, a miserias, a penas, a fatigas de todo tipo, para proporcionar a los demás hombres este medio de civilización y de supuesto medio de felicidad. Decidme entonces 1. Si es creíble que la naturaleza haya puesto como principio la perfección y felicidad de los hombres a este precio, es decir, al precio de una infelicidad permanente de una mitad de los hombres (y digo una mitad, no considerando sólo ésta, sino también las demás ramas de la supuesta perfección social, que cuestan el mismo precio). Decidme 2. Si estas miserias de nuestros semejantes son acordes con aquella misma civilización a la que sirven. Es sabido cómo muchos y muchos políticos, etc., defienden la esclavitud. Y cómo se la mantiene luego en la práctica incluso contra las teorías, como necesaria para la comodidad, la perfección, el bien, la civilización de la sociedad. Y lo que digo de la moneda lo digo también de las mercancías que nos llegan de lugares sumamente lejanos, mediante las mismas y semejantes miserias, esclavitud, etc. Como el azúcar, el café, etc., etc. Y se consideran como necesarias para la perfección de la sociedad.

Y ved a partir de esto cómo la civilización (según la costumbre de todas las falsas teorías) se contradice a sí misma también en la teoría, y que además de esto no puede subsistir sin circunstancias que son repugnantes para su naturaleza, y son absolutamente incivilizadas, antes bien bárbaras en toda la verdad y fuerza del término. Por lo que la civilización perfecta no puede subsistir sin la barbarie perfecta, la perfección de la sociedad sin la imperfección (e imperfección del mismo sentido y género en que se entiende la citada perfección); y si se eliminara esta imperfección, se cortarían las raíces de la supuesta perfección de la sociedad.

<sup>12</sup> G. Leopardi, *Zibaldone*, 1172-1173, Roma, Newton, 1997, p. 272.

## V. KARL MARX: ¿EMPLEO O DEPREDACIÓN DE LA FUERZA DE TRABAJO?

Como lo mencioné al inicio del apartado 3, también Karl Marx utiliza la obra de Ramazzini para describir la situación de los trabajadores. Pero éste parte de la idea —lo digo sin proponerme crear un acercamiento artificioso a la larga cita de Leopardi— de que “un cierto entumecimiento intelectual y físico es inseparable incluso de la división del trabajo en el conjunto de la sociedad en general”. Para luego subrayar —es éste el objeto de su reflexión— el punto que él juzga esencial: “Pero como el periodo manufacturero lleva mucho más adelante esa escisión social entre los ramos del trabajo, y por otra parte hace presa por vez primera —con la división que le es peculiar— en las raíces vitales del individuo, suministra también por primera vez el material y el impulso necesarios para la *patología industrial*”:<sup>13</sup> esto es, para la ampliación del catálogo de las enfermedades profesionales descrito por Ramazzini.

Expone además, en el análisis del trabajo asalariado, una distinción que tiene evidentes implicaciones éticas: la distinción entre la *utilización* y la *explotación* de la fuerza de trabajo, que lleva frecuentemente a los trabajadores a una muerte prematura. Una cosa es la venta, otra el saqueo de la capacidad laboral, es decir, de aquella que Marx considera como la única “mercancía” que posee el obrero, el cual para poder seguir vendiéndola debe tener la capacidad de reproducirla. Si se supera el límite físico de la jornada de trabajo, su prolongación “choca contra límites morales” y pone en riesgo la vida misma. En el largo capítulo dedicado a *La jornada laboral*, Marx representa así el diálogo entre los dos antagonistas:<sup>14</sup>

En la plaza del mercado, tú y yo sólo reconocemos una ley, la del intercambio de mercancías. Y el consumo de la mercancía no pertenece al vendedor que la enajena, sino al comprador que la adquiere. Te pertenece, por tanto, el uso de mi fuerza de trabajo diaria. Pero por intermedio de su precio diario de venta yo debo reproducirla diariamente y, por tanto, poder venderla de nuevo. Dejando a un lado el desgaste natural por la edad, etc., mañana he de estar en condiciones de trabajar con el mismo estado normal de vigor, salud y lozanía que hoy. Constantemente me predicas el evangelio del “ahorro” y la “abstinencia”. ¡De acuerdo! Quiero economizar la fuerza de

<sup>13</sup> K. Marx, *El capital. Crítica de la economía política*, t. I, vol. 2, Libro primero, México, Siglo XXI, 1975, p. 442.

<sup>14</sup> *Ibid.*, t. I, vol. 1, Libro primero, pp. 280-281.

trabajo a la manera de un administrador racional y ahorrativo de mi único patrimonio, y abstenerme de todo derroche insensato de la misma. Día a día quiero realizar, poner en movimiento, en acción, sólo la cantidad de aquella que sea compatible con su duración normal y su desarrollo saludable. Mediante la prolongación desmesurada de la jornada laboral, en un día puedes movilizar una cantidad de mi fuerza de trabajo mayor de la que yo puedo reponer en tres días. Lo que ganas así en trabajo, lo pierdo yo en sustancia laboral. La *utilización* de mi fuerza de trabajo y la *explotación* de la misma son cosas muy diferentes. [...] Exijo, pues, una jornada laboral de duración *normal*, y la exijo sin apelar a tu corazón, ya que en asuntos de dinero la benevolencia está totalmente de más. Bien puedes ser un ciudadano modelo, miembro tal vez de la Sociedad Protectora de los Animales y por añadidura vivir en olor de santidad, pero a la *cosa* que ante mí representas no le late un corazón en el pecho. [...] Exijo la *jornada normal de trabajo* porque exijo el valor de mi mercancía, como cualquier otro vendedor.

La conclusión del razonamiento es ésta: en la regulación de la relación de trabajo “tiene lugar una antinomia: derecho contra derecho”; por este motivo, “en la historia de la producción capitalista *la reglamentación de la jornada laboral* se presenta como *lucha en torno a los límites de dicha jornada*, una lucha entre el capitalista colectivo, esto es, la *clase de los capitalistas*, y el obrero colectivo, o sea, la *clase obrera*”.<sup>15</sup>

Quisiera agregar a este razonamiento un comentario que considero, para los periodos siguientes, su campo de aplicación. Éste arrancaba desde el punto de mayor conflicto existente en la segunda mitad del siglo XIX: la duración del trabajo. El conflicto concernía de manera directa a *la duración de la jornada de trabajo*, dilatada desmesuradamente, y de manera indirecta la extensión, en otras formas, del tiempo de trabajo: desde el trabajo de los menores de edad, que empleaba las edades de la vida destinadas a crecer, pasando por la restricción de la “porosidad” del trabajo con la saturación de sus tiempos de ejecución, hasta la reducción de las jornadas de descanso, incluidas las festividades sagradas. Esto indujo a Paul Lafargue, yerno de Marx, a sostener en su *Derecho a la pereza* que el protestantismo, como “religión cristiana adaptada a las nuevas necesidades industriales y comerciales de la burguesía, tuvo menos escrúpulos en relación con el descanso popular: destronó a los santos en el cielo para poder abolir sus fiestas en la tierra”.<sup>16</sup> Como quiera que sea, el

<sup>15</sup> *Ibid.*, p. 282.

<sup>16</sup> P. Lafargue, *Il diritto alla pigrizia*, Milán, Ed. Forum, 1968, p. 96 [*Derecho a la pereza*, México, Grijalbo, 1977].



conflicto se extendió más allá del problema de los horarios, con Marx y sobre todo después de Marx, e involucró a todo aspecto del trabajo que pudiera producir perjuicio, desgaste y depredación de la vida del obrero. Tuvo que ver con el ambiente, los materiales empleados y los productos, los ritmos, la organización del trabajo, etc., a medida que sus efectos nocivos eran reconocidos. También éstos se convirtieron lógicamente en objeto de la disputa, en el marco de un enfrentamiento y, a menudo, de una contraposición —derechos contra derechos— que caracterizó las relaciones de trabajo en casi todos los países desde fines del siglo XIX hasta buena parte del XX.

## VI. PROGRESO MORAL Y CONDICIONES MATERIALES

La manera en que esta contraposición se volvió antagonista o fue atenuada o conciliada, así como las condiciones en que ha sido afrontada a través de la lucha o la cooperación entre el mundo del trabajo y el capital, marca en notable medida, junto con el progreso de las técnicas productivas, de las leyes y de las orientaciones morales, la historia de la salud y de la seguridad de los trabajadores en los últimos cien años.

La evolución de esta contraposición o contradicción puede ser interpretada de acuerdo con diferentes experiencias y puntos de vista. Éstos se presentan de diferente manera en las diversas regiones del mundo (por ejemplo, entre América y Europa), y se deben a la cultura, a las normas, a la marcha de la economía, así como a la influencia de los movimientos de los trabajadores. Por ello se pueden analizar desde este punto de vista los desarrollos diacrónicos y los valores éticos que contribuyeron a los éxitos y a los fracasos de los programas de prevención. Se pueden discutir las bases éticas de los comportamientos que han caracterizado a los diferentes sujetos y las diferentes acciones en el transcurso de dichos procesos: el capital y el trabajo, el estado y la ley, la religión y la política, la técnica y la ciencia, la medicina y las nuevas profesiones.

El resultado principal que se puede sumar a los activos es que, a lo largo de esta historia, las condiciones materiales de los trabajadores, en particular en los países desarrollados, se han mejorado sustancialmente. Además se transformó y enriqueció la valoración ética del trabajo. Ahora se lo concibe casi universalmente no ya como una

condena bíblica, una necesidad acompañada de sufrimientos que hay que soportar como consecuencia de la voluntad de Dios o de leyes humanas inmutables, sino más bien como un derecho que puede convertirse en expresión de libertad, de creatividad, de salud física y mental. En algunos casos el trabajo se utiliza incluso como medio para ayudar e integrar en muchas actividades a los minusválidos, y para permitirles desarrollar sus propias capacidades psicofísicas y su propia personalidad. Esto tiene un alto valor moral, en parte porque contribuye a invertir la sustancia y la imagen negativa de las relaciones entre el trabajo y la integridad del cuerpo y de la mente.

El principio de justicia, no obstante, es puesto en duda por la enorme distancia que existe entre dichas posibilidades y la realidad cotidiana. Quisiera subrayar dos hechos. El primero consiste, incluso en los países desarrollados, en la persistencia o en el aumento de la inequidad en la salud y en la seguridad entre las clases sociales, analizado sobre la base de las profesiones, según ha sido documentado en todos los casos en los que los hechos no han sido soslayados o tergiversados por las estadísticas vitales. La discrepancia en los dos extremos— por un lado los trabajadores manuales no calificados, por otro las actividades de tipo profesional o gerencial— consiste casi en todas partes en una disminución de cinco a diez años de vida; y persiste, aunque en menor medida, incluso donde se garantiza la prevención de enfermedades y accidentes específicos, así como el acceso igualitario a la asistencia médica. Dicha divergencia se debe hoy en día, en los países desarrollados, no tanto a causas específicas— como las sustancias tóxicas, la fatiga, los accidentes— como a causas psicosociales: el ingreso, el nivel de instrucción, la autoestima, el estrés, la autonomía, la organización y la gratificación del trabajo. En sustancia, todos aquellos elementos que implican el reconocimiento de uno mismo y el ser reconocido como persona por los demás: una exigencia que Adam Smith, en *Teoría de los sentimientos morales* (1759), había identificado como necesidad primaria de todo individuo y como base de una ética fundada en la simpatía.<sup>17</sup>

El otro hecho que produce preocupación e indignación es que, mientras intentamos profundizar en los temas bioéticos que pertenecen al presente técnico-científico, y en algunos casos más al futuro que al presente, vemos con angustia que en muchos países no sólo

<sup>17</sup> A. Smith, *Teoría de los sentimientos morales*, México, Fondo de Cultura Económica, 1979.

permanece, sino incluso se difunde el tipo de explotación más antiguo e inhumano. Me refiero a la esclavitud y a la servidumbre, es decir, a las relaciones laborales moralmente superadas desde hace siglos y declaradas ilegales en todo el mundo por la Slavery Convention de 1926, que fue promovida por la Liga de las Naciones. Pero de esto hablaré en el capítulo 4.

## VII. ORIENTACIONES ÉTICAS Y DEONTOLÓGICAS

A los progresos que han tenido lugar y que han sido ensombrecidos pero no borrados por estas zonas oscuras, también ha contribuido en los últimos decenios la elaboración y la afirmación de principios y reglas morales concernientes a la relación entre trabajo humano, economía y salud. De éstos se han dado muchas veces definiciones claras y autorizadas. Me refiero, como ejemplos, a tres fuentes diferentes.

Un texto es la encíclica *Pacem in terris*, promulgada el 11 de abril de 1963 por el papa Juan XXIII.<sup>18</sup> El capítulo *Derechos relativos al mundo económico* comienza con estos dos puntos:

17. Es inherente a los seres humanos el derecho de libre iniciativa en el campo económico y el derecho al trabajo.

18. Está vinculado indisolublemente con tales derechos el derecho a tener condiciones de trabajo que no lesionen la salud física y las buenas costumbres, y que no obstaculicen el desarrollo integral de los seres humanos en formación; y, por lo que concierne a las mujeres, el derecho a tener condiciones de trabajo conciliables con sus exigencias y con sus deberes de esposas y de madres.

Otro texto es la *Declaration on Worker's Health*, promulgada en Washington el 6 de febrero de 1992 por autorizadas personalidades de la economía, de la política y de la ciencia, reunidas por iniciativa de la Pan-American Health Organization en el año que la PAHO había dedicado a la seguridad y a la higiene del trabajo. Tras haber subrayado "el alto costo de las incapacidades laborales y de las vidas perdidas por patologías relacionadas con el trabajo, por condiciones insalubres de trabajo y por graves condiciones de riesgo, que podrían

<sup>18</sup> Carta encíclica de S. S. Juan XXIII *Pacem in terris*, 11 de abril de 1963.

ser eliminadas y controladas”, la declaración subraya dos aspectos éticos de la relación entre trabajo y salud:

Los objetivos del progreso económico están justificados sólo en la medida en que éste esté dirigido hacia los seres humanos y su bienestar social. Para garantizar un desarrollo posible y sostenible es esencial que los trabajadores gocen de buenos niveles de salud.

Existen conocimientos sobre las estrategias y sobre las técnicas capaces de eliminar, reducir y controlar los factores de riesgo en el trabajo. La aplicación de estos conocimientos no sólo es útil para los trabajadores: ésta lleva también a una sociedad más equitativa, estable y productiva.

El tercer documento concierne directamente a los que se ocupan del problema como profesionistas. En 1992, la International Commission on Occupational Health (ICOH) publicó, después de amplias consultas, un *International Code of Ethics for Occupational Health Professionals*, que consta de 26 párrafos. La ICOH sintetizó su contenido en tres puntos:

1. La actividad para la salud de los trabajadores debe ser desempeñada con base en las más altas normas profesionales y principios éticos. Los profesionistas deben prestar sus servicios para la salud y el bienestar social de los trabajadores, como individuos y como colectividad. También contribuyen a mejorar la salud del ambiente y de las poblaciones.

2. Los deberes de los profesionistas incluyen la protección de la vida y de la salud de los trabajadores, el respeto de la dignidad humana, la promoción de los más altos principios éticos en las elecciones y en los programas de salud. Forman parte de estos deberes la integridad en la conducta profesional, la imparcialidad y la protección de la confidencialidad de los datos y de la privacidad de los trabajadores.

3. Los profesionistas en la salud de los trabajadores son expertos que deben gozar de plena independencia en el ejercicio de sus funciones. Deben adquirir y mantener la competencia necesaria para desarrollar su función.

Los enfoques que surgen de estas citas, que provienen respectivamente de una fuente religiosa, de una fuente institucional y de una fuente profesional, parecen lineales y convergentes en su conjunto (excepto algún punto, sobre el que regresaré después). No obstante, los desarrollos de la ciencia, las reglas del mercado, las leyes civiles y penales, las normas deontológicas de las profesiones de la salud no siempre dan respuestas actualizadas a los problemas éticos que se manifiestan en muchos aspectos del trabajo moderno. Hablo en es-

pecial de los conflictos entre valores e intereses diferentes, ninguno de los cuales puede anular a los demás en la medida en que cada uno de ellos puede tener una legítima justificación propia.

Comprendo que la elección de tratar el tema a través de la identificación de los conflictos éticos puede suscitar objeciones, en parte porque habría sido posible recorrer otros caminos. Por ejemplo, seguir un recorrido histórico en relación con la evolución tecnológica o con las orientaciones éticas, las cuales han cambiado bastante desde los tiempos de la esclavitud a los de la Revolución industrial, en especial desde cuando se reconocieron derechos propios a los trabajadores. O bien, adoptar como hilo conductor algunos conceptos típicos de la relación entre salud y trabajo, como el riesgo y la relación entre costos y beneficios. O incluso, examinar cómo han tratado este tema las diversas corrientes bioéticas. Preferí partir de los conflictos porque en verdad existen; porque, aun cuando a veces han sido interpretados de manera ideológica y observados a través del prisma de la irreconciliabilidad, conciernen a intereses materiales y sujetos morales diferentes; y, finalmente, porque la única manera de identificar y luego aceptar, superar o conciliar los conflictos radica en conocerlos.

Nos podemos tal vez inspirar, con las debidas distinciones de épocas, de contexto y de ideas, en la Quinta tesis expuesta por Immanuel Kant en sus ideas sobre la historia universal, según la cual “el máximo problema para el género humano, a cuya solución lo obliga la naturaleza, es el logro de una sociedad civil que haga valer universalmente el derecho”, que tenga como punto de partida “un antagonismo general de sus miembros pero, al mismo tiempo, la más rigurosa determinación y aseguramiento de los límites de dicha libertad, de tal modo que pueda coexistir con la libertad de los demás”.<sup>19</sup>

Me referiré en particular, entrelazando (a veces, me temo, de manera arbitraria) la exposición de los hechos con las valoraciones morales, a los temas siguientes:

a] el conflicto entre el derecho a la vida, la salud y la seguridad de los trabajadores y el derecho de las empresas a maximizar la producción;

b] los conflictos que conciernen a la información: derecho de los trabajadores a conocer los riesgos, derecho de las empresas al secreto

<sup>19</sup> I. Kant, *Idee per una storia universale dal punto di vista cosmopolitico*, en *Scritti di storia, politica e diritto*, Roma-Bari, Laterza, 1995, p. 34.

industrial y comercial, derechos y deberes de los expertos profesionales;

c] los conflictos entre producción y ambiente exterior, entre trabajadores y población;

d] los conflictos entre los propios trabajadores;

e] los conflictos entre trabajo, salud reproductiva y reproducción de la vida.

#### VIII. TRABAJADORES Y EMPRESAS: LA SELECCIÓN (GENÉTICA O NO) DE LOS TRABAJADORES

Siempre ha existido un conflicto entre las exigencias de salud y de seguridad de los trabajadores y la tendencia de las empresas a lograr la máxima producción con los mínimos costos. Este conflicto ha cambiado de forma en las diferentes épocas y sociedades, y ciertamente no se resolvió cuando la propiedad pública reemplazó a la propiedad privada de las empresas. La relación entre estos valores e intereses, a veces coincidentes pero más frecuentemente contrastantes, ha sido habitualmente regulada con base en cuatro factores: las leyes del estado, los desarrollos tecnológicos, los principios éticos, y finalmente lo que ha sido definido de manera brutal (pero también realista) como la “relación de fuerza” entre las fracciones sociales.

Una de las mayores novedades radica en el hecho de que en la regulación de las relaciones entre los trabajadores y las empresas, además de los factores que he enlistado, influye cada vez más el conocimiento científico junto con las aplicaciones técnicas y, por ende, la función de los especialistas, quienes frecuentemente intervienen en las decisiones. Muchas de éstas, que antes se tomaban con base en valoraciones empíricas, ahora pasan a través de este tamiz.

Un ejemplo típico es la selección de los trabajadores, ya sea en el momento de la contratación o en los chequeos periódicos. En el pasado lejano, la contratación tenía lugar frecuentemente *ad nutum*,\* con un ademán de la mano del que juzgaba y escogía a los más aptos para la tarea por desarrollar; así sucedía con los jornaleros en las plazas de los pueblos, así también con los estibadores en los puertos. En el siglo XX se introdujeron gradualmente evaluaciones basadas en

\* “A dedo”. [T.]

métodos especializados: primero la visita médica, luego las pruebas de habilidades, los análisis psicosociales y los exámenes de comportamiento, y posteriormente sistemas más complejos que involucran a la genética, la identificación de los sujetos hipersensibles a determinados riesgos, la medicina predictiva, el monitoreo biológico de los trabajadores, e incluso la evaluación de condiciones y comportamientos extralaborales que puedan causar un mayor riesgo y más ausencias del trabajo (obesidad, hábito de fumar, escasa actividad físico-deportiva).

En los últimos tiempos, el debate bioético se ha concentrado en los llamados *screenings* (tamiz, descremado, criba) basados en la genética, en esta región fronteriza entre la ciencia y la moral, pasando por alto la selección que tiene lugar cotidianamente con métodos y finalidades diferentes. Existe también, por ejemplo, una “selección inversa”, con base en la cual hoy en día se contrata a sujetos menos aptos o menos hábiles sólo porque ellos, por ejemplo los menores de edad, o las etnias indefensas, o los inmigrantes, tienen un valor contractual inferior. En general, la selección puede tener su justificación moral y social especialmente (¿o solamente?) con base en un motivo: la empresa debe poder evaluar quién está en condiciones de desempeñar un determinado trabajo.

En el campo de la selección se plantean tres problemas éticos que Thomas H. Murray, que estuvo entre los primeros que trataron el tema, sintetizó en estos términos:

En primer lugar, ¿cuáles son las implicaciones del desequilibrio de poderes en la relación entre trabajador y empresa con respecto al principio de justicia? En segundo lugar, ¿qué límites deberían existir en lo que la empresa puede saber sobre sus propios dependientes? En tercer lugar, ¿cuánta influencia puede tener la empresa sobre el comportamiento de sus empleados fuera del trabajo?<sup>20</sup>

Las respuestas se volvieron más complejas desde que, en los últimos decenios, las evaluaciones mediante tests u otras pruebas se extendieron desde el objetivo de determinar si un trabajador puede desempeñar de manera competente su propia tarea, hasta el de hacer

<sup>20</sup> T. H. Murray, “Occupational Safety and Health: Testing of the employees”, en *Encyclopedia of Bioethics*, W. T. Reich (ed.), Nueva York, Simon & Schuster Macmillan, 1995, vol. 4, p. 1848. Cf. también de este mismo A. Warning, “Screening Workers for Genetic Risk”, en *Hastings Centers Report* 13, 1983, núm. 1, pp. 5-8.

predicciones acerca de la probabilidad de riesgo en el que éste puede incurrir por patologías profesionales y no profesionales. Dicha cuestión, sin embargo, se plantea en términos distintos, casi opuestos, según el tipo de asistencia de salud prevaleciente en los diversos países. Es particularmente aguda en Estados Unidos, donde el sistema está basado sobre todo en los seguros privados contratados por los individuos o por las empresas para sus propios empleados, y donde, por consiguiente, existe obviamente la tendencia a incluir o bien a excluir a los sujetos (y a ajustar los costos) con base en su estado de salud o en su predisposición a enfermarse. En cambio, la dificultad es menor, o casi inexistente, donde prevalece la universalidad del acceso a los tratamientos, la cual está basada en la repartición de la carga entre toda la colectividad (servicios de salud nacionales) o bien en el seguro social obligatorio para todos los trabajadores. La “superioridad moral” de estos sistemas consiste en el hecho de que el trabajador corre menos el riesgo de no recibir atención médica y está menos sujeto a decisiones que pueden resultar arbitrarias, y de cualquier manera están dictadas por consideraciones extrañas a sus intereses vitales.

Es en este marco, y no por cierto aislándola de los mecanismos cotidianos de averiguación y de selección y de los sistemas de protección de la salud, como se debe considerar la tendencia de muchas empresas, en particular en Estados Unidos, a poner en marcha programas de *screening*\* genético de los trabajadores.<sup>21</sup> Estos dos temas –lo repito– no consideran solamente los datos genéticos, sino que adquieren en dicho campo un particular relieve y, por consiguiente, su examen puede servir para esclarecer problemas y elecciones generales.

En el plano ético surgen dos aspectos: la protección de la *privacy* (privacía, confidencialidad) de los trabajadores, y la relación entre sujeto y ambiente en la prevención de los riesgos profesionales.

La violación de la “*privacy* genética” puede volverse muy peligrosa. Stefano Rodotà escribió a este respecto:

Vivimos en tiempos en los que, en todo momento, parecen bloquearse los mecanismos de aceptación de quien parece diferente. Pero las viejas formas

\* “Tamizado”, “discriminación”. [T.]

<sup>21</sup> OTA, US Congress, *The role of gene testing in the prevention of occupational diseases*, 1983, y M. Cummins, *Human heredity: principles and issues*, St. Paul, West Publishing Co., 1988, p. 406. Cit. por S. Nespor, A. Santosuosso, R. Satolli, *Vita, morte e miracoli*, Milán, Feltrinelli, 1992, pp. 97-112, y notas para la p. 112.



de discriminación y de estigmatización, las que hacían despotricar contra *drogados, homosexuales, comunistas*, amenazan con convertirse en poca cosa frente a la enfatización de la diferencia genética. A quien recibía esas acusaciones odiosas, se le dejaba de cualquier manera una posibilidad de redención: en la desintoxicación, en la abstinencia sexual, en la abjuración de su ideología. Esta posibilidad se pierde frente a una diferencia genética que se escapa del dominio de la voluntad individual, que constituye la estructura profunda de la persona, que marca un destino, no una elección. La condena, de esta forma, amenaza con ser definitiva.<sup>22</sup>

Se puede añadir, citando una observación de Harris, que también en el plano subjetivo es probable “que los trabajadores identificados como ‘en riesgo’ estén angustiados por su situación y por las consecuencias que se derivan de ella, y que esta situación de angustia continúe tal vez por el resto de su vida, que puede revelarse larga y sana”.<sup>23</sup>

La tendencia a extender los *screenings*, a pesar de esto, se va reforzando en muchos países, en proporción con la proliferación de las tecnologías de exámenes y con las mayores inversiones en la selección de los trabajadores por parte de las empresas. El principal argumento moral es que, de esta manera, se ayuda a aquellos que aspiran a un trabajo, porque ellos, si fueran contratados, al encontrarse expuestos a sustancias químicas a las que fueran hipersensibles, correrían riesgos más elevados. Esto puede ser cierto y a veces necesario, por protección del trabajador o de otras personas. No obstante, la exigencia subrayada por Murray de ejecutar “una cuidadosa valoración ética de dichas políticas”<sup>24</sup> recibe justificación tanto de razones científicas como del análisis de las consecuencias. Subrayo en especial los siguientes elementos:

a) la validez de muchos tipos de pruebas predictivas no está suficientemente documentada, y en particular “la ciencia de la identificación de factores genéticos que puedan contribuir a la aparición de enfermedades relacionadas con el trabajo está todavía en la fase de infancia”;<sup>25</sup>

b) los que quedan excluidos del trabajo con base en los *screenings* corren el riesgo de quedar desempleados y, por consiguiente, de en-

<sup>22</sup> S. Rodotà, “Test genetici per lavorare”, *La Repubblica*, 18 de julio de 1992.

<sup>23</sup> J. Harris, “Le biotecnologie nel 2000. Wonderwoman e Superman”, *Bioetica*, núm. 1, 1993, p. 32.

<sup>24</sup> T. H. Murray, *cit.*, p. 1851.

<sup>25</sup> B. Walker Jr., “Occupational Safety and Health: Occupational Health Care Providers”, en *Encyclopedia of Bioethics*, *cit.*, vol. 4, p. 1845.

fermar como consecuencia de esta situación. Agregó que, en los países desarrollados, en los cuales se ha consolidado una prevención eficaz frente a los riesgos del trabajo, el no-trabajo se ha convertido ahora en la “enfermedad profesional” más grave;

c] si el sistema se generalizara, solamente serían contratados en los trabajos sujetos superresistentes; ni siquiera Superman, probablemente, porque se sabe que era genéticamente vulnerable a la criptonita;

d] las selecciones para la contratación que estén basadas no en la aptitud para el trabajo, como es legítimo, sino en la mayor resistencia a los factores nocivos presentes en el ambiente, funcionan frecuentemente como sustitutos de las medidas preventivas primarias, que tienden a sanear los ambientes de trabajo y a transformar las tecnologías, y pueden por ende constituir un obstáculo para que dichas medidas sean introducidas. En la práctica, “la posibilidad de seleccionar a los empleados ‘en riesgo’ puede disminuir la obligación de hacer seguro y sano el lugar de trabajo o el ambiente físico, llegando así a hacer del mundo en general un lugar más peligroso y desagradable”.<sup>26</sup>

También en Estados Unidos se abre camino la preocupación por los abusos que pueden venir asociados con la selección genética de los trabajadores. El 8 de febrero de 2000 el presidente Clinton promulgó una *Executive Order* para prohibir, en los puestos federales, cualquier forma de discriminación basada en la información genética: “La política del Gobierno de Estados Unidos es garantizar en los puestos federales el trabajo para toda persona calificada y prohibir toda discriminación hacia los empleados que esté basada en informaciones genéticas protegidas o en informaciones acerca de peticiones o solicitudes de servicios genéticos. Esta política de igualdad de oportunidades se aplica en todo campo del empleo federal.”<sup>27</sup> Los empleados federales están protegidos de ese modo. ¿Y los demás? El tema de las “dos morales” recorre diferentes campos de la normativa estadounidense.

<sup>26</sup> J. Harris, *cit.*, p. 32.

<sup>27</sup> Executive Order, *To prohibit discrimination in Federal employment based on genetic information*, The White House, 8 de febrero de 2000.

## IX. TRABAJADORES Y EMPRESAS: LAS COMPENSACIONES

Las compensaciones (habitualmente en efectivo) por los daños sufridos o por los riesgos previsibles, así como también la supervisión del comportamiento de los trabajadores, son una costumbre consolidada desde hace más de un siglo. Los primeros seguros obligatorios contra los accidentes en el trabajo, que constituyen el modelo de las compensaciones, fueron introducidos en la Alemania de Bismarck.<sup>28</sup> Éstas establecieron una doble garantía: para las empresas, la garantía de no ser llevadas a juicio por motivos de indemnización, y para los trabajadores la de obtener una indemnización casi automática por las lesiones sufridas.

En tiempos más recientes se ha tenido en este campo, en Italia, una amplia y original experiencia. Por largo tiempo, hasta fines del decenio de 1960, las empresas ofrecían (y los sindicatos pedían) incrementos de salario como compensación monetaria por la nocividad y por los riesgos de trabajo. Una de las consecuencias fue que, como no existía ningún estímulo para la prevención, el número de los accidentes creció desde un promedio de 171 casos por mil obreros-año entre 1951-1955 a un máximo de 231 casos en 1963; se verificó una tendencia análoga para las enfermedades profesionales. Sólo entonces las organizaciones sindicales pusieron en marcha un movimiento que tuvo como motivación ético-política la afirmación “La salud no se vende”, y como finalidad la de contratar y modificar el ambiente y la organización del trabajo para hacerlos más salubres y más seguros.<sup>29</sup> En términos concretos, el movimiento, que se desarrolló con vigor durante alrededor de quince años, consiguió tres resultados: los accidentes y las enfermedades profesionales se redujeron en una tercera parte y los muertos por estas causas disminuyeron en dos terceras partes; las leyes establecieron el derecho de los trabajadores a conocer y a controlar el ambiente y la organización productiva; se estimuló la innovación tecnológica y las actividades industriales resultaron beneficiadas. Algunas de estas

<sup>28</sup> Cf. G. Ritter, *Storia dello stato sociale*, Bari, Laterza, 1996, pp. 61-85.

<sup>29</sup> Para la reconstrucción de este movimiento, cf. M. L. Righi, “Le lotte per l’ambiente di lavoro dal dopoguerra ad oggi”, *Studi Storici*, 1992, núm. 2/3, pp. 619-652. Cf. también G. Berlinguer, *La salute nelle fabbriche*, nueva edición ampliada, Bari, De Donato, 1977 (primera edición, 1969), y el capítulo sobre “Lavoro e lotte per la salute nel secondo dopoguerra”, en el libro de F. Carnevale y G. Moriani, *Storia della salute dei lavoratori*, Verona, Cortina, 1986, pp. 131-194.

experiencias (que luego se ensombrecieron con el frecuente regreso a la expresión monetaria del riesgo) encontraron un eco en el movimiento sindical y en los ambientes científicos de otros países.

He sintetizado los efectos prácticos de esta experiencia, pero también resulta apropiado poner en evidencia sus significados éticos:

- a] la prioridad atribuida al valor de la vida y de la salud, con respecto de la compensación monetaria por su pérdida;
- b] la realización, por iniciativa de los trabajadores, del principio moral (afirmado entre otros lugares en el artículo 41 de la Constitución italiana) según el cual la actividad económica “no puede desarrollarse en contraposición con la utilidad social o de tal manera que provoque perjuicio a la seguridad, a la libertad, a la dignidad humana”;
- c] la transición de los trabajadores de tener una conciencia de “vendedor de fuerza de trabajo” a tener una conciencia de productor, es decir, de pasar a ser sujetos informados, conscientes e innovadores del progreso tecnológico;
- d] la construcción de un modelo de supervisión de las condiciones ambientales “desde abajo”, el cual partió de la experiencia laboral y de las condiciones ambientales. Éste colocó como objetivo central la salud y la vida, y como método central la comunicación y el intercambio entre el universo cognoscitivo de los trabajadores y el de los expertos profesionales (técnicos de la producción, médicos, químicos, psicólogos, etcétera).

Sin embargo, las compensaciones están muy difundidas todavía en la actualidad, y las más frecuentes son las que se hacen después del suceso lesivo: accidente, enfermedad, invalidez, muerte. Éstas tienen como presupuesto común la indemnización por un perjuicio en términos monetarios, y son objeto de reglas muy diferenciadas. Algunas de ellas conciernen al monto de las compensaciones, que está basado en dos criterios: a] el alcance del perjuicio, en alguna forma mensurable; b] el valor monetario atribuido a la integridad física, a la salud y a la vida, elementos muy difíciles de apreciar subjetivamente tratándose de valores muy lejos de ser homólogos. Otras reglas diferencian los procedimientos de la indemnización. Mientras en Europa ésta tiene lugar de manera automática, subordinada tan sólo a la confirmación del suceso, en Estados Unidos está frecuentemente conectada con la demostración realizada, por vía judicial, de

una relación causal entre el trabajo específico y el perjuicio sufrido. Una de las lagunas de este sistema es descrita así por Charles Levenstein: “El sistema no abarca efectivamente patologías laborales como el cáncer y las enfermedades respiratorias. Los trabajadores llevan la carga de demostrar que sus enfermedades están vinculadas con el trabajo. Enfermedades de larga latencia o de múltiples causas raramente se diagnostican como laborales, y los trabajadores que las padecen raramente reciben compensación alguna.”<sup>30</sup> En algunos casos, no obstante, como en los tumores que se derivan del amianto (mesoteliomas de la pleura) que tienen un periodo largo de latencia, hasta de 20-30 años, los representantes legales de los trabajadores han logrado demostrar el nexo de causalidad y obtener la indemnización de las industrias que lo habían producido y utilizado. Indemnización póstuma, en gran parte de los casos.

#### X. TRABAJADORES Y EMPRESAS: LA SUPERVISIÓN DE LOS COMPORTAMIENTOS

No obstante, aun cuando sea oportuna, la indemnización siempre viene después del dolor, la lesión, la enfermedad, esto es, de los sucesos que a menudo se pueden evitar; y esto raramente estimula la prevención. Ésta tiene una capacidad anticipadora del perjuicio y tiende a mantener la integridad psicofísica, que es simultáneamente un bien intrínseco y una condición de la libertad individual.<sup>31</sup>

En la historia de la prevención laboral, la línea de la higiene industrial, basada en la modificación de las tecnologías, del ambiente y de la organización del trabajo, ha demostrado mayor eficacia también con respecto del empleo de las protecciones individuales, que siguen siendo necesarias en muchos casos. Acerca de tales protecciones es difícil aceptar una crítica global basada en el hecho de que tienen una impronta paternalista, en la medida en que vinculan la autonomía del sujeto con el trabajo.<sup>32</sup> No pueden ser evasivas con

<sup>30</sup> C. Levenstein, “Occupational Safety and Health: Ethical issues”, en *Encyclopedia of Bioethics*, cit., p. 1842.

<sup>31</sup> Cf. el capítulo “Etica della prevenzione”, en G. Berlinguer, *Etica della salute* (segunda edición), Milán, EST, 1997, pp. 95-106.

<sup>32</sup> Para las razones a favor y en contra del paternalismo en las normas de seguridad, cf. M. A. Menlowe, “Safety Laws”, en *Encyclopedia of Applied Ethics*, cit., vol. 4, pp. 1-7.

respecto del alejamiento del riesgo, pero en ciertos casos tienen una justificación práctica insustituible.

Más discutible en cambio es la tendencia a la supervisión del comportamiento, incluso fuera del trabajo, de los trabajadores, que tiene muchos precedentes en la historia (los primeros inspectores del trabajo en las fábricas inglesas, por ejemplo, fueron religiosos, a los cuales se pedía la supervisión de la *integridad física y moral* de los trabajadores) y que ha tenido una notable expansión en años recientes. Esto se deriva también de la aplicación distorsionada del adecuado concepto de “promoción de la salud”, que consiste en asociar el compromiso individual con la acción colectiva, la educación de salud con la prevención. Sobre esta base, muchas empresas de Estados Unidos han empezado a ofrecer incentivos monetarios a los trabajadores para impulsarlos a adoptar comportamientos más saludables. Por ejemplo, un premio al que dejaba de fumar (que tenía que restituir en caso de recaer en el vicio); o bien una compensación por cada kilogramo de peso perdido por parte de los trabajadores obesos (que también se tiene que devolver en caso de volver a engordar). Se han ofrecido otros estímulos al que desarrollara una actividad físico-deportiva, con una escala de montos en efectivo según los kilómetros recorridos y el medio empleado: en bicicleta, a pie, o bien de natación. El argumento aducido es que estos comportamientos pueden ayudar a la salud y que, por ende, al beneficio para los trabajadores se agregaría el beneficio para las empresas, las cuales perderían menos por las ausencias en el trabajo causadas por enfermedades y gastarían menos en los seguros de salud.

Es indudable la utilidad de renunciar a fumar, de mantener un peso y forma física adecuados, de vencer la tendencia al sedentarismo. Sin embargo, el resultado de la imposición de estos comportamientos con incentivos monetarios o con métodos más o menos abiertamente coercitivos puede ser discutido incluso en el plano práctico. Si bien es cierto que renunciar a fumar ayuda a casi todos (en el plano físico), no es igualmente cierto, con todo, que la pérdida de peso o la actividad físico-deportiva sea siempre benéfica para todos, sobre todo si es impuesta. Dichas elecciones deben ser realizadas por el sujeto con cautela, de manera personalizada, y adoptadas con criterios competentes; de otra forma existe el riesgo de que para corregir un desequilibrio se cree otro, de naturaleza física o psíquica. Pero las objeciones principales son de naturaleza ética y tienen, a su vez, implicaciones para la salud.

Una objeción general ha sido expuesta con claridad por Allegrante y Sloan en un editorial de *Preventive Medicine*.<sup>33</sup> Esta objeción nace de la constatación de que frecuentemente tendemos “a percibir el mundo como un lugar equitativo, en el que la gente obtiene lo que merece y merece lo que obtiene”. El resultado puede ser éste: “Si alguno enferma, tendemos a atribuir las causas de su enfermedad a él mismo y a su comportamiento. De esta manera, al menos psicológicamente, nos sentimos protegidos frente a la posibilidad de padecer nosotros mismos la misma enfermedad. Siguiendo esta lógica, se vuelve conveniente dirigir la promoción de la salud hacia los individuos más que hacia la organización social, puesto que los individuos son visualizados como la causa de sus enfermedades.”

Esta tendencia implica dos consecuencias. Una se define como *blaming the victim*:\* concentrar la atención (y la condena) en las víctimas, y no en el problema, en las circunstancias y en las causas. Aunque es cierto que algunas enfermedades, por ejemplo las cardiovasculares, reciben influencia de los comportamientos personales (tensión, dieta, sedentarismo, tabaquismo), es igualmente cierto que éstos están a menudo condicionados por el estatus social, por el nivel de instrucción y por la inducción. Es típico el ejemplo del tabaquismo, que tiende hoy en día a estar más extendido en las clases pobres y que, sobre todo, se propaga en los países menos desarrollados a medida que se restringe el mercado en los países ricos. Por lo que concierne al trabajo, Minkler subrayó que históricamente la culpa predominante de las enfermedades y de los accidentes casi siempre se ha atribuido a los trabajadores y no a las empresas, porque éstas eran mas poderosas y han sido consideradas como estructuras inmutables.<sup>34</sup> Una promoción mal entendida de la salud puede acentuar esta tendencia. La otra consecuencia es que, por ejemplo, los trabajadores expuestos a cancerígenos en el trabajo *deben* aprender a no fumar, para reducir su riesgo de desarrollar tumores; los hipertensos que trabajan en condiciones perpetuamente estresantes *deben* aprender a relajarse. En otras palabras, la imposición de comportamientos personales considerados sanos se plantea como una alternativa me-

<sup>33</sup> J. P. Allegrante y R. P. Sloan, “Ethical Dilemmas in Workplace Health Promotion”, *Preventive Medicine*, 15, pp. 313-320, 1986.

\* “Culpar a la víctima.” [T.]

<sup>34</sup> M. Minkler, *Ethical issues in community organization Health Edu. Monogr.*, 1978, 6, pp. 198-201.

nos costosa y menos comprometedora para las empresas, en comparación con la adopción de medidas preventivas de carácter técnico, organizativo y ambiental. Ésta es la conclusión a la que llegan Allegrante y Sloan:<sup>35</sup>

Nosotros no sostenemos que los individuos no tienen ninguna responsabilidad personal en los nexos causales de la enfermedad; tal aseveración sería falsa e irresponsable. No obstante, por ejemplo, la culpa de los tumores pulmonares no puede ser atribuida solamente a un individuo que es asediado por los mensajes persuasivos de la publicidad, o que trabaja todos los días con sustancias cancerígenas... Las estrategias de cambio de los comportamientos deben ser balanceadas con prácticas eficaces, dirigidas a modificar los factores organizativos que contribuyen a los riesgos para la salud.

A estas consideraciones se pueden agregar otras preguntas, las cuales tienen implicaciones éticas: ¿quién decide, y por quién, estas estrategias? ¿Quién informa y quién es informado? ¿Con base en qué certezas se adoptan las orientaciones? Esta última pregunta evoca cuestiones complejas y contradictorias, que me limito a mencionar: la relación entre nociones y prejuicios en el conocimiento científico, la facultad de los médicos (y en particular de los epidemiólogos) de determinar los comportamientos de los sanos, y en especial el derecho de cada quien a escoger su propio “estilo de vida”.

#### XI. TRABAJADORES Y EMPRESAS: LOS RIESGOS Y LOS BENEFICIOS

En la relación entre trabajadores y empresas (así como también, con otras dimensiones, en la relación entre el conjunto de las actividades humanas y el ambiente) se ha introducido a menudo el criterio de la evaluación comparativa, de la que se derivan legitimaciones morales de los riesgos y de los beneficios. Ésta es necesaria porque no es concebible que el trabajo esté totalmente desprovisto de efectos (negativos, pero también positivos) sobre la salud.

La elaboración científica y conceptual ha partido casi siempre de una primera pregunta: ¿qué niveles de nocividad y de riesgo son aceptables? Sobre esta base se ha llegado a introducir valores para

<sup>35</sup> *Cit.*, pp. 315-316.



los principales parámetros ambientales, primero para las sustancias químicas, luego para los factores físicos (radiaciones, ruido, etc.) y en ciertos casos para las condiciones organizativas (por ejemplo, los ritmos de trabajo), valores que son considerados como límites que no se deben rebasar. Se los definió primero como MAC (*maximum admissible concentration*),\* que expresa el límite que no debe ser rebasado nunca, ni siquiera por un breve periodo), y luego como TLV (*threshold limit value*)\*\*, que se refiere a la concentración promedio en un turno de trabajo.

Estos valores han desarrollado una función sustancialmente positiva, como reconocimiento de la nocividad y como vínculo cuantitativo, y han sido introducidos por ley; o bien, como en Italia, han sido reconocidos primero por iniciativa de los sindicatos en los contratos de trabajo y luego traducidos en normas del estado. Este reconocimiento fue puesto en marcha en diciembre de 1969 con el contrato de los químicos, en el cual se adoptaron como valores los que estableció la American Conference of Governmental Industrial Hygienists. No obstante, los MAC y los TLV son determinados con base en factores cambiantes, entre los cuales se cuenta el tipo de efecto investigado y la sensibilidad de los métodos de investigación. Además para ciertos factores, como los cancerígenos, ninguna cantidad puede ser evaluada como desprovista de riesgos y, por ende, debería aplicarse el umbral cero. Se debe agregar que, con el paso del tiempo, estos valores se han encontrado en el centro de enconados contrastes sociales, y han sido constantemente disminuidos también a consecuencia de investigaciones más profundas sobre los efectos nocivos de concentraciones que habían sido consideradas bajas. Por ello se puede decir que sirven para determinar qué riesgo es aceptable para los trabajadores sin comprometer la continuidad productiva, la cual es considerada como un beneficio para la mayoría. Sobre este tema se han desarrollado numerosas controversias científicas y jurídicas.<sup>36</sup> Las dificultades pueden tornarse dramáticas para los trabajadores, cuando su poder es escaso, cuando el estado está inerte, cuando las empresas basan su actividad en la ausencia de reglas y de respeto por la vida humana. Por el contrario, cuando dichas condi-

\* "Concentración máxima admisible." [T.]

\*\* Que se puede traducir al español como "valores límite críticos". [T.]

<sup>36</sup> Véase, por ejemplo, W. J. Curran, S. M. Hyg y L. I. Boden, "Occupational Health Values in the Supreme Court. Cost-Benefit Analysis", *American Journal of Public Health*, noviembre de 1981, vol. 71, núm. 11, pp. 1264-1265.

ciones cambian, entonces los riesgos laborales disminuyen; en algunos casos pueden incluso tornarse inferiores a aquellos que cualquiera puede sufrir fuera de la actividad laboral.

Más allá de la cuestión sobre el “riesgo aceptable” hay otra más que frecuentemente se pasa por alto, y que puede ser formulada de manera muy sencilla: ¿riesgo (y beneficio) de quién? El problema ético estriba en el hecho de que, en la gran mayoría de los casos, existe una asimetría: de hecho, el riesgo corre a cargo de unos cuantos sujetos, el beneficio para provecho de otros. Ya encontramos el problema en la cita de Leopardi, y desde sus tiempos la pregunta “¿es justo?” ha sido replanteada constantemente. Por ejemplo, ¿cómo se puede justificar el hecho de que los mineros estén obligados a trabajar en condiciones particularmente riesgosas e insalubres, para que los minerales puedan servir a todos?<sup>37</sup>

La única justificación puede ser un “interés superior”, como el progreso económico o la defensa de la nación. Pero en nombre de éstas se pueden cometer los peores delitos. En el primer Congreso internacional de historia de la prevención laboral y ambiental (Roma, 1998) fue presentado, por ejemplo, el caso de la exposición de trabajadores de la nación de los indios navajo, de 1947 a 1966, en la extracción y la elaboración del uranio en el territorio de su reserva.<sup>38</sup> La total falta de información para los mineros y los molturadores del mineral sobre los riesgos que se derivan de ello, a pesar de que eran conocidos desde tiempo atrás, así como también los obstáculos para realizar cualquier supervisión y la ausencia de toda medida preventiva fueron justificados con el valor del uranio en la estrategia militar de la época. En fecha posterior a los graves perjuicios causados, el Department of Energy de Estados Unidos reconoció que mineros y molturadores habían sido víctimas conscientes e involuntarias de experimentos humanos, expuestos deliberadamente con la finalidad de evaluar los efectos de las radiaciones sobre la salud, y en el informe final de la investigación sobre el caso se escribió: “Ellos fueron expuestos a los mayores riesgos, con informaciones inadecuadas y, frecuentemente, con consecuencias letales. Son difi-

<sup>37</sup> W. R. Lee, “Some ethical problems of hazardous substances in the working environment”, *British Journal of Occupational Medicine*, 1977, 34, pp. 274-280.

<sup>38</sup> R. Moure-Eraso, “Uranium mining in the Navajo Nation (1947-1966), a case of human undesigned experimentation”, en el volumen editado por A. Grieco, S. Iavicoli y G. Berlinguer, *Contributions to the History of Occupational and Environmental Prevention*, Amsterdam, Elsevier, 1999, pp. 255-262.

les de entender las omisiones del gobierno y de sus investigadores al no poner en guardia a los trabajadores que eran continuamente objeto de estudio. Pero la cuestión mayor es por qué, con los conocimientos que tenían, las agencias gubernamentales no actuaron antes que nada para reducir los riesgos en las minas.”<sup>39</sup>

Una de las muchas explicaciones, entre tantas otras, puede ser la “selección inversa” de los trabajadores pertenecientes a etnias menos protegidas, de la que he hablado anteriormente. En el mismo congreso de 1998, además del caso de los navajos, fue presentado el de 1126 inmigrantes italianos en Australia que trabajaron en los mismos años, sin información y sin protección, en la extracción de la crocidolita (amianto azul).<sup>40</sup> Posteriores investigaciones epidemiológicas han mostrado que la mortalidad por mesotelioma, el tumor provocado por el amianto, fue superior entre los italianos en comparación con los demás trabajadores, lo que implica que fueron empleados en las actividades con mayor riesgo. Temo mucho que, si no se dan cambios sustanciales, en un próximo congreso de historia de la prevención (o de la falta de prevención) se presentarán, para completar el cuadro, las patologías de los trabajadores agrícolas inmigrados a Italia de África del Norte, que habrían sido sometidos a las actividades más desgastantes. Y me pregunto, considerando este círculo vicioso en el que siempre hay alguien más débil que lleva a costas inconscientemente los perjuicios más grandes, qué relación puede existir entre estos hechos y dos principios fundamentales de la ética, reconocidos por muchos como válidos. Uno es el principio utilitarista enunciado por Francis Hutcheson: “La acción mejor es la que proporciona la mayor felicidad al mayor número de personas; la peor es aquella que, de manera semejante, produce sufrimiento.”<sup>41</sup> El otro, que debería completar al precedente, es el *segundo principio de justicia* enunciado por John Rawls: “Las desigualdades económicas y sociales deben ser para el mayor beneficio de los menos privilegiados.”<sup>42</sup>

<sup>39</sup> *Ibid.*, p. 265.

<sup>40</sup> E. Merler, M. Ercolanelli *et al.*, “On the Italian migrants to Australia who worked at the crocidolite mine of Wittenoom gorge, Western Australia”, *ibid.*, pp. 277-304.

<sup>41</sup> F. Hutcheson, “Ricerca sulle idee di bellezza e di virtù”, en E. Lecaldano (ed.), *Gli illuministi inglesi*, Turín, Loescher, 1985, p. 163.

<sup>42</sup> J. Rawls, *Una teoría della giustizia*, Milán, Feltrinelli, 1993, p. 255.

## XII. LOS CONFLICTOS SOBRE LA INFORMACIÓN Y SOBRE LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

El conocimiento de uno mismo, que se profundiza y se extiende en relación con las propias actividades, puede ser considerado como un componente intrínseco de la naturaleza y las aspiraciones humanas. Este conocimiento se ha formado a través de la evolución biológica y se ha desarrollado a través de múltiples y diferentes adquisiciones de las ciencias; entre éstas se cuentan la fisiología y la psicología, la antropología y la ergonomía, la bioquímica y la biología, la medicina y las ciencias de la información. Sus progresos han significado también, en el plano práctico, extraordinarios beneficios para la vida de los trabajadores.

Al principio, este conocimiento era adquirido directamente y transmitido a través de la experiencia. La complejidad del trabajo moderno ha ampliado su campo pero puede también haber restado inmediatez a este tipo de saber. Éste constituye de cualquier manera una facultad y un derecho, cuya expropiación equivale a la supresión de una exigencia congénita del hombre y de la mujer, con mayor razón cuando negarla puede implicar un riesgo o un daño psicofísico. En antítesis con esta tendencia restrictiva se ha afianzado, primero como necesidad humana y luego como norma jurídica, el derecho del trabajador a conocer todos y cada uno de los aspectos de la actividad laboral. Por lo que concierne a la salud, este derecho comprende en especial: *a)* la recopilación de los datos relativos a las consecuencias que tienen las actividades productivas para la salud y el ambiente, tanto hacia los individuos como hacia la colectividad; *b)* la disponibilidad y el acceso a estos datos por parte de todos aquellos que puedan tener un legítimo interés en ellos, con base en el principio de autonomía que quedaría anulado sin el conocimiento de uno mismo y de las coordenadas de la actividad personal.

No obstante, antes todavía que examinar la transmisión de los conocimientos, es necesario hacer alusión a su fuente primaria: la investigación científica. También en este campo no faltan las zonas de conflicto. Han sido analizadas sobre todo las frecuentes amenazas contra el conocimiento y la información científica que se derivan de decisiones políticas o de la protección de intereses particulares. Entre las decisiones políticas, Linda Rosenstock, directora del National Institute for Occupational Health and Safety (NIOSH) de Estados Unidos, ha recordado las que ha tomado el Congreso en los últimos

años,<sup>43</sup> en el cuadro de la reducción de muchos programas para la protección de los trabajadores, para bloquear la utilización de investigaciones en el campo de las artropatías por el trabajo, de estudios sobre la relación entre la motorización y los tumores, y el hecho de que las dos organizaciones internacionales encargadas de la protección de la salud, la Organización Mundial de la Salud y la Oficina Internacional del Trabajo, están bajo acusación por haber manipulado los informes técnicos relativos a la industria del asbesto.<sup>44</sup> Entre los intereses particulares son predominantes los de las industrias que encargan investigaciones capaces de mostrar la inexistencia de efectos nocivos (el ejemplo de mayores dimensiones tiene que ver con el tabaco), dirigidos ya sea a aumentar la incertidumbre para evitar que se haga lo que es necesario con base en conocimientos ya documentados, o bien a sugerir procedimientos que postergan incesantemente los tiempos de intervención.

A veces los intereses o los prejuicios se convierten en “pecados de omisión”, porque impiden financiar determinados programas de investigación. O bien producen distorsiones en la evaluación de los sujetos y de los datos empíricos. Un ejemplo extremo es la afirmación según la cual las trabajadoras judías, si sufren un accidente en el trabajo “se vuelven nerviosas, quejumbrosas, introvertidas, y se quejan de insomnio, mareos, zumbidos en las orejas y de dolores prácticamente en todas partes, cosa que no tiene una localización física verdadera, sino que tiene su origen en el cerebro”.<sup>45</sup> Una distorsión muy común en la investigación radica en el hecho de que la contradicción entre la función reproductiva y la salud haya sido estudiada (como veremos) casi exclusivamente en relación con los riesgos producidos por el trabajo femenino, pasando por alto los factores masculinos en la patología prenatal. La conclusión del análisis de Rosenstock es que “la comunidad científica debe trabajar en conjunto para defender los principios básicos de la investigación ante dichas

<sup>43</sup> L. Rosenstock, “Global threats to science: policy, politics, and special interests”, en el vol. cit. *Contributions to the history of occupational and environmental prevention*, pp. 111-113.

<sup>44</sup> Cf. en especial B. I. Castleman y R. A. Lemen, “The manipulation of international scientific organizations” (Editorial), en *International Journal of Environmental and Occupational Health*, 4 (1), 1998, pp. 53-55.

<sup>45</sup> A. E. Dembe, “The medical detection of simulated occupational injuries: a historical and social analysis”, en *International Journal of Health Services*, 1998, vol. 1, p. 233.

tentativas de promover una ciencia revisionista".<sup>46</sup> Se puede agregar: en nombre de la seriedad y de la libertad de la ciencia, que puede ser favorecida por la libre comparación de los datos y por el derecho de todos a conocer.

En una nota de Vicente Navarro se han sintetizado algunas dificultades para la aplicación de este derecho.<sup>47</sup> Una es que los trabajadores deben promover ellos mismos la petición de informaciones, y que existen muchas formas brutales o sutiles para impedirlo. Otra es que éstos, muchas veces, parecen no tener motivos para pedirlos, en la medida en que varias enfermedades profesionales se manifiestan después de años de exposición (por ejemplo, los tumores), o bien no son específicas (por ejemplo, las bronquitis crónicas y el enfisema), o finalmente pueden mantenerse en un nivel subclínico y en acecho durante años (por ejemplo, los efectos neurocomportamentales del plomo). El derecho a conocer también puede ser negado con base en el secreto industrial, que es reconocido por las leyes de todos los países y que, sin embargo, debería considerar solamente aquello que puede alterar la competencia leal entre productores. Navarro agregó que, en Estados Unidos, la Suprema Corte ha dado una protección ulterior a este secreto al afirmar que las inspecciones en las fábricas no pueden realizarse sin que hayan sido notificadas previamente a la empresa, lo que permite corregir o enmascarar las condiciones insalubres o peligrosas antes de las visitas de inspección.

Pero incluso cuando, como ha sucedido en los países europeos, los trabajadores han adquirido casi en todas partes leyes que ratifican su derecho a ser informados, el deber correspondiente se aplica en escasa medida; se trata del deber que obliga a la empresa a proporcionar no solamente informaciones formales (etiquetas, lista de las sustancias empleadas, datos ambientales y sanitarios), sino también noticias de utilidad inmediata para fines de prevención. En el plano legislativo, se tuvo un progreso con la Directiva europea 83/391 (conocida en Italia con el núm. 626) que tiende a armonizar la normativa en los países de la Unión, pero que no ha conseguido resultados consistentes.<sup>48</sup> En algunos países, como Italia, también se

<sup>46</sup> L. Rosenstock, *cit.*, p. 113.

<sup>47</sup> V. Navarro (comunicación personal), *An international study on ethics and values in occupational medicine*, marzo de 1982. Esta nota constituyó la introducción para un programa de investigación que estimuló en su momento muchas de mis reflexiones sobre el tema.

<sup>48</sup> Cf. por ejemplo D. Walters, "Health and safety in a changing Europe", en *International Journal of Health Services*, vol. 28, núm. 2, 1998, pp. 305-331.

había afianzado desde tiempo atrás el derecho de los trabajadores a tener acceso a los servicios especializados de profesionales de su confianza, para reparar el hecho de que los especialistas responden habitualmente de su trabajo a las empresas, cuyos intereses inmediatos pueden ser no coincidentes o contrapuestos con los de los trabajadores.

A esto se puede agregar que, cuando los conocimientos empíricos de los trabajadores mismos o las investigaciones científicas llevadas a cabo por especialistas han revelado la nocividad de determinadas sustancias o procedimientos, fuertes intereses han intentado frecuentemente ocultar los hechos o darles interpretaciones evasivas, para no tener que indemnizar a los trabajadores afectados o para evitar poner en acción transformaciones productivas. La literatura científica ha descrito muchos casos ejemplares. Los de la exposición al radón en las minas de uranio y el de los posibles efectos cancerígenos de los herbicidas clorofenoxiacéticos han sido comentados por O. Axelson.<sup>49</sup> El del asbesto (amianto) ha sido estudiado cuidadosamente, en parte con base en investigaciones de archivo, por Liliensfeld y Engin.<sup>50</sup> A partir de la reconstrucción de los conocimientos sobre la pneumoconiosis (acumulación de polvos en el pulmón) y sobre los tumores causados por esta sustancia, está claro que los dos médicos de empresa que identificaron dichas patologías, Lanza y Gardner, no tuvieron durante largo tiempo la posibilidad de dar a conocer los resultados de sus investigaciones. Las investigaciones sobre los posibles efectos cancerígenos del asbesto habían sido iniciadas en 1936 con un protocolo conjunto entre las empresas productoras y el Saranac Laboratory, en el cual se había escrito: "Los resultados obtenidos serán considerados propiedad de los que han aportado los financiamientos. Ellos decidirán si los resultados se harán públicos, hasta qué punto y de qué manera".

Esta cláusula no tiene la menor conexión con el secreto industrial, el cual solamente puede ser válido para impedir la competencia ilícita, por lo que concierne a los productos y los procedimientos, no a la integridad de los trabajadores. Por ello se plantean dos

<sup>49</sup> O. Axelson, "Etica, politica e interpretazione dell'evidenza scientifica dei rischi per la salute dovuti a esposizioni ambientali e professionali", en *Epidemiologia e prevenzione*, núm. 42, 1990, pp. 8-11.

<sup>50</sup> D. E. Liliensfeld y M. S. Engin, "The silence. The asbestos industry and early occupational research —A case study", en *American Journal of Public Health*, junio de 1991, vol. 81, núm. 6, pp. 791-800.

problemas éticos y jurídicos. Uno concierne al principio ético fundamental de la ciencia, que es su libertad: libertad de investigación que comprende, como un elemento intrínseco, la libertad de comunicación de los conocimientos. Sin ésta el científico se convierte en un hombre menguado, la “comunidad científica” deja de existir y la ciencia misma se ve obstaculizada en su progreso. El otro problema puede ser formulado con una pregunta: ¿es apropiado que algunas informaciones que podrían salvar de la enfermedad y de la muerte a las personas que están expuestas a un riesgo sean secuestradas, se conviertan en propiedad privada de quien puede tener eventualmente un interés, para no pagar primas de seguros o indemnizaciones y por motivos de imagen, en mantener las condiciones de insalubridad?

Por otra parte, incluso sin la firma de protocolos particulares (como el que impusieron a Lanza y Gardner para el asbesto, y otros semejantes que son adoptados hasta la fecha en las relaciones entre industria e investigación científica) este *secuestro de informaciones vitales* es frecuente en la práctica. Por ejemplo, cuando la explosión de un reactor químico de la fábrica ICMESA tuvo lugar en Seveso, en Italia del Norte, y una densa nube cargada de dioxina se extendió por la zona, se desprendió de la investigación parlamentaria que se realizó después del incidente que, en cualquier caso, en los sujetos interesados *el nivel de información era inversamente proporcional al riesgo*. Los directivos de la multinacional Hoffman-La Roche con sede en Suiza, a la que pertenecía la ICMESA, tenían plena conciencia de los peligros, tanto así que la fábrica había sido instalada en la otra vertiente de la barrera natural de los Alpes, la cual efectivamente contuvo a la nube tóxica dentro del Valle del Po. En Seveso los técnicos y los directivos de la fábrica tenían solamente algunas informaciones sobre los riesgos, mientras los trabajadores y los ciudadanos de la zona ni siquiera sabían que existiera una sustancia altamente tóxica que se llamaba dioxina. En una escala mucho más amplia, desequilibrios análogos o más graves existen en las relaciones de conocimiento ente el norte y el sur del mundo. El asbesto, por ejemplo, sigue extrayéndose, produciéndose y empleándose en muchos países, sin que los trabajadores y las poblaciones tengan conocimiento de su nocividad.

En el proceso de determinación y de transmisión de la información, el papel más conflictivo puede llegar a ser el del médico del trabajo. Incluso la relación normal médico-paciente puede estar con-



dicionada por el diafragma empresarial. ¿Qué informaciones concernientes a la persona del trabajador puede transmitir a la empresa, y qué informaciones concernientes a la empresa debe transmitir al trabajador? Los dilemas éticos y los conflictos profesionales de esta figura peculiar de la medicina son un tema muy discutido en la literatura bioética y médico-legal. Para el enfoque general, B. Walker escribió que “muy a menudo, muchos profesionales de la salud laboral han adoptado la postura de que la empresa siempre tiene razón”, señaló que los intereses económicos pueden empujarlos hacia una posición de “lealtad unilateral”, y concluyó con esta afirmación: “Es indiscutible que el objetivo de administrar una empresa sana y el objetivo de tener trabajadores sanos pueden chocar, y cuando entran en conflicto el personal que trabaja para la salud de los trabajadores debe estar consciente de sus responsabilidades para con éstos y con los principios de la protección de la salud de los trabajadores”:<sup>51</sup> aquellos mismos principios identificados por la ICOH y que sintetice en el apartado VII.

Menos discutidos, pero cada vez más apremiantes, son los conflictos éticos que conciernen a los investigadores: tanto para el que hace experimentación biológica o clínica sobre la toxicidad, como para el que hace estudios en el campo de la epidemiología. Una vez confirmada la nocividad de una sustancia o de un procedimiento, ¿a quién y cómo comunicarlo? A veces se calla por conveniencia. Otras veces, en la incertidumbre de las conclusiones proporcionadas por la investigación biológica o epidemiológica, prevalece la tentación de querer “proteger” a los trabajadores de aquellas preocupaciones que no están del todo comprobadas. ¿Hasta qué punto esto es una coartada, dictada por la desconfianza en la capacidad de los trabajadores para comprender y valorar los datos científicos?

Se puede afirmar, para concluir este punto, que el “secreto profesional” solamente debe mantenerse cuando la divulgación de noticias concernientes a un trabajador podría dañarlo a él mismo. Pero cuando el perjuicio puede derivarse, por el contrario, de mantener reservadas ciertas informaciones sobre actividades nocivas o riesgosas, debería presentarse el concepto opuesto de “divulgación obligada” como norma deontológica que debe ser considerada tan inamovible como el secreto, tanto para los médicos como para los investigadores. Es muy precisa, justamente como puente entre estos

<sup>51</sup> B. Walker Jr., *Occupational Health Care Providers*, cit., p. 1844.

dos deberes, la formulación del artículo 105 del Código de ética médica de Brasil, el cual prohíbe “revelar informaciones confidenciales obtenidas durante el examen médico del trabajador, aunque la petición provenga de los directores de la empresa o de instituciones, a menos que el silencio pueda dañar la salud de los trabajadores o de la comunidad”.<sup>52</sup>

### XIII. PRODUCCIÓN Y AMBIENTE, TRABAJADORES Y POBLACIÓN

Desde la Revolución industrial hasta hace pocos decenios, solamente algunos científicos y políticos, aislados y no escuchados, habían advertido de los peligros de la contaminación ambiental y, más en general, de la alteración de la biosfera. La opinión que prevalecía, cuando se manifestaban dichos fenómenos, era la de que esto era un precio inevitable que había que pagar al progreso. Las enfermedades más graves habían sido, desde siempre, las de origen microbiano, para las cuales se había hecho primero la hipótesis y luego se había demostrado la transmisión de la infección, es decir, el contagio directo hombre-hombre o bien el contacto por medio de artrópodos, alimentos, aire o agua. Se percibía muy poco la existencia de otro tipo de “contagio” consistente en la difusión de factores patógenos desde la fábrica al ambiente exterior, desde el trabajo al consumo, mediante los productos (el asbesto, por ejemplo), y mediante la emisión de contaminantes hacia el aire, el agua y el suelo, y de éste hacia los alimentos, como en el caso de los pesticidas; pero también mediante la difusión de modelos de organización de la vida, como el consumo excesivo de alimentos energéticos y la distorsión de la relación entre trabajo y reposo. Pues bien, los efectos de la contaminación habían sido señalados desde la Antigüedad. Los menciona también Ramazzini en el capítulo de su *De morbis artificum* consagrado a las enfermedades de los químicos.<sup>53</sup> Él habla de un “fuerte conflicto” que se produjo entre un ciudadano de Finale (Módona) y “un comerciante que tenía un gran laboratorio para la producción del su-

<sup>52</sup> Cit. por H. Pereira Dias, “Bioethics: Implications for medical practice and deontological and legal standards in Brazil”, en el vol. *Bioethics, Issues and Perspectives*, S. Scholle Connor y H. L. Fuenzalida-Puelma (eds.), Pan-American Health Organization, 1990, p. 138.

<sup>53</sup> B. Ramazzini, *cit.*, p. 59.

blimado”,\* que contaminaba el aire circundante volviéndolo irrespirable para los pulmones, a tal grado que de los registros parroquiales se desprendía una mortalidad más elevada en la zona que circundaba el laboratorio. Al final, escribe Ramazzini, “los jueces dieron la razón al comerciante y el ácido sulfúrico, absuelto, fue declarado inocente. Si el experto en derecho juzgó bien, lo dejó al juicio de los expertos en ciencias naturales”. Se puede agregar la hipótesis de que el veredicto de los jueces se haya visto influido por el diferente peso específico de los dos “abogados”, que eran el médico del lugar para el ciudadano y el comisario de artillería del Duca d’Este para el comerciante. Por ello se puede sospechar que en el conflicto entre el derecho y las ciencias naturales prevaleció una confrontación disparajada entre dos poderes desiguales.

En el plano histórico, de cualquier forma, la percepción de este tipo de “contagio” ha sido muy tardía, en comparación con el contagio microbiano. Este último había sido desde mucho tiempo atrás objeto de sospecha y descrito en términos generales por Girolamo Fracastoro en el *De contagione et contagiosis morbis* (1546), aun cuando se debía a seres vivientes que en aquella época eran todavía invisibles; el otro, en cambio, que iba de la fábrica al ambiente, en muchos casos era directamente perceptible con el simple uso natural de uno o más de los cinco sentidos humanos. Una de las razones de esta ceguera epistemológica puede ser que los beneficios que se derivan del progreso industrial han tenido una relevancia tan grande que han opacado durante largo tiempo sus daños. Además, en la evaluación de la nocividad, que trae a la mente el debate sobre los riesgos y los beneficios, la percepción y el juicio han recibido a menudo una fuerte influencia de una asimetría: el que ha disfrutado de los beneficios ha tenido una voz más fuerte que la del que ha sufrido los daños.

El problema ambiental debe ser evaluado en la relación entre el hombre y los demás seres vivientes y en el plano de las relaciones entre generaciones, además también con base en la categoría ética de la justicia. La palabra “contagio” no es solamente una metáfora. El primer foco de la nocividad, que se presenta casi siempre en compañía de los beneficios de la producción industrial, nace frecuentemente en el interior de los lugares en los que los materiales son extraí-

\* Tal vez se trate del cloruro de mercurio, sustancia sumamente venenosa, empleada como desinfectante y en el análisis químico. [T.]

dos y transformados, y de allí se propaga a otras partes. Históricamente, en muchos casos los trabajadores han sido los conejillos de indias de una extensa experimentación de los efectos patógenos de sustancias químicas o de factores físicos de enfermedad, puesta en marcha sin un consentimiento informado y luego trasladada hacia la población que está en el exterior.

Los trabajadores sufren a menudo dos veces de tales efectos, en el trabajo y en su lugar de residencia. Carl Talbot ha hablado, refiriéndose tanto a este fenómeno como al desplazamiento de las industrias contaminantes, del hecho de que “las relaciones económicas y sociales de clase, raza y sexo son fundamentales con respecto a cómo son identificadas y encaradas las cuestiones ambientales” y ha mostrado que, con base en estas relaciones, “algunas partes de la población soportan un peso desproporcionado de los efectos negativos de la degradación ambiental”.<sup>54</sup> Talbot cita como ejemplo de “racismo ambiental” el que sufrieron los obreros que emigraron de Irlanda a Manchester a mediados del siglo XIX, forzados a vivir en condiciones de “suciedad, degeneración y miseria, con menosprecio de todas las condiciones de limpieza, ventilación e higiene”;<sup>55</sup> y como hecho más reciente el análisis llevado a cabo por la United Church of Christ sobre el desplazamiento que tienen en Estados Unidos las industrias de transformación de desechos peligrosos.<sup>56</sup> De dicho análisis se desprende que la variable racial, sobre todo en perjuicio de las comunidades hispanoamericanas, era la más significativa en la distribución topográfica de tales industrias. En el plano internacional, la desigualdad espacial y geográfica se manifiesta en especial en la tendencia de los países desarrollados a trasladar instalaciones y producciones insalubres (y a veces desechos tóxicos y nocivos, incluso ilegalmente) hacia los países pobres. Barry Castleman describió muchos casos de “estándares dobles” de higiene laboral y de seguridad ambiental adoptados por las empresas multinacionales,<sup>57</sup> altos en la

<sup>54</sup> C. Talbot, “Environmental justice”, en *Encyclopedia of Applied Ethics*, cit., vol. 2, pp. 93-105.

<sup>55</sup> F. Engels, *La situazione della classe operaia in Inghilterra*, Roma, Edizioni Rinascita, 1955, pp. 72-100 [*La situación de la clase obrera en Inglaterra*, Madrid, Akal].

<sup>56</sup> La investigación recordada por Talbot (cit., p. 94) lleva el título *Toxic wastes and race in the USA*, Nueva York, Public Data Access, 1987.

<sup>57</sup> B. Castleman, “Global corporate policies and international ‘double standards’ in occupational and environmental health”, en *International Journal of Occupational and Environmental Health* (Editorial), vol. 5, núm. 1, enero-marzo de 1999, pp. 61-64.

patria y mínimos en los países del sur del mundo, y subrayó la exigencia de que se establezcan reglas internacionales para corregir este desnivel.

Esta petición se enmarca dentro de los enfoques basados en la conciencia del derecho a trabajar y a vivir en un ambiente sano, la cual ya se había desarrollado en el siglo XIX en el interior de las fábricas y que creció en los últimos decenios en torno al destino de la vida en nuestro “planeta único”. Cabe preguntarse, no obstante, por qué los dos movimientos ambientalistas más importantes de las últimas décadas, el movimiento para la salud de los trabajadores y el movimiento para la protección del entorno natural, han estado tan alejados uno de otro y a veces han dado cabida a ásperos conflictos internos. Según Talbot, esto se debe al hecho de que “el capital ha sido capaz de promover la opinión de que las normas de control de la industria, tendientes a defender el ambiente, conducen a pérdidas de empleos; ha conseguido así crear el mito de ‘trabajo *versus* ambiente’ que se traduce en ‘trabajadores *versus* ambientalistas’, y crea profundas divisiones entre los movimientos a favor del trabajo y los movimientos a favor del ambiente”.<sup>58</sup>

Sin embargo, ésta no puede ser la única explicación. A esto se debe agregar la falta de preparación científica, la inercia y las oscilaciones de las instituciones, la carencia de leyes adecuadas, la cerrazón de los dos movimientos (sindicales y ambientalistas) a las razones del otro. Se debe agregar en especial la constatación de que tales situaciones son controlables solamente en el curso de la planeación de las actividades productivas y de la previsión de su impacto. Si se omite esta etapa, los costos posteriores para remediar los daños y para sanear las situaciones se vuelven casi siempre insoportables: en perjuicio de la salud, de la naturaleza, de la economía, pero también a riesgo de provocar desgarramientos sociales y dramas personales. En muchos casos, de hecho, han tenido lugar desavenencias y conflictos en las familias y en las comunidades, llegando hasta el enfrentamiento entre los trabajadores y sus cónyuges. El problema ético, el del conflicto entre los legítimos intereses de los trabajadores y de la población, raramente puede resolverse *a posteriori*, porque esto significaría sacrificar a los unos o a los otros. Esto tiene en su raíz el he-

Cf. también Shrader-Frechette, “Hazardous and toxic substances”, en *Encyclopedia of Applied Ethics*, cit., vol. 4, pp. 525-532.

<sup>58</sup> C. Talbot, *cit.*, p. 99.

cho de que en los cálculos de la economía habitualmente se pasan por alto las cuestiones externas, que bienes como la integridad física de los trabajadores y la salvaguarda de los equilibrios naturales son frecuentemente evaluados con un “costo cero”.

Los costos, por el contrario, existen, y exigen que se conozca el sistema de valores humanos y naturales que pueden ser puestos en riesgo, que sea incorporado en la fase de planeación y de previsión y que sea comparado con el sistema de los beneficios que se pueden obtener en la esfera de la producción y del consumo. Tomando en cuenta naturalmente el hecho de que, cuando no hay producción, la falta de trabajo y la pobreza provocan también enfermedades y degradación ambiental. Esta orientación hacia la planeación y la previsión podría ser favorecida por un acercamiento de los dos movimientos, que hasta ahora han estado distantes y a veces enfrentados. Para este fin, según Epelman,<sup>59</sup> es preciso superar los prejuicios recíprocos: “Por un lado, los trabajadores muchas veces piensan que el movimiento ambientalista, en su acción en contra de la contaminación, amenaza sus fuentes de trabajo. Por otra parte, los ambientalistas piensan que al movimiento sindical solamente le interesa luchar por reivindicaciones económicas.” No creo que éstos sean solamente prejuicios: en muchos casos son posjuicios derivados de experiencias reales. Pero es justo subrayar la exigencia de una concepción y un enfoque unitarios que pueden basarse en sustanciales coincidencias de intereses, es decir, en raíces objetivas, que hoy en día son opacadas por las contradicciones creadas por el tipo de desarrollo que se ha afirmado como dominante.

He hablado hasta ahora de conflictos y de problemas éticos que se manifiestan en el interior de muchos países. Junto a éstos están surgiendo tres temas más complejos, que me limito a enunciar. El primero considera, como ya he mencionado, *el espacio mundial*. Frente a normas y a movimientos que tienden a regular, en los países desarrollados, el impacto ambiental y sobre la salud que tienen las actividades industriales, se está manifestando una creciente tendencia a trasplantar las empresas a los países pobres. La exportación comprende también productos prohibidos como el asbesto y algunos colorantes reconocidos como cancerígenos. Se crean de tal forma dos sistemas normativos correspondientes a dos apreciaciones distintas

<sup>59</sup> M. Epelman, *Sindicalismo y medio ambiente en Argentina*, original mecanografiado (enero de 1992).

del valor del trabajo humano, de la vida, del ambiente,<sup>60</sup> que corresponden en esencia a una duplicidad moral. Desde hace tiempo, la Organización Mundial de la Salud y la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC) han atraído la atención hacia este tema, sin que se haya revertido significativamente la tendencia.

El segundo tema considera *el tiempo generacional*, es decir, la influencia de nuestros actos sobre las generaciones humanas futuras y sobre el equilibrio global de la biosfera. La dificultad para asimilar este problema a los derechos existentes ha sido puesta en evidencia por Jonas. Éste escribió que el esquema según el cual “una vez establecidos ciertos derechos del otro, de donde resulta también mi deber de respetarlos y posiblemente de promoverlos” no funciona en este caso, de hecho; “el que no existe no eleva ninguna pretensión y no puede tampoco sufrir una violación de sus derechos”.<sup>61</sup> Sin embargo, agregó que el problema también es encarado, en el plano ético, en la medida en que se ha presentado “una responsabilidad metafísica en sí y para sí misma, desde el momento en que el hombre se ha convertido en un peligro no solamente para sí mismo, sino para toda la biosfera”. Por consiguiente “el interés del hombre coincide en el sentido más sublime con el resto de la vida en cuanto es su morada cósmica”. Se puede recurrir por lo tanto al concepto-guía de “deber para con el hombre, sin caer por ello en una visión antropocéntrica restrictiva”.<sup>62</sup> Sin embargo, podemos ver cuán lejos están de estas ideas el método y la esencia de la política, en su práctica cotidiana. Ésta se esfuerza por expresar las exigencias de los ciudadanos existentes y votantes, mientras que, en cambio, debería dar voz, además a aquellos que no pueden expresarse: esto es, a los que todavía no nacen, que constituyen una mayoría muy superior en comparación con los humanos que están vivos hoy en día, y a las demás especies que han evolucionado de manera paralela y que conviven con la nuestra.

El tercer tema corresponde al *deber de actuar en la situación de incertidumbre científica*. En muchos casos, de hecho, las consecuencias para la salud y el ambiente de las actividades productivas se escapan

<sup>60</sup> P. Comba, “Il rischio ambientale e la salvaguardia della vita umana: aspetti etici”, *Protestantesimo*, XLVI, 4/1991, pp. 287-300.

<sup>61</sup> H. Jonas, *Il principio responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica*, Turín, Einaudi, 1990, p. 49.

<sup>62</sup> *Ibid.*, p. 175.

todavía a nuestro conocimiento científico. Puede suceder, sin embargo, en algún caso, que con todo y que no existe certeza de un daño se tiene otra certeza: que, si no se interviene oportunamente, las acciones de reparación serán de cualquier forma tardías y el daño se volverá irreversible. Los ejemplos más conocidos son las variaciones climáticas a escala global, causadas por las emisiones de anhídrido carbónico, y la disipación de la “capa de ozono”; pero existen también casos relativos a las sustancias de las que se sospecha una acción cancerígena laboral y ambiental. El principio médico *in dubium abstinence*,\* dirigido a evitar en caso de duda todo acto que pueda ser nocivo para el paciente, debería ser válido como principio ético también para la prevención y servir de guía para los sujetos morales y las instituciones en toda acción y omisión que pueda causar daños colectivos irreversibles. La carga de probar la inocuidad debería en estos casos remplazar a la carga de probar el daño.

#### XIV. CONFLICTOS ENTRE TRABAJADORES

Entre trabajadores pueden surgir conflictos que tengan relevancia bioética, por ejemplo, cuando uno o más trabajadores estén afectados por enfermedades contagiosas o mentales, o por impedimentos psicosensoriales, o que tengan comportamientos que, por imitación o por inducción (como puede suceder en algunos casos de toxico-dependencia), o bien por efecto de accidentes, puedan causar daño a otros. El daño puede ser causado de varias formas: la transmisión directa de infecciones, el “contagio” de costumbres insalubres a otros trabajadores, la obstaculización de la colaboración en las actividades laborales, el aumento del riesgo de accidentes. Estos temas no son nuevos. Con todo, en los últimos años las discusiones se han desarrollado sobre todo en relación con nuevos fenómenos, como la presencia en el trabajo de sujetos seropositivos por VIH, como los efectos patógenos del “fumador pasivo”, así como los verdaderos o supuestos indicadores de riesgo, por ejemplo las pruebas genéticas.

Estos conflictos se refieren a valores e intereses que tienen cada uno su propia dignidad moral. Por un lado, está el derecho de todos al trabajo y a no ser discriminados por criterios biológicos, compor-

\* “Ante la duda, abstente.” [T.]



tamentales o patológicos. Este derecho tiene una relevancia específica que no es solamente antiselectiva. De hecho, el trabajo mismo puede desempeñar una función de apoyo o de terapia con enfermos mentales, impedidos físicos, toxico-dependientes. En estos casos la exclusión y la segregación pueden agravar el mal. En contraste, la experiencia ha demostrado que la inserción en el mundo del trabajo, entendido como actividad útil y como comunidad de personas, modifica sustancialmente para bien su condición y estimula en todos un mayor espíritu de cohesión. Por otro lado, está el derecho de los trabajadores “normales” o “sanos” a no sufrir daños y a no ser expuestos a riesgos adicionales a causa de la condición o del comportamiento de otros trabajadores. A esto se puede agregar que, aunque en raros casos, dichas condiciones o comportamientos pueden constituir un peligro colectivo, por ejemplo para los pasajeros de trenes y de aviones. En el plano práctico se enfrentan, por un lado, las razones de la solidaridad para con los que sufren y de la tolerancia (o mejor dicho, de la aceptación y del apoyo) para con los “anormales”, y por el otro, las razones de la seguridad.

Este tipo de conflicto no puede ser negado. En algunos casos son efectivamente necesarias ciertas medidas de restricción e incluso de exclusión hacia los sujetos que, aun sin tener culpa, sean efectivamente peligrosos. La mayoría de las veces, sin embargo, la cuestión se vuelve más aguda por el predominio de prejuicios que tienden a agigantar el riesgo, e incluso a inventarlo donde no existe, como sucede en la mayoría de los casos de sujetos con problemas mentales, los toxico-dependientes o los seropositivos VIH. La estigmatización de algunas enfermedades y de algunos comportamientos altera frecuentemente los datos objetivos, y puede estar orientada por una falta de información o por puntos de vista que acrecientan determinados temores y apartan otros. Es típico de un largo periodo de apartamiento el hecho de que en el debate sobre los riesgos y sobre los conflictos entre trabajadores (o entre trabajadores y directivos) haya surgido sólo en los últimos tiempos, gracias a la protesta de las trabajadoras, un fenómeno ampliamente extendido e ignorado, la violación y el acoso sexual (*sexual harassment*), provocados para colmo por comportamientos no calificables de culpa, pero sí de dolo. Por el contrario, el hecho de que se haya finalmente conectado el concepto de violación con el de acoso, para decidir oponerse a los dos en nombre de la integridad y de la autonomía del cuerpo y de la mente femenina, representa un progreso moral relevante en la relación entre los sexos.

En todos los campos, cuando se ha echado una mirada objetiva a los conflictos entre trabajadores (o entre trabajadores y trabajadoras), las razones de la seguridad se han conjugado positivamente con las de la solidaridad. También para otras situaciones, en las cuales parecía existir una zona de conflicto irreconciliable, ésta ha sido reducida. Se han realizado, por ejemplo, experimentos ejemplares de integración al trabajo de personas con impedimentos físicos y psicosensoresiales, de enfermos mentales, de toxico-dependientes y de seropositivos VIH. En este último caso han contribuido positivamente los servicios de salud empresariales, cuando su acción ha sido oportunamente integrada con el conjunto de los programas de higiene y seguridad en el trabajo.<sup>63</sup> Los factores que han influido positivamente son antes que nada el sentido de solidaridad que, cuando ha sido oportunamente solicitado y acompañado de las explicaciones apropiadas, se ha manifestado siempre entre los trabajadores; la actitud abierta de muchos empresarios; las leyes contra toda discriminación laboral fundada en motivos biopatológicos. Entre éstas es significativa la ley italiana sobre el SIDA, la cual impide la determinación médica de la condición de seropositivo por parte de las empresas y prohíbe que el ser seropositivo sea considerado motivo para la exclusión del trabajo, excepto en las muy contadas actividades que pueden constituir efectivamente un riesgo para otros trabajadores o para los ciudadanos.

Un campo de las relaciones entre trabajadores que no puede ser pasado por alto, y en el cual no se vislumbran suficientes mejorías, es el de los trabajadores inmigrantes. Las organizaciones sindicales se han comprometido a veces para su protección, pero no siempre con un compromiso idéntico al manifestado por los demás trabajadores. Permanece el hecho de que ellos desempeñan casi siempre los cometidos más pesados y nocivos, perciben menores retribuciones, gozan de escasa protección de salud y seguridad social, habitan en viviendas malsanas o precarias, corren el riesgo de ser despedidos o expulsados del país. Condiciones semejantes existen en otros países de Europa occidental y en Estados Unidos. Italia es el único, entre estos países, que ha vivido, entre los siglos XIX y XX, dos experiencias opuestas: primero la de la emigración masiva, que ha involucrado a

<sup>63</sup> L. Londo, "Aids control and the workplace: the role of occupational health services in South Africa", en *International Journal of Health Services*, vol. 28, núm. 3, 1998, pp. 575-591.

más de veinte millones de personas, y ahora la de la inmigración de tres a cuatro millones de trabajadores provenientes de África, del Medio Oriente, de Asia, de América Latina, de Europa oriental. Por ello, los italianos deberían manifestar una mayor sensibilidad que cualquier otra nación. En cambio, tienen lugar frecuentemente dos estimaciones diferentes, con base étnica o geográfica, del valor del trabajo y de la vida de los individuos.

#### XV. LA SALUD REPRODUCTIVA Y LOS DERECHOS DEL QUE NACE

Como introducción a este tema, se puede recordar la ya citada encíclica de Juan XXIII *Pacem in terris*, en el punto en el que prefigura una condición peculiar para las mujeres: “el derecho a condiciones de trabajo conciliables con sus exigencias y con sus deberes de esposas y de madres”.

La Revolución industrial, como es bien conocido, pasó por alto durante mucho tiempo esta conciliabilidad. En el I Congreso internacional para las enfermedades del trabajo, desarrollado en Milán en 1906, Francesco Pestalozza sintetizó así sus consecuencias: “Las enfermedades ginecológicas son mucho más frecuentes en las regiones industriales que en las comarcas no industriales; con la intensificación del trabajo de las mujeres en los talleres y en los campos aumentan los abortos, los partos prematuros, la mortalidad prematura de los niños; en los hijos de las madres pobres que trabajan en las fábricas, la mortalidad es mayor que en los de madres pobres no obreras; la afección por enfermedades y la mortalidad de los recién nacidos y de los lactantes son enormes en los que nacieron y son amamantados por madres desnutridas, intoxicadas por la fatiga crónica y por los venenos profesionales.”<sup>64</sup> Después de esta fase hizo su aparición una segunda fase, caracterizada positivamente por el desarrollo de la asistencia materno-infantil y por la prevención, que se basó sobre todo en la aligeración de las cargas físicas y de los horarios para las mujeres trabajadoras (pero no lo suficiente del “doble trabajo” que hace la mujer en casa y fuera

<sup>64</sup> F. Pestalozza, “Il lavoro delle donne e la protezione della maternità”, en *Atti del primo Congresso internazionale per le malattie del lavoro*, 14 de junio de 1906, Milán, Tipografi Reggiani, 1906, pp. 519-525.

de la casa). Se vieron los resultados de la drástica reducción de los fenómenos que habían sido señalados por Pestalozza. Se lo constató en innumerables investigaciones y testimonios, entre los cuales uno de los más conmovedores (y auténticamente kafkiano) se encuentra en los diarios de Franz Kafka que relatan sus impresiones de la vida de las fábricas cuando desempeñaba como oficio las funciones de “inspector del trabajo”.<sup>65</sup> Con esta fase positiva, sin embargo, se entrecruzó otra tendencia, que he analizado en otro texto: la tendencia a trastocar el significado de la protección de la mujer, que se ha transformado a menudo de un derecho en un obstáculo para su inserción y para su carrera laboral.<sup>66</sup> Uno de los motivos —o de los pretextos— ha sido la protección de la salud del niño que va a nacer, cuya integridad puede verse amenazada en el ambiente de trabajo en el que la madre actúa.

Sobre este punto se puede insertar el análisis de la frase de Juan XXIII, que reduce la conciliabilidad entre el trabajar y el ser progenitor solamente a los deberes “de esposa y de madre”, sin hacer mención de los deberes “de esposos y de padres”. Esta posición coincide con la unilateralidad de las investigaciones científicas llevadas a cabo en este campo: “En efecto, todas las investigaciones llevadas a cabo sobre los riesgos reproductivos humanos han analizado los efectos de la exposición de las mujeres a sustancias potencialmente nocivas; muy poco se sabe sobre las consecuencias de la exposición de los varones.”<sup>67</sup> Hay una diferencia, entre otras cosas, entre los riesgos que se manifiestan en la madre en los últimos meses del embarazo a causa del trabajo fatigoso y pesado, hacia los cuales existe en los países desarrollados (y sólo en éstos: otras zonas del mundo viven todavía los dramas de la primera fase) una amplia protección, y los riesgos de naturaleza genética o tóxica que actúan sobre los gametos y sobre la primera fase del embarazo, y que se originan en idéntica o semejante medida en los dos progenitores.

Es un hecho positivo que en los años recientes las investigaciones sobre este tema hayan comenzado a compensar esta unilateralidad.<sup>68</sup> En el plano ético, sin embargo, toda la atención está concentrada

<sup>65</sup> F. Kafka, *Confessioni e diari*, Milán, Mondadori, 1972, pp. 322-323.

<sup>66</sup> G. Berlinguer, “Lavoro e salute riproduttiva. Traiettorie di un secolo”, en *Recenti progressi in medicina*, vol. 88. núm. 1, octubre de 1997, pp. 470-478.

<sup>67</sup> T. H. Murray, *Testing of employees*, cit., p. 1850.

<sup>68</sup> I. Figà Talamanca, *I tossici ambientali e riproduttivi e la riproduzione umana*, Padua, Piccin, 1994.

todavía en el conflicto entre el derecho de la mujer al trabajo y los derechos del que va a nacer.<sup>69</sup> Como consecuencia, muchas industrias de Estados Unidos y de otros países han adoptado políticas de “protección de la maternidad” que aconsejan la transferencia a “tareas salubres” para las mujeres en edad fértil; cuando esto no ha resultado posible, muchas han sido simplemente despedidas. El sugestivo argumento de que de esa manera se quiere “privilegiar la protección de las futuras generaciones” no resiste al análisis científico por tres motivos.

El primero es que las investigaciones, por ejemplo las que se hacen sobre los efectos reproductivos del plomo, han demostrado que es igualmente peligroso para la reproducción exponer a este metal a un hombre que a una mujer.<sup>70</sup> Además, hay buena evidencia científica sobre el hecho de que la exposición paterna a radiaciones está asociada con una mayor frecuencia de leucemias, pero nadie hasta ahora ha propuesto excluir a los varones de los trabajos que implican este riesgo para proteger a sus hijos. El segundo motivo es que casi nunca se concede a la mujer la elección entre uno y otro trabajo, sino entre el trabajo y el desempleo, una condición en la que son mucho mayores los riesgos para los que van a nacer. El tercero (del que ya hice mención) es que la tendencia a resolver los conflictos éticos y prácticos alejando de los riesgos laborales a los sujetos “más susceptibles”, ya sean varones o mujeres, jóvenes o viejos, fuertes o vulnerables, además de ser una práctica discriminatoria es también un obstáculo para la prevención, tanto para éstos como para todos. De hecho, los mismos factores nocivos afectan también a los trabajadores considerados “normales”, si bien con menor intensidad. En cifras absolutas de salud y años de vida perdidos el daño es probablemente más alto entre éstos últimos. En otras palabras, aquellos que están expuestos en mayor grado al riesgo son como los centinelas involuntarios de una fortaleza: si solamente se los aleja, renunciando a combatir contra el enemigo, se facilita el asalto y se pone en peligro la vida de todos.

La elección de excluir del trabajo a las mujeres con base en políticas de “protección del feto” se aplica a veces con métodos bárbaros. La American Cyanamid Company, coloso de la industria química de

<sup>69</sup> Cf., por ejemplo, M. Iavine, “Ethical and policy problems”, *Environment*, 1982, 24 (5), pp. 26-38.

<sup>70</sup> M. E. Becker, “Can employers exclude woman to protect children?”, *Journal of the American Medical Association*, 1990, 246 (16), pp. 2113-2117.

Estados Unidos, ha decretado por ejemplo la exclusión de trabajar en las unidades con riesgo por plomo de aquellas mujeres que no fueran estériles o dispuestas a esterilizarse, ofreciendo gratuitamente la intervención quirúrgica y proponiendo, en caso de negativa, la transferencia a otro trabajo.<sup>71</sup> Sin embargo, solamente siete, entre las treinta mujeres que tenían que ser alejadas, obtuvieron otro empleo; muchas fueron despedidas, y cinco escogieron la esterilización “voluntaria” para poder conservar el trabajo. La dolorosa elección entre los dos valores en conflicto, el trabajo y la maternidad, fue aparentemente sometida a la decisión consensual de las mujeres, pero en realidad fue tomada por la empresa con la negativa de modificar las condiciones nocivas existentes en el ciclo productivo. Otros métodos, todavía más graves si es posible, han sido señalados en países menos desarrollados. En Sri Lanka, por ejemplo, se ha impuesto a las trabajadoras en edad fértil que se sometan a una prueba de embarazo obligatoria, y a las que resultaban positivas les fue ofrecido, pero en realidad impuesto, recurrir al legrado para abortar.<sup>72</sup>

Sin embargo, existen alternativas entre la esterilización más o menos coercitiva y el aborto, por un lado, y la pérdida del trabajo, por otro. La principal es la prevención ambiental, válida para todos. Las demás soluciones presentan ventajas y desventajas. En Italia y en otros países desarrollados las leyes prevén de manera apropiada, por ejemplo, la separación del trabajo (acompañado por la prohibición de despido) de las mujeres en los últimos meses de embarazo y en los primeros meses del puerperio. Pero por lo que respecta a los daños embrionales y fetales, se sabe ahora que los más graves tienen lugar en las primeras fases de la gestación, a menudo antes incluso de que se confirme el embarazo. Por ende, la legislación requeriría de una actualización. Si luego se tiene en cuenta que el daño para el que va a nacer se puede derivar de causas maternas pero también paternas, parece difícil que se pueda resolver con medidas legislativas y con supervisiones de tipo personal, por ejemplo de la actividad sexual conyugal (¡pero también extraconyugal!) de todos los trabajadores varones que estén expuestos a riesgos laborales. En todo caso es

<sup>71</sup> A. Hricko, “Social policy consideration of occupational health standards: the example of lead and reproductive effects”, *Preventive Medicine*, 1978, 7, pp. 394-406, y W. J. Curran, “Danger for pregnant women in the work place”, *The New England Journal of Medicine*, 17 de enero de 1985, pp. 164-165.

<sup>72</sup> I. Figà Talamanca, “Zone industriali libere e adolescenti sfruttate”, *Salute Umana*, núm. 107, 1990.

indispensable que cualquiera que se encuentre en el papel de decidir un conflicto de naturaleza tan difícil, ya sea un legislador, un sindicalista o un trabajador o trabajadora individuales, tenga acceso a la información científica en términos objetivos y pueda orientarse con base en los hechos, no en los prejuicios, así como que pueda adoptar con toda libertad sus propias orientaciones.

#### XVI. LA CONCILIACIÓN DE LOS CONFLICTOS

A menudo los problemas de que he hablado tienen su origen en una discrepancia de conocimientos y en un desequilibrio de poder, un poder que se expresa a través de un condicionamiento de la corporeidad y la dignidad humanas, de ponerlas en riesgo, minando a veces la salud y restando a la vida años y calidad. Por ello, la relación entre trabajo y salud es uno de los terrenos en los cuales pueden entrar en conflicto los valores de la economía productiva, que también son necesarios para la sociedad, y los de la integridad y la dignidad de los individuos, involucrando en esta confrontación también a la deontología profesional. Es interesante, para este aspecto, la investigación llevada a cabo en Estados Unidos sobre los enfoques éticos de los médicos laborales.<sup>73</sup> Ha surgido, como dato esencial, la confrontación entre dos líneas: la conservación de la propia identidad deontológica que, con todo y que toma en cuenta cualquier otro interés y valor, coloca en el centro al trabajador individual; o bien la adopción de la ganancia empresarial como criterio-guía. Sin embargo, el considerar como referencia a la corporeidad, la autonomía y la dignidad humanas de los trabajadores no está necesariamente en oposición con la ganancia. Antes bien, esto ha estimulado frecuentemente la aparición de transformaciones productivas (materiales, procesos, organizaciones laborales, productos) y ha garantizado el progreso económico y la justicia social.

Los diferentes conflictos que he examinado no están destinados a desaparecer. No obstante, en muchos casos se pueden evitar o al menos reducir en cuanto a sus dimensiones y su gravedad. Por lo demás, esto es lo que ha sucedido en los lugares y en las fases más po-

<sup>73</sup> P. W. Brandt-Rauf, "Ethical conflict in the practice of occupational medicine", *British Journal of Industrial Medicine*, 46, 1989, pp. 63-66.

sitivas de la relación entre salud y trabajo. El conflicto entre los trabajadores y las empresas se ha tornado menos dramático cuando entre los dos antagonistas se ha creado un mayor equilibrio de poderes. Los conflictos sobre la información frecuentemente se han resuelto cuando se ha garantizado el acceso de todos a las noticias útiles para fines de prevención y cuando se ha mantenido la confidencialidad de los datos personales de cada uno de los trabajadores. El conflicto entre trabajadores y población y entre producción y ambiente ni siquiera ha surgido cuando se ha valorado de forma preventiva el impacto sobre la salud y el ambiente de las nuevas instalaciones. Los conflictos entre trabajadores “peligrosos” y trabajadores “normales” se han reducido a pocos casos cuando se ha evaluado la magnitud del riesgo con base en datos objetivos en lugar de con base en prejuicios; y se han transformado en un crecimiento ético y en una práctica común para las dos partes cuando el espíritu de integración ha prevalecido sobre el *victim blaming* y sobre la segregación. Los conflictos entre trabajo y reproducción de la vida humana se han reducido al mínimo cuando las reglas de la prevención ambiental han tomado el lugar del control o del despido de las mujeres en edad reproductiva.

Ciertamente, estas experiencias no pueden tener validez, por sí mismas, para dirimir conflictos entre valores e intereses que son, en algunos casos, inconciliables, ni para proporcionar orientación en el plano práctico y teórico en torno a elecciones que son contradictorias y difíciles. Pero entre más se enlaza la reflexión bioética con la evolución histórica de la vida cotidiana, más encuentra una referencia segura en el propio hombre, en este caso en el trabajador y la trabajadora considerados como individuos y como sujetos.



#### 4. EL CUERPO HUMANO: DE LA ESCLAVITUD AL BIOMERCADO

##### I. LA VALORIZACIÓN DEL CUERPO

Los conflictos de intereses de que he hablado en el capítulo anterior conciernen a las relaciones de trabajo entre sujetos morales libres, dotados formal y legalmente de autonomía propia. No siempre ha sido así. Durante un tiempo bastante más largo, la época de la esclavitud, el trabajo estuvo regulado por el arbitrio de unos cuantos y el sometimiento de otros, los prestadores de mano de obra, que eran considerados como seres del todo desprovistos o casi de cualquier derecho.

Me parece limitante, en general, detener el análisis de la relación entre conocimiento científico, vida material y orientaciones morales en los sujetos libres, que viven en nuestra época. Aun cuando el término “bioética” ha sido acuñado hace pocos decenios, su contenido es tan antiguo como la historia de las ideas y los comportamientos cotidianos en relación con el nacimiento, la reproducción, las enfermedades, los tratamientos médicos, la experimentación, la muerte, el trabajo y las obligaciones que se derivan de la servidumbre o dependencia. Sabemos por los historiadores, por ejemplo, que en la Inglaterra del siglo XVIII el derecho a recibir comida y alojamiento de parte de las instituciones de caridad implicaba a menudo el deber moral de los auxiliados (para ellos esto constituía una imposición implícita) de prestar su propio cuerpo para la experimentación médica, en caso de ser necesario.<sup>1</sup> Sabemos por quien ha rastreado los orígenes del “consentimiento informado” que hasta finales del siglo XVIII, el siglo de la *liberté*, era una práctica común llevar a cabo investigaciones en esclavos y sirvientes sin que los sujetos tuvieran conocimiento de ello ni dieran su consentimiento.<sup>2</sup> Sabemos por la histo-

<sup>1</sup> C. Crawford, “Between contract and charity. Patient’s rights and clinical trials in eighteenth century England”, ponencia para el Congreso *Coping with Sickness. Health and Human Rights: an Historical Perspective*, Castelvecchio Pascoli, marzo de 1997.

<sup>2</sup> T. L. Beauchamp y R. R. Faden, “History of informed consent”, en *Encyclopedia of Bioethics*, cit., vol. 3, pp. 1232-1237.

ria de la filosofía que Platón, en la época en que Hipócrates sentaba las bases de la medicina científica y de los deberes del médico para con los pacientes, consideraba normal y justa la existencia de dos especies de enfermos, pertenecientes respectivamente a los hombres libres y a los esclavos: los primeros recibían un buen tratamiento y buena información por parte de médicos libres sobre la terapia prescrita, los segundos eran visitados apresuradamente por el médico esclavo que no informaba en absoluto al paciente y que actuaba como un “déspota arrogante”.<sup>3</sup>

Una bioética que esté basada también en el pasado, además de estarlo en el presente y el futuro, puede enriquecerse de una visión diacrónica de los problemas. Este punto de vista es además un camino obligado, ya que vivimos en un mundo en el cual, al lado de extraordinarias innovaciones, vemos a menudo residuos y regresos de viejas reglas y comportamientos. Como quiera que sea, es una ventaja, porque permite hacer comparaciones y tomar de ahí ideas y enseñanzas. Es justamente apoyado en dichas premisas como he pensado desarrollar en este capítulo, basándome sobre todo en la comparación entre la esclavitud y el biomercado tecnológico, algunas observaciones comparativas en torno a la realidad y a la cultura del cuerpo humano, refiriéndome al pasado y al presente.

Me parece que puedo afirmar que la mayor novedad de los últimos decenios radica en el hecho de que jamás en la historia el cuerpo humano ha sido tan ampliamente (aunque no universalmente) secularizado, respetado, liberado, mejorado y apreciado. El único término de comparación, en la cultura occidental, podría quizá ser la actitud que se tenía frente al cuerpo en la antigua Grecia (si bien limitada a los hombres *libres* del sexo *masculino*); pero en verdad las condiciones, los medios, los valores y los resultados son difícilmente comparables.

Como casuística y como análisis positivo de la valorización actual del cuerpo humano me refiero, con un catálogo sumario, desordenado e incompleto, a los siguientes fenómenos:

a] el reconocimiento de la inviolabilidad personal, que va mucho más allá de la esfera de la sentencia original sobre el *habeas corpus*;<sup>4\*</sup>

<sup>3</sup> Platón, *Leyes*, IV, 720.

<sup>4</sup> Cf. *La legge e il corpo*, fascículo especial de *Democrazia e Diritto*, A. xxxvi, núm. 1, enero-marzo de 1996.

\* “Que tengas tu persona [libre].” Se utiliza habitualmente en el derecho anglosajón como un mandato de comparecencia del detenido frente al magistrado para que éste decida si su detención es legal. [T.]

b] la superación de la afirmación (y de la aceptación) de la inferioridad biológica de la mujer;<sup>5</sup>

c] la liberación y el control de la sexualidad y la reproducción, fenómenos que han sido particularmente importantes en la afirmación de los derechos de las mujeres;

d] el considerable alargamiento de la duración promedio de la existencia hasta acercarnos al probable límite de la especie, y la búsqueda de una más alta calidad de vida;

e] la posibilidad de curar muchos males “incurables”, de prevenir muchas enfermedades “fatales” y de salvar a las personas discapacitadas de una muerte prematura;

f] la introducción de medios para corregir o compensar, en el nacimiento y después, muchos impedimentos físicos, sensoriales, perceptivos y mentales;

g] el reconocimiento del derecho a la salud y a la seguridad como un derecho fundamental del ser humano, acompañado por la confirmación, a partir de la experiencia lograda en muchos países, de que se puede realizar en la práctica;

h] el mayor respeto por el cuerpo de los trabajadores, así como por su salud y seguridad;

i] el paso, en caso de accidentes y de enfermedades, de una indemnización referida a la capacidad de trabajo y de ganancia al cálculo y a la compensación del “daño biológico”, que evalúa el valor del individuo y no de su prestación laboral;

j] la práctica difundida del ejercicio físico y del deporte, entendido como libertad física, como salud, como búsqueda del “sentirse bien” y del mejoramiento personal;

k] el surgimiento de la figura del paciente como sujeto moral, ya no subordinado a la autoridad o al paternalismo del médico;

l] la posibilidad de retirar, modificar, conservar, transferir y utilizar, para beneficio de otros, partes separadas del cuerpo humano: los órganos retirados de cadáveres, así como también la sangre, la médula ósea, las células, los tejidos, los gametos masculinos y femeninos proporcionados por donadores vivos. Estas posibilidades representan éxitos de la biomedicina, beneficios a veces salvadores para muchas personas, y acciones que amplían la esfera de la solidaridad humana.

<sup>5</sup> E. Shorter, *Storia del corpo femminile*, Milán, Feltrinelli, 1984. Original en inglés, *A history of women's body*, Nueva York, Basic Books Inc., 1982.

Este catálogo puede ser ampliamente integrado, hasta completar todas las letras del alfabeto e ir mucho más allá. Puede también ser cuestionado de dos maneras: rechazando la idea de que al menos algunos de los fenómenos descritos tienen en sí mismos un contenido moral positivo, o bien subrayando los límites y las distorsiones con que se topa en su aplicación. Ya he tratado de dar una respuesta en los capítulos anteriores a algunas de las objeciones basadas en otros principios morales, concernientes por ejemplo al valor liberatorio de la regulación de los nacimientos y al valor humano de la supervivencia de las personas con impedimentos físicos. No puedo sino sumarme con plena convicción a las objeciones hechas a propósito de cada punto que he catalogado como un progreso acerca de sus límites y las distorsiones que tienen lugar en la realidad cotidiana. Es más, confieso que tenía la intención de anexas a cada entrada del catálogo positivo una indicación de una señal opuesta, basada en hechos que contradicen su validez. Renuncié a ello porque pensé que ya había sido demasiado ambicioso y pedante en la extensión de la primera lista, y además porque para cada punto de la *a*] a la *l*], antes de subrayar sus límites y sus distorsiones específicas, habría tenido que anteponer el análisis de una insuficiencia común; ésta consiste en el hecho de que el acceso a todos estos beneficios es selectivo e injusto, una condición muy extendida que es difícilmente aceptable en términos morales. Renuncié en especial porque el tema central de este capítulo no es el análisis detallado de los diferentes pros y contras que rodean, involucran y conforman hoy en día la corporeidad humana. El tema que me propongo desarrollar es el conflicto entre la múltiple y extensa valorización del cuerpo humano y el crecimiento paralelo de otro fenómeno, de diferente naturaleza y más bien opuesta: me parece de hecho que jamás, excepto durante el predominio de la esclavitud y la servidumbre, se había transformado al cuerpo humano en mercancía en tan amplia escala.

## II. LA MERCANTILIZACIÓN DEL CUERPO

Algunos aspectos de este fenómeno están a la vista de todos, incluso agigantados por leyendas metropolitanas. A su irresponsable nacimiento y difusión contribuyó, por ejemplo, el diputado francés Léon Schwartzenberg, que hace algunos años denunció frente al Par-

lamento europeo la presunta desaparición en Italia de tres mil niños adoptados provenientes de Brasil,<sup>6</sup> insinuando que habían sido utilizados para retirarles sus órganos: una noticia que investigaciones cuidadosas demostraron que estaba desprovista de veracidad. Otros aspectos reales del “mercado humano” surgen de vez en cuando de los artículos de periódico, para episodios aislados o para decisiones clamorosas que suscitan comentarios, como la de la European Patent Office que expidió una patente para la producción de embriones, incluidos los de la especie humana. Sin embargo, entre una y otra leyenda, episodio y decisión, disminuye todo interés y toman su lugar el silencio y la indiferencia. Falta una información constante y orgánica, y por ello se hacen esfuerzos para identificar la conexión entre los hechos, los enfoques y las decisiones que convergen, en mi opinión, en la delineación de una tendencia precisa.

Este déficit de documentación y de análisis está probablemente conectado con el hecho de que, en la elaboración y en el debate bioético, se olvida o subestima el papel asumido hoy en día por el mercado. Se consideran sujetos dignos de reflexión bioética a los hombres y las mujeres, a los gametos y los embriones humanos, a las especies vivientes y su ambiente, a las ciencias médicas y biológicas y a las profesiones conectadas con éstas, a las instituciones públicas, a las leyes civiles y penales, a los comportamientos y las orientaciones morales. El mercado es casi siempre mantenido fuera o considerado de manera marginal.

Y a pesar de esto, tiene un creciente impacto en las relaciones entre la ciencia y la vida material, en los principios y en las actitudes, en las leyes y en las ideas. En su discusión del derecho a la salud en el estado moderno, por ejemplo, Dorothy Porter previó la posibilidad de que en el siglo XXI el mercado sustituya al estado en la regulación de la asistencia de salud.<sup>7</sup> Tal vez podríamos evitarlo, pero en la realidad ya está sucediendo: el mercado en el campo de la salud está cobrando ventaja sobre las instancias morales y toma aquellas decisiones que a lo largo de todo el siglo XX fueron tomadas por vía democrática y con base en el interés común. Las enfermedades del cuerpo humano se convierten en una fuente de beneficio económico, y su imagen (en particular la del cuerpo femenino) es utilizada

<sup>6</sup> *Atti del Parlamento europeo*, sesión del 13 de septiembre de 1993, p. 20.

<sup>7</sup> D. Porter, *Health, civilization and the State. A history of public health from ancient to modern times*, Londres y Nueva York, Routledge, 1999. Cf. la parte 4, “Preparing for the twenty-first Century”, pp. 279-319.

como vehículo para vender cualquier tipo de mercancía. Todavía más relevante en el plano moral es un fenómeno nuevo: las partes individuales y constitutivas, las “refacciones” del cuerpo y sus funciones, por ejemplo la gestación, son llevados al mercado. Esto está conectado con la posibilidad, antes inexistente, de emplear las partes separadas del cuerpo humano para hacer frente a enfermedades, para remediar la esterilidad, para sustituir los órganos o los tejidos deteriorados. El hecho nuevo es que, junto con el empleo benéfico de estos “materiales”, se ha dado vida paralelamente a su transformación en mercancías.

Hace algunos años, en colaboración con el colega brasileño Volnei Garrafa, sorprendidos y digo también indignados por el surgimiento de esta tendencia, tratamos de trazar un primer cuadro orgánico de ésta, de redactar un “catálogo” de partes del cuerpo humano y una lista paralela de naciones en las que tiene lugar la compraventa, de poner en evidencia las diferencias prácticas y morales entre las diversas mercancías humanas (las renovables y las no renovables, por ejemplo), y de comentar las consecuencias prácticas, científicas y morales de este conjunto de fenómenos.<sup>8</sup> Todavía más que el surgimiento de los hechos nos sorprendió la existencia de muchas opiniones de médicos, juristas y filósofos que se declaraban a favor de la existencia, en formas más o menos legalizadas, de este tipo de mercado, es decir, de la presencia consistente de una “bioética justificativa”. Podría decir, de manera irreverente y paradójica, que ésta está basada (en este como en otros campos) en la amplificación del principio hegeliano, según el cual todo lo que es real es racional, agregando que lo que es real debe ser considerado también moral. En este campo, la bioética justificativa trata de legitimar la adquisición, la venta, el alquiler y el préstamo del cuerpo humano. Nosotros hemos tratado de sostener que, si prevaleciera esta tendencia, el mercado ya no tendría límites morales y el cuerpo humano se convertiría en “la mercancía final”: con el consentimiento de la profesión médica, con el permiso de la ley y con la aprobación de la filosofía.

<sup>8</sup> G. Berlinguer, V. Garrafa, *La merce finale. Saggio sulla compravendita di parti del corpo umano*, Milán, Baldini y Castoldi, 1996. El libro ha sido reimpresso en edición económica, con el título *Il nuovo corpo in vendita*, Milán, Baldini e Castoldi, 2000, con una nueva introducción.

## III. LAS ANALOGÍAS CON LA ESCLAVITUD

En el libro escrito conjuntamente con Garrafa, hemos descrito ampliamente y comentado las opiniones expresadas a favor y en contra de este tipo de mercantilización. Resumiré solamente, para llegar luego a la comparación entre la esclavitud y el biomercado, uno de los argumentos adoptados a favor: el de sus analogías con otras formas de “comercio humano”. Se dice, por ejemplo, que si admitimos el intercambio entre trabajo y salario, que es en esencia una venta de la fuerza de trabajo, si toleramos la prostitución, que es el alquiler del cuerpo femenino, si permitimos la experimentación retribuida de los fármacos, que es el empleo del cuerpo humano orgánico a cambio de un pago, ¿por qué habríamos de reprobar o prohibir la adquisición y la venta de los órganos, de la sangre y de los gametos?

La existencia de estas analogías es incontrovertible. En términos lógicos, sin embargo, el argumento “si ciertas formas de comercio del cuerpo humano son aceptadas, ¿por qué no admitir también la adquisición directa y la venta de partes del cuerpo?” puede también ser tornado en el otro sentido. Se puede sostener que uno de los motivos para considerar amoral el comprar y vender órganos, tejidos, gametos y todo lo demás es que esto podría agravar y consolidar otras formas tradicionales de comercio humano. Sin embargo, la respuesta principal al argumento de las analogías consiste en subrayar las sustanciales diferencias con las situaciones antes mencionadas.

Está condenada desde hace tiempo en términos morales la experimentación de medicamentos no sobre voluntarios o sobre pacientes que puedan sacar algún beneficio de ello, sino sobre personas escogidas con base en situaciones coercitivas (los prisioneros, las personas con impedimentos mentales, o condiciones semejantes), o bien reclutando a los sujetos mediante compensaciones pecuniarias. Incluso cuando esto se permite, existe una regla: la experimentación nunca debería causar un daño, y en especial no un daño irreversible. La remoción de un riñón de un ser vivo ciertamente no responde a este criterio.

En cuanto a la prostitución, ésta siempre ha existido casi en todas partes. En muchos casos ha sido legitimada por los códigos e incluso por las religiones, aunque constituya una expresión real y simbólica de la opresión y de la arrogancia masculina. Sin embargo, en casi todos los países las leyes condenan su explotación, papel que es precisamente el que desempeñan las agencias de mediación y los mé-

dicos cuando se da el comercio de partes del cuerpo. La diferencia con la prostitución es que ésta puede tener lugar sin mediaciones, mientras el mercado biotecnológico no podría existir sin la intervención de competencias profesionales, sedes especializadas y técnicas operativas complejas; de ello se deriva también el hecho de que este mercado es más fácilmente controlable.

La analogía con la venta de la fuerza de trabajo, en fin, es más débil que las demás. Los elementos que han diferenciado al trabajo asalariado de la esclavitud y del trabajo servil han sido desde el principio su naturaleza temporal y su reversibilidad. Es cierto que el trabajo asalariado puede ser nocivo para la salud y puede poner en peligro la vida de los trabajadores. Es cierto que el inicio de la Revolución industrial estuvo caracterizado por formas inhumanas de explotación, que causaron un gran número de víctimas. Posteriormente, sin embargo, en los países desarrollados y democráticos las condiciones de los trabajadores han empezado a mejorar por el efecto combinado de las investigaciones, de las luchas, de la fuerza sindical, de las leyes, de la transformación de la mentalidad empresarial, de la garantía de los derechos. Es aterrador pensar que la biomedicina pueda afianzarse a través de una fase de explotación del cuerpo semejante a la que acompañó a la Revolución industrial. Es impensable, además, prever que el equilibrio de poder entre los trabajadores y el capital, que ha permitido alcanzar en muchas partes del mundo un notable progreso social, se pueda obtener también en el mercado biotecnológico, que involucra necesariamente a vendedores aislados. Difícilmente puedo imaginar que éstos se unan en organizaciones de tipo sindical y lleguen a tener un poder contractual real frente a los compradores sostenidos por medios, asociaciones, estructuras y profesionales. La fuerte discrepancia de posibilidades entre compradores y vendedores está demostrada por el hecho de que el sujeto que recibe un órgano trasplantado es mantenido bajo control cuidadoso y regular y recibe atención después de la operación, mientras que nada por el estilo sucede con los llamados “donadores retribuidos”.

Después de haber examinado las analogías que se proponían, me ha llamado la atención el hecho de que hasta ahora nadie ha utilizado la esclavitud como término de comparación con el mercado biotecnológico. La experiencia más grande y duradera de mercado humano en la historia —como fue la esclavitud— ha sido dejada de lado, quitada de en medio. La razón de este silencio estriba probable-



mente en el hecho de que hoy en día la esclavitud se ha convertido en sinónimo de barbarie. El comparar la esclavitud, es decir, el comercio incondicional del cuerpo humano completo (incluida su descendencia), con el mercado biotecnológico del cuerpo “por partes separadas” habría seguramente incrementado, más que atenuado, la profunda repulsión que el biomercado actual despierta de manera casi espontánea.

No obstante, puesto que también la esclavitud tuvo sus defensores y fue justificada con razones prácticas y con razonamientos morales, consideré que sería interesante examinar las argumentaciones utilizadas a su favor en siglos pasados. He tratado de ver si puede existir una comparación, construida también sobre la base de analogías y diferencias, con el debate actual a favor y en contra del mercado biotecnológico humano.

No es necesario, en este trabajo, documentar las matanzas y las violaciones de los derechos humanos causadas por la existencia de la esclavitud, tanto en la Antigüedad como en el mundo moderno, en particular en los siglos XVII y XVIII, cuando dicha práctica se convirtió en un componente esencial de la colonización del continente americano y de África y de la avanzada comercial e industrial de Europa. Los hechos están ampliamente documentados en la literatura.

En el plano moral, el uso del cuerpo como bien comerciable estaba basado en la asunción de que el ser humano podía ser valorado como una cosa, como un bien instrumental. En el mundo clásico el esclavo era considerado como un *instrumentum vocale*;<sup>\*</sup> así lo definían los antiguos para distinguirlo de la herramienta, *instrumentum mutum*,<sup>\*\*</sup> y del animal, *instrumentum semivocale*.<sup>\*\*\*</sup> En el Antiguo Testamento no hay ninguna declaración explícita en contra de la esclavitud, y en la Grecia antigua la esclavitud de los extranjeros era justificada como consecuencia de su diferente “naturaleza”. En el campo filosófico, como bien ha documentado David Brion Davis, “la validez legal y moral de la esclavitud constituyó un problema embarazoso en el pensamiento europeo desde Aristóteles a Locke”. Esto se hizo evidente sobre todo a partir del siglo XVIII, cuando “el pensamiento occidental miró hacia la historia para encontrar una guía moral y una manera de entender”, y cuando las controversias sobre la

\* “Herramienta dotada de voz [humana.]” [T.]

\*\* “Herramienta muda.” [T.]

\*\*\* “Herramienta con voz semiarticulada.” [T.]

esclavitud en el continente americano y sobre el comercio organizado por las naciones europeas “ocuparon un lugar importante en los clásicos de la historia, de la jurisprudencia, de la economía política y de la filosofía moral”.<sup>9</sup>

El principio de que todos los seres humanos tenían idénticos derechos y que por ende el cuerpo humano era *res non commerciabilis*,\* constituyó la base moral más sólida y coherente de los movimientos abolicionistas. La primera restricción contra el comercio de los esclavos fue adoptada en el siglo XVIII. Hacia finales del mismo siglo los estados de Pennsylvania y Massachusetts votaron a favor de una gradual abolición de la esclavitud como tal; algunos años después, durante la Revolución francesa, la Convención, fiel a los principios de justicia y de igualdad, tomó una decisión semejante por aclamación (que luego fue revocada por Napoleón). En el siglo XIX se introdujeron reglas internacionales a través de diferentes convenios entre los estados, y finalmente la Convención de Ginebra (26 de septiembre de 1926) estableció que todos los países tenían que “buscar la supresión de la esclavitud en todas sus formas, lo más pronto posible”.

#### IV. POR EL BIEN COMÚN

Solamente hice alusión a las ideas que vinieron junto con la esclavitud y con los movimientos abolicionistas que convencieron al mundo de su carácter inhumano; el libro de Brion Davis, y muchos otros, ofrecen reflexiones y documentaciones mucho más amplias sobre una y otra fase. Trataré en cambio de referirme de manera más extensa, para hacer la comparación con el biomercado actual, a tres argumentos adoptados en tiempos pasados para justificar la esclavitud: su necesidad para el bien común, la utilidad que de ella obtenían los propios esclavos y la condición natural que se deriva de su inferioridad.

Uno de los argumentos más empleados, y quizá de los más populares, consistió en los beneficios que la esclavitud brindaba a la eco-

<sup>9</sup> D. Brion Davis, *Il problema della schiavitù nella cultura occidentale*, Turín, SEI, 1971, pp. 39-40. Original en inglés, *The problem of slavery in the Western Culture*, Ithaca NY, Cornell University Press, 1966.

\* “Objeto no sujeto a comercio.” [T.]

nomía; de aquí se desprendía que era esencial, irrenunciable e insustituible en función del “bien común”. En 1688, por ejemplo, el gobernador francés de Canadá, Denonville, escribió a Luis XIV pidiendo la autorización para importar directamente a los esclavos negros de África, una empresa considerada indispensable para compensar la falta de mano de obra y necesaria para la prosperidad de Francia. El procurador general Ruette d’Auteil convenció al rey sosteniendo que los africanos habituados al desierto, al ser trasladados a Canadá, se adaptarían fácilmente al “desierto de frío”.<sup>10</sup> En 1709 un opúsculo aparecido en Londres, intitulado significativamente *The Slave Trade, the great Pillar and Support of the British Plantations in Africa*, afirmaba que la producción de las colonias que utilizaban a los esclavos era un elemento indispensable del sistema comercial sobre el que se apoyaba el Imperio británico. Cincuenta años después, otro opúsculo declaraba que el comercio de los esclavos tenía sólo una justificación: la necesidad económica; y preveía que la imposibilidad de prescindir de los esclavos “impedirá siempre la supresión de este comercio”.<sup>11</sup>

Para el mercado biotecnológico, los argumentos son semejantes. Se frenaría el conocimiento científico sin la experimentación retribuida con fármacos, la investigación sobre las enfermedades quedaría obstaculizada sin la autorización para patentar el DNA humano, la posibilidad de efectuar transplantes de órganos sería mucho menor sin el permiso para comprar los órganos de los cadáveres o los riñones de “donadores vivos retribuidos”. Por ello, el mercado es el único camino para reducir la diferencia entre la demanda y la oferta. La expresión “comprar o morir” se utiliza para afirmar que no hay ninguna alternativa: para sobrevivir es necesario comprar y vender. El que se opone a ello lleva a cabo una arbitrariedad en contra de la libertad personal y niega la posibilidad de vivir a los enfermos en lista de espera para transplante. En realidad hay países, como España, donde este desequilibrio ha sido eliminado estimulando las donaciones y organizando los servicios de manera apropiada.

Los problemas históricos y morales que se presentan, y que conciernen tanto al pasado como al presente, pueden ser formulados con dos preguntas. La primera es ésta: ¿hasta qué punto el mercado

<sup>10</sup> D. Brion Davis, *op. cit.*, p. 159.

<sup>11</sup> Cit. en A. Coupland, *The British anti-slavery movement*, Londres, Thornton Butterworth Limited, 1933, p. 37.

humano puede haber sido y ser todavía una causa no del crecimiento, sino del estancamiento y del retroceso, es decir, un obstáculo para el desarrollo técnico-científico y social?

Para el pasado lejano no es difícil demostrar que fue sobre todo un obstáculo. Por ejemplo, algunos de los principios de la física que constituyen la base científica de las tecnologías modernas ya habían sido descubiertos en la Antigüedad, como el empleo del chorro de vapor para mover una rueda (invención de Herón de Alejandría), pero permanecieron sin ser utilizados durante casi dos mil años, principalmente porque creaban energías consideradas superfluas en una sociedad basada en la esclavitud. En los siglos XVIII y XIX diferentes personalidades como David Hume, Adam Smith y Benjamin Franklin, que según Burton M. Leiser “no pensaban que la esclavitud fuera una institución fundamentalmente inmoral, aun cuando se oponían a ella”, la criticaban sobre todo justamente porque la consideraban “una manera intrínsecamente ineficaz de producir bienes y servicios. Según ellos —agrega Leiser— las sociedades esclavistas inhibían el crecimiento de la población y con ello el progreso industrial y las innovaciones científicas que la industria produce al surgir. Puesto que la industria es esencial para la producción de la riqueza, ellos consideraban que las sociedades que permitían la esclavitud eran más lentas en la acumulación de la riqueza en comparación con las que se basaban en el trabajo libre.”<sup>12</sup> Se puede dar testimonio *a posteriori* de que la afirmación de los derechos humanos, de la que forma parte esencial la abolición de la esclavitud, coincidió en Occidente con el inicio del máximo desarrollo de la riqueza, de la ciencia, del bienestar y de la justicia social.

Para la época presente, estoy convencido de que el permitir comprar y vender la sangre y los órganos humanos no sirve de complemento a las donaciones, sino representa un obstáculo para éstas. De hecho, pocas personas están dispuestas a donar cuando al lado de la solidaridad dirigida a todo ser humano, se acepta la existencia de un mercado que selecciona quién puede ser curado y quién no con base en el poder económico. Recurrir al mercado desalentaría además la búsqueda de soluciones alternativas: el impulso para hacer donaciones, la prevención de las enfermedades que llevan al trasplante, la promoción de una mejor organización de la extracción de órganos

<sup>12</sup> B. M. Leiser, “Slavery”, en *Encyclopedia of Applied Ethics*, (ed.), R. Chadwick San Diego-Londres, Academic Press, vol. IV, p. 127.

y de los servicios de conservación, transporte y trasplante, la investigación científica de otras soluciones como la sangre y los órganos artificiales y los xenotrasplantes.

La segunda pregunta es ésta: ¿es apropiado, por impulsos causados por las exigencias del momento, renunciar a los valores histórico-morales que son los componentes esenciales de nuestra civilización? La esclavitud se desarrolló en un contexto primitivo, mientras nuestro proceso de civilización democrática se inició justamente con el *habeas corpus*. El derecho a la autonomía del cuerpo debe ser válido no solamente contra la arbitrariedad del poder político, sino también contra el poder totalizador del mercado. No es aceptable poner las libertades fundamentales en conflicto con una idea distorsionada del “bien común”; en caso de que se lo admitiera, libertad y bien común serían sacrificados juntos.

#### V. POR EL BIEN DE LAS VÍCTIMAS

El segundo argumento a favor de la esclavitud, que tendía a conciliar el interés por mantenerla y la compasión por sus víctimas, estaba fundado en la utilidad y los beneficios que de dicho sistema obtenían los propios esclavos. En su análisis de la “defensa comparada de la esclavitud” por parte de aquellos que en Estados Unidos se oponían al abolicionismo, Peter Kolchin ha destacado que era una aseveración recurrente la idea de que “muy lejos de estar oprimidos por la esclavitud, los esclavos del Sur recibían atención y protección incomparables, y se encontraban en mejor situación que los trabajadores llamados libres de Inglaterra y de los Estados Unidos del Norte”.<sup>13</sup> Hoy en día, siguiendo esta misma línea, un cirujano de trasplantes ha afirmado: “Si un indio pobre que se está muriendo de hambre vende un riñón a un rico jeque árabe que se está muriendo de uremia, se hace felices a dos personas.”

Las justificaciones adoptadas “por amor a los esclavos” han sido, sucesivamente, de naturaleza espiritual o material. Para los beneficios espirituales puedo recordar, a manera de ejemplo, el decreto emitido en 1363 por los priores de Florencia, después de que la peste y la escasez habían diezmando a la población de la ciudad, el cual

<sup>13</sup> P. Kolchin, *American Slavery*, Londres, Penguin-History, 1995, p. 194.

autorizaba la importación de esclavos hombres y mujeres con una sola condición: que no fueran cristianos. La razón principal fue que esto habría permitido arrancar de su ambiente a unos infieles e idólatras para llevarlos a tierras cristianas, salvando así su alma.<sup>14</sup>

Para los beneficios materiales, una motivación muy argumentada y compleja ha sido expuesta en el monumental libro de Graham Sumner, *Folkways*, en el cual comentó en 1907 los usos, las formas de vida y las costumbres morales. Refiriéndose a los esclavos, éste aseveró que frecuentemente estaban felices con su condición. La premisa radica en el hecho de que en la historia humana la esclavitud “comenzó cuando el sistema económico adquirió tales dimensiones que fue posible tener una ganancia haciendo esclavo a un prisionero de guerra, en lugar de matarlo”. Pero además de garantizar el privilegio de no ser matado (podría agregar: y comido), la esclavitud “se manifestó como maestra en enseñar a los hombres el sentido de un trabajo duro”. Esto fue esencial, porque “nadie haría un trabajo duro y continuo si pudiera evitarlo. Los derrotados, al ser hechos esclavos, fueron obligados a realizarlo y aprendieron a someterse a ello”. Éstos “ayudaron entonces a la sociedad entera a progresar, obteniendo también algunos beneficios... Se sintieron orgullosos de pertenecer al grupo de los civilizados, y de no ser ya unos salvajes. En esta perspectiva, la esclavitud es parte de la disciplina a través de la cual la raza humana ha aprendido a hacer que avance la organización industrial”.<sup>15</sup> En verdad la gratitud por los beneficios no debió estar tan generalizada y el orgullo de ser civilizados tan extendido, dado que en muchos países (especialmente en el Caribe) estallaron desde el siglo XVIII revueltas de esclavos, que al principio fueron episódicas, y que estuvieron entre los factores determinantes de su liberación. No obstante, todavía en 1996 Charles Davidson, un senador republicano de Alabama, en un discurso pronunciado ante el parlamento de su estado sostuvo que los esclavos vivían en excelentes condiciones, mientras que ahora “el número de los estupros, de los asaltos y de los homicidios es cien veces mayor entre los negros que viven en los guetos de lo que fue cuando eran esclavos”.<sup>16</sup> En su discurso retomó el pasaje de la Bi-

<sup>14</sup> I. Origo, *Presentazione*, en D. Brion Davis, *Il problema della schiavitù nella cultura occidentale*, cit., p. 11.

<sup>15</sup> W. Graham Sumner, *Folkways. A study of the sociological importance of usages, manners, customs, mores and morals*, Boston, Ginn and Company, 1907, pp. 262-263.

<sup>16</sup> *L'Unità*, 5 de mayo de 1996.

blia (Levítico, 25: 39-46) en el que se prohíbe hacer esclavos a los “hijos de Israel”, pero se autoriza “a hacer esclavos a los hombres y las mujeres de las naciones circundantes”.

Regresando al mercado biotecnológico, es harto sabido que los contratos con las “madres sustitutas” están permitidos y son publicitados en Estados Unidos, porque son considerados legalmente correctos y por algunos incluso ventajosos para las mujeres que aceptan llevar a cabo una gestación y luego entregar a otros el hijo que dieron a luz. En cambio, muchas leyes de naciones europeas prohíben o declaran nulos dichos contratos. Además, el Parlamento europeo ha prohibido extraer sangre a cambio de un pago, aun cuando se sigue importando sangre y plasma de países fuera de Europa; es decir, de “naciones circundantes”, como permitía el Levítico.

Se puede añadir, por extrapolación, que si aceptáramos y actualizáramos los argumentos de Sumner sobre los beneficios de la esclavitud, podríamos trasladarlos actualmente de los casos de la sangre, los gametos, el útero y los órganos, al ser humano en su totalidad. Se puede dar un ejemplo. En los países desarrollados son más numerosas las familias que piden adoptar un hijo que los niños legalmente disponibles para la adopción. Permitir que los compraran podría brindar un alivio a los progenitores pobres que los cedan, felicidad a los que los adoptan y, ¿por qué no?, también a muchos niños adoptados. Es muy verosímil, de hecho, que un niño proveniente de las ex colonias de Mozambique o Somalia, si es vendido en Portugal o en Italia, vivirá mejor y más tiempo que sus coetáneos que se quedaron en el país de origen. Se puede dar otro ejemplo. En los países desarrollados, existen más trabajos insalubres y desagradables que trabajadores originarios de ellos que estén dispuestos a aceptarlos. Reclutar esclavos haría felices a los comerciantes (como lo eran antes del siglo XIX), a los compradores y también a una parte de los trabajadores vendidos, con tal de que haya un contrato con algunas garantías mejores que aquellas, a veces muy escasas, de que gozan hoy en día algunos inmigrantes en su calidad de “trabajadores libres”. En cualquier caso, muchos de ellos vivirían mejor que en sus países. Esto podría representar también un beneficio para la comunidad y para la cohesión social; es probable, en efecto, que los inmigrantes venidos a Europa de otros continentes, así como los inmigrantes mexicanos en Estados Unidos, serían mejor acogidos y se reducirían las tensiones étnicas si aceptaran voluntariamente un estatus tan claramente definido. Se levantaría probablemente alguna voz para re-

cordar a Stuart Mill: “el principio de la libertad no puede admitir que se sea libre de no ser libre: no es libertad poder privarse de la libertad”.<sup>17</sup> Pero alguno podría responder con las palabras de Sumner: “Una doctrina humanitaria que ordene que un esclavo sea echado a la calle contra su propia voluntad es ciertamente absurda.”<sup>18</sup>

Cuando se desarrolló el movimiento abolicionista, se intensificaron paralelamente iniciativas político-culturales y decisiones gubernamentales basadas en la idea de que se podía perseguir “el bien de las víctimas” de manera más eficaz y menos traumática que con la abolición, aplicando la línea del *permit and protect*,\* que tendía a regular y humanizar la esclavitud garantizando un tratamiento más humano para los esclavos.<sup>19</sup> En la segunda mitad del siglo XVIII, por ejemplo, se redujo la impunidad que la ley de Carolina del Sur garantizaba a los patrones que hubieran matado o mutilado a uno de sus esclavos al aplicarle un castigo.<sup>20</sup> En el mismo periodo, el gobierno inglés prescribió que en cada nave, junto con el cargamento humano, se embarcara un médico, y estableció para éste y para el capitán un premio por cada esclavo llevado vivo a su puerto de destino.<sup>21</sup> En el siglo siguiente, el gobierno portugués estableció que los que nacían de padres esclavos eran libres, con la condición de que sirvieran a sus patrones hasta la edad de veinte años. Algo semejante se está proponiendo hoy en día para regular y humanizar el mercado biotecnológico, a través de incentivos y beneficios para quienes venden partes de su cuerpo. Por ejemplo, prometer la prioridad en las listas de espera para trasplantes a las personas vivas que acepten donar, en caso de que sean ellas las que tengan necesidad de un trasplante; paralelamente, se propone la exclusión de las listas a aquellos que se hayan declarado no-donadores. O bien, asegurar a los parientes del difunto premios en efectivo o en seguros o en exenciones de gravámenes públicos, o al menos funerales gratuitos para su familiar al que se le retiraron órganos para trasplantes. Las propuestas que se han hecho en esta dirección son fantasiosas y numerosas, y a menu-

<sup>17</sup> J. Stuart Mill, *Saggio sulla libertà*, Milán, EST, 1997, p. 118 [*Sobre la libertad*, San José, VACA, 1987]

<sup>18</sup> W. G. Sumner, *Folkways*, *cit.*, pp. 305-306.

\* “Permitir y proteger.” [T.]

<sup>19</sup> W. H. Smith, *A political history of slavery*, Nueva York, 1903, vol. I, p. 287.

<sup>20</sup> D. Brion Davis, *cit.*, p. 87.

<sup>21</sup> G. Balladore Pallieri, “Schiavitù”, en *Enciclopedia Italiana*, Istituto Giovanni Treccani, Roma, 1929, vol. XXXI, p. 86.



do están desprovistas también de sentido práctico, además del sentido moral: como aquella que, en el Reino Unido, propone establecer un precio justo y poner en manos del Servicio nacional de salud el monopolio de la adquisición y la venta de los órganos.<sup>22</sup>

En conclusión, tanto para la esclavitud como para el biomercado, las orientaciones basadas en el *permit and protect* pueden tener en su origen intenciones humanitarias, pero la esencia consiste en aceptar la transformación del cuerpo humano en una mercancía, o en una reserva de refacciones. Entre los dos casos, sin embargo, además de varias analogías, existe una diferencia muy esencial. La esclavitud, cuando se hablaba de humanizarla, era admitida casi en todas partes. Reglamentarla, restringirla, eliminar sus aspectos más crueles e inhumanos podía ser, en ciertos casos, el primer paso hacia su abolición. El mercado biotecnológico, por el contrario, afortunadamente está todavía bastante delimitado. Su legalización, en cualquier forma que se dé, puede favorecer su extensión.

## VI. EL ARGUMENTO DE LA INFERIORIDAD

Si no aceptamos el argumento del bien común y el del beneficio para las víctimas, la única forma de justificar el empleo del hombre como mercancía me parece que sea, después de todo, la de considerar a una parte de la humanidad como cosas o como seres subhumanos, y ver sus cuerpos como algo que se puede poner a disposición de los demás. Este argumento constituyó la base de la esclavitud, y las diferentes razones que se adoptaron para sostenerlo fueron sucesivamente de naturaleza religiosa, cultural y antropológica.

El hecho de que en la Biblia (Génesis, 9, 25) Noé maldiga a Canaán como “esclavo de los esclavos de sus hermanos” fue ampliamente empleado en los siglos siguientes para legitimar las condiciones de los negros en el continente americano. La misma idea, esto es, que ser esclavo era la consecuencia de un pecado, había sido expresada por Isidoro de Sevilla en el siglo VI: “La esclavitud es un castigo infligido a la humanidad por causa del pecado original.”<sup>23</sup> Para

<sup>22</sup> M. Lockwood, “La donazione non altruistica di organi in vita”, en S. Rodotà (ed.), *Questioni di Bioetica*, Bari, Laterza, 1993, pp. 139-147.

<sup>23</sup> M. Bloch, “Come finì la schiavitù antica”, en *Lavoro e tecnica nel medioevo*, Bari, Laterza, 1959, p. 216.

el abad Smaragdus de Saint Michel, que vivió en el siglo IX, no fue la naturaleza sino una culpa la que hizo a los esclavos. Y así sucesivamente, hasta los tiempos más recientes. Según Burton M. Leiser, “la Iglesia no renunció a sostener la esclavitud sino hasta el año 1965, con las deliberaciones del Concilio Vaticano II”;<sup>24</sup> pero éste es probablemente un juicio demasiado severo, porque no toma en cuenta cuán hostil es intrínsecamente el mensaje de Cristo hacia la esclavitud y los movimientos positivos que nacieron sobre la base de esta inspiración. El propio Leiser recuerda que Aristóteles afirmaba:<sup>25</sup> “Algunos hombres son por naturaleza libres, otros esclavos, y para éstos es justo ser esclavos” (*Política*, 1255 a), y que por ello “debe ser provechoso también para ellos el ser esclavos”. Finalmente, cita la definición de la naturaleza de los negros según la Enciclopedia Británica, en su edición de 1797, en la que se trazaban las características de los negros. Ellas son “...la pereza, la traición, el ser vengativos, la crueldad, la impudicia, el hurto, la mentira, lo profano, la disolución, la maldad y la intemperancia... Son ajenos a todo sentimiento de compasión, y son un ejemplo terrible de la corruptibilidad del hombre cuando es abandonado a sí mismo.”<sup>26</sup>

El argumento antropológico fue ampliamente discutido en Europa y en Norteamérica también en el siglo XIX, antes y después de la guerra civil, por ejemplo en los libros *Types of Mankind*, *Indigenous Races of the Earth*, y en *Instincts of Races*, de Nott y Gliddon.<sup>27</sup> La tesis de que los negros eran biológicamente inferiores implicaba la responsabilidad de los blancos de cuidar de ellos para hacerlos trabajadores y felices, de modo que de ser esclavos pudieran pasar a vivir mejor y a volverse más inteligentes, en comparación con los que se quedaron en su tierra de origen. Estas ideas circularon también en Europa, en particular en el Reino Unido y en Francia, alimentando un amplio debate entre los antropólogos. Dicho debate se encuentra analizado, por ejemplo, en la *Histoire de l'anthropologie* de Jacques Roger.<sup>28</sup>

<sup>24</sup> B. M. Leiser, “Slavery”, en *Encyclopedia of Applied Ethics*, cit., vol. IV, p. 127.

<sup>25</sup> *Ibid.*, pp. 126-127.

<sup>26</sup> *Ibid.*, p. 127.

<sup>27</sup> Cf. J. C. Nott, G. R. Gliddon, *Indigenous Races of the Earth*, Filadelfia, Lippicott & Co., 1857; J. C. Nott, *Instincts of Races*, reimpresso por el New Orleans Medical and Surgical Journal, Nueva Orleans, L. Graham, 1866.

<sup>28</sup> J. Roger, “Buffon, Jefferson et l'homme américain”, en *Histoire de l'anthropologie: Hommes, idées, moments*, ed. C. Blanckaert, A. Ducros, J. J. Hublin, Bulletin et Mémoires de la Société d'Anthropologie de Paris, 1989, pp. 57-66.

La teoría de la inferioridad natural implicaba habitualmente la inaceptabilidad, y por consiguiente el castigo, de las relaciones sexuales entre mujeres blancas y hombres negros (no a la inversa, obviamente). Resulta claro, para regresar a la actualidad, que el criterio de la inferioridad natural no puede ser aplicado para el trasplante de órganos y para la transfusión de sangre, desde el momento en que fue el corazón de un negro el que fue trasplantado a un blanco por Christian Barnard en Sudáfrica, en pleno *apartheid*; y desde el momento en que las donaciones de sangre y de órganos han demostrado la existencia de una compatibilidad biológica total entre las diferentes razas humanas. Pero la tesis de la inferioridad sobrevive a estas demostraciones, así como también a muchas otras de naturaleza cultural, e influye notablemente en las valoraciones de las características mentales, los comportamientos morales y las capacidades de crecimiento de los “diferentes a nosotros”.

De cualquier forma, cuando los intercambios de partes del cuerpo están regulados no por las donaciones, sino por el mercado, se vuelve dominante otro tipo de inferioridad: me refiero al desequilibrio de riqueza y poder entre los vendedores y los compradores, que no es menos relevante y duradero que el estatus que definían en el pasado las tradiciones, las religiones o las leyes. La realidad es que, por lo que concierne a los órganos humanos, efectivamente, el comercio siempre tiene lugar entre el Sur y el Norte del mundo, o en cualquier caso entre pobres que venden y ricos que compran. Como consecuencia se podría plantear otro escenario hipotético, continuando (y concluyendo) los que se han mencionado para la adopción y para el trabajo de los inmigrantes: en el siglo XXI el Norte podría intentar curar a sus enfermos más graves importando y utilizando los órganos extraídos de los que pertenecen a las clases más pobres, en particular, provenientes de los países subdesarrollados. El abastecimiento debería ser más que suficiente, porque los cuerpos son la única mercancía que tales países producen en abundancia. Sería un trágica ironía haber contribuido con el desarrollo de las ciencias biomédicas a mantener con vida a personas desconocidas y lejanas, para luego echar mano de ellas a través del mercado con la finalidad de retirar sus órganos vitales para nuestro beneficio.

## VII. LAS FORMAS ACTUALES DE LA ESCLAVITUD

Sin embargo, mi principal preocupación moral no es hacia esta oscura perspectiva que he expuesto en forma paradójica y que seguramente se puede evitar. El conflicto se deriva de la presencia simultánea de dos fenómenos paralelos: la perduración y, en algunos casos, el crecimiento del mercado humano en su forma servil o esclavista y la ampliación del biomercado hacia nuevos “objetivos” que inmediatamente después (o incluso antes) de que el progreso técnico-científico los haga accesibles al conocimiento y los ponga a disposición de empleos benéficos son incluidos rápidamente en el catálogo de las mercancías sujetas a venta. Esclavitud y biomercado coexisten y se entretejen en nuestra época, en la cual el contraste entre la expansión de los derechos proclamados y el drama de los derechos violados se encuentra a la vista de todos.

Recibí una impresión casi brutal de dicho contraste en septiembre de 1996, cuando me trasladé a la ciudad de Fortaleza, en la región noreste de Brasil, para presentar una ponencia en el XVI Congreso nacional del Colegio de abogados. Cuando recibí la invitación la aprecié, ya que sabía que dicho Colegio tenía una profunda huella democrática y había sostenido memorables batallas legales por los derechos humanos durante los años de la dictadura militar, pero me causó sorpresa, ya que nunca había participado en un juicio ni como abogado, ni como acusado y ni siquiera como testigo. Sin embargo, la petición no resultó estar fuera de mis competencias: se me pedía de hecho que hablara del derecho a la salud, porque el Congreso tenía como tema “los nuevos derechos”, entre los cuales está el ambiente, la información, la seguridad personal, la protección de los consumidores y la salud. La impresión brutal la recibí al observar a los pasajeros del avión que me llevaba desde Europa hacia Brasil para hablar de los nuevos derechos, y al percibir los fragmentos de sus conversaciones: casi todos eran varones de mediana edad y viajaban solos. Intuí que la compañía la encontrarían en Fortaleza y alrededores. Después del desembarco los amigos brasileños me explicaron, para mi profunda vergüenza, que esta interpretación era correcta, y que aquellos sitios eran zona de reclutamiento para la prostitución de menores de edad.

Ésta es una de las formas de la esclavitud moderna. Al comentar un informe de la UNICEF sobre la explotación sexual de los niños de 8 a 16 años que se está desarrollando en varios lugares del mundo,

Anna Oliverio Ferraris escribió: “No solamente muchos de ellos están condenados a morir prematuramente de SIDA, sino que sufren traumas muy violentos, que los marcan para el resto de su vida. Privados de la libertad y de su infancia, son entregados como pasto a los turistas pedófilos que provienen de diversos países, incluido el nuestro: éstos sacan ventaja de las miserables condiciones económicas y morales para hacer lo que no les está permitido en sus países, usando a niños del tercer mundo como ‘objetos’ disponibles, como una mercancía que es válido consumir.”<sup>29</sup> Al comentar las leyes destinadas a poner fin a la explotación sexual de los niños, Bharati Sadasivam escribió que “están caracterizadas por tímidas medias medidas y por ambigüedades y reflejan la capitulación de muchos gobiernos frente a los halagos de la industria turística, frente a los poderosos intereses de la delincuencia organizada y frente a la comercialización de las mujeres en los *mass media* populares”.<sup>30</sup>

De menores de edad se habla con insistencia desde hace al menos diez años, en parte en relación con otras dos condiciones. Una es la guerra: “en muchas partes del mundo ha sido denunciado el reclutamiento obligatorio de los niños en el servicio militar, con consecuencias muy graves. Muchos pierden la vida o quedan inválidos, otros son interrogados, torturados, golpeados o mantenidos como prisioneros de guerra”.<sup>31</sup> El reclutamiento para la guerra tiene lugar sobre todo en países pobres, en el ámbito de conflictos que son desencadenados por poderes e intereses locales y en los que se combate con armas adquiridas de países ricos. Otra es el trabajo: un documento de la campaña de la ONU a favor de los derechos humanos explicó que se recurre a los niños porque están “a buen precio”, y porque “son naturalmente más dóciles y fáciles de disciplinar que los adultos, y tienen más miedo de protestar”. Por estos motivos, es un hecho frecuente que se dé trabajo a los hijos mientras sus padres quedan desempleados. La explotación del trabajo de menores de edad está frecuentemente vinculado con empresas multinacionales que desplazan hacia el extranjero sus actividades de *trabajo intensivo*, las cuales requieren de un trabajo sencillo y repetitivo más que conocimientos, estableciendo parte de sus producciones en países po-

<sup>29</sup> A. Oliverio Ferraris, “Fermiamo il commercio dei piccoli schiavi”, en *Corriere Salute*, 9 de enero de 1995, p. 1.

<sup>30</sup> B. Sadasivam, “Dopo Pechino”, en el vol. *Social Watch*, Rosenberg e Sellier, Turín, 1999, pp. 81-84.

<sup>31</sup> Naciones Unidas, *Derechos humanos. Formas modernas de esclavitud*, Folleto informativo núm. 14, 1991.

bres y con reglas permisivas. En los últimos años la conciencia moral de las poblaciones de los países ricos que consumen mercancías valiosas elaboradas por niños mantenidos en condiciones inhumanas, ha sido de alguna manera perturbada por esta contradicción. Han surgido movimientos de opinión y asociaciones, como la Fair Trade Organization (Organización para el comercio honrado) y la TransFair, un organismo internacional que certifica el origen equitativo, no manchado por el empleo de trabajo de menores de edad, de los productos provenientes del Sur que se venden en los mercados del Norte. También los sindicatos de trabajadores, en especial de Estados Unidos, han encarado esta situación y la han convertido en uno de los puntos centrales de su polémica política en la reunión de Seattle de la World Trade Organization, despertando consensos y dissentimientos: los primeros por el llamado a la solidaridad mundial de los trabajadores, los segundos por la sospecha de que querían protegerse a sí mismos de la competencia e impedir el desarrollo de los países pobres, de una u otra forma ya puesto en marcha. Esta situación, con sus complejos y lacerantes lados oscuros morales, ha sido presentada finalmente a la atención del mundo.

Me detuve principalmente en la infancia, pero se debería hablar de muchas otras situaciones. El *World Labour Report* de 1993, por ejemplo, dedicó el primer capítulo a una alarmada descripción y catalogación de las diferentes formas de *trabajo forzado* que existen hoy en día:<sup>32</sup> la esclavitud tradicional (Mauritania y Sudán); el *trabajo obligado*, en el cual el trabajador está atado para toda su vida a la empresa por deudas inagotables (Paquistán, India, Perú); el trabajo forzado de personas que son arrancadas de su lugar, trasladadas y mantenidas en el trabajo bajo amenaza armada (Brasil, República Dominicana); el *trabajo gratuito* de tipo comunitario; la entrega de personas encarceladas a empresas privadas como mano de obra; el trabajo servil de los menores de edad. Podría además invocar, para las formas específicas femeninas, las documentaciones probatorias del IV Congreso mundial de la ONU sobre las mujeres (Pekín, 1955) y las actualizaciones posteriores sobre este problema.<sup>33</sup> El cuadro es impresionante y justifica la afirmación con la que concluye el *Report*: “A fines del siglo XX muchos consideran que la esclavitud ha sido erradicada. Desafortunadamente no es así.”

<sup>32</sup> International Labour Office, *World labour report 1993*, Ginebra, pp. 1-2 y 9-18.

<sup>33</sup> Cf. por ejemplo J. Stern, “Le donne nel mondo del lavoro: che ne è dell'impegno assunto?”, en *Social Watch*, pp. 75-80.

Los informes publicados sobre el tema dan cuenta también de los progresos alcanzados en muchos países, tanto en la elaboración de Cartas internacionales como de leyes nacionales. Sin embargo, cada vez parece más estridente la contradicción entre los derechos reconocidos, las instituciones que están encargadas de su puesta en vigor y la realidad cotidiana. La multiplicidad de las proclamas y el vasto número de los organismos internacionales (ONU, OIT para el trabajo, OMS para la salud, UNESCO para la educación y la cultura, FAO para la nutrición, UNICEF para la infancia, Comisión ONU para la mujer, etc.) parece a menudo como una superestructura que cubre y tolera, más que un conjunto de instrumentos que desvele, sancione y corrija estas situaciones de explotación extrema.

#### VIII. LOS NUEVOS "OBJETOS" DEL BIOMERCADO

La misma contradicción comienza a manifestarse también en relación con el mercado biotecnológico. No subestimo, en un clima en que el mercado amenaza con colocarse por encima de cualquier otro valor, la declaración de la OMS contra la compraventa de órganos y de partes del cuerpo humano, ni la de la UNESCO sobre el genoma humano, aprobada "por unanimidad y por aclamación" el 11 de noviembre de 1997. Esta última, después de exponer primeramente que el genoma "es en sentido simbólico patrimonio de la humanidad", y que la dignidad de cada uno "impone no reducir a los individuos a sus características genéticas y respetar el carácter único de cada quien y su diversidad", proclama (Artículo 4) que "el genoma humano en su estado natural no puede dar lugar a lucro". Sin embargo, cuando fue aprobada ya habían sido solicitadas las patentes para más de 2000 genes (National Institutes of Health, Estados Unidos) y posteriormente aumentaron de manera exponencial las solicitudes, que fueron presentadas por múltiples fuentes.

También la Convención bioética aprobada por el Consejo de Europa afirma en su Artículo 21:<sup>34</sup> "El cuerpo humano y sus partes como tales no deben constituir una fuente de ganancia." Perfectamen-

<sup>34</sup> Consejo de Europa, *Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of Human Beings with regard to the applications of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine*, 19 de noviembre de 1996.

te clara, al igual que la formulación de la UNESCO. Desgraciadamente, el Parlamento de la Unión Europea aprobó luego la Directiva núm. 44/98/CE<sup>35</sup> (protestada por Holanda e Italia ante la Corte internacional) que está en antítesis con este enfoque. El artículo 5, después de haber afirmado solemnemente que el mero descubrimiento de la secuencia o de la secuencia parcial de un gen “no pueden constituir invenciones patentables”, prevé una excepción sin límites cuando el descubrimiento haya tenido lugar “mediante un procedimiento técnico”.

¿Acaso es posible, nos preguntamos, aislar una secuencia génica sin un procedimiento técnico? En los zigzagueos de mi actividad científica me he desempeñado por algunos años como parasitólogo, ocupándome de materiales vivos bastante más voluminosos que los genes, desde protozoarios hacia arriba. Para encontrar los plasmidios de la malaria en la sangre tuve que frotar una gota de sangre en el portaobjetos, teñirla y luego observarla bajo el microscopio. Para ver si había huevecillos de lombrices en las heces humanas tuve que centrifugarlas, y juro que no era un “procedimiento técnico” placentero. Hasta para identificar a las pulgas, por ejemplo para descubrir si tienen un pelillo delante o debajo del ojo (distinción que no tiene repercusiones en el plano estético, pero que es suficiente para diferenciar a una especie capaz de transmitir la peste de otra que es inocua), tuve que tratarlas pasándolas sucesivamente por hidrato de potasio, fenol, aceite de cedro, xileno y bálsamo de Canadá, y luego prensarlas delicadamente entre dos portaobjetos, pues de otra forma hubiera visto muy poco incluso bajo el microscopio.<sup>36</sup> He preguntado ahora a bastantes genetistas si se necesitaban procedimientos semejantes para identificar secuencias génicas, y todos me han respondido: mucho más sofisticados, naturalmente.

En el intento de conciliar los principios morales con los intereses industriales y comerciales, la Unión Europea recurre a la hipocresía y Estados Unidos a las sutilezas de la ley. En 1984, en cuanto se perfiló junto con los éxitos de los trasplantes la posibilidad del empleo comercial de los órganos, el Congreso aprobó el *National Organ Transplant Act*, que castiga su compraventa con penas pecuniarias y

<sup>35</sup> “Sobre la protección jurídica de las invenciones biotecnológicas”, *Gaceta Oficial de la CE* núm. 90, 16 de noviembre de 1998.

<sup>36</sup> La descripción resume el “método Rosicky”, en G. Berlinguer, *Aphaniptera d'Italia. Studio monografico*, Roma, Il Pensiero Scientifico, 1964, p. 40. Cf. también *Le mie pulci*, segunda edición, Pordenone, Edizioni Studio Tesi, 1995.



la cárcel. Sin embargo, la sangre no queda incluida en la ley, porque no es considerada un órgano; los espermatozoides y los óvulos tampoco se incluyen porque son considerados tan sólo como células, aun cuando constituyen la parte más noble de los órganos reproductores; y el alquiler del útero no se considera una compraventa, a causa de su carácter solamente temporal. El comercio de estos no-órganos tiene lugar públicamente, ahora también a través de Internet. En el sitio <<http://www.ronsangels.com>>, por ejemplo, se pueden adquirir óvulos de *top-models* seleccionándolos a través de las fotografías de éstas, en tanto que en el sitio <<http://www.geniusspermbank.com>> se ofrecen espermatozoides de progenitores con un muy alto cociente de inteligencia (desafortunadamente, el banco de semen de los premios Nobel, abierto en 1983, ha cerrado sus puertas), y en el sitio de *Creating Families* <<http://www.creat-fam.com/home.htm>> hay un vasto repertorio de madres sustitutas.<sup>37</sup> Este último “negocio” presenta probablemente las analogías más fuertes con la esclavitud: a] porque los recién nacidos son adquiridos por la pareja que hace el encargo mediante un contrato de entrega celebrado con la mujer que gestará al producto; la jurisprudencia de Estados Unidos le concede un estatus preponderante con respecto a la maternidad, anteponiendo así la relación monetaria a la relación natural, mientras que en Italia y en otros países el Código civil establece que el que nace es hijo de la madre que lo ha dado a luz; b] porque la mujer que gestará al producto durante nueve meses ya no es libre: de hecho se la obliga en el contrato a observar prescripciones de comportamiento, así como seguir tratamientos y chequeos médicos acosadores, por la obligación de entregar el “producto” en las mejores condiciones al expirar el plazo.

Otra característica de la normativa bioética de Estados Unidos es que acepta y da legitimidad a la existencia de una doble moral. Muy pocas normas, por ejemplo el Transplant Act, son válidas *erga omnes*.<sup>\*</sup> La mayor parte, en cambio, no es válida para todos, sino solamente para las instituciones que reciben financiamientos federales. Así, por ejemplo, los decretos del presidente sobre la prohibición de producir embriones con fines experimentales, de comerciar con ellos y de clonar seres humanos, no obligan en lo absoluto a las em-

<sup>37</sup> L. Gabaglio, “Voglio un bimbo.com”, *L'Espresso*, 18 de mayo de 2000, pp. 149-156.

\* “Para todo el mundo”, es decir, de manera universal. [T.]

presas privadas ni a las que son sostenidas con fondos de los estados, las cuales pueden operar sin límite alguno. He intentado, basado en esto, imaginar una posible concatenación de sucesos. Una empresa biotecnológica produce embriones humanos mediante fecundación *in vitro*; los multiplica utilizando la capacidad de las células embrionarias, en sus primeros días, de dar vida cada una a un nuevo embrión, y repite más y más veces este procedimiento; patenta los embriones y los vende en el mercado interno e internacional, preparados para diferentes usos: para la experimentación, para la producción de fármacos, o bien (dado que no existen todavía incubadoras totales) para ser gestados como clones por madres alquiladas, todo dentro de la legalidad total.<sup>38</sup> Todo país, naturalmente, tiene el derecho de dotarse de sus propias leyes. No obstante, en algunos temas, muy pocos en verdad, se abre camino la idea de avanzar hacia normas que tengan un carácter universal. Como sucedió en el pasado con la esclavitud.

#### IX. ¿SE PUEDE REVERTIR LA TENDENCIA?

Tendremos que estar conscientes del hecho de que, en el comienzo de un nuevo siglo, existe una extensa alarma en muchos lugares del mundo, incluso en los países desarrollados, por la persistencia de formas arcaicas de esclavitud y por el desarrollo de nuevas formas de la misma. No estoy seguro de si tales fenómenos son más frecuentes que en el pasado, o solamente más evidentes a causa de los medios de información y de comunicación. Lo que es cierto es que el conocimiento de ellos implica hoy en día una responsabilidad política y moral a escala mundial. Tendremos que considerar también que nuestras generaciones se encuentran —por primera vez en la historia— frente a la posibilidad de utilizar partes separadas de nosotros mismos, lo que puede representar una expresión sumamente alta de sinergia entre ciencia y solidaridad, o bien una forma biotécnica de explotación humana.

<sup>38</sup> Presenté públicamente esta hipótesis (París, Congreso anual promovido por el Comité francés de ética, 15 de diciembre de 1999) como pregunta al profesor A. Capron, miembro del National Advisory Bioethics Committee nombrado por Clinton, y la respuesta fue: *yes*. En cuanto a la posibilidad de patentar los embriones, le ha abierto el camino también la European Patent Office, que ha dado autorización para patentar “embriones de mamíferos, incluida la especie humana”.

No es una casualidad que la discusión sobre la posibilidad de patentar los genes comprometa a los estados, ni que la clonación humana sea objeto de amplias controversias científicas, filosóficas y religiosas, ni que al mismo tiempo se haya vuelto a plantear la pregunta “¿qué hay de malo en la esclavitud?”,<sup>39</sup> ni que se intente por muchas partes no “contraponer la competencia económica y técnico-científica, por un lado, y las exigencias éticas, por el otro”,<sup>40</sup> y ver si algunas reglas fundamentales (y cuáles) pueden revertir la tendencia a convertir a los seres humanos en cosas.

No pretendo ciertamente dar solución a tales cuestiones. Tal vez se pueda iniciar dando un paso hacia atrás, regresando a una afirmación y a una contradicción de *Folkways* de Sumner, escrito a principios del siglo XX. La afirmación, que considero correcta y significativa porque subraya el importante papel que pueden desempeñar la cultura y la ética, es un comentario a la abolición de la esclavitud: “Es el único caso en la historia de las costumbres en que la llamada razón moral se volvió dominante.” La contradicción radica en su siguiente razonamiento: “En Sudáfrica y en nuestros estados del sur [de Estados Unidos] la cuestión de salud y del orden público presenta nuevas dificultades... ¿Están en libertad los hombres de poner en peligro la paz, el orden y la salud? ¿Está en libertad una civilización atrasada de poner en peligro a una sociedad avanzada, y está autorizada a hacerlo? Los filántropos del siglo XIX no resolvieron nada. El contacto entre dos razas y dos civilizaciones no puede ser regulado por dogma alguno. Cada día nos ofrece la demostración de que los problemas no pueden ser arreglados con base en dogmas genéricos y sentimentales. ¿No es ridículo dar a un hombre una regla que le resulta incomprensible, a la cual no sabe responder?” La afirmación con la que concluye es que la esclavitud es un interés que trastorna toda restricción y toda regla.<sup>41</sup>

Análogos razonamientos se hacen hoy en día para el biomercado: las leyes de la competencia trastornarán inexorablemente toda regla, no tiene sentido apelar a “dogmas genéricos y sentimentales”, la pretensión de orientar las aplicaciones de la ciencia “pone en peligro a

<sup>39</sup> R. M. Hare, “What is wrong with slavery?”, en *Applied Ethics*, Peter Singer Editions, Oxford University Press, 1986, pp. 165-183.

<sup>40</sup> G. Hottois, “Il corpo e il mercato”, en la Enciclopedia *Frontiere della vita*, Roma, Istituto della Enciclopedia italiana, 1999, vol. IV, p. 789.

<sup>41</sup> W. Graham Sumner, *Folkways*, *op. cit.*: p. 306.

una civilización avanzada”, puede tal vez causar daño a la paz y al orden, y seguramente a la salud. Sin embargo, me parece que el siglo XX, a pesar de su atormentado curso y sus tragedias, ha refutado más bien que confirmado, en el plano práctico, las sombrías previsiones realizadas por Sumner al inicio de dicho siglo.

En el plano de los principios, R. M. Hare se ha planteado recientemente la pregunta *What is wrong with slavery?* Para buscar una respuesta, propuso incluso algunos casos hipotéticos: uno en el que enormes poblaciones de esclavos sostengan el alto ritmo de vida de una minoría (del todo injustificable), y otro en el que se considere necesario un pequeño número de esclavos para el bien de la mayoría (hipótesis que podría tener algunas excusas). Luego examinó los argumentos de principio (toda persona tiene idéntico valor) y los de consecuencia, los cuales muestran “a través del estudio de la historia y otras observaciones de hecho, que la esclavitud genera efectivamente miseria, lo que la vuelve errónea”. Su conclusión es ésta: “Yo votaría de cualquier manera por la abolición de la esclavitud, aun cuando puedo *imaginar* casos en que la esclavitud haría más bien que mal y aun cuando soy un utilitarista”.<sup>42</sup>

En el biomercado hay luego otro tema de consecuencia, que se deriva de la diferencia de procedimiento con el comercio de los esclavos. Éste no exigía por parte de sus promotores y organizadores más que espíritu emprendedor y violencia, mientras que el biomercado exige la participación activa de competencias científicas y de profesiones calificadas, que pueden estar desviadas con respecto de sus fines cognoscitivos y humanitarios. Dorothy Nelkin y Lori Andrews escribieron que la transformación del cuerpo humano en mercancía “viola la integridad del cuerpo, explota a personas desprovistas de poder, se entromete en los valores de la comunidad, distorsiona los proyectos de la ciencia y mina la confianza pública en los científicos y en los médicos”.<sup>43</sup>

Esto se volvería todavía más grave si se abriera el capítulo de la clonación humana, es decir, de la producción de seres humanos predeterminados. Si se aceptara que se hiciera esto, sería difícil evitar el nacimiento de nuevas formas de subordinación de los seres huma-

<sup>42</sup> R. M. Hare, *cit.*, pp. 179 y 180.

<sup>43</sup> D. Nelkin y L. Andrews, “Homo Economicus. Commercialization of Body Tissues in the Age of Biotechnology”, en *Hastings Center Report*, septiembre-octubre de 1998, p. 31.

nos dotados de particulares características o eventualmente modificados con miras al cumplimiento de funciones particulares. Ya se ha presentado, por ejemplo, la hipótesis de sujetos que nazcan dotados de la resistencia a las radiaciones nucleares o a agentes químicos, y su duplicación para destinarlos a trabajar en determinadas instalaciones o bien a participar en labores de descontaminación que resulten de alto riesgo para los mortales comunes y corrientes. La idea aristotélica de que la esclavitud se deriva de las diferencias naturales encontraría nuevas justificaciones, ahora que las que se apoyaban en la raza se han vuelto obsoletas; y si las diferencias naturales no bastaran, la biotecnología podría crear otras nuevas.

## 5. LA SALUD GLOBAL

### I. ¿POR QUÉ GLOBAL?

Puede surgir el equívoco de que el adjetivo global sea entendido como salud perfecta y total, como ausencia de cualquier enfermedad, defecto o imperfección. Esta utopía encontró algún sustento en la definición acuñada por la Organización Mundial de la Salud, según la cual la salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social”, la cual ha contribuido a ampliar (incluso demasiado, a veces) el horizonte a menudo puramente organicista de la biomedicina. Sin embargo, se escucharon a veces en los corredores de la OMS en Ginebra susurros como éste: “Si alguien viene aquí y afirma estar en un completo estado de bienestar, etc., etc., etc., lo internamos en el manicomio.” A decir verdad, la salud no es un estado y no es perfección. Es una situación en equilibrio cambiante que ahora podemos desplazar notablemente hacia lo mejor, a diferencia de lo que sucedía en el pasado. Me parece también poco probable que se pueda alcanzar la perfección humana a través de la higiene y la medicina; a veces, esta tentativa induce a que las personas lleven a cabo excesos, a que los médicos atiendan lo superfluo y a que los estados perpetren abusos.

Yo, en cambio, entiendo por salud global la de todos los sujetos humanos, y pienso que existen motivos válidos para colocar este concepto en el centro de la reflexión bioética sobre la relación entre salud y enfermedad. El motivo principal es que la salud, que es al mismo tiempo uno de los procesos más íntimos de la persona y uno de los fenómenos más ligados a la vida colectiva, tiene en el plano moral un doble valor: *intrínseco*, como presencia, limitación o ausencia de capacidades vitales (en el caso extremo, como antítesis entre vida y muerte), e *instrumental*, como condición esencial para vivir libres. De hecho, la libertad esencial resulta menguada cuando predomina la enfermedad: a] porque el individuo queda habitualmente impedido de una o más de sus facultades de decidir y de actuar; b] porque su suerte es confiada a poderes extraños, en especial si ya no se lo considera, en su calidad de enfermo, un ciudadano portador de derechos; c] porque la enfermedad, cuando es grave y persistente, empu-

ja frecuentemente al individuo (como a los países) a moverse hacia abajo, hacia el círculo vicioso de un retroceso que puede tornarse irreversible. Esto es lo que ha sucedido muchas veces en el pasado, y que está sucediendo ahora. Para muchos campesinos chinos, por ejemplo, desde que fue restringida o eliminada la asistencia pública, enfermar se ha convertido en la causa principal de su precipitación hacia la pobreza, como sucedía en nuestro campo hace uno o dos siglos. Para algunos países africanos, la combinación entre SIDA, pobreza y olvido del mundo significa caer en una crisis difícilmente reversible.

Salud global, además, porque la salud es un bien indivisible. El género humano, sobre lo cual insistiré, está ligado en este campo por un destino común. Por ello, resulta paradójico que, en tanto que se globalizan las finanzas, la información simultánea, las migraciones de pueblos y los traslados de mercancías, el crimen organizado, los conocimientos científicos y las tecnologías, los sistemas de poder, las producciones, los consumos y el trabajo humano, se haya pasado por alto un bien esencial como la salud o se lo haya deteriorado por una globalización tan preponderante e invasiva. Justamente porque la globalización representa la fase actual y futura del desarrollo y porque puede responder a muchas exigencias del género humano, la salud debe ser encarada hoy en día como una finalidad global, como un bien a favor del cual hay que actuar en todas partes de manera explícita y programada.

Sin embargo, la dimensión global de la salud y de las elecciones morales conectadas con dicha dimensión, que es la que predomina ahora, no es del todo nueva. Se ha presentado muchas veces, en los siglos que caracterizan a la época moderna, en formas diferentes de las que estamos viviendo. Por lo tanto, daré a este tema un desarrollo diacrónico, correspondiente a los sucesos y a las orientaciones que han sido efectivamente representados en la escena mundial. Por ello, intentaré describir las diversas fases en forma de un prólogo y cuatro actos, cada uno con características propias y con coordenadas morales propias. Luego haré referencia, en la sección de las conclusiones, a la cuestión crucial de la equidad en la salud, a las tendencias actuales de la globalización, y a las elecciones morales que vienen junto con ella.

## II. PRÓLOGO: LA UNIFICACIÓN MICROBIANA DEL MUNDO

La globalización de las enfermedades, es decir, la difusión de los mismos cuadros patológicos en todos los rincones del mundo, comienza en el año 1492, con el descubrimiento (o conquista) de América, la cual marcó el paso de los pueblos y, por consiguiente, de sus enfermedades, de la separación a la comunicación global.<sup>1</sup>

También antes, a lo largo de la historia, las enfermedades epidémicas se habían propagado de uno a otro continente, siguiendo los desplazamientos de pueblos y el intercambio de mercancías, como la peste y el cólera, que viajaron muchas veces desde Asia a Europa. Sin embargo, ya antes de 1492 algunas condiciones bastante diferentes que estuvieron determinadas por el ambiente, por la alimentación, por la organización social y cultural y, sobre todo, por la presencia o ausencia de gérmenes y de vectores de enfermedades infecciosas, que eran en todas partes la principal causa de muerte, habían creado cuadros epidemiológicos notablemente diferentes entre el Viejo y el Nuevo Mundo. En el continente americano, por ejemplo, no existían la viruela, el sarampión, la fiebre amarilla, la malaria perniciosa, y probablemente la difteria, la varicela, la tos ferina, la fiebre tifoidea, la escarlatina y la influenza. En Europa, Asia y África no existía la sífilis.

También por esta razón, el impacto de las nuevas enfermedades después de 1492 fue devastador, sobre todo en el continente americano, en cuyas poblaciones no existía ninguna defensa inmunológica contra ellas. Fue obviamente un fenómeno imprevisible e incontrolable, y por ende extraño a la valoración moral. De hecho, no había ni conocimientos ni medios para actuar con eficacia, y la virginidad epidémica, es decir, la relación desfavorable entre la agresividad de los gérmenes y la ausencia de anticuerpos naturales contra ellos, no se puede ciertamente atribuir a una negligencia o a una culpa. Estas resistencias se desarrollaron siempre como resultado de una larga selección, convivencia, luchas y adaptaciones entre los microorganismos y el huésped; solamente en épocas recientes las resistencias humanas se pudieron crear también como producto de la ciencia.

<sup>1</sup> G. Berlinguer, "The interchange of disease and health between the Old and the New Worlds", en *American Journal of Public Health*, 82 (10), 1992, pp. 1407-1413, con un comentario editorial de S. S. Morse, "Global microbial traffic and the interchange of disease", *ibid.*, pp. 1326-1327.



Sin embargo, otros aspectos de lo que sucedió en el Nuevo Mundo imponen que se hagan reflexiones morales. Éstas nacen de la simultaneidad y de la sinergia entre las enfermedades, en ese entonces incontrolables, y la pérdida de identidad, seguridad y poder de los pueblos del continente americano, causados por el exterminio deliberado, por el trabajo esclavo y letal de las minas, por el rompimiento de los equilibrios alimentarios, por el colapso psicológico y cultural que contribuyó a reducir la resistencia a las enfermedades y causó incluso epidemias de suicidios.

La primera denuncia orgánica de la “bastante larga historia de matanzas y devastaciones que se podría y debería redactar” fue escrita por el obispo fray Bartolomé de las Casas en 1552.<sup>2</sup> Los análisis más profundos son los que se llevaron a cabo en los últimos decenios del siglo XX, como efecto de una radical reconsideración historiográfica sobre el “intercambio colombino”.<sup>3</sup> A lo largo de los siglos que separan estas dos fechas, el juicio prevaleciente sobre dichos fenómenos ha correspondido a la tradición de la “historia escrita por los vencedores”, al menos en cuanto a dos aspectos. Uno radica en el énfasis casi exclusivo en las enfermedades que se encuentra en cualquier libro de texto, esto es, la tendencia a dejar en la sombra las demás causas del exterminio, deliberadas y debidas a culpas humanas. El otro consiste en subestimar las pérdidas demográficas que tuvieron lugar en el continente americano. La cifra global de la disminución de la población entre principio y fines del siglo XVI había sido habitualmente evaluada “solamente” en 5-10 millones de vidas perdidas. Investigaciones posteriores han demostrado que el continente americano en 1492 estaba tan poblado como Europa (50-80 millones), mientras que ya para fines del siglo XVI no quedaban más de 10

<sup>2</sup> Bartolomé de las Casas, *Brevissima relazione della distruzione delle Indie*, Milán, Oscar Mondadori, 1987 (la cita se tomó de la p. 27) [*Brevísima relación de la destrucción de las Indias*, Mérida, Dante].

<sup>3</sup> A. W. Crosby, *Lo scambio colombiano. Conseguenze biologiche e culturali del 1492*, Turín, Einaudi, 1992 [edición original en inglés, *The Columbian exchange. Biological and cultural consequences of 1492*, 1972]. Cf. también W. H. Mc Neill, *La peste nella storia. Epidemie, morbi e contagio dall'antichità all'età contemporanea*, Turín, Einaudi, 1981 [edición original en inglés, *Plagues and peoples*, Anchor Press / Doubleday 1976], y J. Diamond, *Armi, acciaio e malattie*, Turín, Einaudi, 1998 [edición original en inglés, *Guns, Germs and Steel. The fate of human society*, Nueva York-Londres, W. W. Norton & Company, 1997]. Cf. también, para el concepto de “enfermedades en surgimiento” y para encontrar numerosos ensayos sobre dicho tema, el volumen 15, núm. 3 (1993), de la revista *History and Philosophy of Life Sciences*.

millones de habitantes. Aun cuando no puede ser definido en sentido estricto como genocidio, porque el exterminio fue provocado por la combinación entre fenómenos naturales y decisiones humanas, ésta fue ciertamente la mayor tragedia demográfica jamás vivida por nuestra especie.

Si analizamos los aspectos antropológicos y morales de esta experiencia, nos encontramos frente a dos mitos que por muchos siglos han estado en conspiración, junto con la ignorancia de las causas y los trayectos de las enfermedades, para obstaculizar las acciones humanas para prevenirlas y curarlas.

Uno es el de su origen divino: por desprecio hacia unos o por preferencia hacia otros. “Cuando los cristianos se encontraron extenuados por la guerra —relató Francisco de Aguilar, seguidor de Cortés—, Dios pensó bien en enviar la viruela a los indios y se desató una gran pestilencia en la ciudad...” El 22 de mayo de 1634, John Winthrop, primer gobernador de la Massachusetts Bay Colony, anotó: “En cuanto a los indígenas, casi todos murieron de viruela; de esta manera el Señor quiso poner en claro nuestro derecho a lo que poseemos.”<sup>4</sup> Se debe añadir que los propios amerindios atribuyeron al privilegio divino la inmunidad de los españoles frente al mal que exterminaba a los nativos, y que esto contribuyó a su desplome psicológico y a su derrota. Toda la medicina científica se ha afirmado refutando este mito, desde Hipócrates en adelante, por su rechazo a reconocer la presencia directa y personal de lo divino en la naturaleza, y en su negación de la creencia de que la epilepsia, por ejemplo, fuera un *mal sagrado*: “Acerca del mal sagrado, ésta es la realidad. De ninguna forma es más divino que las demás enfermedades o más sagrado, sino que tiene una estructura natural y causas racionales.”<sup>5</sup> Pero incluso ahora que muchas causas han sido reconocidas, el mito se ha perpetuado.

El otro mito, consistente en atribuir el origen de las enfermedades al “enemigo” o al extraño diferente, hostil y, por ende, sospechoso, se manifestó claramente en la otra orilla del Atlántico cuando apareció la sífilis. Esta enfermedad, proveniente del Nuevo Mundo, se desató en Europa por primera vez en el año 1495, de forma epidémi-

<sup>4</sup> Cit. por A. W. Crosby, *L'imperialismo ecologico. L'espansione biologica dell'Europa*, Bari, Laterza, 1988, p. 39 y p. 190 [original en inglés, *Ecological imperialism. The biological expansion of Europe*, Cambridge University Press, 1986].

<sup>5</sup> Hipócrates, *Opere*, edición al cuidado de Mario Vegetti, Milán, UTET, 1965, p. 271.

ca, durante el asedio y la conquista de Nápoles por parte de las tropas francesas de Carlos VIII. Afectó en igual medida a los dos ejércitos, pero los italianos la llamaron de inmediato “mal franzes” (mal francés, o, en lenguaje más docto, *morbis gallicus*) y los franceses a su vez “mal napolitain”. Cuando llegó al Oriente, los japoneses la definieron como “mal portugués”, y así sucesivamente, culpando una y otra vez a las otras nacionalidades. Se han registrado doce diferentes “denominaciones de origen” de la sífilis, no sujetas a control pero que sí imponían un estigma, tomadas de una igual cantidad de pueblos y países. No faltó obviamente, cuando se comenzó a intuir que la enfermedad provenía de América, la tendencia a achacarle la culpa de la misma a los indios, que habrían sido víctimas de la enfermedad porque “no habían conocido la palabra de Cristo” y diseminadores de la misma porque tenían “costumbres particularmente libidinosas”:<sup>6</sup> hacia cuyos atractivos, como es conocido, los marineros de Colón se habían mostrado particularmente renuentes.

Antes y después de la sífilis, por otra parte, la tendencia a echar la culpa a “otros” por las epidemias ha sido una componente constante de la historia de las enfermedades. A los judíos se les echó en cara la culpa de ser portadores de la peste negra a Europa, a los irlandeses por el cólera en Nueva York, a los italianos por la poliomielitis en Brooklyn. Se debe recordar finalmente que la primera definición del SIDA, formulada por el Center for Disease Control (CDC) de Atlanta cuando identificó la enfermedad, fue “inmunodeficiencia adquirida conectada con los homosexuales” (*Gay-related immune deficiency*), porque los primeros focos epidémicos habían sido señalados entre éstos; posteriormente, la enfermedad fue asociada con los haitianos. Es obvio agregar que las investigaciones epidemiológicas no deben pasar por alto lugares, focos, ambientes y comportamientos que puedan contribuir a la propagación de las enfermedades; pero los mitos que describí arriba son justamente los que obstaculizan estas investigaciones.

### III. ACTO I: EL CUIDADO DE LA SALUD SE INTERNACIONALIZA

Después de la unificación microbiana del mundo transcurrieron casi tres siglos antes de que la humanidad (pueblos, gobiernos, cultura

<sup>6</sup> A. Foa, “Il nuovo e il vecchio: l’insorgere della sifilide (1494-1530)”, en *Quaderni Storici* año XIX, núm. 55, abril de 1984.

y ciencia) tomara conciencia de los riesgos comunes y comenzara a afrontarlos con un compromiso que atravesara las fronteras. Sin embargo, no fueron siglos oscuros, en parte porque desde el siglo XVII había comenzado a afianzarse el valor del conocimiento científico y de la experimentación. En el siglo XVIII se reconoció que “salvar las almas ya no es el único deber de las familias y de las autoridades civiles y religiosas. Salvar los cuerpos es un cometido igualmente importante”,<sup>7</sup> y se dieron grandes pasos hacia adelante en el reconocimiento de que “la competencia sobrenatural del juez de las almas, teólogo y confesor, padre espiritual y exorcista” debe ser “reemplazada por el juicio natural sobre las influencias patológicas del alma sobre el cuerpo y por la competencia profesional del médico”.<sup>8</sup> Sin embargo, solamente en el siglo XIX se verificaron los tres presupuestos indispensables para toda acción efectiva contra las enfermedades: a] el conocimiento de sus causas; b] la identificación de remedios preventivos y terapéuticos; c] la voluntad de actuar contra ellas en el plano internacional.

Esta posibilidad había tenido una primera confirmación ya a finales del siglo XVIII, con la difusión en el mundo de la inoculación preventiva de la viruela para evitar que esta enfermedad se desatara en forma violenta. Dicha práctica se realizaba desde mucho tiempo atrás en Asia, mediante el uso de serosidades extraídas de las pústulas virulentas curadas. Europa se enteró de este procedimiento a través de Turquía, donde las curanderas empíricas conseguían provocar en los niños la enfermedad en una forma atenuada creando así en ellos una inmunidad permanente. También en América el mismo conocimiento empírico había sido llevado al Nuevo Mundo por los esclavos, que lo habían aprendido en África. Sin embargo, la vacunación no se extendió en Europa, y de ahí al mundo, sino hasta cuando Jenner, tomando también como punto de partida la experiencia popular femenina, la reinventó y la perfeccionó; y cuando, después de haber promovido la experimentación en hombres encarcelados y en niños huérfanos, la familia real inglesa aceptó dejarse vacunar y difundir esta práctica.

<sup>7</sup> B. Fantini, “Pratiques sociales et médicales: une histoire des valeurs au travers des siècles”, en *Cahiers Médico-Sociaux*, 40, 1996, pp. 185-196.

<sup>8</sup> E. Brambilla, “La medicina del Settecento: dal monopolio dogmatico alla professione scientifica”, en *Malattia e Medicina*, Storia d'Italia, Annali 6, edición al cuidado de F. Della Peruta, Turín, Einaudi, 1984, pp. 83-84.

Entre las razones por las cuales la vacunación empírica se había difundido en fecha tan tardía y con tanta lentitud precisamente en Europa, dos merecen una reflexión. Una radica en la “ceguera epistemológica” y en la arrogancia profesional de los médicos europeos, que pensaban que no tenían nada que aprender de personas a las que sus prejuicios los inducían a considerar tres veces subdesarrolladas intelectualmente: porque eran mujeres, curanderas y turcas. La otra radica en el debate teológico sobre el principio mismo de la vacunación. Por un lado estaban aquellos que se oponían a ella porque iba en contra de los designios de la divina providencia, único poder que puede decidir sobre la vida, la enfermedad y la muerte. A esto se agregaba una doble “agravante específica”: el hecho de que el remedio era una invención de los infieles turcos, perfeccionada y extendida en Europa por los médicos de la Inglaterra protestante. Por el otro lado estaban aquellos que la justificaban, también en nombre de Dios. En Italia tuvo mucha resonancia el parecer de tres conocidos teólogos toscanos, los cuales sostuvieron que desafiaban a Dios precisamente aquellos que, existiendo la vacunación, la rechazaban poniendo en peligro la vida de los hombres; y afirmaban que el Señor enseña a aceptar serenamente las enfermedades que vienen de su mano, pero no prohíbe que se tomen precauciones frente a ellas.<sup>9</sup> La batalla se desarrolló usando también el arma de las citas bíblicas: “Non tentatibis Dominum Deum vostrum” contra “Honora medicum propter necessitatem, etenim illum creavit Altissimus”,<sup>10</sup> y la medicina, afortunadamente, ganó la partida. También posteriormente, en la encrucijada entre la afirmación de que las enfermedades y el sufrimiento son un regalo del Señor, por un lado, y la voluntad de utilizar la ciencia médica para socorrer a los afligidos, por otro, después de muchas penurias la Iglesia católica escogió frecuentemente la vía más humanitaria, apoyándose en su tradición de beneficencia y contribuyendo a propagar sentimientos y prácticas de solidaridad.

La época de mayor progreso en la lucha contra las enfermedades epidémicas fueron los decenios transcurridos entre finales del siglo XIX y principios del XX. Se descubrieron muchos microbios, los agen-

<sup>9</sup> *Tre consulti, o disanime, fatte in difesa dell'innesto del vaiuolo da tre dottissimi teologi toscani viventi*, Pisa, 1763, cit. por U. Tucci, “Il vaiolo, tra epidemia e prevenzione”, en *Malattia e medicina*, cit., pp. 391-392.

<sup>10</sup> “No tentaréis a Dios, vuestro Señor” contra “Honra al médico por necesidad, puesto que lo creó el Altísimo”.

tes de infecciones extendidas y letales como la tuberculosis, la peste y el cólera, y se encontraron cuáles eran los canales de su transmisión a través de artrópodos portadores o a través de los alimentos y el agua contaminados. Se introdujeron sueros y vacunas. Se hizo saneamiento en muchas ciudades. Se votaron leyes para reducir la jornada laboral de entre 12-14 horas hasta sólo 8, así como para brindar garantías a las mujeres embarazadas y para imponer limitaciones al trabajo de los menores de edad. Se formó la idea de que, con todo y que el libre mercado era un factor decisivo para el progreso de la economía, una cosa no tenía que permanecer enteramente sujeta a éste: los seres humanos, antes que nada, porque de otra forma la seguridad y la dignidad de todos habrían sido puestas en riesgo. Sobre esta base se formularon las reglas universales contra la esclavitud y luego también las leyes nacionales sobre el trabajo. Se extendieron los seguros sociales y otras formas de protección colectiva de la salud, promovidas o garantizadas por la acción de los estados. Finalmente, se decidieron convenios entre naciones en contra del tránsito de enfermedades de una a otra parte del mundo.

El primer intento en esta dirección se realizó con el Congreso internacional de salud en 1851, al cual asistieron once países europeos y además Turquía, cuando todavía era apenas conocida la distribución geográfica y el alto alcance letal de las epidemias más graves (cólera, peste y fiebre amarilla), mientras seguían siendo desconocidas su etiología y forma de transmisión. Por consiguiente, la voluntad de actuar precedió a la certeza científica. No obstante, sólo después de cuarenta años y muchos congresos se consiguió alcanzar (séptimo congreso, Venecia, 1892) un acuerdo limitado para imponer la cuarentena a las naves que llegaban a Europa desde el Oriente. Una de las razones de esta lentitud fue la oposición, sobre todo inglesa, a cualquier regla que pudiera obstaculizar las transacciones comerciales.

Este tema, el del conflicto entre el libre mercado y el control sanitario, esto es, de la prioridad entre el valor de la ganancia y el valor de la salud, ya se había asomado en la Toscana del Renacimiento<sup>11</sup> y estaba destinado a volver a plantearse luego en formas siempre nuevas, resolviéndose con el predominio de uno u otro interés o bien con compromisos más o menos razonables. La otra razón del retra-

<sup>11</sup> C. M. Cipolla, *Contro un nemico invisibile. Epidemie e strutture sanitarie nell'Italia del Rinascimento*, Bologna, Il Mulino, 1986.

so en la adopción de medidas internacionales antiepidémicas fue el enfrentamiento científico entre la teoría de los miasmas y la teoría del contagio, las dos hipótesis científicas sobre el origen y la difusión de las epidemias que se disputaron el campo hasta los últimos años del siglo XIX. Cuando se constituyó el Office International d'Hygiène Publique con sede en París (1907, con el acuerdo de 23 naciones europeas), los descubrimientos de los microbios como agentes infecciosos ya habían resuelto este enfrentamiento.

Cuando la tesis del contagio (que ya había sido sostenida por Girolamo Fracastoro en 1546, con su libro *De contagione et contagiosis morbis* y su hipótesis de los gérmenes, a los que definió como *seminaria prima*)\* triunfó gracias a Pasteur, Koch y otros científicos, el debate científico se enredó casi inmediatamente con las elecciones que se debían llevar a cabo en la política de salud, y éstas a su vez con los diferentes enfoques morales. Uno de los temas más controvertidos (en el que si remplazamos la palabra *microbio* por la palabra *gen* nos trae de vuelta a la actualidad) fue la influencia relativa de los microbios y del ambiente, de la naturaleza y de la cultura en el origen y la difusión de las enfermedades. Se dieron, por ejemplo, ásperas polémicas en Italia entre dos grandes malariólogos, Giovanni Battista Grassi y Angelo Celli; el primero tendía a restringir el ciclo patógeno de la malaria a la ecuación *hombre enfermo + anófeles = malaria*, el segundo agregaba a esta ecuación otros factores que son determinantes en la epidemiología de la malaria, como las condiciones de vida y de trabajo, los cuerpos de agua, la nutrición y el nivel de instrucción, y afirmaba que para combatir la enfermedad se precisaba al menos de la colaboración de tres sujetos: el médico, el fontanero y el maestro. Como observó Bernardino Fantini, a propósito de la causalidad específica de la malaria era válida la ecuación de Grassi, para combatir exitosamente la endemia no se podía prescindir de las indicaciones de Celli.<sup>12</sup>

El otro tema controvertido que nos traslada de vuelta directamente a la *salud global* nace de las consecuencias insatisfactorias de la decisión de crear barreras de control, dirigidas a frenar la llegada de las epidemias exóticas a Europa. Se perfiló, como escribió Fantini, la

\* “Causas primeras”, en latín. [T.]

<sup>12</sup> B. Fantini, “The concept of specificity and the Italian contribution to the discovery of the malaria transmission cycle”, en el volumen *The malaria challenge after one hundred years of malariology. Papers from the Malariology Centenary Conference*, M. Coluzzi y D. Bradley (eds.), Roma, Lombardo editore, 1999, pp. 39-47.

exigencia de “volver a plantear el conjunto de las estrategias defensivas en contra de las enfermedades epidémicas. Ya no bastaba con proteger las fronteras de los países occidentales o los asentamientos de los colonos blancos en contra de los riesgos de invasión”.<sup>13</sup> En 1896 Robert Koch habló en sentido crítico, ante la Sociedad alemana para la salud pública, de los enfoques dirigidos a contrarrestar la propagación del cólera mediante los cordones sanitarios: “Soy de la opinión de que estos esfuerzos internacionales son totalmente superfluos, dado que la mejor protección internacional sería que todo estado hiciera lo que nosotros estamos haciendo, es decir, sujetar por el cuello al cólera y destruirlo para siempre.”<sup>14</sup> Pocos años después Angelo Celli, en sus cátedras de higiene, observaba que desde los tiempos del primer Congreso internacional de salud se pretendía tan sólo limitarse “a impedir la importación de la peste bubónica y el cólera”, enfermedades cuyos gérmenes normalmente no estaban presentes en nuestros territorios: “Los conceptos predominantes en la epidemiología del cólera eran muy diferentes de los actuales: se tenía una gran confianza en mantener alejado al cólera mediante el cierre de las fronteras de los estados, levantando barreras de cuarentena por mar y por tierra, las cuales, tomadas a la letra por algunos países, se las alargaba durante cuarenta días. Luego se vio que esto es perfectamente inútil.”<sup>15</sup>

Es interesante recordar, como ejemplo de intereses contrapuestos que pueden converger a favor de la salud, que muchos descubrimientos de agentes biológicos y de transmisores de enfermedades epidémicas se hicieron en diferentes continentes, entre finales del siglo XIX y principios del XX, por parte de médicos coloniales o de comisiones científicas militares que trabajaban en el ámbito de ejércitos de ocupación: el plasmodio de la malaria se descubrió en África del Norte (Laveran, 1880); el microbio de la peste en China (Yersin, 1894); el papel de las pulgas y las ratas en la transmisión de esta enfermedad, en la India; el papel del mosquito *Aedes aegypti* (que ya había sido señalado por el cubano Carlos Finley en 1891) como ve-

<sup>13</sup> B. Fantini, *La medicina tropicale: dalla medicina coloniale alla sanità internazionale*, *Atti del convegno*, Bardolino, 12/5/98.

<sup>14</sup> R. Koch, Relación de la reunión del Deutscher Verein für öffentliche Gesundheitspflege, Magdeburgo, *Berliner klinische Wochenschrift* I, 31, p. 1894, 1894 (cit. por B. Fantini, véase la nota anterior).

<sup>15</sup> A. Celli, *Lezioni di Igiene, 1899-1900* (cit. por Fantini, véase el texto citado en la nota 13, p. 2.).



hículo transmisor de la fiebre amarilla, en América Central, en la época de la apertura del canal de Panamá.

Tales investigaciones se conectan con el nacimiento de la *Medicina colonial* (que después se volvió *tropical*), de la que Patrick Manson fue promotor a su regreso a Inglaterra. Él había demostrado (1891) en la India el papel del mosquito *Culex pipiens* en la transmisión de la elefantiasis: la primera confirmación (seguida luego por muchas otras) sobre la función de los insectos en la transmisión de los gérmenes. También este capítulo de la historia de la medicina, como escribe David Arnold, ha sido analizado “conforme a la tendencia a ver la historia solamente desde el punto de vista de los colonizadores y a ignorar la experiencia de los colonizados... como una historia de los éxitos de las razas blancas sobre un fondo no sólo de graves enfermedades y de ambientes hostiles, sino también de ignorancia, supersticiones e inercia de los nativos”.<sup>16</sup> Sin embargo, no cabe duda que las investigaciones sobre las enfermedades tropicales recibieron el incentivo, además del deseo de conocer, del hecho de que las enfermedades atacaban a los ejércitos y a los colonos, y también a las poblaciones locales, y que era indispensable adquirir nuevos conocimientos para estabilizar la explotación y para extenderla a las zonas del interior de los continentes, tras haber ocupado las áreas costeras. Es más, Arnold muestra que, a principios de la ocupación, se trató de crear nichos residenciales para las tropas y para los colonos que estuvieran resguardados de las epidemias, aplicando la misma idea del “cordón sanitario”; y Milton Roemer añade, por lo que concierne a la asistencia médica, que en África “los servicios médicos eran considerados necesarios sólo para proteger a los europeos... [estos servicios] no fueron extendidos a la población africana sino hasta después de la primera guerra mundial”.<sup>17</sup> Ciertamente, sin embargo, en el largo periodo, muchos otros y a veces poblaciones enteras recibieron los beneficios tanto de los descubrimientos científicos como de las medidas preventivas y las redes asistenciales, en tiempos más o menos rápidos y en formas más o menos universales, la protección de la salud humana comenzó así a ser considerada, desde los primeros decenios del siglo xx, como una tarea de la política y un objetivo de la comunidad internacional.

<sup>16</sup> D. Arnold, “Medicine and colonialism”, en W. F. Bynum y R. Porter (eds.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, Londres y Nueva York, Routledge, 1993, vol. II, p. 1393.

<sup>17</sup> M. I. Roemer, “Internationalism in medicine and public health”, *ibid.*, p. 1418.

## IV. ACTO II: SE AFIANZA EL DERECHO A LA SALUD

La salud empezó a ser considerada también como un derecho. Se convirtió en tal, como proclamación y frecuentemente como realidad, en el clima de esperanzas y de fervores que vino después del término de la segunda guerra mundial. Muchas constituciones lo ratificaron, entre ellas la de Italia, con la siguiente formulación incisiva: “La salud es un derecho fundamental del individuo e interés de la colectividad” (artículo 32). También figuró como base del acta constitutiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS), firmada el 7 de abril de 1948.

Se discute, en el plano histórico, si este derecho nació ya en el siglo XIX como una extensión de los derechos de primera generación, es decir, de los derechos “negativos” del ciudadano que tendían a limitar la arbitrariedad del poder, como una especie de “ciudadanía de la salud” para proteger contra el ataque de las enfermedades epidémicas; o bien si pertenece a los derechos de segunda generación, los derechos sociales, para cuya aplicación el poder debe actuar, en lugar de abstenerse de ejecutar acciones coercitivas, interviniendo con acciones positivas.

En el plano de los hechos, fueron muchas las razones y los sujetos que contribuyeron a reconocerlo, aún antes de que juristas y filósofos lo interpretaran y lo revalidaran. Según Roy Porter, dos ideas se abrieron camino en los países industrializados. Una era que “el funcionamiento armonioso y eficiente de economías complicadas de productores y consumidores requería de una población que estuviera sana y fuera capaz de leer y escribir, calificada y respetuosa de las leyes; y en las democracias en que los trabajadores también eran electores, el amplio desarrollo de los servicios de salud se convirtió en uno de los caminos para apropiarse del descontento”, impidiendo así que tomara caminos más riesgosos. La otra idea era que “prevenir era mejor que reparar; mucho mejor determinar antes qué es lo que hacía que la gente enfermara y luego —guiados por la estadística, la sociología y la epidemiología— tomar medidas capaces de construir una salud positiva”.<sup>18</sup>

Se debe añadir que estas ideas fueron con frecuencia una segunda opción, una línea de repliegue, después de una revolución indus-

<sup>18</sup> R. Porter, *The greatest benefit to mankind. A medical history of humanity*, cit., pp. 631 y 632.

trial que había venido acompañada por formas salvajes de explotación y después de las tendencias eugenésicas hostiles al progreso de la salud pública y de la salud para todos, por la idea de que “la medicina preventiva estaba salvando a los débiles junto con los fuertes y conduciendo al suicidio racial”.<sup>19</sup> Se debe tomar en cuenta también la influencia que los movimientos sindicales y políticos de los trabajadores tuvieron en obligar a la conversión a esta segunda opción, movimientos que produjeron un doble efecto: promover directamente una mayor salubridad del trabajo y un amplio acceso a los servicios de salud, y estimular la orientación de los gobiernos hacia la creación de sistemas de seguridad social, por temor a que dichos movimientos desembocaran en revoluciones. También en este caso actuaron con buenas intenciones diferentes motivaciones e intereses. El resultado no fue un compromiso de bajo perfil, sino un fuerte estímulo para el mejoramiento de la vida humana y para la creación de un sentido moral común en torno al valor intrínseco y al valor noablemente instrumental de la salud.

En este marco es donde nace la Organización Mundial de la Salud. Las instituciones que la habían precedido habían surgido esencialmente para defender al Norte rico del mundo de las enfermedades importadas de los países pobres del Este y el Sur. Por el contrario, la propuesta de crear ya no una oficina sino una organización mundial provino, antes que de los países desarrollados, de Brasil y de China, con la finalidad de instar a una acción global y con el argumento de que las armas de la ciencia no pueden ser patrimonio solamente de los países desarrollados. A esto se agrega la idea fuerza, común en aquella época, de que la salud es una condición previa para la paz, que se tornó apremiante por las consecuencias de la guerra en términos de enfermedades, hambre y sufrimientos de poblaciones desplazadas, y a la que proporcionó todavía mayor apoyo la conciencia de que existían nuevas posibilidades de transformar en derecho la necesidad de salud.<sup>20</sup>

La organización se llamó *mundial* en lugar de *internacional*, como señal de que no era tan sólo el resultado de un convenio entre estados, sino sobre todo una exigencia de los pueblos, y tuvo por objetivo la salud, no sólo las actividades sanitarias en sentido estricto. Así

<sup>19</sup> D. Porter, “Public Health”, en *Companion Encyclopedia of the History of medicine*, cit., p. 1255.

<sup>20</sup> Cf. G. Berlinguer, *Etica della salute*, 2a. ed., Milán, EST, 1997.

se puso el acento en el compromiso global y se subrayó que el mejoramiento de la salud no depende solamente de la medicina y que se deben poner en acción “todos los factores de mejoramiento físico y psíquico de los individuos y de los pueblos”, como afirma el estatuto de la OMS. Sus cometidos experimentaron una considerable ampliación y abarcaron la lucha contra viejas y nuevas enfermedades, así como la nutrición, la niñez, las vacunas y los medicamentos, además de la salud pública.<sup>21</sup> Los puntos más altos de la actividad de la OMS, en los cuales adquirió prestigio como “sujeto moral” y como patrocinador de la salud global dotado de autoridad, fueron probablemente dos: la campaña contra la viruela, una enfermedad que en 1967 todavía era endémica en treinta y un países y afligía a 10-15 millones de personas, y que fue completamente erradicada por primera vez en la historia de las infecciones humanas; y el Congreso de Alma Ata (1978), que entablando una polémica contra el predominio de las altas tecnologías médicas lanzó con argumentos convincentes y con una fuerte motivación moral la prioridad de la actividad de atención básica (*primary health care*), que se tenía que extender a todo el mundo, como síntesis entre prevención, alimentación adecuada, disponibilidad de agua potable, atención médica a la niñez, aplicación de vacunas, control de las enfermedades localmente endémicas, tratamientos adecuados, medicamentos esenciales.

Como resultado de múltiples factores, del clima político y moral que prevaleció en especial después de 1945 y del logro de la independencia por parte de muchas naciones, en el siglo XX se consiguió por primera vez un retroceso estable de flagelos “eternos” de la humanidad y una mejoría sumamente profunda de los niveles de salud, y se aceleró la marcha hacia un notable aumento de la esperanza de vida de la especie humana. Este hecho, aunque tuvo lugar de manera bastante diferenciada en cuanto al momento histórico y al espacio geográfico del globo, manteniendo sustanciales desigualdades entre los pueblos, entre los sexos y entre las clases, representa indudablemente un extraordinario progreso social y biológico del siglo XX. Todos sabemos que el siglo pasado nos ha traído dos guerras mundiales, innumerables guerras locales, genocidios y violencias. Pero también es válido el juicio del historiador Toynbee: “El siglo XX será

<sup>21</sup> B. Fantini, “La santé comme droit fondamental de la personne: la création de l’organisation mondiale de la santé”, en *Revue médicale de la Suisse Romande*, 119, 1999, pp. 961-966.

recordado principalmente no como una época de conflictos políticos y de invenciones técnicas, sino como la época en la que la sociedad humana se atrevió a pensar en la salud de toda la especie humana como en un objetivo práctico que se podía alcanzar.”

#### V. ACTO III: LA GLOBALIZACIÓN DE LOS RIESGOS

Sin embargo, no estoy seguro de que las últimas décadas serán recordadas de la misma manera. Esta sensación se deriva principalmente de los hechos: del derrumbamiento de muchas esperanzas, de la desaceleración del proceso de atención a la salud, del incremento de las diferencias y de la desigualdad en el nivel de salud y en el grado de seguridad tanto entre los países como en el interior de gran parte de los mismos. Los indicadores globales de la salud registran todavía progresos, pero se podría decir que el problema bioético más agudo consiste ahora en la contradicción entre dos fenómenos: nunca antes ha habido en el mundo tanta salud, tantos conocimientos seguros ni tantos remedios posibles, y jamás tampoco tantas enfermedades y tantas muertes que se pudieron prevenir, evitar y curar. Al mismo tiempo hay muy poca voluntad para utilizar dichos conocimientos y remedios en el interés de todos.

Estos hechos contribuyen a explicar por qué, mientras el final del siglo XIX coincidió, después de los grandes descubrimientos médicos y los primeros resultados de la lucha contra las epidemias, con una oleada incluso excesiva de optimismo, el final del siglo XX estuvo caracterizado por la perplejidad e incluso por el pesimismo, en especial después del fracaso del incauto lema lanzado por la OMS en los años ochenta: “Salud para todos en el año dos mil.” Ciertamente no ha servido para levantar los ánimos y para recuperar credibilidad la decisión de la OMS, una vez llegado el 2000, de lanzar el mismo lema tan sólo ampliando su fecha de vencimiento al 2020 y prometiendo posteriormente: “¡A lo largo del siglo XXI!”, salvo un aplazamiento ulterior después de aquella fecha.

Una razón igualmente fuerte para este viraje de los estados de ánimo sobre las perspectivas de la salud en el mundo estriba probablemente en la percepción extendida, aunque también vaga porque está opacada por la insensibilidad, por la desinformación y por la expectativa casi de tipo milagroso de los éxitos de la medicina (todo

ADN será reparado con la terapia génica, todo órgano dañado será remplazado por uno de refacción, y así sucesivamente con las promesas), de que vivimos en una época de creciente *globalización de los riesgos*. Hoy en día esto parece cada vez más claro. He agrupado en cuatro campos, aunque se podrían agregar otros, los principales riesgos potenciales y daños actuales para la salud y para la integridad individual y colectiva; se trata de enfermedades o “patologías sociales” que producen consecuencias nocivas semejantes en los seres humanos. Se trata de las siguientes: el recrudecimiento de viejas infecciones y la aparición de nuevas; las implicaciones para la salud de la degradación ambiental; la mundialización de las drogas; la violencia destructiva y autodestructiva.

#### A. Viejas y nuevas infecciones

La extraordinaria reducción de la mortalidad por enfermedades infecciosas en todos los países del mundo y en todas las edades del hombre había alimentado, en las últimas décadas, la esperanza de un mundo sin epidemias. Desgraciadamente, la persistente vulnerabilidad de los pueblos ante los microbios y los virus ha sido demostrada, en los años setenta y ochenta, por la aparición y la identificación del virus del SIDA, que se propagó rápidamente casi a todas partes.<sup>22</sup> Fue entonces cuando, como escribió Laurie Garrett en un libro que habla de los riesgos de futuros azotes, “los límites y los imperativos de la globalización de la salud se tornaron flagrantes, en un contexto más amplio que el de las vacunaciones y el control de las diarreas de la niñez”; fue entonces cuando se hicieron evidentes “las hipocresías, las crueldades, los fracasos y los defectos de las sagradas instituciones de la humanidad, incluido el *establishment* médico, la ciencia, las religiones organizadas, los sistemas de justicia, las Naciones Unidas y los gobiernos de cualquier filiación política”.<sup>23</sup>

Después del SIDA se han identificado otros 29 virus y bacterias capaces de propagarse globalmente, los cuales hasta ahora afortunadamente se han mantenido confinados en algunas zonas. Se ha com-

<sup>22</sup> Cf. M. D. Grmek, *Historia del sida*, México, Siglo XXI, 1992, y E. Fee y D. M. Fox (ed.): *Aids: the burden of history*, Berkeley-Los Ángeles-Londres, University of California Press, 1988.

<sup>23</sup> L. Garrett, *The coming plague: newly emerging diseases in a world out of balance*, Nueva York, Penguin Books, 1995, p. 10.

probado la transmisión de uno a otro continente de enfermedades que se pensaba que persistían solamente en algunos países, como el cólera, que volvió a aparecer después de casi un siglo en América Latina. Ha crecido la presencia endémica de la malaria, que causa millones de víctimas en África y en otras zonas del sur del mundo, y que se ha extendido hasta Virginia, Estados Unidos. Ha tenido lugar un recrudecimiento y una transformación virulenta de microbios como el *Mycobacterium tuberculosis*, con un aumento de los casos que se presenta también en Europa y en los Estados Unidos de América.<sup>24</sup>

La explicación más frecuente de estos fenómenos se atribuye al aumento exponencial y a la rapidez de los traslados de hombres y mujeres entre todas las regiones del mundo. Es algo innegable que los priones, los virus, los microbios y los parásitos viajan sin pasaporte y sin visa a través de las fronteras, una verdad que ya había sido enunciada en 1943 por el historiador Henry Sigerist, acompañada ya entonces por una advertencia: “Desde que el mundo se volvió más pequeño como resultado de los actuales medios de comunicación... la solidaridad humana en el campo de la salud no puede ser pasada por alto impunemente.”

Pero existen otras razones, sin las cuales no se explicaría el surgimiento o el recrudecimiento actual de muchas enfermedades. La encefalopatía espongiforme bovina (BSE, enfermedad de la vaca loca) se propagó a la población humana de Gran Bretaña, y luego a otras partes, porque los criadores habían alimentado a las vacas con carne, vísceras y sesos de ovejas, transformando por sed de lucro en carnívoros a unos nobles herbívoros y abriendo el camino a la transmisión entre especies de los priones, los que de tal modo llevaron a cabo un “doble salto de especie”: de los ovinos a los bovinos y de éstos al hombre. Además de esto, los intereses comerciales los llevaron a ocultar el riesgo y a obstaculizar la prevención. La tuberculosis aumenta no solamente porque es una infección oportunista que ataca a los enfermos de SIDA, sino también porque crecen la pobreza y la marginalidad urbana, las carencias alimenticias, el trabajo de los niños, el empleo inapropiado e indiscriminado de fármacos antimicrobianos que provoca la selección y la diseminación en el mundo de bacterias resistentes a los medicamentos.<sup>25</sup> La persistencia de enfer-

<sup>24</sup> Sobre las nuevas y viejas enfermedades, cf. *Emerging infections*, J. Lederberg y R. Shope (eds.), Washington, Institute of Medicine, 1992.

<sup>25</sup> P. Farmer, *Infections and inequalities: the modern plagues*, Berkeley-Los Ángeles-Londres, University of California Press, 1999.

medades microbianas y parasitarias, como la malaria, depende también de la carencia de inversiones para el desarrollo de vacunas. Las sumas que están a disposición de los investigadores están en relación de uno a cien, si se hace la comparación entre los gastos dedicados al SIDA y los dedicados a la malaria; la única explicación de esta diferencia es que el SIDA puede matar a ricos y pobres, en tanto que la malaria afecta casi solamente a los pobres. ¿Y los viajes internacionales? No se realizan solamente por turismo, por cultura, por necesidad de trabajo. En los últimos diez años, 50 millones de hombres, mujeres y niños han tenido que desplazarse de uno a otro país como resultado del hambre, de desórdenes civiles, de golpes de estado y de guerras: tragedias que fueron siempre, a lo largo de la historia, precursoras de enfermedades.

En el cuadro evolutivo de las especies, así como los seres humanos siempre han tendido a colonizar nuevos territorios, los gérmenes que pueden causar enfermedades (ya sean bacterias, virus, priones, protozoarios o metazoarios) poseen un irrefrenable impulso endógeno a colonizar nuevos huéspedes. Hans Zinsser, en un libro curioso y precursor que lleva el título *Ratas, piojos e historia*, publicado en 1934, escribió: “Por más que la vida civilizada pueda volverse segura y bien regulada, las bacterias, los protozoarios, los virus, las pulgas infectadas, los piojos, las garrapatas, los mosquitos y las chinches se encontrarán siempre al acecho en la sombra para volver a lanzarse sobre la presa cuando la negligencia, la pobreza, el hambre o la guerra hacen que las defensas bajen. Y también en tiempos normales hacen presa de los pobres, de los más jóvenes y de los más viejos, viviendo junto a nosotros en misteriosa oscuridad, esperando su oportunidad.”<sup>26</sup> El hecho de que por largo tiempo nuestros comportamientos, nuestros conocimientos científicos, nuestras medidas preventivas, nuestras políticas sociales hayan mantenido a raya su tendencia invasiva (mostrando así que ser presa de las enfermedades causadas o transmitidas por ellos no era una ley natural o un castigo divino), y que ahora la realidad biosocial y las acciones y omisiones humanas llevan en cambio a incrementar sus oportunidades de agredirnos, plantea inquietantes interrogantes morales sobre nuestra responsabilidad.

<sup>26</sup> H. Zinsser, *Rats, Lice and History*, Boston, Little, Brown and Co., 1934.



### *B. Alarma de salud por la degradación ambiental*

Los últimos decenios han hecho aumentar la conciencia ambientalista en el mundo, basada en la constatación elemental de que vivimos en un único planeta. No ha sucedido lo mismo con la conciencia por la salud, ni con la relación entre ambiente y enfermedades. Cabe preguntarse qué peso han tenido para favorecer esta pasividad extendida los interesados silencios del que sabe, el oportunismo del que puede (empezando por la Organización Mundial de la Salud), las complicidades de la política y, finalmente, las distorsiones de las ciencias médicas. Éstas muestran una fuerte renuencia a reconocer que el origen de las enfermedades se encuentra en especial en la intersección entre biología humana, ambiente y sociedad. Pero cabe sobre todo preguntarse cuáles son las novedades.

El cuadro no es totalmente negativo. El principal éxito, en la relación entre salud y ambiente, consistió en el hecho de que en los últimos siglos, de manera cada vez más profunda y benéfica, muchas transformaciones del ambiente han contribuido a mejorar la salud humana; el saneamiento urbano, por ejemplo, ha sido decisivo para la lucha contra las enfermedades transmitidas por el agua o los alimentos; en igual medida, y quizá más, ha influido para la lucha contra el hambre el aumento de la productividad agrícola, que incluye también el empleo de la química y de las biotecnologías.

Sin embargo, en los últimos decenios se han acentuado los riesgos y los perjuicios inmediatos que se derivan de transformaciones negativas del ambiente, las cuales afectan ahora a todos, si bien en diferentes grados según los individuos, las clases y los pueblos. Tales efectos provienen de la contaminación del aire, de las aguas, del suelo y del subsuelo, también del empobrecimiento de los recursos naturales y de la reducción de la calidad de vida en las grandes aglomeraciones urbanas, donde se está condensando la mayoría de la población mundial. Muchas enfermedades de origen ambiental se derivan además de la globalización de producciones y consumos insalubres, así como de factores causantes de enfermedades que en su inmensa mayoría han sido introducidos desde los países desarrollados (al contrario de los infecciosos), y a veces deliberadamente trasladados hacia los países pobres en forma de industrias nocivas o de desechos tóxicos.

Como quiera que sea, los riesgos se vuelven globales. El *New York Times* publicó, el 1 de diciembre de 1997, un llamado lanzado por

médicos que subraya los posibles efectos del *global warming* (calentamiento global):

1. Enfermedades y muertes en aumento a consecuencia de oleadas de calor y de contaminación atmosférica, particularmente en las áreas urbanas, con riesgo sobre todo para los ancianos, los niños y los pobres, así como los afectados por enfermedades crónicas cardíacas y pulmonares.

2. Aumento de lesiones y muertes a consecuencia de situaciones climáticas extremas.

3. Explosión y propagación de algunas enfermedades infecciosas transmitidas por los mosquitos, incluida la encefalitis viral, la fiebre dengue, la fiebre amarilla, la malaria.

4. Propagación de algunas enfermedades transmitidas por el agua, como las diarreas infantiles y el cólera.

5. Menor disponibilidad de agua potable por efecto de la sequía, las inundaciones y el aumento del nivel de los mares.

6. Y finalmente, quizá la preocupación mayor, efectos dañinos para los organismos que viven en las tierras y los océanos, los cuales podrían poner en riesgo la producción de alimento y alterar el funcionamiento del ecosistema que hace posible la vida en nuestro planeta.

Los científicos que firman el llamado reconocen explícitamente que “existen muchas incertidumbres en estas previsiones, y algunos de los efectos sobre la salud que se describen pueden ser menos graves que estas expectativas”. No obstante, se imponen dos consideraciones. Una está dictada por motivos de orden práctico. Aunque el alcance de los daños es imprevisible, muchos de ellos ya se pueden percibir y otros se pueden prevenir en plazos no lejanos. La OMS ha evaluado, por ejemplo, que antes del 2020 se producirán 700 000 muertes (evitables) más, a causa de la exposición acumulativa a partículas producidas por los combustibles fósiles, y que antes del 2050, a causa de la expansión de las zonas de los mosquitos anófeles mucho más allá de las zonas tropicales, la amenaza de la malaria podrá aumentar de 45 a 60 por ciento y el número de muertos de 2.3 a 3.5-5 millones al año.<sup>27</sup> A partir de la existencia misma de estos procesos que ya están en desarrollo se debe volver a plantear la pregunta que es crucial en el plano ético: ¿podemos abstenernos de actuar cuando, con todo y que hay incertidumbre sobre algunas evoluciones, se

<sup>27</sup> World Health Organization, *The World Health Report 1998*, Ginebra, 1998, p. 126.

tiene la seguridad de que en caso de mantenernos pasivos los efectos serán seguramente graves, extensos e irreversibles?

La otra consideración es de carácter moral. Las consecuencias de los daños ya conocidos y las amenazas de transformaciones ambientales recaen a menudo en lugares distantes de quien los provoca y sobre seres humanos que todavía no nacen. Por ello, los análisis perjuicios/beneficios y riesgos/beneficios resultan absolutamente imposibles de proponer, en estos casos, por la total asimetría de los sujetos; algunos (pocos) obtienen los beneficios, otros (un número muy elevado) reciben los riesgos y los daños. Incluso parecen insuficientes las reglas áureas de la ética, que tienen como base las relaciones con *el prójimo*. Más bien puede tener validez el “*principio de responsabilidad*”, enunciado por Hans Jonas,<sup>28</sup> que abarca además de la ética de la proximidad una ética de la distancia, y que, por ende, tiene como objeto por un lado *el espacio mundial* y por otro *el tiempo de las generaciones futuras*. Esto implica una capacidad de previsión y de prevención que puede manifestarse solamente a nivel global, y requiere cambios también en la ética pública y en el derecho.<sup>29</sup> De no presentarse esto no veo caminos abiertos, no queriendo sumarme a la previsión enunciada en Ginebra por el emérito profesor de epidemiología John Last (¡último!) de Ottawa: “Algunos desastres ulteriores todavía más dramáticos, debidos a sucesos climáticos extremos [se estaba refiriendo a la extensa contaminación del aire en el sudeste de Asia, la cual fue provocada por el incendio de las selvas de Indonesia y exacerbada por el fenómeno El Niño], podrían ayudar a dar un fuerte impulso a la opinión pública y llevarla a ejercer presión para el cambio, a tal grado que incluso los dirigentes políticos más complacientes no podrían pasarla por alto”.<sup>30</sup> Esta hipótesis, además de poco humana, me pareció sobre de todo de mal agüero.

<sup>28</sup> H. Jonas, *Il principio responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica*, Einaudi, Turín, 1990. Original en alemán: *Das Prinzip Verantwortung*, Francfort del Meno, Insel Verlag, 1979.

<sup>29</sup> Cf. los artículos “Environmental Ethics”, en *Encyclopedia of Bioethics*, cit., vol. II, pp. 676-688, y “Environmental Justice”, en *Encyclopedia of Applied Ethics*, cit., vol. 2, pp. 93-105.

<sup>30</sup> J. Last, “Ethical dimensions of ecosystems sustainability and human health”, en CIOMS-WHO International Conference on “Ethics, Equity and the Renewal of WHO's Health-for-all Strategy”, Ginebra, 12-14 marzo de 1997.

*C. Las drogas: doble circuito y doble moral*

Para las generaciones presentes, y en especial para los jóvenes, las drogas son una amenaza fundamental. A menudo se las clasifica entre las patologías sociales del comportamiento (*sociobehavioural pathologies*), junto con las enfermedades mentales, con la sexualidad incauta no previsoras y con las violaciones. Sin embargo, no se distingue qué peso tienen en su propagación la inclinación y la libre elección, qué peso tiene la inducción y qué peso las coacciones. La distinción y la combinación entre estos componentes es importante para fines de la valoración moral y de la prevención. Según algunos el acento en la responsabilidad personal debe ser remarcado hasta tal grado que se restrinja el acceso a los tratamientos médicos por enfermedades que son consecuencia de estos comportamientos insalubres (por ejemplo, los tumores pulmonares por fumar tabaco y la cirrosis hepática por abuso de bebidas alcohólicas); éstos afirman que los tratamientos médicos deberían ser negados o, en todo caso, excluidos de los gastos públicos, si dichas enfermedades, y sólo en la medida en que así sea, se presentaron por culpa propia.

El enfoque prevaleciente en la bioética es hostil a esta discriminación, ya sea porque la gama de los comportamientos potencialmente capaces de producir enfermedades y que llevarían a su exclusión de los tratamientos médicos no tendría fin (¿por qué no penalizar también la obesidad o el sedentarismo, por ejemplo?), o por razones de principio. Mucho más allá de estas discusiones, existen dos certezas. Una es que, mientras algunos tipos de droga han acompañado en todas partes la historia evolutiva de los seres humanos (y también de otros animales), el abuso y la dependencia de éstos provocan graves daños psicofísicos. Otra es que hoy en día está conectada con las drogas la presencia de una criminalidad, frecuentemente organizada en formas multinacionales, que empuja hacia el consumo y que emplea las enormes ganancias, recicladas a través de la connivencia o complacencia de algunos sistemas bancarios, para intervenir en empresas económicas legales y a menudo también para alimentar la corrupción política.

Las discusiones más controvertidas, que involucran a los que están conscientes de los riesgos de las drogas para la salud y para la seguridad, conciernen en primer lugar el modo de transformar las producciones en los países exportadores de opio y de coca. Conciernen además la aceptación moral o no de una estrategia dirigida a la

“limitación del daño”, que tenga el objetivo de evitar que a los efectos intrínsecos de la toxicoddependencia se asocien, por un lado, el incremento de las actividades criminales y, por otro, consecuencias irreparables en la salud, como la propagación del SIDA a través de jeringas infectadas. En dicho cuadro puede encajar la legalización de las “drogas ligeras” y el suministro controlado de la heroína. No obstante, a pesar de su relevancia, no me detendré en estas importantes y complejas discusiones, en las cuales se entrelazan valores diferentes y a veces contrapuestos, como la necesidad de seguridad individual y colectiva y el deseo de solidaridad hacia los toxicoddependientes, y en las cuales resultan a menudo difíciles de conciliar las exigencias prácticas, los prejuicios ideológicos y los enfoques morales.<sup>31</sup>

Deseo subrayar en cambio una situación de “doble moral”, que es pasada por alto o no recibe más que una escasa relevancia. Las Naciones Unidas crearon desde hace tiempo una agencia especializada para combatir las drogas. Sin embargo, resulta paradójico y sólo se puede explicar con base en las relaciones de poder existentes en la comunidad internacional y en el control de los medios de información, que la máxima alarma y las acciones de mayor compromiso están concentradas en contra de la coca, el opio y sus derivados, que son drogas indudablemente nocivas y a menudo letales, las cuales son cultivadas en los países pobres del Sur y amenazan a los países ricos del Norte.<sup>32</sup> En cambio, se pasan por alto y se olvidan otras drogas, el alcohol y en especial el tabaco, todavía más nocivo y letal, que también crea dependencia y cuya producción industrial y propagación tienen lugar por obra del Norte y cuyo consumo está invadiendo también a los países del Sur a través de las empresas multinacionales. Este flujo inverso suscita muy pocas reprobaciones morales y escasas actividades de contención; es más, se lo estimula y protege abiertamente.<sup>33</sup>

La revista de la OMS *World Health* documentó que la mayor preocupación por el tabaco en el mundo es actualmente el aumento del

<sup>31</sup> Cf. G. Berlinguer, *La droga fra noi. Intervista di Danielle Gattengo Mazzonis*, Roma, Editore Riuniti, 1980.

<sup>32</sup> Solamente se refiere a estas drogas el United Nations International Control Program, *A world without drugs. It is possible*, Nueva York, UN Special Assembly, 8-10 de junio de 1998.

<sup>33</sup> J. C. Escudero, “Drogas legales, enfermedades y muerte”, en el vol. *Drogas: mejor hablar de ciertas cosas*, editado por Patricia Sorokin, Universidad de Buenos Aires, 1997.

consumo en los países menos desarrollados. Mientras el comercio del tabaco disminuye en 1 por ciento anual en el Occidente, el hábito de fumar en el Sur aumenta 2 por ciento cada año. Los expertos prevén que el cáncer y otras enfermedades a consecuencia de fumar aparecerán en estos países antes de que se controlen las enfermedades transmisibles, y, por lo tanto, el abismo entre los países ricos y pobres se abrirá todavía más. Las cifras previstas, a falta de medidas en contra de dicha tendencia, son de diez millones de muertes cada año a partir del 2030, de los cuales el 70 por ciento serán de los países pobres o en vías de desarrollo.<sup>34</sup>

En el plano de la ética pública, frente al doble circuito de las drogas, los gobiernos y las organizaciones internacionales despliegan una doble moral. La Unión Europea, por ejemplo, decidió invertir dos millones de dólares, con gran aparato publicitario, en la lucha contra los tumores, en particular el cáncer de pulmón; al mismo tiempo destinó más de dos mil millones de dólares para fomentar el cultivo del tabaco en Europa y su exportación hacia otros lugares del mundo. Estados Unidos, por su parte, ha “donado” en las últimas décadas a países pobres 700 millones de dólares en semillas de tabaco, con el compromiso de adquirir después las hojas de las plantas, en el marco de los programas de ayuda llamados *Alimentos para la paz*. Además han amenazado con aplicar sanciones comerciales contra cuatro naciones asiáticas, que querían prohibir la entrada de los cigarrillos producidos en Estados Unidos.<sup>35</sup> La World Trade Organization (WTO) considera que limitar la venta internacional del tabaco y los cigarrillos sería una grave violación de las reglas del libre comercio, y más aún incluye al tabaco en la lista de las mercancías que tienen un apoyo prioritario en la apertura de los mercados extranjeros, acordando sanciones en contra de los que se oponen. Estas orientaciones tienen, en el plano moral, un vergonzoso precedente en una de las páginas más negras del colonialismo: la guerra del opio (1840-1842), que fue desencadenada por Inglaterra para imponer que sus exportaciones de esta droga siguieran entrando a China, después de que el gobierno de este país había intentado frenar la afluencia de esta mercancía producida entonces en la colonia inglesa de la India. La diferencia radica ahora en las épocas y en las dro-

<sup>34</sup> World Health Organization, *Tobacco alert: the tobacco epidemics. A global public health emergency*, Ginebra, 1998.

<sup>35</sup> M. Roemer y R. Roemer, “Global health, national development”, en *American Journal of Public Health*, 80 (10), 1990, p. 1189.

gas, pero en especial en el hecho de que en una época más civilizada las decisiones de la World Trade Organization han remplazado a los buques cañoneros.

No agrego más comentarios a estos hechos, que resultan por sí mismos evidentes y amargos. Sin embargo, plantean tres interrogantes morales:

1. Cuando se habla de promoción de la salud, de derechos humanos, de ayuda a los países subdesarrollados, ¿se puede olvidar que quizá por primera vez en la historia, seguramente a escala tan global, existen poderosas organizaciones internacionales que promueven a favor de sus propios intereses, por medio de la publicidad y los incentivos, comportamientos que son seguramente nocivos y a menudo letales?

2. ¿Debemos pensar que la propagación de las drogas merece atención y requiere intervenciones sólo cuando está implicada con las organizaciones criminales, y merece en cambio protección comercial e impunidad penal cuando está implicada con organizaciones industriales reconocidas por la ley, con todo y que es globalmente más destructiva para la salud y la vida?

3. Finalmente, ¿qué es lo que hacen las Naciones Unidas, la OMS, los gobiernos de los países ricos y de los países pobres para encarar estas distorsiones y para evitar, o al menos reducir, esta matanza anunciada?

Un destello de esperanza, es justo reconocerlo, se abrió en 1998 con las orientaciones enunciadas en la OMS (el lema fue: *roll-back tobacco*)\* por la doctora Go Brundtland en cuanto fue elegida directora de dicha organización.

#### *D. La violencia y las violencias*

En este trabajo no presentaré un “cuadro epidemiológico” de las violencias. Recordaré solamente que son la causa principal de muerte de los adolescentes y los jóvenes, en casi todos los países del mundo, sobre todo de los de sexo masculino; que atormentan y destruyen la integridad corporal y mental y la vida de millones de mujeres y niños; que perturban la seguridad, la conciencia colectiva y la convivencia social.

\* “Retrocede, tabaco”, en inglés. (T.)

El análisis de las violencias no puede prescindir del hecho de que nuestro siglo ha estado caracterizado por extraordinarios progresos humanos, pero también por guerras y genocidios que en ciertos aspectos no tienen igual en la historia. Esto debería ayudarnos a comprender que muchas raíces y muchas motivaciones de las violencias individuales y colectivas se encuentran en las diversas formas de la intolerancia y tienen en común el desprecio por el valor de la vida. En Colombia, por ejemplo, este valor parece estar actualmente cerca de cero, dado que en los años transcurridos entre 1974 y 1995 se han presentado 338 378 homicidios, los cuales representaron en 1994 el 24% de todas las causas de muerte en el total de la población.<sup>36</sup>

Es difícil construir una taxonomía de las violencias. Existen violencias reales y violencias virtuales, es decir, existe una realidad que en especial hoy en día se refleja en las violencias que son comunicadas o imaginadas (agigantando así aquellas reales), las cuales se encuentran todos los días y a todas horas ante la mirada de todo el mundo, sobre todo de los niños, por medio de la televisión, el cine y las cadenas informativas. El análisis de las violencias puede apoyarse en muchas estadísticas que, sin embargo, con frecuencia son solamente parciales. También es difícil valorar si las violencias son mayores que en el pasado: lo que parece seguro es que hoy en día son más conocidas, aun cuando la información es con frecuencia selectiva y distorsionadora, sobre todo cuando las víctimas de la violencia son las mujeres. Son sobre todo ellas mismas las que han contribuido a ponerla al descubierto, pero en muchos casos permanecen todavía ocultas; por ejemplo, muchos consideran que el gran número de mujeres muertas en la India con la fórmula “incendio accidental” como indicación de la causa está ocultando el recurso tradicional, todavía presente.<sup>37</sup>

En el plano legal se hace la distinción entre las violencias con dolo (del latín *dolus* = engaño, fraude; según el derecho penal, voluntad consciente de realizar el hecho), las violencias preterintencionales, en las que el suceso perjudicial supera por su gravedad a la simple intención, y las violencias sujetas a culpa que se deben a negligencia, impru-

<sup>36</sup> S. Franco, *El quinto: no matar. Contextos explicativos de la violencia en Colombia*, Santa Fe de Bogotá, TM Editores, 1999.

<sup>37</sup> Cf. García Moreno, *cit.*, en L. Chen y G. Berlinguer, “Health equity in a globalizing world.” en T. Evans, M. Whitehead *et al.*, *Challenging inequities in health. From ethics to action*, Oxford University press, Oxford-Nueva York, 2001, pp. 34-44.



dencia, incompetencia, inobservancia de reglas. ¿Pero es justa esta distinción en el plano moral? Existen violencias que en ámbito penal se juzgan como de culpa y que, sin embargo, se deben a la “voluntad consciente”, dictada por el propio interés, de lucrar sin respetar las reglas, como sucede frecuentemente con las enfermedades y los accidentes en el trabajo. Otras decisiones humanas dictadas por razones semejantes, que producen perjuicios a las personas así como sucesos letales que se pueden calcular y prever estadísticamente, son la producción de automóviles proyectados y anunciados en la propaganda con las características principales de viajar al doble de los límites de velocidad permitidos en cualquier país, así como también la publicidad de los automóviles basada en la agresividad del conductor. Actualmente, los accidentes automovilísticos ocupan el noveno sitio a nivel mundial entre los factores que determinan la pérdida de años de vida y de DALY (*Disability adjusted life years*: años de vida perdidos, calculados en proporción con el grado de incapacidad), y se calcula que dentro de veinte años pasarán a ocupar el tercer sitio. Incluso la OMS ha tendido a sustituir, para muchos accidentes laborales, de tránsito y de la vida doméstica, la noción de accidente (*bad luck*, mala suerte) por la de dominio del peligro.<sup>38</sup> El mismo criterio debería ser válido para gran parte de las catástrofes consideradas erróneamente “naturales”, porque con gran frecuencia se trata de fenómenos causados o agravados por el descuido humano.

En la relación con las biociencias y con la práctica de la medicina, la primera precaución consiste en evitar que estos fenómenos sean atribuidos a causas puramente biológicas y confiados solamente a la medicina para efectos de prevención y de eventuales tratamientos curativos: esto es, que sean transformados en casos médicos. La medicina resulta involucrada de todas maneras, por motivos diferentes y opuestos. También, a veces, como creadora o cómplice de violencias. En la Unión Soviética se utilizó durante decenios la psiquiatría como instrumento de represión política, en América Latina las dictaduras militares gozaron de la complicidad de muchos médicos en la tortura de los prisioneros, las esterilizaciones forzadas de débiles mentales en Suecia y las lobotomías han sido practicadas todavía en varios países europeos hasta épocas recientes (iA. C. Moniz Egas obtuvo el premio Nobel en 1949 junto con W. R. Hess por haber intro-

<sup>38</sup> Cf. el fascículo “Violence, a matter of health” de *World Health*, núm. 1, enero-febrero de 1993.

ducido esta intervención!); estos ejemplos nos han hecho comprender que la aplicación no solamente del Código de Nuremberg, sino también del principio hipocrático “primero, no dañar”, no es todavía una noción universal.

Sin embargo, con mayor frecuencia la medicina es convocada para poner remedio a las violencias: para atender a sus víctimas, pero también a sus culpables. Ha suscitado amplias discusiones la decisión de algunos jueces (en algunos casos a petición de personas que nuevamente habían sido objeto de violaciones sexuales) de recurrir a la castración física o química para impedir la reiteración del delito. Se involucra además a las ciencias biológicas y a las del comportamiento para explicar los impulsos individuales hacia la criminalidad y la agresividad.

De estas investigaciones se pueden derivar conocimientos importantes, pero no creo que las violencias puedan ser interpretadas exclusivamente con la categoría sociobiológica de la “agresividad humana”. Ésta quizá puede explicar algunos casos aislados, o puede proporcionar un punto de vista que es preciso tomar en cuenta para evitar una interpretación puramente sociológica del fenómeno, pero no puede explicar las oscilaciones espacio-temporales (que tienden frecuentemente al incremento) de la violencia global y de cada uno de los tipos de violencias, ni englobar el incremento de la influencia del crimen organizado y de aquello a lo que se llama impropriadamente (porque no es pequeña ni insignificante) la “microcriminalidad urbana”. Ésta tiene muchos orígenes, entre los cuales se cuentan, sobre todo en las megalópolis de los países pobres, el contraste entre las riquezas exhibidas y la extensa miseria. Se ha observado que “vivir en sociedades desiguales es un factor de riesgo no sólo para los que son relativamente pobres, sino para las personas de ingreso superior, a causa de los mayores niveles de violencia y de la menor cohesión que dañan a todos, y no solamente a los pobres”.<sup>39</sup>

En el plano general, es difícil aceptar que cuando existe violencia en una región del mundo contra un sexo o una etnia, o contra una idea que se encuentra en el cerebro de las personas o contra un color que distingue su piel, cuando la violencia es motivada por razones ideológicas o nacionalistas o religiosas o para vengarse del mun-

<sup>39</sup> F. Diderichsen, “Measuring causes of inequalities in health: an epidemiological perspective”, disertación presentada en la reunión de la Global Health Equity Initiative, taller en China, octubre de 1997.

do, cuando la violencia es una forma de criminalidad organizada o extendida, o de opresión política, o de acción y reacción, es difícil aceptar, decíamos, que en cada uno de estos casos cualquier persona pueda pensar: no es mi problema. Que pueda aislarse, aun cuando esté protegida por una doble coraza de insensibilidad. Así como las drogas se pueden transmitir por inducción al consumo, así las violencias se pueden transmitir no solamente por medio de la actividad de las organizaciones criminales y, a veces, de los aparatos estatales, sino también por rutas materiales y culturales: por imitación, por sugestión, por búsqueda de espectacularidad, por las tensiones que crean en los individuos, en los grupos sociales y en los pueblos. Se pueden transmitir como las infecciones. La diferencia principal es que para éstas no existen medicamentos o vacunas, y que requieren sobre todo de anticuerpos sociales y morales.

Tengo la impresión de que frente a las violencias (como frente a las drogas), además de la tendencia a aislarse, prevalece a veces otro sentimiento: la selección con base en sus tipologías, en sus causas verdaderas o supuestas, en las características de sus creadores o de sus víctimas, una selección que lleva en algunos casos a aprobarlas y a condenarlas en otros. En nuestro ánimo aprobamos o eliminamos, impidiéndoles que afloren hacia la conciencia crítica, aquellas formas de violencia que no nos afectan directamente, o bien que corresponden a las cristalizaciones y a las deformaciones de nuestro sistema mental y de los valores dominantes. Creo que modificar esta postura es la condición preliminar para encarar de manera orgánica el problema de las violencias y de la seguridad personal.

### *¿Qué tienen en común A, B, C y D?*

La etiología, la difusión, los efectos, las maneras para contrarrestar los cuatro fenómenos que he analizado sumariamente son diferentes y raramente coinciden unos con otros. Sin embargo, tienen algunas características comunes.

1. Una es que el daño afecta frecuentemente a las personas, las clases, las etnias, las poblaciones de manera selectiva, aun cuando no exclusiva, en relación inversa con el nivel económico, el de instrucción y el poder, introduciendo o reforzando por ende las condiciones de inequidad. A esto se agrega que la misma regla es válida casi siempre para el acceso a los remedios, cuando existen: tanto para los

tratamientos médicos en caso de enfermedad como para la seguridad ante las violencias y para las eventuales catástrofes ambientales posibles. Frente a la posible elevación del nivel de los mares, por ejemplo, en Estados Unidos se ha puesto en marcha el “National assessment on the potential consequences of climate variability and change”, que entre otras cosas estudia la construcción de diques para resguardar de las aguas a los diez millones de habitantes del área de Nueva York. Los cien millones que viven en Bangladesh, que tiene la misma altimetría, no tendrían más que la alternativa entre emigrar y quedar sumergidos.

2. Otra característica es que las amenazas se están volviendo cada vez más globales. Por ello, existen nuevas y mayores razones empíricas para asociar el interés inmediato de cada uno de los individuos y pueblos con un *derecho moral universal*.

3. Además, es posible con frecuencia identificar para cada uno de estos fenómenos, que afectan más o menos a todos, la existencia de sujetos más influyentes que sacan provecho económico del hecho de producirlos (y, a veces, posteriormente, de preparar remedios tardíos cuando los males ya se han producido). Para el punto *A* se puede pensar en los criadores de bovinos de Gran Bretaña (encefalopatía esponjiforme), para el *B* en las industrias contaminantes, para el *C* en los cárteles de Medellín y de Cali y en las multinacionales del tabaco, para el *D* en el crimen organizado y en los fabricantes y vendedores de armas.

4. Finalmente, resulta claro que las infecciones, así como también las contaminaciones, las drogas y las violencias, son hoy en día en gran medida fenómenos *antropógenos*, no debidos a la naturaleza o a la casualidad, sino más bien a elecciones humanas; como tales son por ende susceptibles de modificación con base en actos voluntarios que nos son dictados por la necesidad, además de por la conciencia. El lugar de un riesgo debido predominantemente a factores naturales lo toma una condición construida sobre elecciones personales y colectivas, sobre enfoques económicos, sociales y culturales y sobre elecciones de valores. Las consecuencias prácticas y morales de esta interpretación son relevantes: si estos fenómenos son de naturaleza antropógena, de hecho no son fatales; se los puede prever, controlar y modificar en gran medida.

## VI. ACTO IV: EL RETROCESO DE LOS PARADIGMAS DE LA SALUD

Sin embargo, a la globalización de los riesgos corresponde una restricción o, en todo caso, un estado inadecuado del compromiso global para contrarrestarlos, para orientar conocimientos y medios en esta dirección. Esto se debe también a un retroceso de los paradigmas de la salud y a una depreciación de la salud misma en las escalas de prioridad de los gobiernos y de las instituciones internacionales. Esta tendencia general puede ser observada en diferentes campos, algunos contiguos y otros conectados. Los examinaré de manera esquemática (en el sentido de sintético, y quizá unilateral), con un diferente grado de argumentación y de demostración para los diversos puntos.

*La salud: ¿finalidad o más bien obstáculo?*

En lugar de la idea de que la salud es un fundamento (como multiplicador de los recursos humanos) y que es sobre todo una finalidad primaria del crecimiento económico, se ha instalado casi universalmente una idea opuesta: que los servicios públicos de salud y la universalidad de los tratamientos médicos son un obstáculo, y a veces el obstáculo principal, para las finanzas públicas y para el desarrollo de la riqueza; y que por lo tanto la reducción de los gastos en cuidado de la salud es uno de los mayores imperativos de todo gobierno. La sentencia de Benjamin Franklin según el cual *Health is wealth*, la salud es riqueza (de los países), también puede ser discutida porque parece atribuir a la salud un valor instrumental con respecto de la prosperidad económica. No obstante, ésta y otras propuestas semejantes constituyeron, durante cerca de un siglo, la base de un fuerte y fructífero empeño de los gobiernos y los parlamentos. Hoy en día prevalece el imperativo opuesto: es preciso reducir, recortar los gastos para la salud. Quienes deciden la política de salud ya no son ahora los ministros de salud (creados casi en todas partes en la segunda mitad del siglo xx) sino los de economía. Es algo obligado agregar que racionalizar, es decir, evitar los derroches y dirigir hacia una mayor eficacia y equidad el uso de los recursos (monetarios o no) destinados a la salud, que de cualquier manera no son ilimitados, es un imperativo que ha sido pasado por alto durante demasiado tiempo.

*De los tratamientos primarios a las altas tecnologías*

En lugar del modelo de prevención y de tratamiento basado sobre todo en la *primary health care* (atención básica de la salud), dirigida hacia las necesidades esenciales y puesta al alcance de todos, se ha instalado en gran parte de los países la tendencia a dismantelar la programación pública de las prioridades y a difundir en primer término tecnologías costosas y reservadas a unos pocos privilegiados, incluso en los países en los que los recursos son sumamente escasos. Como consecuencia, son muy numerosos los que sufren por verse privados de tratamientos médicos y otros por su exceso. Mientras conceptualmente se acepta la idea de emplear los recursos para la *evidence based medicine*, es decir, para tratamientos médicos de probada eficacia, se difunde una medicina basada en los procedimientos invasivos. Esto sucede, por ejemplo, en la cirugía ginecológica, donde existe un exceso de histerectomías y de partos por cesárea, así como en otras ramas de la cirugía. La misma tendencia se está manifestando en la “medicina preventiva”, donde existe un encarnizamiento por hacer pruebas y diagnósticos incluso cuando no existe la demostración de su utilidad ni un remedio posible para un riesgo eventualmente confirmado.<sup>40</sup>

*De las concepciones holísticas al reduccionismo*

En la época de las especializaciones y de la fragmentación de los saberes, que ha venido acompañada y ha sido enriquecida por el análisis de todo el conjunto y por muchas nociones de síntesis adquiridas, que han hecho posible llegar a concepciones más holísticas de los seres humanos y de su relación con la salud, con el ambiente y con la sociedad, se ha dado en cambio un deslizamiento hacia el reduccionismo. Éste asume múltiples formas.

Por ejemplo:

A] Se habla cada vez más de “sistemas sanitarios” en lugar de hablar de “sociedad sana” y de “sistemas de salud”: esto es, la salud es reducida a la atención en caso de enfermedad; y la pre-

<sup>40</sup> M. Tombesi y V. Caimi, “Medicina basata sull’invasenza. La nuova inflazione medica si nasconde nella medicina preventiva”, en *La salute in Italia. Rapporto 1999*, edición al cuidado de M. Geddes y G. Berlinguer, Roma, Ediesse, 1999, pp. 45-66.

- vención, que implica sobre todo intervenciones en el ambiente, el trabajo, la sociedad y la educación, es reducida a la medicina preventiva, la cual se ocupa del diagnóstico temprano de enfermedades ya existentes.
- B] Los múltiples factores que influyen sobre la salud a menudo se ven restringidos a los de pertinencia individual: el patrimonio genético y los comportamientos personales (*life styles*). Éstos son importantes, pero ciertamente no exclusivos, y casi siempre interactúan con otras causas que producen enfermedades.
- C] La discusión sobre la consecución de los medios disponibles para la salud se concentra solamente en los recursos monetarios, a los que siempre se define como “escasos” (sin distinguir ni siquiera entre escasez absoluta o relativa), descuidando el aspecto de los recursos humanos, las modificaciones laborales y ambientales, la información y la instrucción, esto es, factores de salubridad y recursos inmateriales que en muchos casos son potencialmente ilimitados.
- D] La equitativa distribución de los recursos para los tratamientos médicos es remplazada por la idea de racionarlos. El término “racionamiento” ha sido tomado prestado de la experiencia de guerra de manera del todo impropia, tanto por el contexto como por las finalidades y los métodos propuestos. En época de guerra el racionamiento tiene efectivamente como finalidad la *inclusión*, es decir, la distribución equitativa para todos (es más, dando preferencia a los débiles, a los que están destinadas raciones más altas) de los escasos bienes disponibles, y penalizando la adquisición fuera de las reglas (mercado negro). Ahora, en cambio, se quisiera proceder *por exclusión*, decidiendo quién debe recibir tratamiento y quién no en el ámbito de los servicios públicos, y dejando libre de obtener los tratamientos médicos en el mercado a cualquiera que pueda hacerlo. Por otra parte, éste y otros tipos de “racionamiento” existen ya, en formas ocultas o manifiestas; la diferencia es que ahora se pretende hacer una extensión legalizada de este procedimiento y se le busca una justificación moral.<sup>41</sup>

<sup>41</sup> G. Berlinguer, “Diritto alle cure: priorità o razioneamento”, en *Qualità Equità*, A. IV, núm. 16, octubre-diciembre de 1999, pp. 39-49. Cf. también, en el mismo

*El liderazgo en la salud: de la OMS a BM, FMI y OMC*

La Organización Mundial de la Salud, con todo y que mantiene su prestigio en el plano técnico-científico, ha perdido su función de guía en las políticas de salud del mundo a causa de sus deficiencias y de la falta de compromiso de muchos gobiernos. Ya un análisis llevado a cabo en 1996 por la Fundación Hammar skjöld había denunciado su crisis: la OMS “ya no es la agencia-guía natural de la conciencia mundial en el campo de la salud. Problemas críticos como la equidad y los derechos humanos en relación con la salud no han sido activamente perseguidos por la OMS durante mucho tiempo”. El análisis añadía que el haber puesto todo el énfasis en la asistencia técnica ha sofocado su actividad normativa, con el resultado de que los gobiernos del Norte ya no comprenden su función, mientras “muchos gobiernos del Sur la ven como una de las tantas agencias donadoras”. Finalmente, la OMS ha seguido insistiendo predominantemente en el paradigma biomédico, en “una manera de pensar inadecuada para llevar a cabo análisis amplios e intersectoriales de los problemas de la salud”, y ha propuesto el mismo paradigma como única base de la investigación científica concerniente a la salud humana.<sup>42</sup>

Estas distorsiones, unidas al peso creciente de las finanzas y el sistema bancario en la escena internacional, han provocado efectivamente que los poderes y las influencias en este campo se hayan desplazado hacia el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional (y en algunos campos la Organización Mundial de Comercio), organismos que son hoy en día los líderes de referencia en la salud, que contribuyen más que la OMS a ejercer su influencia en las políticas de salud y que a menudo, en los países menos desarrollados, las orientan directamente. La diferencia principal entre la OMS y estas otras agencias es que éstas, con todo y que pueden tener una valencia moral en sus actividades financieras, no son ciertamente “sujetos morales” responsables como tales hacia la salud y la vida humana. Estos valores constituyen en el mejor de los casos un *optional* de su actividad y, en el peor de los casos, una ocasión más para drenar recursos hacia el comercio y las finanzas.

fascículo de la revista, los escritos sobre el tema de Len y Lesley Doyal, Thomas Murray, A. Williams, D. Winkler, D. Callahan, J. Harris, A. Maynard, J. T. Hart y A. Campbell.

<sup>42</sup> *Global health cooperation in the twenty-first century and the role of the UN system*, Reporte de una consulta en Uppsala, Suecia, 18-20 de abril de 1996, The Dag



Las consecuencias prácticas de este desplazamiento de poderes son múltiples. Por ejemplo, las políticas implantadas por la OMS en los años ochenta para contrarrestar el consumo excesivo de leche artificial en los países pobres, por la razón de que en sus precarias condiciones de higiene puede ser vehículo de infecciones y muy dañina para la salud de los recién nacidos, fueron frenadas mediante la invocación de las reglas del libre comercio. La iniciativa para hacer accesibles para todos los pocos centenares de medicamentos esenciales, incluidos en una lista científicamente elaborada, ha sido obstaculizada y echada a perder bajo la presión de las industrias farmacéuticas. Posteriormente, se instituyó fuera de la OMS una Comisión para el registro de los fármacos, bajo el control predominante de la industria.<sup>43</sup> En el plano de la investigación científica se han dejado desatendidas las enfermedades “huérfanas”, tanto las que lo son por su rareza como las que adquieren ese estatus en la medida en que, con todo y que están sumamente propagadas en el mundo (como la malaria y la tuberculosis), no interesan al mercado porque afectan sobre todo a los pobres, los cuales no tienen los medios para comprar medicinas.

Sin embargo, la influencia más rápida y más profunda del BM y del FMI se ejerció a partir del informe sobre el desarrollo mundial de 1993, al que se dio el significativo título de *Invertir en la salud*,<sup>44</sup> al sugerir, alentar o imponer las “reformas sanitarias” que han caracterizado a gran parte de los países en los años siguientes. Ciertamente era necesario corregir los excesos de intervención del estado, las deformaciones burocráticas, el carácter impersonal de los servicios públicos de salud. Sin embargo, el eje central de tales reformas fue la tentativa no de integrar, sino más bien de instalar en lugar de los sistemas de asistencia universal las actividades privadas y de seguros, es decir, un modelo que se ha revelado en Estados Unidos, donde ha sido predominante, el más costoso de todos, el menos equitativo y el menos eficaz, en términos de relación costo/beneficios, en cuanto a la equidad de acceso y a los niveles de salud alcanzados. Si a esto se agrega la tendencia de la OMC de incluir, entre las actividades prote-

Hammarskjöld Foundation, Uppsala, Suecia.

<sup>43</sup> M. Koivusalo y E. Ollila, *Health policy by default. The changing scene on international health policies*, conferencia leída en el World Congress of Sociology, Montreal, 1998.

<sup>44</sup> World Bank, *World Development Report 1993: Investing in Health*, Oxford

gidas por las reglas del libre comercio, la “venta de servicios de salud” por parte de empresas nacionales o multinacionales, se puede vislumbrar la posibilidad de que la salud, en lugar de ser reconocida como *universal right*, se convierta en *universal business*, esto es, que pase de ser considerada un derecho humano universal a ser explotada como un negocio mundial, que puede encontrarse actualmente entre los más lucrativos.

### *De la salud indivisible a la ilusión de la impunidad*

Finalmente, en lugar de la idea de que la salud del mundo es indivisible, una idea que ha sido crucial durante más de un siglo y que constituyó el fundamento del nacimiento de la OMS, se ha instalado la convicción, muy difundida en Europa, en Japón y en Estados Unidos, de que nuestros pueblos pueden gozar del máximo de salud aislados de los sufrimientos de los demás. La misma ilusión se ha difundido en el interior de toda nación, entre los grupos sociales sanos y ricos, frente a los problemas y las tragedias de los menos afortunados. Esta tesis, a diferencia de las que hemos desarrollado anteriormente, queda aquí solamente enunciada; pero no es difícil encontrar pruebas de ella en los enfoques morales y en las actitudes prácticas, en nosotros y en torno a nosotros. Si se acentuara esta indiferencia, la consecuencia moral del aumento de las desigualdades materiales frente a la vida, la enfermedad y la muerte podría desembocar en la dificultad de mantener las relaciones con nuestros semejantes sobre la base del mutuo reconocimiento de pertenencia a la misma humanidad.

## VII. LA FRONTERA DE LA EQUIDAD

El tema de la equidad, al que ya he hecho alusión al final del primer capítulo, se sitúa hoy en día en este cambio de fase. Constituye una visión esencial en la perspectiva de la “salud global” y en la valoración moral en general, en parte porque la adversidad humana a las “diferencias inequitativas” en la salud es en general más profunda que hacia otras (por ejemplo, hacia las que existen en el ingreso monetario).

En el plano conceptual, el derecho a la salud no puede ser entendido en términos de igualdad, sino más bien de equidad. Sería un absurdo, una negación tanto de las imprevisibles combinaciones de los genes como de las biografías de los sujetos y de las libres elecciones de los individuos, aspirar a una salud igual para todos, para hombres y mujeres que nacen y crecen diferentes. Por ello, no todas las desigualdades en la salud son injustas. No lo son, por ejemplo, las que tienen una base genética, aun cuando pueden volverse injustas cuando se descubren remedios para ellas, preventivos o terapéuticos, pero éstos son utilizados de manera preferencial. Tampoco pueden ser definidas como injustas las desigualdades que provienen de comportamientos insalubres o riesgosos, siempre y cuando hayan sido escogidos libremente, mientras sí lo son las que provienen de comportamientos inducidos o forzados. Está en especial el campo sumamente amplio de la distribución inequitativa de las enfermedades y de los accidentes vinculados con condiciones laborales y ambientales, con la posición ocupada en la jerarquía social y con las diferencias de saber y de poder, esto es, con las maneras en que la sociedad está estructurada. “La inequidad en la salud —ha afirmado la OMS— se refiere a las diferencias que son *no necesarias* y que se *pueden evitar*; y que al mismo tiempo son *inaceptables* e *injustas* (*unfair*).” En esta frase hay expresiones que definen la objetividad, la posibilidad práctica de intervenir con conocimientos y remedios, y otras que se refieren a la subjetividad, al nivel de la percepción ética y a la voluntad de actuar. Traduciendo estas valoraciones en términos propositivos, se puede concluir que la equidad consiste *en crear o favorecer, para cada individuo, la posibilidad de perseguir y alcanzar el nivel potencial de salud que le es propio*.

En el siglo xx se ha logrado un considerable acercamiento a este objetivo, que es irrealizable en su totalidad, con la prolongación de la duración de la vida en casi todos los países. Ésta no es seguramente la única medida, pero sí la más sencilla y elocuente para definir el nivel de salud. A pesar de la persistencia de notables diferencias (hoy en día el promedio de vida en Sierra Leona es de 40 años y de 80 en Japón), en la segunda mitad del siglo xx este indicador esencial ha mostrado una tendencia más convergente que en el pasado entre las diversas áreas del mundo, con sensibles ganancias de longevidad incluso en los países menos desarrollados. En el periodo más reciente, sin embargo, se han dado graves señales de una mayor discrepancia, en parte debido a que las formas de la globalización están creando

profundas disparidades e inestabilidades. La crisis financiera asiática, por ejemplo, ha dejado tras de sí, en algunos países, un empobrecimiento masivo, como en Indonesia. Algunas naciones del África subsahariana están excluidas de los beneficios del progreso médico (por ejemplo, la prevención y los tratamientos para el SIDA), marginadas de las fuerzas de la globalización, y empujados por las enfermedades, por el hambre y las guerras hacia una tragedia demográfica. En Rusia, por el fracaso de un proyecto comunista apoyado en la falta de libertad y, posteriormente, “por la introducción del capitalismo con métodos bolcheviques”, como escribió Emma Rothschild, está en proceso una verdadera tragedia demográfica. Tal vez por primera ocasión en la historia humana (excepto en épocas de guerra, pandemias y carestías) hay de hecho un aumento consistente de la mortalidad entre los varones en edad adulta, que padecen de enfermedades y de alcoholismo, pero sobre todo de la pérdida de la identidad personal. Las mujeres, que mantienen en alguna medida su función y su sistema de relaciones, sufren menos, a tal grado que Mark Field ha definido dramáticamente a Rusia como “un país de viudas fuertes”.

También en el interior de los países desarrollados, en el marco de economías estables y de mejorías ulteriores de la “salud promedio”, los desniveles tienden a crecer, en parte por efecto de un acceso diferenciado a los beneficios de la medicina. La duración de la vida de los enfermos de SIDA, por ejemplo, era breve para todos cuando todavía no había terapias; cuando fueron introducidos fármacos de cierta eficacia, la curva de la supervivencia se bifurcó claramente en favor de aquellos que tenían la posibilidad de recibir tratamiento. De manera semejante, se ha confirmado que en Roma el tiempo de espera para un trasplante de riñón, para los enfermos sometidos a diálisis, fue mucho más breve (en relación de 1 a 2) para los sujetos titulares de una licenciatura universitaria con respecto de los que sólo cuentan con una educación básica. En ambos casos esta “selección artificial” no ha sido realizada con base en reglas morales o en normas legales; tiene lugar tácitamente con base en el *know-how*, en las relaciones de nivel económico y de poder y también en el *know-whom*: es decir, con base en la aspiración de tener, como se dice popularmente, la vara alta con los influyentes.

En su conjunto, a partir de las situaciones más desesperadas y de lo que sucede “normalmente”, surge un cuadro de mayores diferencias entre países y en el interior de los países. En un encuentro pro-

movido en Ginebra en 1997, la situación fue descrita en estos términos:

El conjunto de los progresos en la salud que han tenido lugar en todo el mundo, han sido opacados por el incremento en la disparidad entre ricos y pobres. El número de personas que viven en la pobreza absoluta abarca ahora a una quinta parte de la humanidad, esto es, mucho más de mil millones de personas. En la salud, crece la disparidad entre áreas urbanas y rurales, con los recursos concentrados en las ciudades. En el mismo país la esperanza de vida al nacer puede ser 18 años mayor o menor según las provincias, la mortalidad infantil puede ser tres veces más alta de una a otra zona, y más del 80 por ciento de los gastos en salud se hace en favor del 40 por ciento de la población.<sup>45</sup>

Las causas de estas discrepancias crecientes dependen también de los correspondientes desequilibrios en el ingreso, pero el nivel de salud y la esperanza de vida de una población, así como también de los individuos, no es una función directa y exclusiva del PIB (producto interno bruto: *GNP*) ni del ingreso *per cápita*. Esto se deriva también de una razón biológica obvia: “A diferencia de otros bienes, cuya adquisición puede incrementarse con mayores entradas, su importancia para permitir la ‘adquisición’ de una vida más larga disminuye y cae claramente hasta cero en el límite extremo de la vida.”<sup>46</sup> Sin embargo, la explicación radica en especial en las diferencias sociales y culturales, y en el valor que los individuos y la colectividad atribuyen al bien salud. En este campo, “responsabilidad individual y responsabilidad social son inextricables en términos generales”.<sup>47</sup>

Con respecto a la correlación entre ingreso *per cápita* y salud, existen de hecho sensibles variaciones que resultan inexplicables si nos basamos en valoraciones puramente económicas. Algunas naciones poco industrializadas como Sri Lanka, Costa Rica y Cuba tienen un bajo ingreso *per cápita*, una elevada esperanza de vida y buenos indicadores de salud. Sri Lanka, por ejemplo, tiene una es-

University Press, 1993.

<sup>45</sup> WHO-CIOMS, *Draft report of a meeting on policy-oriented monitoring of equity in health and health care*, Ginebra, 29 de septiembre-3 octubre de 1997.

<sup>46</sup> S. Anand, *Global health equity: some issues*, conferencia presentada en el taller sobre Global Health Equity, Harvard, Harvard Center for Population and Development Studies, 20 de septiembre de 1996 (texto mecanografiado).

<sup>47</sup> A. Sen, “Uguali e diversi davanti alla salute”, en *Keiron*, A. I, núm. 1, junio de

peranza de vida superior en 11 años, y una mortalidad infantil inferior en 30 unidades por cada mil nacimientos, con respecto a otras naciones con idéntico ingreso *per cápita*. Un cuadro diferente, a veces opuesto, existe en cambio en Brasil, Sudáfrica y Arabia Saudita, donde el ingreso promedio es más alto, las injusticias más profundas y la salud peor. Estas diferencias dependen del nivel de instrucción, del papel de las mujeres en la sociedad, del acceso al agua potable, de la distribución de los alimentos, de la higiene de las habitaciones, del grado de equidad y de cohesión social.<sup>48</sup> También entre los países desarrollados existen diferencias semejantes, que solamente se pueden explicar por medio de la diferente escala de valores y las estrategias divergentes adoptadas en relación con la salud y la equidad. Richard Wilkinson ha demostrado, por ejemplo, que las tasas de mortalidad son más bajas en los países que tienen en su interior menores *diferenciales de ingreso* y que tienen por ende menores niveles de “privación relativa”. Las fuertes diferencias en el ámbito de la salud tienen también un impacto negativo en la cohesión social, mientras que, por el contrario, la búsqueda de una mejor salud para todos consolida esta cohesión y crea una actitud de compartir y una convivencia más estrecha.<sup>49</sup>

La distribución del bien salud tiene evidentemente algunas características diferentes, en comparación con otros bienes. En primer lugar, en el plano ontológico, el hecho mismo de definir la salud como un bien, entendido solamente en sentido material, puede privilegiar el tener sobre el estar: más que “tener salud”, de hecho, uno “está saludable”, y la salud constituye así un componente esencial de nuestra identidad personal. En el plano de los efectos, la diferencia con respecto de otros “bienes” es que la salud no se puede adquirir solamente con dinero: para esto hay un límite difícil de franquear. Otra diferencia es que las “ganancias en salud” son frecuentemente el fruto indirecto de otras condiciones. Por ejemplo, la correlación más favorable para la supervivencia de los recién nacidos no es la que se establece con el ingreso familiar ni con el acceso a los tratamientos pediátricos: de hecho vale más que estos factores, ciertamente importantes, el nivel de instrucción de la madre.

1999, p. 18.

<sup>48</sup> S. Anand, *op. cit.* Cf. también A. Sen, “L’economia della vita e della morte”, en *Le Scienze*, núm. 299, julio de 1993, pp. 16-23.

<sup>49</sup> R. G. Wilkinson, “Health inequalities: relative or absolute material standards?”,

La característica principal, sin embargo, radica en el hecho de que la equidad en el bien salud no se debe buscar, más que de manera excepcional, en una mejor distribución de la salud existente, esto es, en operaciones redistributivas con suma cero que quiten un poco de salud a algunos para darla a otros. Aparte de la dificultad de dar una justificación moral y de asegurar la aplicación práctica de una operación semejante, la opción opuesta, la de plantear como objetivo una mejor salud para todos y de privilegiar en dicho marco el hecho de alcanzar una mayor equidad, funciona como multiplicador de los recursos colectivos y personales y obtiene los mejores resultados. Entre éstos se cuenta el incremento de la esperanza de vida y el mejoramiento de los demás indicadores de salud, y hay un valor agregado en la calidad de la vida. Esto es cierto cuando se echa un vistazo a las relaciones sociales internas, y lo es igualmente en las relaciones entre las diferentes naciones y regiones del mundo.

#### VIII. ¿CUÁL GLOBALIZACIÓN?

De ahí proviene el creciente interés por la relación entre globalización, salud y equidad, que es hoy en día el marco en el que se confrontan las ideas, los valores y los intereses hasta ahora examinados. Se han valorado ampliamente los riesgos y las oportunidades<sup>50</sup> de un proceso que es acelerado por una revolución técnico-científica que compacta en todas partes el espacio y el tiempo, y contribuye a crear una red universal de comunicaciones, de influencias y de poderes. Muchos pensadores, entre los que se cuenta Vicente Navarro, han dirigido sustanciales objeciones a la afirmación de que la globalización es una exigencia, una manera de ser de la especie humana en el siglo XXI.<sup>51</sup> Una es que la globalización de la economía corresponde hoy en día a la acumulación de riqueza y de poder en pocas manos, así como al predominio de las finanzas internacionales por encima de cualquier otro interés. Otra es que los conceptos dominantes en

en *British Medical Journal*, vol. 312, 22 de febrero de 1997, pp. 591-595.

<sup>50</sup> Cf. por ej. D. Yach y D. Bettcher, "The globalization of public health, I: Threats and opportunities", en *American Journal of Public Health*, vol. 88, núm. 5, mayo de 1998, pp. 735-738, y "II: The convergence of self interest and altruism", *Ibid.*, pp. 738-741.

<sup>51</sup> V. Navarro, "Comment: Whose globalization?", en la misma revista, pp. 742-

la cultura de la globalización corresponden a la tendencia a mostrar un mundo sin más alternativas (a principios de los años noventa tuvo éxito internacional el libro de F. Fukujama titulado *El fin de la historia*), por consiguiente a devaluar la función de la democracia, de las diferencias y de las libres elecciones.

Las dos objeciones se basan en fenómenos reales. También se puede agregar que, en nuestra época, el dominio del capital ha llegado a ya no respetar nada (la vida, la salud, e incluso las partes del cuerpo humano se están transformando en mercancía), y que el predominio del mercado ha sido impuesto incluso con métodos fundamentalistas, como una religión que no tolera herejías. El Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional, por ejemplo, han subordinado sus “ayudas” para los países menos desarrollados al compromiso de sus gobiernos de dismantelar los sistemas universales de salud pública y de *welfare*, y de abrir el camino al sistema competitivo de las aseguradoras privadas.<sup>52</sup> Ralph Dahrendorf dijo que en el lenguaje de la globalización, “competencia se escribe con mayúscula y solidaridad con minúscula”.

Sin embargo, se debe agregar que en los últimos años las reacciones a esta situación y las iniciativas para la equidad en la salud se han multiplicado a un ritmo rápido y con una amplitud imprevista, a tal grado que han colocado este tema en la orden del día, en el marco de las políticas de salud, en muchos países y en el plano internacional. Uno de los puntos de arranque fue el nacimiento en febrero de 1996 de la Global Health Equity Initiative (GEHI), creada por parte de algunos catedráticos de las universidades de Oxford, Harvard, Estocolmo, Roma, Johannesburgo y de estudiosos no académicos de Londres, Dhaka y Estocolmo, la cual tiene los siguientes objetivos: 1] elaborar un marco conceptual de la equidad en la salud; 2] desarrollar medidas e instrumentos para evaluar equidad e inequidad en las investigaciones y en las políticas de salud. 3] alentar la investigación empírica en los países en vías de desarrollo; 4] construir una base científica para promover activamente políticas y programas. 5] estimular la acción para reducir la inequidad en la salud en todos los niveles de la sociedad, proporcionando conocimientos y proyectos para el cambio. A partir de esta iniciativa, sostenida por la Fundación



Rockefeller, han nacido catorce investigaciones empíricas en diferentes zonas del mundo, que han visto implicados a cientos de investigadores, así como diferentes profundizaciones sobre temas “transversales” como la ética, las medidas de la equidad, las diferencias de género, los recursos, las políticas, que han sido elaborados con múltiples contribuciones.<sup>53</sup>

Casi simultáneamente, y de manera del todo independiente, se han dado iniciativas semejantes por parte de la OMS (la primera, que data de 1997, aparece citada en la nota núm. 45), del World Health Forum de las organizaciones internacionales no gubernamentales (1998), y finalmente —por el momento— un encuentro internacional en Ginebra (1999) promovido por la OMS, la Fundación Rockefeller y la Society for International Development sobre el tema *Responses to Globalization: Rethinking Health and Equity* (“Respuestas a la globalización: Replantear la salud y la equidad”).<sup>54</sup> Además de esto las principales revistas médicas, como *Lancet*, el *New England Journal of Medicine*, el *Journal of the American Medical Association*, han dedicado numerosos artículos, documentaciones y comentarios a la equidad en la salud. También el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional han empezado a hablar de este tema con cierta insistencia, aun cuando sus políticas reales no se han separado mucho de sus líneas anteriores.

También esto es globalización. Me he preguntado, como estudioso y partícipe de muchas iniciativas, cuáles son los motivos de esta rápida expansión, casi una explosión, del interés por la equidad en la salud. Los específicos son probablemente dos. Uno es negativo: el notable incremento de las diferencias inequitativas en la salud, que está documentado en toda investigación que se haya llevado a cabo sobre este tema y que es evidente e indiscutible incluso a la vista de un observador superficial. El otro es positivo: la reacción de los sentimientos y de la razón ante *esta* injusticia, que nos hace percibir inmediatamente sufrimientos y duelos que se pueden evitar, que nos hace sentir partícipes de penas no merecidas por nuestros semejantes. Sin embargo, creo que este movimiento de conocimientos y de ideas en el campo de la salud no habría podido crecer con un ritmo

the burden of third world health”, 29-31 de enero de 1997.

<sup>53</sup> El volumen que contiene las investigaciones y las profundizaciones es: *Challenging inequities in health. From ethics to action*, Oxford University Press, 2001 (cf. nota 37).

<sup>54</sup> La publicación de las contribuciones, junto con un “Llamado a la acción”, se

y un alcance tales si no se hubiera dado, al mismo tiempo, cierto principio de cambio en el clima cultural y moral del mundo. Hace veinte años predominaban esperanzas e ilusiones con respecto al poder restaurador del mercado, al que la ideología neoliberal había transformado de lo que siempre fue, es decir, un fuerte estímulo y un regulador necesario de la economía, en un dios omnipotente y benévolo, que se ha revelado en cambio caprichoso y cruel. Más allá de las incertidumbres que se agolpan en el marco económico-financiero mundial, en los pensamientos de la gente la preocupación es dominante. Nos cuestionamos ahora acerca de cuáles son las implicaciones, en el plano moral, del aumento de las desigualdades sociales y de los riesgos para la salud. Nos preguntamos, además, si más allá de ciertos límites estas desigualdades no pueden volver problemática la convivencia dentro de los países y entre los países.

El episodio que expresa con más elocuencia este riesgo tiene su origen en una fuente sorprendente. Me refiero a la posición asumida, a finales de abril de 2000, por el National Security Council (NSC) de Estados Unidos, un organismo acostumbrado más a tomar decisiones estratégicas que a preocuparse por la salud humana. El convenció al presidente Bill Clinton de duplicar las asignaciones presupuestales para combatir el SIDA en los países africanos. También la motivación resulta más bien insólita, casi tortuosa. Un análisis del NSC, en efecto, identificó 75 factores de inestabilidad en el mundo; luego evaluó que han aumentado los riesgos de guerras revolucionarias y étnicas, de genocidios, de transiciones de régimen con secuelas devastadoras; confirmó que en África uno de los mayores riesgos es la pandemia letal de SIDA; por consiguiente, declaró que estos sucesos “pueden poner en riesgo la seguridad nacional y los intereses de Estados Unidos en el mundo”. Por este motivo, finalmente, sugirió al presidente que incremente las intervenciones financieras para combatirla. Se debe agregar, para completar el trasfondo de la decisión, que desde hace algunos años la política comercial de Estados Unidos había sido fuertemente criticada justamente porque, con el fin de defender sus propias patentes, obstaculizaba la producción a bajo precio de fármacos contra el SIDA por parte de los países africanos,<sup>55</sup> y que esta postura no ha sido modificada hasta ahora. Por ello, no sé cuál de las dos almas prevalecerá en el futuro: la que tie-

encuentra en el fascículo especial de la revista *Development*, vol. 42, núm. 4, diciembre de 1999.

ne propensión a donar o la que tiene inclinación a negar. Como quiera que sea, me parece que también de este episodio puedo deducir que puede darse una confluencia de motivaciones e intereses diferentes en torno de un objetivo común, y que en los procesos de globalización la salud y la seguridad de todos adquieren cada vez más espacio y mayor legitimidad.

Se confirma así que la verdadera pregunta no es si la multiplicación de las relaciones internacionales y la mayor interdependencia son un bien o un mal, si este proceso debe ser favorecido o contrarrestado, sino otra pregunta: ¿cuál globalización, con qué objetivos, con qué enfoque? Una respuesta fue proporcionada por el *Informe 1999 sobre el desarrollo humano: la globalización*, producido por la Agencia de la ONU para el desarrollo y la población:

El desafío de la globalización, en vista del nuevo siglo, no consiste en detener la expansión de los mercados globales, sino más bien en consolidar las reglas y las instituciones para fortalecer la gobernabilidad —a nivel local, nacional, regional y global— con el fin de preservar los beneficios de los mercados globales y de la competencia, pero también de dar espacio suficiente a los recursos humanos, comunitarios y ambientales para lograr que la globalización actúe a favor de los individuos, no solamente a favor de las ganancias económicas. Globalización junto con:

*Ética*: disminuir las violaciones de los derechos humanos, no aumentarlas.

*Equidad*: disminuir las disparidades en el interior de las naciones y de unas con otras, no aumentarlas.

*Inclusión*: disminuir la marginación de los individuos y países, no aumentarla.

*Seguridad humana*: disminuir la inestabilidad de las sociedades y la vulnerabilidad de los individuos, no aumentarlas.

*Sostenibilidad*: disminuir la degradación ambiental, no agravarla.

*Desarrollo*: disminuir la pobreza y las privaciones, no aumentarlas.<sup>56</sup>

El alcance de este reequilibrio de la agenda, que consiste en “agregados” válidos que se proponen para las direcciones actuales de la globalización, no es sin embargo posible sin un reequilibrio y desplazamiento equiparables de poderes, que hoy en día están concentrados más en un grupo restringido de países (los 7-8 más fuertes) que en las representaciones de la comunidad internacional; esto es, no es

<sup>55</sup> Cf. por ejemplo L. Parc, “Sida: l’Afrique privée de médicaments”, *Le Matin Dimanche*, 11 de julio de 1999.

posible sin poner en marcha aquel “gobierno mundial” muchas veces señalado por filósofos, hombres de ciencia y políticos; una idea que ha encontrado algún reflejo, luego estropeado, en el sistema de la ONU y de sus agencias que había sido creado después de la segunda guerra mundial.

En su proyecto para la paz perpetua, Immanuel Kant veía esta necesidad para evitar la guerra entre naciones: “Debe darse una confederación de tipo particular, que puede llamarse *confederación pacífica* (*foedus pacificum*); que se distinguiría del *tratado de paz* (*pactum pacis*) por el hecho de que éste busca dar fin a una guerra, mientras que aquélla a todas las guerras.”<sup>57</sup> Un siglo y medio después, Albert Einstein volvió a proponer la misma exigencia, reforzada en nuestros tiempos por la voluntad de impedir el empleo de las armas nucleares, con su ilimitado poder destructivo: “¿De verdad es inevitable que, por efecto de nuestras pasiones y de nuestras costumbres inveteradas, estemos condenados a destruirnos uno al otro, hasta tal grado que no sobreviva nada de lo que merece ser conservado?... Yo defendiendo la idea del gobierno mundial porque estoy convencido de que no existe ningún otro medio posible para eliminar el más terrible peligro con que el hombre se haya encontrado jamás.”<sup>58</sup>

Frente a estas propuestas y a los hechos que se sucedieron luego, nuestro sentimiento oscila entre la ilimitada admiración por estos precursores y el desolado desconsuelo por la realidad en que vivimos. Sin embargo, hay una constatación que nos puede hacer reflexionar partiendo de experiencias reales: el hecho de que *el más terrible peligro con que el hombre se haya encontrado jamás*, la destrucción nuclear, haya sido en cierta medida enjaulado, y que hoy en día parece más lejano que nunca. Ha funcionado cierta forma de gobierno mundial, en conjunción con otros factores (entre los cuales se cuenta el temor recíproco). Ha funcionado también en otros campos: incluido el control, el alejamiento y la reducción de los riesgos para la

<sup>56</sup> UNDP, *Rapporto 1999 sullo sviluppo umano: la globalizzazione*, Turín, Rosenberg y Sellier, 1999, p. 18.

<sup>57</sup> I. Kant, “Per la pace perpetua. Un progetto filosofico di Immanuel Kant (1795)”, en *Scritti di storia, politica e diritto*, Bari, Laterza, 1995, p. 175 [“La paz perpetua”, en *Lo bello y lo sublime y La paz perpetua*, Madrid, Espasa Calpe, 1957].

<sup>58</sup> Para las líneas de la propuesta de A. Einstein, cf. “Atomic war or peace”, en *Atlantic Monthly*, noviembre de 1995. La cita, en cambio, fue tomada de la respuesta que dio Einstein a las objeciones de los científicos soviéticos aparecidas en la revista moscovita en inglés *New Times*, Moscú, 26 de noviembre de 1947, y que fue publicada

salud, en las formas y con los resultados que describí en el Acto I y en el Acto II de esta narración.

Sin embargo, después de la unificación microbiana del mundo, después del paso de la separación a la comunicación entre los continentes, tenían que transcurrir más de trescientos años antes de que se advirtiera la interdependencia y se diera inicio a la primera globalización de la salud y la seguridad. Frente a los riesgos comunes que sintetice en el Acto III, no se puede esperar un tiempo tan largo, en parte porque muchos de éstos se tornarían irreversibles. Éste es el interés vital de las poblaciones, de la convivencia civil, así como también de aquellos que trabajan en el campo de la salud, de la seguridad, de la calidad de la vida. Si no se revierte la tendencia, se profundizará a través de ellos un doble conflicto entre la moral y la práctica cotidiana. Por un lado, el conflicto consistiría en ser convocados y obligados a reparar, de manera tardía e insuficiente, aquellos daños causados a la salud y a la integridad humana que se podían prever y prevenir. Por el otro, consistiría en tener que hacerlo con medios técnico-científicos más perfeccionados pero en condiciones sociales de menor equidad y con recursos y apoyos públicos inferiores, y hasta tener que ser convocados a decidir, entre las personas consideradas individualmente, quién puede vivir y quién debe morir. Un abismo moral, para profesiones y actividades nacidas y desarrolladas para trabajar a favor de toda vida humana, y un drama para quien tuviera que gobernar en tales condiciones los destinos de su propia comunidad.

La alternativa es actuar a favor de la salud global. En dicho marco la OMS tendría que poseer esencialmente funciones normativas, tendría que expresar la “conciencia universal” de la salud, que dejar de mostrarse obsequiosa y renunciataria frente a las instituciones financieras y comerciales internacionales y crear al mismo tiempo alianzas con las agencias con representaciones en diferentes países, con las empresas productivas y con las organizaciones no gubernamentales (ONG), las cuales han adquirido prestigio e influencia.<sup>59</sup> Más allá de esto es esencial la información, base indispensable para la participación de los ciudadanos. Amartya Sen dijo: “Las informaciones sobre discriminaciones, torturas, miserias, enfermedades y

en el *Bulletin of Atomic Scientists*, Chicago, 1948. Los textos están incluidos en A. Einstein, *Idee e opinioni*, Milán, Schwarz, s.f.

<sup>59</sup> Cf. I. Kickbusch y J. Quick, “Partnership for health in the 21<sup>st</sup> Century”, en

abandonos ayudan a formar una coalición entre las fuerzas que se oponen a estos sucesos, ensanchando la oposición desde la sola víctima hasta el vasto público. Esto es posible porque el pueblo tiene la capacidad y la disponibilidad de reaccionar ante las dificultades de los demás.<sup>60</sup> En especial cuando a la solidaridad se asocia el interés común, esto es, la conveniencia.

*Rapp. Trimestr. Statist. Mond.* (51), 1998, pp. 68-74. Cf. también L. Chen y G. Berlinguer, "Health equity in a globalizing world", en *Challenging inequities in health*,

## POSEFACIO

En el *Prefacio* y a lo largo de los cinco capítulos, pasé revista a muchas opiniones, tanto divergentes como convergentes con las mías, provenientes estas últimas de personas y tendencias de diversa orientación. Las discusiones, las investigaciones, los encuentros en los que he participado intensamente por pasión personal desde finales de los años ochenta hasta la fecha, pasión a la que han venido a agregarse desde 1999 los deberes oficiales por el cargo de presidente asumido en el Comité Nacional para la Bioética, han contribuido notablemente a enriquecer y a veces a modificar mis posiciones. Además, debo mucho a Fabrizio Rufo, a Elena Mancini y a otros jóvenes, que me han ayudado directamente con su estímulo y su contribución.

Por ello, el libro —cosa que no digo ciertamente para implicar a otros en la responsabilidad— es resultado de múltiples sugerencias, por las que estoy profundamente agradecido.

Entre los amigos, debo agradecer en especial a Eugenio Lecaldano. En su excelente libro *Bioética. Las elecciones morales*,<sup>1</sup> éste ha demostrado que comparte conmigo la exigencia de que “el empleo de técnicas médicas muy sofisticadas, disponibles casi exclusivamente para los ciudadanos de las sociedades occidentales”, no debe “hacernos perder de vista cómo los grandes problemas de justicia se sitúan en cambio en el plano de las elecciones morales que involucran la vida de todos y no solamente de aquellos que se encuentran en condiciones muy especiales, extremas o de privilegio”. Al mismo tiempo afirma, con justa razón, que precisamente razonando sobre los casos especiales “podremos encarar una reflexión moralmente decisiva, o bien la de las conexiones entre los principios morales con los que se considera que deben encararse las cuestiones bioéticas y los principios a los que consideramos que se tiene que apelar en nuestra vida en general”. Con otro amigo que es Maurizio Mori, pionero de la bioética laica en Italia, con el que concuerdo y discrepo en una medida casi idéntica, estoy en deuda por muchas sugerencias y por una comparación, tan aventurada como halagadora, entre la trayectoria

*op. cit.*

bioética de Daniel Callahan y la mía.<sup>2</sup> Callahan, según Mori, partió de la exploración de diferentes perspectivas, y con su libro *False Hopes*<sup>3</sup> “después de un largo trecho en los laberintos de la bioética ha llegado a concentrar su atención en los temas de la bioética cotidiana, terminando por poner en primer plano la cuestión de la naturaleza de la medicina”. Yo, en cambio, habría seguido una ruta inversa, partiendo de la relación ente salud y sociedad y llegando, por caminos diferentes y autónomos, a conclusiones bioéticas semejantes. Creo que la reconstrucción de la trayectoria, al menos por lo que a mí concierne, es válida en esencia; los lectores podrán ver su rastro en diferentes apartados de los capítulos; por ejemplo en el primero (el nacimiento), donde hablo de la equidad para el que nace o del aborto. También han contribuido a la ampliación del horizonte bioético hacia la vida cotidiana mis amigos demógrafos, en particular Graziella Caselli y Eugenio Sonnino, incitándome a desarrollar los temas morales concernientes a las políticas de la población,<sup>4</sup> que ahora constituyen el segundo capítulo de este libro.

En otros campos estoy agradecido con viejos y nuevos amigos de otros países, a los que he podido frecuentar con mayor intensidad en el decenio de los noventa, paralelamente a la disminución de mis compromisos políticos de tipo operativo en Italia. Del trabajo humano, por ejemplo, me había ocupado desde hace mucho tiempo en el plano de la salud y del análisis social, pero la propuesta de tratar su dimensión ética me vino de Vicente Navarro, un amigo fraternal que enseña en Baltimore y en Barcelona, cuya revista ha dado cabida al esbozo de lo que luego se convirtió en el tercer capítulo del libro.<sup>5</sup> Entre las lecturas que han acompañado su redacción me sorprendió la capacidad de previsión de Thomas H. Murray, quien desde 1983 había alertado a ponerse en guardia ante el riesgo de que el conocimiento de la constitución genética individual pudiera inducir a seleccionar a los trabajadores tomando esto como base.<sup>6</sup> En los encuentros posteriores que he tenido con él he encontrado forma de

<sup>60</sup> A. Sen, Discurso de clausura para la reunión de la *Global Health Equity Initiative*, Dhaka, 17 de diciembre de 1998.

<sup>1</sup> E. Lecaldano, *Bioetica. Le scelte morali*, Bari, Laterza, 1999, pp. 28-29.

<sup>2</sup> M. Mori, “False speranze della medicina”, en *Qualità Equità*, núm. 17, enero-marzo de 2000, pp. 72-81.

<sup>3</sup> En italiano apareció con el título, *La medicina impossibile. Le utopie e gli errori della medicina moderna*, Milán, Baldini e Castoldi, 2000. La edición original es de 1998.

<sup>4</sup> Una primera redacción apareció en *Genus*, vol. LIII, núm. 1-2, 1997, pp. 13-35.



concordar sobre la importancia que tiene moralmente, en las relaciones industriales, reducir el desequilibrio de poderes y saberes entre trabajadores y empresas para poder afirmar el principio de justicia. El estímulo para escribir el cuarto capítulo, que hace una comparación entre las posiciones justificantes de la esclavitud con las que conciernen al biomercado tecnológico, y que está planteado de manera más diacrónica que los demás, me vino de la petición de John Woodward y de Bernardino Fantini, dirigentes de la European Association for the History of Medicine and Health, de pronunciar la tradicional *Evening lecture* en el Congreso de la asociación, en abril de 1997: una expresión más afable que las “Conferencias magistrales” de las que se abusa en los programas de los congresos en Italia, en parte debido a que la hora tardía en que se la coloca hace pensar que durante la *lecture* será posible más o menos dormir. La discusión vespertina que ésta suscitó después entre los historiadores resultó, a pesar de la hora, vivaz y preciosa para la profundización posterior del tema.

Para completar el itinerario formativo del volumen y para situarlo en el tiempo, recordaré todavía que a mitad de los años noventa se retoma de manera activa, en el debate ético internacional, el interés largo tiempo callado por la equidad en la salud, evaluada ahora en el marco de la globalización. La relación entre salud y desigualdades sociales siempre había aparecido en mis investigaciones, desde mi tesis de licenciatura que tenía como tema las diferencias de mortalidad general, infantil y por causas según el trabajo, la instrucción y el lugar de residencia en la ciudad de Roma.<sup>7</sup> Probablemente debo a la antigüedad de servicio en este tema (medio siglo) el haber sido incluido en el grupo promotor de la Global Equity in Health Initiative, nacida en febrero de 1996 en la sede de Bellagio de la Fundación Rockefeller y luego ampliada con investigaciones empíricas en catorce países y con numerosos seminarios sobre los aspectos éticos de la equidad, que se desarrollaron en 1999 bajo la conducción de Amartya Sen en las instalaciones del Center for Population and Development Studies de la Universidad de Harvard.<sup>8</sup> Las observaciones

<sup>5</sup> *International Journal of Health Services*, vol. 26, núm. 1, 1996, pp. 147-171.

<sup>6</sup> T. H. Murray, “Screening workers for genetic risk”, en *Hastings Center Report*, 13, 1983, núm. 1, pp. 5-8. El autor es ahora presidente del Hastings Center.

<sup>7</sup> En el *Congrès mondial des médecins pour l'étude des conditions actuelles de vie*, celebrado en Viena del 23 al 25 de mayo de 1953, presenté una síntesis de la misma, bajo el título *La mortalité dans les différents quartiers de Rome en temps de paix et en temps de guerre*, que ocupa las pp. 280-291 de las actas del congreso.

de Sen y las discusiones con Sudhir Anand, Abbas Bhuiya, Lincoln Chen, Goran Dalhgren, Finn Diderichsen, Tim Evans, Fabienne Peter y Margaret Whitehead me fueron de gran ayuda para trabajar sobre la “salud global” (capítulo quinto). A esta experiencia se vino a agregar mi participación en varios encuentros sobre la relación entre salud, equidad y globalización promovidos en Ginebra por la OMS, el CIOMS, el World Health Forum y la Society for International Development, después de que la Organización Mundial de la Salud despertara de su letargo.

La redacción del quinto capítulo sobre la salud global, que sintetiza en el “prólogo” una investigación mía de 1992 sobre el intercambio de salud y enfermedades entre el Viejo y el Nuevo Mundo (la ocasión fue el Congreso internacional de ciencias históricas de Madrid, en el quinto centenario del descubrimiento/conquista de América), ha tenido por ende muchas revisiones sucesivas con base en consejos, críticas y experiencias de los muchos que, finalmente, se han involucrado en este terreno. El primer esbozo fue presentado en la primavera de 1998 en Siena, en la reunión anual de la Fundación Aquinas presidida por Denis Szabo (Montreal), y en la Universidad de Brasilia, por invitación del querido amigo y colega Volnei Garrafa, como conferencia inaugural del año académico de la Facultad de Ciencias de la Salud. En los dos años que siguieron he discutido y reelaborado el tema en muchas sedes diferentes, tomando pareceres, leyendo los escritos cada vez más numerosos sobre el tema, agregando hechos y polémicas, llegando al umbral de la saturación y no sé si, a final de cuentas, mejorando o empeorando la elaboración inicial.<sup>9</sup>

Obviamente corresponde al lector la evaluación tanto de este aspecto como del volumen en conjunto. Su gestación compleja, a la que he querido pasar revista, puede haber reducido su organicidad, dejado amplias lagunas (falta por ejemplo un capítulo sobre las biotecnologías, y el tema de la eutanasia fue desarrollado tan sólo de manera marginal), y empujado a desatender la exigencia de poner de relieve de manera explícita los diferentes enfoques del pensamiento bioético y la utilidad de analizar de forma más orgánica las relaciones entre moral, ley y política, que espero poder desarrollar en el futuro. Sin embargo, esta gestación me permitió recibir críticas y contribuciones para escribir el libro y, al mismo tiempo, percibir a

<sup>8</sup> En la Working paper series del Center de Harvard fueron publicadas numerosas

lo largo del tiempo el crecimiento de una convergencia de ideas y propósitos. De hecho, existe ahora una tendencia común a muchos filósofos, científicos, médicos y otros especialistas a encarar los temas bioéticos con la mirada proyectada al mismo tiempo hacia las investigaciones del futuro y hacia el presente del género humano en todas las partes del mundo. Por ejemplo, me sirvió de notable estímulo y consuelo en 1998, en Brasil, desarrollar un ciclo de conferencias sobre “¿qué es la bioética?” junto con Alastair Campbell, entonces presidente de la International Association of Bioethics, y descubrir una sustancial concordancia en cuanto al esquema y organización de nuestros razonamientos, que partían de experiencias profundamente diferentes.

Sentí una sorpresa semejante y admiración (la ignorancia obsequia a veces estas alegrías) al escuchar y discutir con él la teoría de las cuatro fases de la bioética expuesta por el filósofo David Wickler, ahora supervisor de temas bioéticos en la OMS. Según su periodización, que sintetizo de manera inadecuada, la bioética nació inicialmente como una proyección de la deontología médica hacia los derechos del paciente; luego se desarrolló a lo largo de las fronteras avanzadas de la biomedicina, hacia lo que “sucede a pocos”; a finales del decenio de los noventa se vio involucrada en la justificación, por un lado, de las restricciones (racionamiento) de los tratamientos médicos y, por otro, del empleo de cualquier tecnología que se haya materializado; no obstante, actualmente tiende a orientarse, por obra de muchos estudiosos y de consistentes movimientos de opinión, hacia “lo que sucede a la mayoría”, es decir, hacia la vida y el bienestar de las poblaciones. En particular hacia las de los países en vías de desarrollo, por muchas razones: “Una es nuestro papel en producir sus sufrimientos. Otra es el ejemplo que nosotros damos, cuando ciertos comportamientos se convierten en la norma de la profesión médica, una vez santificada. Pero la razón principal es que de manera angustiosa nosotros también estamos compartiendo su destino.”<sup>10</sup> Últimos dos señalamientos. Uno reciente: la presidenta de la International Association of Bioethics, Ruth Macklin, en la apertura del congreso de la IAB., Londres, septiembre de 2000, planteó como prioridad del compromiso bioético el tema de las “crecientes inequidades en la salud del mundo” y las dramáticas condiciones de

contribuciones “in itinere” para estos seminarios, escritas por filósofos estadounidenses.

la mujer en grandes regiones del planeta, particularmente en Asia. El otro señalamiento se puede vincular con el futuro: el próximo congreso de la IAB., que se celebrará en Brasil y será presidido por Volnei Garrafa (octubre de 2002), tendrá como tema *Bioética, poder e injusticias*.

Por consiguiente, los argumentos y las orientaciones de que se habla vuelven a plantear continuamente la relación, si puedo seguir utilizando estas dos expresiones sumarias, entre la bioética de frontera y la bioética cotidiana. Este análisis, al menos en cuanto a sus intenciones, representa tal vez el principal hilo conductor del libro. Se encuentran referencias explícitas a éste, por ejemplo, en el primer capítulo, al hacer la comparación entre las diversas formas de la esterilidad; en el tercero, al hacer la descripción de la evolución histórica (desde la selección a dedo hasta el *screening* genético) de los métodos de selección de los trabajadores; así como también, en diferentes apartados, en las reflexiones sobre el riesgo de que subordinar todo valor moral a las leyes del mercado lleve a considerar como mercancía (la mercancía final, para ser precisos) a los mismos individuos humanos.

G. B.  
*septiembre de 2000*

# ÍNDICE

PRÓLOGO A LA EDICIÓN EN ESPAÑO	7
PREFACIO	15
1. NACER HOY, ENTRE NATURALEZA Y CIENCIA	19
I. La reproducción como libre elección, 19; II. Libertad, deber y derecho en la reproducción, 20; III. La esterilización forzada e inducida, 23; IV. La esterilidad biopatológica, social y cultural, 26; V. La equidad para el que nace, 30; VI. Los sujetos de la fecundación artificial, 34; VII. La igualdad de oportunidades y la identidad del que nace, 40; VIII. ¿Hacia la prevención del aborto?, 44; IX. Problemas en surgimiento: la experimentación embrional, 50; X. Problemas en surgimiento: la clonación humana, 54	
2. POBLACIÓN, ÉTICA Y EQUIDAD	61
I. Elecciones individuales y decisiones colectivas, 61; II. Palabras y valores en la demografía, 62; III. Las bases éticas de las políticas de población, 70; IV. La antítesis: el estado ético, 74; V. Los derechos humanos y el pluralismo, 77; VI. Población y recursos: ¿es ético intervenir?, 85; VII. La equidad y los poderes, 92	
3. TRABAJO Y SALUD: FUNDAMENTOS Y CONFLICTOS ÉTICOS	96
I. Ética y negocios, 96; II. La ética de las virtudes en Bernardino Ramazzini, 97; III. Adam Smith: la riqueza de las naciones y el bienestar de los trabajadores, 99; IV. El siglo XIX: el trabajo entre justicia y <i>laissez-faire</i> , 101; V. Karl Marx: ¿empleo o depredación de la fuerza de trabajo?, 104; VI. Progreso moral y condiciones materiales, 106; VII. Orientaciones éticas y deontológicas, 108; VIII. Trabajadores y empresas: la selección (genética o no) de los trabajadores, 111; IX. Trabajadores y empresas: las compensaciones, 116; X. Trabajadores y empresas: la supervisión de los comportamientos, 118; XI. Trabajadores y empresas: los riesgos y los beneficios, 121; XII. Los conflictos sobre la información y sobre la investigación científica, 125; XIII. Producción y ambiente, trabajadores y población, 131; XIV. Conflictos entre trabajadores, 137; XV. La salud reproductiva y los derechos del que nace, 140; XVI. La conciliación de los conflictos, 144	
4. EL CUERPO HUMANO: DE LA ESCLAVITUD AL BIOMERCADO	146
I. La valorización del cuerpo, 146; II. La mercantilización del cuerpo, 149; III. Las analogías con la esclavitud, 152; IV. Por el bien común, 155; V.	

Por el bien de las víctimas, 158; VI. El argumento de la inferioridad, 162; VII. Las formas actuales de la esclavitud, 165; VIII. Los nuevos "objetos" del biomercado, 168; IX. ¿Se puede revertir la tendencia?, 171

## 5. LA SALUD GLOBAL

175

I. ¿Por qué global?, 175; II. Prólogo: la unificación microbiana del mundo, 177; III. Acto I: el cuidado de la salud se internacionaliza, 180; IV. Acto II: se afianza el derecho a la salud, 187; V. Acto III: la globalización de los riesgos, 190; VI. Acto IV: el retroceso de los paradigmas de la salud, 206; VII. La frontera de la equidad, 211; VIII. ¿Cuál globalización?, 216

## POSFACIO

224

tipografía: fernando rodríguez perezbolde  
dos mil ejemplares más sobrantes  
noviembre de 2002

*Esta página dejada en blanco al propósito.*



acontecimientos.<sup>6</sup>