



ANAMNESIS

Revista de Bioética

Publicación del Instituto de Bioética
de la Pontificia Universidad Javeriana

EDITORIAL

Latinoamérica y la agenda de la bioética global **3**
[Eduardo Díaz Amado](#)

ARTÍCULOS

Humanización en cuidado paliativo: una solución a la
futilidad terapéutica **5**
[Virginia Cuevas Rivero](#)

Abordaje bioético del tratamiento de toxicomanías:
Un análisis de la singularidad en situación a partir
de la narrativa cinematográfica **15**
[Paula Paragis](#)
[Irene Cambra Badii](#)

Opciones dignas esperanzadoras frente al dolor, el
sufrimiento y el final de vida **33**
[Nora H. Riani-Llano](#)

Ambientalismo moderno o Ecomodernismo: Una visión
pragmática de los problemas ambientales **41**
[Esteban Rossi](#)

El uso de animales y la simulación clínica:
un modelo diferente de educación en medicina **53**
[Diana Carolina Estrada Cano](#)



Pontificia Universidad Javeriana

ADOLFO NICOLÁS, S.J.

Gran Canciller

CARLOS EDUARDO CORREA JARAMILLO, S.J.

Vice-Gran Canciller

JORGE HUMBERTO PELÁEZ PIEDRAHITA, S.J.

Rector

LUIS DAVID PRIETO MARTÍNEZ

Vicerrector Académico

LUIS ALFONSO CASTELLANOS RAMÍREZ, S.J.

Vicerrector del Medio Universitario

CATALINA MARTÍNEZ DE ROZO

Vicerrectora Administrativa

LUIS FERNANDO ÁLVAREZ, S.J.

Vicerrector de Extensión y Relaciones Interinstitucionales

LUIS MIGUEL RENJIFO MARTÍNEZ

Vicerrector de Investigación

JAIRO CIFUENTES MADRID

Secretario General

EDUARDO ALFONSO RUEDA BARRERA

Director Instituto de Bioética

Instituto de Bioética

Edificio Rafael Arboleda, S.J., Transversal 4 N° 42-00 piso 5

PBX: (57-1) 320 83 20 ext.: 4537 - Fax: (57-1) 320 83 20 ext.: 4539

correo: bioetica@javeriana.edu.co

A N A M N E S I S

Revista de bioética

Número 11, Enero - Junio 2016

ISSN 2011-1258

Director y editor

Eduardo Díaz Amado

Grupo de investigación en Bioética

Eduardo A. Rueda Barrera

Jairo Clavijo Poveda

José E. Cuéllar Saavedra

Eduardo Díaz Amado

Hugo Escobar Melo

Javier A. González Cortés

Edgar A. López López

Edilma M. Suárez Castro

Esteban Rossi

Fernando Suárez Obando

Efraín Méndez Castillo

Liliam Torregrosa

Nelsón Castañeda Alarcón

Con el apoyo de:

Instituto de Bioética,
Facultad de Medicina,
Pontificia Universidad Javeriana.

Diagramación, CTP e Impresión

Fundación Cultural Javeriana
de Artes Gráficas –JAVEGRAF–
Bogotá, DC., Colombia.

Contenido

Editorial

Latinoamérica y la agenda de la bioética global

Eduardo Díaz Amado 3

Humanización en cuidado paliativo: una solución a la futilidad terapéutica

Virginia Cuevas Rivero 5

Abordaje bioético del tratamiento de toxicomanías: Un análisis de la singularidad en situación a partir de la narrativa cinematográfica

Paula Paragis
Irene Cambra Badii 15

Opciones dignas esperanzadoras frente al dolor, el sufrimiento y el final de vida

Nora H. Riani-Llano 33

Ambientalismo moderno o Ecomodernismo: Una visión pragmática de los problemas ambientales

Esteban Rossi 41

El uso de animales y la simulación clínica: un modelo diferente de educación en medicina

Diana Carolina Estrada Cano 53

EDITORIAL

LATINOAMÉRICA Y LA AGENDA DE LA BIOÉTICA GLOBAL

Eduardo Díaz Amado

El tema del congreso mundial de la Asociación Internacional de Bioética este año, hacia mediados de junio, y que se llevó a cabo en Edimburgo (Escocia), fue “Individuos, intereses públicos y bienes públicos, ¿cuál es la contribución de la bioética?”. La apuesta fue intercambiar perspectivas, análisis y opiniones, dentro de la amplia gama de temas y problemas que aborda la bioética, sobre la manera como las relaciones individuos/sociedad se construyen y se pueden mejorar, en particular en un contexto de grandes retos socio-políticos y culturales, así como de permanente avance tecno-científico que conlleva la transformación de todos los ámbitos de la experiencia humana.

En un ambiente pluralista y multicultural, personas provenientes de los más diver-

sos lugares del planeta, y que se dedican a la investigación, docencia y debate en bioética, compartieron sus trabajos. Fue también la oportunidad para que académicos jóvenes o recién graduados, escucharan y compartieran con connotados intelectuales y pensadores que han hecho contribuciones importantes en el campo, como Alastair Campbell, la Baronesa Onora O’Neill, Roger Baker o Eric Juengst, por citar solo algunos.

Vale la pena recalcar que esta vez la Red Iberoamericana de Bioética contó con su propio espacio, para que quienes trabajan en esta parte del mundo pudieran presentar sus trabajos en su idioma nativo, español o portugués, constituyéndose en un escenario de camaradería y “toque latino” en medio de la sobriedad escoce-

1 Profesor Asociado. Instituto de Bioética, Pontificia Universidad Javeriana. Correo electrónico: eduardo.diaz@javeriana.edu.co

sa. Fue interesante ver que en Iberoamérica quienes trabajan en bioética están abordando temas variados, complejos y de impacto en la región. Como suele suceder con propuestas que provienen más de los márgenes y escenarios no angloparlantes, la perspectiva iberoamericana hizo énfasis en los problemas del desarrollo, de justicia, los derechos y la salud pública. De hecho, siguiendo esta línea, el siguiente congreso en Nueva Delhi, India, en 2018, tiene como tema central "Salud para todos en un mundo desigual: Obligaciones de la bioética global", lo que plantea el gran reto de lograr la realización de la justicia en uno de los campos donde más sufren las personas hoy por hoy en gran parte del planeta, en particular en los países de más bajos ingresos: la atención en salud.

La participación del Instituto de Bioética en el congreso de este año fue satisfactoria; dos de sus profesores tuvieron a su cargo sendas presentaciones orales: Esteban Rossi con "The proactionary principle in environmental ethics" y Eduardo Díaz Amado con "Historia de la eutanasia en Colombia y la reconfiguración de lo pú-

blico/privado, ¿un reto para la bioética". El ambiente de intercambio académico que propiciaba este congreso fue importante para comprender algunos de los temas en los que la bioética en Colombia debe seguir trabajando: salud pública y equidad en salud, aspectos normativos relacionados con la ética de la investigación en seres humanos, mejoramiento humano, nuevas tecnologías biomédicas y su impacto, entre otros. Pero sobre todo, la necesidad de repensar el rol, los alcances y los límites de la bioética en nuestro presente. Es claro que a casi 50 años de su surgimiento, cuando ya la bioética se ha institucionalizado y ha dejado de ser un campo exótico o desconocido, se requiere reflexionar sobre sus fundamentos y retos. En particular en nuestro país donde ya existen muchos programas y cursos a diferentes niveles, publicaciones y escenarios para el debate y el intercambio académico. Mención especial merece la pregunta por el rol de la bioética en los tiempos de pos-acuerdo que se avecinan... Una tarea inescapable para quienes creemos en la vocación incluyente, crítica, emancipadora y democrática de la bioética.

HUMANIZACIÓN EN CUIDADO PALIATIVO: UNA SOLUCIÓN A LA FUTILIDAD TERAPÉUTICA

Virginia Cuevas Rivero¹

Resumen

El Cuidado Paliativo (CP) es un escenario reconocido en el mundo actual, es una necesidad que se fundamenta en el aumento de la esperanza de vida, con el consecuente incremento del envejecimiento poblacional, y mayor prevalencia de las enfermedades crónicas y terminales. Este CP, está dirigido hacia una población que presenta enfermedades de tipo terminal, entidades que promueven un estado de vulnerabilidad en términos físicos, sociales y psicológicos a quienes las padecen. Pese a la importancia de este tipo de cuidado, la evidencia señala que la asistencia de personas con enfermedades terminales es inadecuada, y que hay factores causantes determinantes para que esto se haya producido. Uno de estos elementos es la futilidad terapéutica, la cual se presenta cuando el médico no reconoce que la vida tiene límites, y que ciertos manejos terapéuticos atentan contra la autonomía y la dignidad de los seres humanos. Realmente, más allá de evitar la muerte, las medidas útiles se encaminan a proveer calidad de vida a los que sobreviven, y calidad de muerte a los que mueren. Por lo anterior, la asistencia paliativa debe optimizarse, promover el bienestar al final de la vida y evitar medidas fútiles.

Palabras clave: Cuidado Paliativo, enfermedades terminales, futilidad terapéutica, final de la vida.

¹ Médica, Universidad de los Andes. Máster en Bioética, Instituto de Bioética, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. Correo electrónico: vicurivero@hotmail.com

Abstract

At present, Palliative Care (PC) is a worldwide recognized stage, it is a necessity that is based on the increase in life expectancy, with the consequent rise in the population aging, and a higher prevalence of chronic and terminal illnesses. This CP, is directed toward a population with terminal diseases, entities that promote a vulnerability state in physical, social and psychological terms. Despite the importance of this type of care, the evidence shows that the assistance of people with terminal illnesses is unsuitable, and that exist determining factors causing this. One of these elements is the therapeutic futility, which occurs when the medical doctor does not recognize that life has limits, and that certain therapeutic approaches put in risk the autonomy and dignity of human beings. Actually, beyond avoiding death, the useful measures must aim to provide quality of life to those who survive, and quality of death to those who die. Therefore, the palliative assistance should be optimized, promote wellness at the end of life and avoid futile measures.

Key words: Palliative Care, terminal illnesses, therapeutic futility, end of life.

Introducción

Los reportes mundiales señalan que el perfil epidemiológico en salud se encuentra en proceso de transición. La incorporación de estilos de vida saludables, el aumento en la expectativa de vida, los avances en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades infecciosas, entre otros, han hecho que las enfermedades crónicas y degenerativas como el cáncer, ocupen en el mundo los primeros lugares de morbilidad y mortalidad (Restrepo, 2005). Para el año 2004 se afirmaba que, de los 58 millones de personas que morían anualmente, al menos un 60% lo hacían en la fase avanzada de una enfermedad prolongada y, lamentablemente, sin una atención adecuada a su condición (Sarmiento-Medina, 2011).

Mundialmente los pacientes con enfermedades terminales son cada vez más en términos numéricos, y es necesario

que exista un enfoque de tratamiento de acuerdo a sus propias necesidades y posibles complicaciones. La investigación de Fitzsimons et al. (2007) apoyada en testimonios de pacientes, fundamenta insuficiencias e inquietudes físicas, emocionales y sociales dentro del tratamiento médico que reciben las personas que padecen una enfermedad terminal. Otros estudios citados muestran que la atención en salud al final de la vida de aquellos con este tipo de entidades es subóptima, y que la investigación en necesidades específicas para este tipo de población es limitada (Fitzsimons et al., 2007).

Al tratarse del final de la vida, cuando las enfermedades progresan, las intenciones de los médicos se apoyan en la superposición de nuevos experimentos o tratamientos tecnificados que puedan precisar diagnósticos o complicaciones de la enfermedad, y a su vez, se instauran procedimientos terapéuticos más agresivos,

con el fin de evitar la muerte. Cuando esto sucede, se presenta un momento en el que “tanto el paciente como el médico se preguntan hasta qué punto es conveniente seguir adelante” (Mendoza, 2008, p.27). Es en estos instantes cuando vale la pena aclarar si existe futilidad dentro de esas intervenciones.

La futilidad en medicina implica una estimación completa de un escenario, en el que existe alguien en una condición determinada, y las decisiones que se tomen con respecto a él o ella deben mejorar su calidad de vida, ofrecerle bienestar y deben ser útiles para cumplir con estos propósitos. El objetivo de este trabajo es demostrar que las personas bajo un CP, ameritan una atención multidisciplinaria y humanizada que evite la futilidad.

A continuación, se hablará sobre el cuidado paliativo, se abordarán ideas clave de la legislación colombiana, y finalmente se abordará el tema de la futilidad terapéutica y cómo puede solucionarse a través de la humanización de los actos médicos.

Generalidades del Cuidado Paliativo

La OMS (2016) define el cuidado paliativo así:

Cuidado activo e integral de pacientes cuya enfermedad no responde a terapéuticas curativas. Su fundamento es el alivio del dolor y otros síntomas acompañantes y la consideración de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo es alcanzar la máxi-

ma calidad de vida posible para el paciente y su familia (p.1).

Esta declaración, comprende términos relevantes como el de atención activa y completa, pues no se trata de asistir a una enfermedad, sino a un ser humano que presenta una enfermedad. En este sentido, la asistencia paliativa es la atención integral y activa de las personas con afecciones terminales y de sus familiares, por parte de un equipo multidisciplinario, cuando ya se sabe que el enfermo no va a responder a tratamiento curativo (Keeley y Noble, 2011).

Desde el punto de vista médico y ético, la meta de la atención de aquel con una enfermedad terminal consiste en conseguir el mayor bienestar físico y mental posible, asociado al deber de respetar su dignidad y autonomía. Por ello, el médico se ve expuesto a una serie de decisiones que reclaman una reflexión en cuanto a los medios utilizados, las consecuencias y los fines (Sarmiento-Medina, 2011). Esto indica que no solo se trata de protocolos y generalizaciones, sino de seguir unas pautas establecidas que se apliquen a cada paciente de acuerdo a su situación en particular. “El cuidado paliativo destaca la dignidad del ser humano que sufre, y atiende sus diferentes dimensiones a través de equipos terapéuticos interdisciplinarios y especializados” (Restrepo, 2005, p.6).

La experiencia permite decir que el aprendizaje sobre la muerte y sobre los momentos previos a que esta ocurra es algo que se da a lo largo de la vida. Es difícil “estar preparado 100%” para la muerte, tanto para la propia como para la de los seres queridos, o en el

caso médico, para la muerte de los enfermos. A pesar de ello, se sabe claramente que la muerte es algo que puede suceder en cualquier momento y puede acontecerle a cualquier ser humano.

Por esto, sobresaliente es en este sentido, la existencia de una atención en salud de tipo paliativo que evita el sufrimiento, malestar y dolor de quienes padecen una enfermedad terminal, brindándoles apoyo integral y acompañamiento hasta el final de sus vidas. Teniendo en cuenta lo comentado, se trataría de “preparar” al paciente, a su familia y al equipo como tal, para afrontar y esperar la muerte de la manera más cálida y digna posible.

De este modo, el médico frente a alguien con una enfermedad terminal tiene varias funciones (Tealdi, 2008). En primer lugar, se deben controlar el dolor y otros síntomas que afecten el bienestar, la meta es el confort de la persona atendida y una vigilancia y suplencia estricta individualizada de sus necesidades. Segundo, debe existir una comunicación adecuada, ya que no corresponde a un diagnóstico común de decisiones únicas, rápidas o cómodas, sino que tiene implicaciones vitales. Una enfermedad terminal es un dictamen que tiene un determinado pronóstico, que tiene un tratamiento no curativo pero si paliativo, y que debe ser conocido y entendido por el enfermo y su familia, permitiendo una aceptación de ello y una entera confianza en términos de apoyo y solución de dudas.

Por su parte, el médico no deberá hacer todo solo. Para proveer una atención completa y efectiva, el apoyo psicosocial y el trabajo en equipo son funciones complementarias al tratamiento terapéutico.

El cuidado paliativo en Colombia

El origen de esta rama de la medicina en Colombia se remonta a la década de 1980, siendo fundada en Medellín la primera clínica de alivio del dolor y cuidados paliativos (Pastrana, De Lima, Pons, y Centeno, 2013). Desde el punto de vista educativo, se instituyó la especialidad médica en Cuidados Paliativos en 1995 en el Instituto Nacional de Cancerología.

Para el 2010, los estudios señalaban que varios de los que presentaban una enfermedad en fase terminal en Colombia eran atendidos de manera inadecuada (Moyano, Zambrano, Mayungo, 2010). Esto se explicó al observar una respuesta ineficiente a las necesidades de los individuos, como el alivio de sus síntomas, el bajo o incorrecto uso de los medicamentos básicos de la medicina paliativa, la realización de tratamientos fútiles y la falta de asistencia de los aspectos biopsicosociales de cada persona de modo multidisciplinario.

En el 2014, se decretó la ley 1733 llamada Ley Consuelo Devis Saavedra “mediante la cual se regulan los servicios de cuidados paliativos para el manejo integral de pacientes con enfermedades terminales, crónicas, degenerativas e irre-

versibles en cualquier fase de la enfermedad de alto impacto en la calidad de vida” (Gaviria, 2014, p.1). En esta ley se reglamenta el derecho que tienen los individuos a la atención en medicina paliativa, lo cual pretende mejorar su calidad de vida y la de sus familias.

Para su fundamento, la ley define los términos de: “enfermo en fase terminal”, “enfermedad crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida”, y “cuidados paliativos”. También, describe los derechos de los individuos con este tipo de enfermedades: Derecho al cuidado paliativo, a la información, a una segunda opinión, a suscribir el documento de voluntad anticipada², a participar de forma activa en el proceso de atención y la toma de decisiones sobre los planes terapéuticos de la asistencia paliativa, entre otros.

Adicionalmente, la ley vigente en Colombia, obliga a las Entidades Promotoras de Salud EPS y a las Instituciones Prestadoras de Salud IPS públicas y privadas a garantizar a sus afiliados la prestación del servicio de cuidado paliativo, reforzando cobertura, equidad, accesibilidad y calidad dentro de su red de servicios en todos los niveles de atención. Además, se

2 Voluntad Anticipada. Documento por medio del cual se indican decisiones en el caso de estar atravesando una enfermedad terminal, crónica, degenerativa e irreversible de alto impacto en la calidad de vida, de no someterse a tratamientos médicos innecesarios que eviten prolongar una vida digna en el paciente y en el caso de muerte su disposición o no de donar órganos.

estipula la distribución las 24 horas del día, los siete días de la semana, la accesibilidad y disponibilidad de los medicamentos opioides.

Es muy pronto para establecer estadísticamente la adecuada implementación y cumplimiento de la ley de 2014. Hasta el momento no hay estudios que den respuesta a esta inquietud. Lo importante es que ya se priorizó este tipo de asistencia dentro del Plan Obligatorio de Salud de Colombia, y debe ejercerse de acuerdo a los estándares implantados.

Futilidad en Medicina

Durante la práctica médica, en escenarios de unidades de cuidado intensivo, urgencias y hospitalización, “las decisiones acerca de iniciación, continuación, extensión, y terminación de medidas diagnósticas y terapéuticas son necesarias diariamente” (Frick, Uehlinger, Zuercher, 2003, p.456). Lo imprescindible es destacar y diferenciar entre medidas útiles, y medidas no útiles.

Desde Paracelso se propusieron principios para cumplir debidamente con la labor médica: Relatividad, equivalencia, proporcionalidad y equidad (Maglio, 2010). Al mencionar la característica de proporcionalidad, se equipara actualmente a decir que “un medio es proporcionado si ofrece una esperanza de vida razonable al paciente” (Cataldi, 2003, p.1). A partir de ese entonces, se reconocía la importancia de delimitar la actividad médica,

manteniendo una simetría entre lo que se hace y el resultado, con imparcialidad y justicia en el trato hacia los individuos.

Al abordar contextos como los cuidados intensivos o la medicina paliativa, el éxito en el tratamiento no debe ser medido en estadísticas de supervivencia, pues la muerte no indica fracaso terapéutico. Más allá de evitar la muerte, las medidas útiles se encaminan a proveer calidad de vida a los que sobreviven, y calidad de muerte a los que mueren (Maglio, 2010, p.37). Esa es la forma de medir el éxito en esos contextos, y es un punto clave que permite direccionar y proporcionar las acciones terapéuticas aplicadas para cada persona.

Hasta la década de 1960, el cese definitivo de la actividad del corazón y respiratoria era la clave del diagnóstico de la muerte, indicando que la intervención médica ya debía terminar (Mendoza, 2008). Sin embargo, con el avance de la ciencia, comenzó el auge de la utilización de técnicas que mantienen artificialmente la función cardiopulmonar en aquellos que espontáneamente no podían cumplir con estas funciones. Así, apareció un estado clínico conocido como "estado vegetativo persistente", condición en la cual el individuo mantiene homeostasis metabólica, puede respirar artificialmente, pero sus funciones cerebrales superiores como la conciencia están abolidas (Mendoza, 2008). Casos como este han suscitado cuestionamientos acerca de la utilidad de determinadas prácticas médicas.

En consecuencia, existen casos de personas cuyo estado se ha determinado como "en situación clínica límite", contexto en el cual la técnica de las medidas tomadas ha impedido su muerte, pero no han curado y no han restablecido el estado de salud previo. En ocasiones estas intervenciones generan incapacidad física o psicológica, pues hay situaciones límite susceptibles de curación, pero otras son incurables (Mendoza, 2008).

El análisis de estos escenarios dentro de la práctica médica ha promovido el debate y la conceptualización de la futilidad médica.

La palabra fútil proviene del latín *futilis* que significa "de escasa importancia", "sinónimo de trivial o insustancial" (Cataldi, 2003, p.1). También, fútil se define como "algo que no sirve, que no tiene propósito útil, completamente inefectivo" (Kasman, 2004, p.1053). Para el caso de la medicina, la futilidad está explícita como una acción que no es útil para alcanzar la meta específica establecida para un determinado individuo (Kasman, 2004).

De acuerdo a la Declaración de Consenso de la Sociedad Americana de Medicina de Cuidado Crítico, un tratamiento es fútil cuando no logra su objetivo previsto, el cual consiste en un efecto fisiológico benéfico para el paciente (Frick et al., 2003, p.459). Se puede decir entonces, que la futilidad es el resultado obtenido después del seguimiento de unos pasos: Primero, existe una meta, luego coexiste una acción y una actividad encaminada a conseguir esa meta, por último hay certeza implícita que

esa acción fallará al tratar de cumplir con el propósito trazado (Kassman, 2004).

La futilidad de los actos médicos se da cuando el médico no reconoce que la vida tiene límites, y que ciertos manejos terapéuticos atentan contra la autonomía y la dignidad de los seres humanos (Cataldi, 2003). Esa futilidad se entiende a través de varios ejemplos: fracaso para prolongar una vida en condiciones dignas, fracaso para satisfacer los deseos o los pedidos del atendido, fracaso para lograr que los medicamentos tengan los efectos fisiológicos esperables, y/o fracaso para obtener los resultados terapéuticos que sean realmente aceptables (Cataldi, 2003)

Los actos médicos fútiles son acciones que no se aconsejan porque no son clínicamente eficaces, porque no van a mejorar el pronóstico ni los síntomas, y a veces producen efectos perjudiciales desproporcionados al beneficio esperado para el individuo asistido (Mendoza, 2008). Por otra parte, se ha reconocido que además de no cumplir con las metas señaladas en términos médicos, la futilidad tampoco alcanza o permite conseguir la calidad de vida de las personas, definida como la presunta satisfacción individual de cada quien a nivel físico, psicológico y social (Frick et al, 2003).

Humanización como solución a la futilidad terapéutica

El ejercicio de la medicina debe consolidarse en un acto profundamente humano, donde las personas interactúen, se

escuchen la una a la otra, y se respeten mutuamente. Esto significa hacer medicina como “una forma de vida en la que se aprecia y se hace énfasis en el bienestar del ser humano” (Oseguera, 2006, p.61). Por ello, debe reconocerse a cada persona como única e individual. Cada ser humano con determinada afección debe dimensionarse y considerarse de acuerdo a su estado físico y mental, a su entorno social y familiar, y comprender sus peticiones.

Con relación a la futilidad terapéutica y la consolidación de actos profundamente humanos (humanización) existen varias realidades. En primer lugar, los médicos no están obligados a proveer tratamientos que ellos consideran inefectivos o perjudiciales para las personas. Los profesionales tienen la obligación moral de “no hacer mal”, y respetar así el principio de la no maleficencia. Los médicos también son autónomos, y deben expresar de forma clara en la historia clínica y frente a los implicados que por motivos de inutilidad o ineficacia no se aplicarán los tratamientos fútiles (Kasman, 2004).

En segundo lugar, humanizar implica darle importancia a la interacción entre los seres humanos, pues el médico no sólo debe negarse a la realización de los tratamientos que considera fútiles, sino que debe constituir un diálogo con aquel que sobrelleva una enfermedad (y con su familia), y discutir las alternativas existentes. Así el tratamiento sea fútil, es una opción y debe ser conocida por el que presen-

ta la enfermedad y por su familia si es el caso (Kasman, 2004).

Por otra parte, los médicos deben reconocer y transmitir siempre que la asistencia médica nunca es fútil. No es lo mismo un tratamiento agresivo que un tratamiento que provee confort. Humanización se relaciona con el hecho de garantizar el cuidado y acompañamiento constantes, sobre todo si es una condición al final de la vida, que amerita paliación, control del dolor, y respeto de su dignidad y autonomía, medidas que le darán beneficio a su salud y no son consideradas fútiles (Kasman, 2004).

La autonomía del paciente también cumple un papel fundamental en las disposiciones médicas. El paciente por sí mismo tiene el derecho moral y legal de tomar decisiones, puesto que es él quien reconoce sus necesidades siempre que esté mentalmente competente. En términos de bioética, el respeto a la autonomía de los pacientes dentro del ámbito de las decisiones clínicas es parte fundamental. La futilidad, para algunos, es una "carta de triunfo" para el médico que suele "anular" las necesidades u opiniones de los que padecen alguna enfermedad, violando su autonomía (Baily, 2011).

Es en estos contextos donde falta humanización, donde sobresale la imagen y el pensamiento del médico por encima de los atendidos y sus familias, lo cual da lugar a la obstinación terapéutica: Cuando alguien está sin posibilidad alguna de recuperación, el hecho de someterlo

a prácticas invasivas y tratamientos inútiles, hace que su agonía se prolongue y se constituye lo que se conoce como una obstinación o ensañamiento terapéutico (Cataldi, 2003). Fundamento de estas actitudes lo establecen pensamientos como: "más tecnología, mejor medicina", "lo que se pueda hacer se debe hacer", o, "si hay herramientas tecnológicas al alcance del médico deben ser usadas". Todas estas acciones lo único que producen es una omnipotencia médica, una sacralización de la vida y una negación (maníaca) de la muerte (Maglio, 2010).

Para contrarrestar esta situación, se ha considerado la aplicación de un término conocido como "limitación del esfuerzo terapéutico (LET)". Esto consiste en tener siempre presentes y definidos los objetivos y fines de las acciones terapéuticas, para poder "iniciar" o "retirar" un tratamiento específico (Hernando, Diestre, Baigorri, 2007). "La cuestión esencial de la LET es la proporcionalidad del tratamiento en relación a la futilidad" (Hernando et al, 2007, p.131). La idea es que los resultados obtenidos de un tratamiento o procedimiento son fútiles en comparación con los medios dispuestos. Todo consiste en adecuar proporcionalmente un tratamiento.

Conclusiones

Durante el ejercicio de la medicina, pero con mayor razón en el campo del CP, "el respeto de los puntos de vista del paciente y la consideración de cada una de sus opiniones en la toma de decisiones

respecto a su salud" (Oseguera, 2006, p.57). La interacción entre el médico y su paciente no consiste en una relación autoritaria entre alguien con poder y un sometido, por el contrario, es una interacción entre iguales, donde los implicados son autónomos y tienen capacidad decisoria.

El soporte principal de la interacción entre los seres humanos es el hecho de escucharse unos a otros. En el caso de la medicina, Hipócrates ya mencionaba que "muchos enfermos se curan solamente con la satisfacción de un médico que los escucha" (Maglio, 2010, p.5). En esto consiste gran parte de la medicina, en un ejercicio de atención y escucha: "Practicar la medicina sin los libros, es navegar sin brújula, pero practicarla sin escuchar a los enfermos, ni siquiera es embarcarse" (William Osler, tomado de Maglio, 2010, p.6).

En el caso de aquellos con entidades terminales, está claro que, si los seres humanos mueren sufriendo de modo intolerable, a causa de dolor u otros síntomas de difícil control, es signo de una muerte no digna. Por ello, las medidas que se tomen con respecto a la salud de las personas deben ser efectivas, proporcionadas y útiles. Es un imperativo moral que el médico evite la futilidad terapéutica y privilegie la dignidad humana (Cataldi, 2003).

En este sentido, existen actitudes que son ineludibles al tratar individuos con enfermedades terminales: consideración indi-

vidual del entorno físico, mental, familiar y social; aplicación de medidas útiles, proporcionadas y efectivas; adecuado uso del conocimiento; y acompañamiento humanizado.

Para evitar la futilidad, hay que ponerse en el lugar de los demás, escuchar, identificar sus necesidades, y aplicar eficiente y proporcionalmente el conocimiento que se tenga para permitirles estar bien. La medicina paliativa no consiste en utilizar todos los medios posibles para prolongar una vida, o evitar una muerte. Al contrario, se trata de brindar un acompañamiento humanizado a quienes lo necesitan (y a sus familias), con medidas que permitan bienestar físico y emocional, que eviten sufrimiento y dolor hasta el momento en que la muerte llegue.

Realmente, la prevención de los tratamientos fútiles podría constituirse a partir de la abstención de realizar algún procedimiento o provocar alguna conducta cuando ese acto médico no aporta ningún beneficio a la persona con la afección (Mendoza, 2008).

Finalmente, con una interacción entre iguales, con comunicación y escucha efectivas, donde se identifiquen las necesidades a nivel individual y se respete la autonomía y dignidad humanas, se consolidarán actos médicos humanizados; acciones fundamentadas en una administración adecuada del conocimiento, las cuales evitarán los tratamientos fútiles dentro del cuidado paliativo.

Referencias

- Baily, M. (2011). Futility, Autonomy, and Cost in End-of-Life Care. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 39(2), 172-182 DOI: 10.1111/j.1748-720X.2011.00586.x
- Cataldi, R. (2003). Futilidad Terapéutica. *Revista de la Sociedad de Medicina Interna de Buenos Aires*, 4(4). Recuperado de: http://www.smiba.org.ar/revista/vol_04/04_04_03.htm
- Fitzsimons, D., Mullan, D., Wilson, J., Conway, B., Corcoran, B., Dempster, M.,... Fogarty, D. (2007). The challenge of patients' unmet palliative care needs in the final stages of chronic illness. *Palliative Medicine*, 21, 313-322. doi 10.1177/0269216307077711
- Frick, S., Uehlinger, D., Zuercher, R. (2003). Medical futility: Predicting outcome of intensive care unit patients by nurses and doctors—A prospective comparative study. *Crit Care Med*, 31(2), 456-461.
- Gaviria, A. (2014). "Ley Consuelo Devis Saverdra". Ley 1733 del 8 de septiembre de 2014. Congreso Nacional de la República de Colombia. Recuperado de <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/LEY%201733%20DEL%2008%20DE%20SEPTIEMBRE%20DE%202014.pdf>
- Hernando, P., Diestre, G., Baigorri, F. (2007). Limitación del esfuerzo terapéutico: "cuestión de profesionales o ¿también de enfermos?". *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(3): 129-135.
- Kasman, D. (2004). When Is Medical Treatment Futile? A Guide for Students, Residents, and Physicians. *Journal of General Internal Medicine*, 19, 1053-1056.
- Keeley, P., y Noble, S. (2011). Palliative care: Introduction. *Medicine*, 39(11), 635.
- Maglio, F. (2010). "Relación medico paciente: Aspectos éticos y antropológicos". En Congreso Nacional de la Asociación Argentina de Pediatría. Recuperado de http://www.sap.org.ar/docs/congresos/2010/ambulatoria/maglio_etica.pdf
- Mendoza del Solar, G. (2008). El concepto de futilidad en la práctica médica. *Rev Soc Peru Med Interna*, 21(1), 26-35.
- Moyano, J., Zambrano, S., y Mayungo, T. (2010). Characteristics of the last hospital stay in terminal patients at an acute care hospital in Colombia. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 27(116), 402-406.
- Organización Mundial de la Salud (2016). Cancer. WHO Definition of Palliative Care. Recuperado de <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- Oseguera, J. (2006). El humanismo en la educación médica. *Revista Educación*, 30(1), 51-63.
- Pastrana, T., De Lima, L., Pons, J., y Centeno, C. (2013). Atlas de Cuidados Paliativos en Latinoamérica. Edición cartográfica 2013. Houston, Estados Unidos: IAHPCC Press.
- Restrepo, M. H. (2005). Cuidado Paliativo: Una aproximación a los aspectos éticos. *Persona Y Bioética*, 9, 6-45.
- Sarmiento-Medina, M. I. (2011). El Cuidado Paliativo: un recurso para la atención del paciente con enfermedad terminal. *Revista Salud Bosque*, 1(1308), 23-37.
- Tealdi, J. (2008). Diccionario Latinoamericano de Bioética. Bogotá, Colombia: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) y Universidad Nacional de Colombia.

Abordaje bioético del tratamiento de toxicomanías: Un análisis de la singularidad en situación a partir de la narrativa cinematográfica

Paula Paragis¹
Irene Cambra Badii²

Resumen

La Bioética, el Cine y el Psicoanálisis se han entrecruzado en distintos estudios en las últimas cuatro décadas, con aproximaciones exclusivamente teóricas o mediante aplicaciones conceptuales de una disciplina sobre otra, estableciendo una finalidad pedagógica de los contenidos a ser transmitidos mediante una película o una serie televisiva. En este artículo, nos interesamos por la narrativa cinematográfica considerándola en su potencia de pensamiento, es decir, para repensar las categorías con las cuales trabajamos desde el campo de la Bioética, haciendo foco en una lectura de las toxicomanías a través del film *Trainspotting*. Desplegamos tres ejes de análisis, en relación con los Beneficios y efectos nocivos, la Autonomía y la No estigmatización. A través de situaciones singulares relatadas en el film, problematizamos la cuestión de las decisiones del médico respecto de los beneficios de los pacientes en los tratamientos por toxicomanías, por ejemplo el paradigma abstencionista, que pone el foco de la intervención en el no-uso de la droga en lugar de la función que la droga cumple en la vida del sujeto; la autonomía de quienes, inmersos en una situación de toxicomanía, pueden dar su consentimiento informado para comenzar un tratamiento; y la utilización de la categoría social de “adictos” para pensar en forma estigmatizada a un grupo de personas que requiere un abordaje más singular, en el caso por caso. Este film nos

-
- 1 Becaria Estímulo a la Vocación Científica - Consejo Interuniversitario Nacional. Ayudante Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Correo electrónico: paula.paragis@gmail.com
 - 2 Doctora en Psicología. Docente e investigadora Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Correo electrónico: irenecambrabadii@gmail.com

permite entonces nueva posibilidad de interrogar la complejidad en Bioética a través de la narrativa cinematográfica, incluyendo tanto el análisis de la normativa vigente como el de la acción singular y la lectura de la subjetividad.

Palabras clave: Bioética - Cine - Psicoanálisis - Drogas - Adicciones

Bioethical approach to drug treatment: an analysis of the singularity of the situation from the cinematic narrative

Abstract

Bioethics, Cinematic narrative and Psychoanalysis have intersected in different studies in the past four decades, with exclusively theoretical approaches or by conceptual applications from one discipline to the other, establishing a pedagogical purpose of the contents to be transmitted by the means of a film or a TV series. In this article, we are interested in the film narrative because of its power of thought, that is, to think over the categories which we work with in the Bioethics field, focusing on a new look on the drug addictions issue through the film *Trainspotting*. We display three core ideas of analysis, regarding the Benefit and harm, Autonomy and Non-Stigmatization principles. By the means of some singular situations shown in the film, we interrogate the issue regarding medical decisions about patients' benefit in drug addiction treatments, such as the abstentionist paradigm, that focuses on interventions based on the withdrawal of drug consumption instead of raising a question of the function that the drug fulfills in that person's life; the autonomy of the ones who, immerse in a drug-addictive situation, may give their informed consent to begin a treatment; and the use of the social category of "addicts" to refer in a stigmatized way to a group of people that require a more singular approach, that will depend on the case. This film gives us a new possibility to interrogate the complexity in Bioethics by using cinematic narrative, including not only the analysis of the law in force but also one of the singular action and the subjectivity.

Key words: Bioethics - Cinema - Psychoanalysis - Drugs - Addiction

Introducción

Tomaremos como punto de partida la consideración compleja del entrecruzamiento transdisciplinario entre Bioética, Psicología y narrativa cinematográfica, lo cual nos permitirá interrogar a la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos (UNESCO, 2005) desde una perspectiva psi³.

El cine ha desplegado desde siempre distintas problemáticas éticas y bioéticas. En las últimas cuatro décadas, este estilo ha fundado toda una corriente de pensamiento que piensa la dilemática de una situación a partir de la potencia narrativa de escenarios literarios, cinematográficos,

lectura de la subjetividad y de las motivaciones inconscientes de las acciones más allá de las enunciaci3nes conscientes. Dejamos de lado las extensas diferencias entre ambas disciplinas ya que exceden al presente artículo y el enfoque que buscamos en articulaci3n con el Cine y la Bioética.

3 Bajo el nombre de perspectiva psi nos referimos a una matriz conceptual que conjuga elementos de la Psicología y el Psicoanálisis, es decir, una

teatrales, plásticos y musicales, incluyendo en algunas ocasiones la articulación desde la psicología y el psicoanálisis (Cfr. Michel Fariña y Gutiérrez, 1999; Cattorini, 2006; Muñoz y Gracia, 2006; Cavell, 2008; Moratalla, 2011; Michel Fariña y Solbakk, 2012).

Partimos de la premisa de que la transmisión y el análisis de la complejidad bioética a través de la narrativa cinematográfica supone la articulación de un doble movimiento, que incluye por un lado las normativas y códigos deontológicos, y por otro, a la singularidad en situación, es decir, los elementos singulares del caso (Michel Fariña, 2001, 2012). En este sentido, nos hemos preguntado si dicho doble movimiento en el cine permite, asimismo, generar en el espectador un plus, un efecto no calculado, que está en sincronía con la dimensión vivencial que posibilita al espectador apropiarse subjetivamente de la narrativa cinematográfica (Cambra Badii, 2014), convirtiéndose en parte activa y creativa de la problemática bioética que puede desarrollarse a partir de la operación de lectura del film.

La propuesta de este artículo está centrada en el abordaje del entrecruzamiento y la tensión entre los campos de la narrativa cinematográfica (a partir del análisis del film *Trainspotting*), la Bioética (fundamentalmente a través de sus principios fundamentales y la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos, UNESCO 2005) y la Psicología y el Psicoanálisis (como nuevas formas de comprensión

de la subjetividad implicada en el uso de sustancias psicoactivas). Veremos a continuación una introducción teórica para poder situar el recorte de la presente propuesta.

El campo de la Bioética y su Declaración Universal

Entendemos a la Bioética como un campo que no atañe a una disciplina en particular, sino que recibe aportes teóricos desde distintas áreas (Medicina, Derecho, Filosofía, Psicología, Ciencias Sociales, etc.) y a su vez requiere un abordaje interdisciplinario para la resolución de distintas situaciones dilemáticas. Utilizaremos entonces el término Bioética en su acepción amplia, al considerarla una rama de la Ética como disciplina, dedicada a los principios para la conducta humana respecto de la vida y de la muerte, sin limitarla al ámbito de competencia (médico, psicológico, etc.), sino incluyendo todos los problemas éticos que guardan relación con la vida en general, tanto de los seres humanos, como los animales y las plantas, y el medio ambiente en general (UNESCO, 2005; Michel Fariña & Lima, 2009).

Si bien la Bioética hunde sus raíces en la filosofía (Sass, 2008; Lolas Stepke, 2008), es cierto que luego de los aportes de Potter (1971), en 1979 Beauchamp y Childress introducen cuatro principios fundamentales para su propuesta principalista ligada a la medicina: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. La Bioética queda

ligada y enfocada en la relación médico-paciente, intentando que este último pueda ejercer sus derechos y elegir más allá del paternalismo médico.

Actualmente, la *Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos*, promulgada en la Conferencia General de la UNESCO en 2005, es la legislación internacional de mayor alcance y difusión, y contiene los 28 principios generales (Autonomía y responsabilidad individual, Consentimiento, Privacidad y confidencialidad, etc.), aunque no se restringe al ámbito biomédico sino que incorpora cuestiones ligadas al medio ambiente, a la cooperación internacional, etc.

La Declaración se basa en Documentos anteriores: Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos (1997), Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos (2003); y puede ser leída como una confirmación más del “proceso constante hacia una juridización de la Bioética” (Gross Espiell, 2014).

El recuerdo indeleble de las atrocidades cometidas en Auschwitz y en otros campos de concentración en donde se realizaron macabros experimentos con seres humanos, actúa como reaseguro de estas condiciones de bioética que toman como base a la dignidad humana (Andruet, 2007). La primacía de la dignidad humana sobre cualquier otra consideración (médica, científica, política, etc.) se basa

a su vez en la imposibilidad de separar la Bioética de los Derechos Humanos.

El cine como parte de la bioética narrativa

Según Muñoz y Gracia (2004, 2006), el momento de irrupción de la cuestión narrativa en Bioética fue el año 1977 con un trabajo de dos teólogos protestantes, Burrell y Hauerwas: *From system to story: an alternative pattern for rationality in Ethics*.

La corriente *narrativa* de la bioética suplementa a un enfoque más racional, tal como ha sido pensado por la Modernidad, que excluye el mundo de los afectos y de los sentimientos: “La fecundidad de la bioética narrativa está en revalorizar el papel de la imaginación en la ética, su rol fundamental en el razonamiento moral como exploración narrativa, contrariamente a la tradición racionalista del absolutismo moral, excluyente de la insobornable subjetividad de la comprensión humana” (Mainetti, en Tealdi, 2008, p. 167). La bioética narrativa incluye entonces no sólo a las normas y principios, sino también a las circunstancias, emociones y sentimientos, equilibrando ambos modelos.

Gracia y Muñoz (2006) coinciden en señalar que la fuente más importante del conocimiento de la vida, de la cultura y de la moral son las tradiciones narrativas. Las narraciones nos dan una visión del mundo. Luego, van un paso más allá al

afirmar, desde la filosofía hermenéutica, que “la vida tiene estructura narrativa” (Gracia y Muñoz, 2006, p. 17). Los cuentos, las novelas, las canciones, el folclore, las películas, los relatos de viajes o de casuística, son narrativas que configuran nuestro accionar.

Partiendo entonces de la narrativa bioética, podemos considerar distintos medios, cada uno con distintos alcances y limitaciones: la narración escrita, oral, el cine, etc. Consideramos que la narrativa cinematográfica es un elemento audiovisual de enorme relevancia, capaz de desplegar distintas expresiones e identificaciones. La importante capacidad del cine de desplegar escenarios y conflictos éticos ficcionales que convocan al espectador en relación a la mirada, al pensamiento, a la implicación en la *batalla* –así considera el filósofo francés Alain Badiou (2004) que es nuestra participación en el cine: en el cuerpo a cuerpo–, tiene relación con el método ético con el cual se analizan las situaciones controvertidas, es decir, mediante nuestra implicación en la situación y el significado de esas acciones singulares, entrecruzadas con las teorías y el campo normativo en un doble movimiento.

Drogas y toxicomanías: una deconstrucción posible

La problemática del consumo de sustancias tóxicas puede ser abordada desde distintos puntos de vista, puesto que se encuentra atravesada por diferentes dis-

cursos, provenientes de la medicina, del ámbito jurídico-legal, de la religión, y aún la publicidad misma que el mercado produce para publicitar sus varios objetos de consumo. El resultado es que nos encontramos ante un conjunto heteróclito de discursos sobre drogas, consumidores y adicciones.

Resulta de suma importancia considerar que la historia de las drogas es mucho más amplia que la historia de las toxicomanías, puesto que la relación de los sujetos con la droga es milenaria. Es posible ubicar que la toxicomanía como tal (junto con el alcoholismo) no tienen más de ciento cincuenta años de antigüedad. Siguiendo los desarrollos de Escohotado (1998), encontramos distintos usos que ha tenido la droga en diversos momentos históricos. Por ejemplo, en la Antigüedad, diversas religiones -como el budismo- utilizaban el cáñamo (hoy conocido como marihuana) fundamentalmente para acompañar la meditación. Por otro lado, en la cultura grecorromana, se utilizaba el término *Pharmakon* para referirse a la droga, con una doble acepción: remedio y veneno. Comienza allí una discusión que se continúa hasta el día de hoy en cuanto al modo de utilizar el *Pharmakon* –que es lo que hoy llamamos uso indebido/uso aceptado de drogas-. Se plantea si el problema del abuso de la sustancia se encuentra del lado del sujeto o del lado de la sustancia en sí misma. Posteriormente, en la época del liberalismo, las drogas comienzan a tener un lugar fundamental en ciertas ideologías como

el movimiento hippie. En ese entonces, había una creencia muy fuerte que sostenía que consumiendo ciertas drogas se podía acceder más fácilmente al inconsciente.

La aparición de la toxicomanía o adicción propiamente dicha se instala en el contexto de la guerra civil de Estados Unidos, de 1860-1865, que es cuando se comienza a utilizar de manera sistemática la morfina (derivado del opio) para calmar los dolores de los heridos. Al terminar la guerra se evidencia la adicción a la morfina, lo cual se denominó "el mal militar". Se descubre entonces el fenómeno de abstinencia, lo cual sanciona la entrada de la cuestión del consumo de drogas al campo médico —ya que hasta entonces se consideraba la "buena o mala fe" de la persona que consumía, dependiendo de ella si eso traía problemas colaterales o no—.

La definición que introduce la Organización Mundial de la Salud de lo que se considera adicción es la siguiente: "Estado de intoxicación crónica y periódica originada por el consumo excesivo de una droga, natural o sintética, caracterizado por: 1) Una compulsión a continuar consumiendo por cualquier medio. 2) Una tendencia al aumento de las dosis. 3) Una dependencia psíquica y generalmente física de los efectos. 4) Consecuencias perjudiciales para el individuo y la sociedad" (Escohotado, 1998, p. 111). Es decir que se delimita qué drogas son adictivas y cuáles no, las drogas llamadas "duras" y las "blandas", las cantida-

des que implicarían un consumo de tipo adictivo, etc.

Si bien resulta fundamental conocer dicha definición, en el presente trabajo no nos guiaremos con estos parámetros, puesto que partimos de una concepción psicoanalítica de la toxicomanía, la cual no ubica el foco primario de atención en la cuestión en la sustancia ni en las cantidades de su consumo. Desde el Psicoanálisis, entendemos que el consumo de tóxicos constituye un síntoma que atañe a cada sujeto en su posición. Este síntoma tiene particular importancia en la época actual y se encuentra íntimamente ligado a las coordenadas de la posmodernidad: nos encontramos en un momento histórico en el cual el mercado ha impuesto su ley, viéndose acompañado por un hiperindividualismo, siendo un tiempo que carece de normativa o regulación y que se da a nivel global. Se trata de un mundo invadido por las nuevas tecnologías y la modificación de la cultura. Entendemos de este modo que la toxicomanía se ha convertido en una forma universal patológica, tratándose de una forma subjetiva generalizada en la actualidad, por lo cual se intentarán plantear ciertos puntos de tensión entre la Declaración de Bioética y una clínica de la singularidad. Consideramos que las problemáticas contemporáneas nos interpelan como profesionales de la salud y, por ello, la utilización de la narrativa cinematográfica posibilita la reflexión, el análisis y la problematización de su complejidad a través de las ficciones en la pantalla (Solbakk, 2006).

La propuesta de este artículo: Trainspotting

Para este artículo, nos propondremos puntualmente interrogar lo establecido en la Declaración en relación al consumo de tóxicos, tomando el caso del film *Trainspotting*, de Danny Boyle (1996), cuya trama gira en torno a la adicción a la heroína de un pequeño grupo de amigos.

Será interesante adentrarnos en este film ya que, en la articulación entre Psicología, Bioética y Cine, o al menos en dos de estas disciplinas, los aportes hasta el momento (por ejemplo Muñoz y Gracia, 2006; García Manrique, 2008; Moratalla, 2011; Colt, Friedman, & Quadrelli, S., 2011; Michel Fariña & Solbakk, 2012; Icart Isern & Donaghy, 2013) giran en torno a las problemáticas bioéticas más difundidas o reconocidas por el gran público, acerca del principio y final de la vida (aborto, tecnologías de reproducción asistida, genética, clonación, apropiación y restitución de niños, cuidados paliativos, eutanasia, suicidio asistido), del tratamiento del dolor, clonación, donación y trasplante de órganos, investigación, genética, etc. No hay, en estos importantes antecedentes, lecturas sobre la articulación de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos y el escenario del consumo de tóxicos desde una perspectiva psi. ¿Cuáles pueden ser esas articulaciones? ¿Cómo puede aportar una mirada psi en este ámbito?

Nos enfocaremos en tres artículos de la Declaración UNESCO:

- *Artículo 4 – Beneficios y efectos nocivos:* “Al aplicar y fomentar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas, se deberían potenciar al máximo los beneficios directos e indirectos para los pacientes, los participantes en las actividades de investigación y otras personas concernidas, y se deberían reducir al máximo los posibles efectos nocivos para dichas personas”
- *Artículo 6 – Consentimiento:* “Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada. Cuando proceda, el consentimiento debería ser expreso y la persona interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno”
- *Artículo 11 – No discriminación y no estigmatización:* “Ningún individuo o grupo debería ser sometido por ningún motivo, en violación de la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales, a discriminación o estigmatización alguna” (UNESCO, 2005).

El film *Trainspotting* está basado en la novela homónima de Irvine Welsh. El título hace referencia a un término escocés que significa “buscar una vena para inyectarse droga”.

Recapitulemos brevemente lo que sucede en la historia, que narra la vida de cinco jóvenes amigos de Edinburgo, adictos a la heroína. Comienza con la narración en off de Mark Renton, cuando él y su amigo Spud corren por la calle, siendo perseguidos por unos guardias de seguridad luego de un robo. Renton declara que, a diferencia de la gente que “escogió una vida” (con hijos, estabilidad financiera y posesiones materiales), él eligió la heroína.

La historia incluye el devenir de Renton, cuando intenta dejar la droga y cuando vuelve a consumir. Recurre a supositorios de opio para aplacar el malestar de la abstinencia y se encierra en un hotel para resistir esos síntomas, para volver a consumir casi inmediatamente. Es capturado por robar una librería junto con su amigo Spud y debe realizar un tratamiento de rehabilitación con metadona, del Programa estatal de Intervención de Drogas, para no ir a la cárcel. A pesar de contar con el apoyo de familia y amigos, el joven se siente constantemente deprimido y apático. Más tarde, en una visita a su dealer, vuelve a inyectarse heroína y casi muere por sobredosis, siendo salvado justo a tiempo. A partir de lo ocurrido, sus padres lo llevan a su casa y lo encierran en su habitación sometándolo a “una rehabilitación súbita”. Es allí donde comienzan los síntomas severos de la abstinencia, presentando intensos delirios. Su reclusión finaliza cuando sus padres lo instan a realizarse un examen de VIH, que da resultado negativo. Sin

embargo, Renton se siente aburrido y angustiado, ya que no encuentra un propósito en su vida. Posteriormente, gracias a la intervención de una amiga, decide mudarse a Londres y comenzar a trabajar como agente de alquiler de propiedades. El personaje aparenta disfrutar la vida de sobriedad y comienza a ahorrar dinero. Sin embargo, poco tiempo después sus amigos lo buscan y deciden instalarse en su hogar, arruinando su nueva vida, robándole y destrozando su habitación. Debido a ciertas complicaciones generadas por los muchachos, Renton pierde su trabajo. Spud, quien había salido de la cárcel, les propone realizar una transacción de heroína en Londres que les resultaría sumamente provechosa, si bien implicaba grandes riesgos. Para realizarla, necesitaban la ayuda de Renton quien aportaría la mitad de la suma necesaria para llevar a cabo el negocio. Después de la adquisición, Renton se inyecta una dosis de heroína para verificar su pureza. Una vez realizada la misión con éxito, celebran en un bar y discuten sus diversos planes con el dinero. A la mañana siguiente, mientras todos dormían, Renton decide tomar sigilosamente el dinero y huir. La película finaliza con el protagonista caminando por las calles de Londres, tratando de convencerse de llevar una nueva vida alejada de las drogas.

Los beneficios y efectos nocivos interrogados en la clínica

Uno de los puntos principales a ser indagados en este puente articulador entre

Bioética, Cine y Psicoanálisis es, sin lugar a dudas, la relación entre los *Beneficios* y *efectos nocivos* de los tratamientos propuestos para el abordaje de las toxicomanías.

Si bien el principio de *primum non nocere* es intrínseco a todas las intervenciones, ya sean médicas o psicológicas, de investigación o tratamiento, es necesario tener en cuenta que este “primero no dañar” o “potenciar los beneficios y reducir los efectos nocivos”, esconde tras de sí un sinfín de matices y situaciones.

Es bien conocida la opinión moral de bioeticistas, psicólogos y educadores respecto de la utilización de medidas coercitivas a fines de lograr el inicio o continuación de tratamientos para el abordaje de las toxicomanías, tales son los casos de: *“la decisión de generar incapacidades cuando la conducta adictiva produce riesgo propio, riesgo de terceros o quebranto económico familiar (...) [y es sabido que] en el caso de los drogodependientes la necesidad de “obtener la droga a cualquier precio” y los efectos psicopatológicos justifican la restricción de la autonomía”* (Lazzari, 2007). Esta opinión moral sustentada con argumentos de la disciplina científica vuelve sobre los pasos de la autonomía en el nombre del paternalismo médico: creyendo saber lo mejor para el paciente, toman las decisiones por él y callan sus contradicciones bajo la categorización de una psicopatología de base.

Veamos a través del recorte de la narrativa cinematográfica elegida algunas

de estas situaciones en su singularidad. Al promediar el film, cuando parece no haber solución para su adicción a la heroína, el protagonista es sometido a un tratamiento de sustitución con metadona, con lo cual se intenta cambiar la sustancia que él consumía por una sustancia supuestamente menos dañina para su organismo. La abstinencia aquí está referida a la sustancia en sí misma y no a la función que el tóxico tenía para este sujeto, ya que el movimiento permanece: Renton se vuelve adicto a la metadona en lugar de la heroína.

Desde una mirada psicoanalítica, entendemos que existen diversos modos de vinculación de los individuos con las múltiples sustancias psicoactivas, siendo distinta la función que ocupa el tóxico en la subjetividad de cada quien. En este sentido, la apuesta terapéutica consistiría en propiciar una pregunta en el sujeto, entendiendo que “la causa del consumo problemático no es la sustancia sino que hay que localizarla en la singularidad subjetiva” (Duek y Quevedo, 2010, p.3). Resulta interesante tener en cuenta que la abstinencia de la heroína cobra aquí un valor de ideal terapéutico que se impone a todos por igual en el programa estatal, sin considerar las coordenadas subjetivas de Renton en cuanto a la singularidad que el consumo tiene para él. En efecto, la abstinencia puede ser leída en términos morales, como “lo indicado”, “lo beneficioso” o “lo esperable” que se quita o se reemplaza -por metadona, en este caso-; pero que en los casos en que no contemple al sujeto

en la situación, hará estallar todo por los aires ante la mínima ocasión de tambaleo, generando un regreso al consumo.

Este tipo de tratamientos, que imponen estrictamente el abandono del consumo para poder ingresar al programa, se enmarcan en un paradigma abstencionista que centra la causa de la adicción en la droga, es decir, la sustancia en sí misma, siendo el fin último el cese del consumo. Este tipo de instituciones pretenden desintoxicar al sujeto, sacarle el objeto de la adicción en tanto causa. Desde una perspectiva que aloje la singularidad, podríamos pensar que las curas de abstinencia sólo tendrán éxito aparente si se sustrae la sustancia narcótica sin cuidar el motivo de la imperiosa necesidad de aquella.

De lo que se trata a fin de cuentas es de cómo operar allí donde se presenta la posibilidad de que la ética del psicoanálisis pueda confundirse con la moral social que impone el ideal de salud (Piotte, Sruber y Torregiani, 2005). La apuesta que se realiza desde el psicoanálisis es que la dirección del tratamiento no se sostenga en la abstinencia del paciente, sino que implique escuchar al paciente, sin tener un "ideal" en el horizonte, permitiendo al paciente interrogarse acerca de su consumo, posibilitando que aparezca allí algo en relación con la singularidad de su deseo. De ningún modo se trata de una pretensión de regular la relación del paciente con el tóxico, como sucede con otras terapéuticas. Así, vía la intervención del analista se intentará que se desplie-

guen las coordenadas significantes que marcan la vida del sujeto, permitiendo ir situando la función que cumple el tóxico en su subjetividad.

Es importante mencionar que en el film no aparecen los profesionales a cargo del tratamiento, como si éste fuera acéfalo o como si no hubiera un vínculo terapéutico con Renton: todo lo que a éste le importa queda en él, sus tóxicos y los amigos que están vinculados a éstos. Este hecho no hace más que reforzar el intento del sujeto de resolver su malestar por fuera del campo de la palabra, recurriendo al tóxico como un modo de obtener un placer inmediato que le proporciona independencia del mundo exterior.

Por otra parte, es posible ver allí cómo la figura del "adicto" en la sociedad actual es ubicada en un lugar marginal, puesto que es vista como "flagelo social", lindante a lo delictivo o bien a una enfermedad. De este modo, no sólo se produciría una retroalimentación entre el aislamiento propio del toxicómano y la marginación por parte de la sociedad, sino que todo esto acarrea la demonización de la sustancias, con la consecuente desresponsabilización de los sujetos implicados en los actos de consumo.

Si volvemos al film, los dichos del protagonista respecto del tratamiento de mantenimiento con metadona resultan un tanto chocantes: *"Ya que estaba en rehabilitación, el Estado costeara mi adicción"*. Antes que nada, debe tenerse en

cuenta que este tratamiento es la opción farmacológica más utilizada para la adicción a opiáceos en todo el mundo. Se estima que al menos un millón de personas reciben dicho tratamiento actualmente, dado que su eficacia y efectividad son bien conocidas (Bobes García y Bobes Bascarán, 2012). Este tipo de tratamiento es tan frecuente ya que conlleva dos ventajas para el Estado y los sistemas de salud: resulta económico y es más fácil su seguimiento y control. Ahora bien, en semejante panorama, ¿dónde queda el sujeto? El hecho de que Renton señale que el Estado es ahora el que costea su adicción nos pone en la pista de que hay algo allí que no se ha conmovido. El supuesto tratamiento que se propone que el individuo abandone su consumo problemático de sustancias ha pasado a ser una nueva variante de dicha adicción. Si bien este tratamiento es eficaz y validado empíricamente, podemos ubicar que es imposible soslayar el caso por caso, la singularidad de cada quien, en tanto no se trata de la droga que Renton consumía anteriormente sino de la función que aquel consumo cumplía, el cual simplemente ha mudado de sustancia (de heroína a metadona).

A través de lo manifestado por el protagonista del film, es posible abrir ciertos interrogantes respecto de la tensión existente entre lo establecido en la Declaración de bioética y la práctica clínica: ¿Hasta qué punto se está efectivamente potenciando los beneficios que el tratamiento comporta para este paciente? ¿Acaso no se está perpetuando un circuito compulsivo

que resulta riesgoso? ¿Cómo debemos operar como profesionales de la salud en situaciones en las cuales aquello que resulta beneficioso para los intereses del Estado –en nombre del interés de paciente– va en detrimento del bienestar de este último?

El Consentimiento Informado y los carriles de la responsabilidad

El Consentimiento se basa en el principio de la Dignidad humana y en los derechos humanos (Andruet, 2007), ya que resulta una especificación práctica del principio de autonomía y responsabilidad individual, lo cual equivale a pensarlo como un acto de voluntad. Sin embargo, desde el psicoanálisis sabemos que la toma de decisiones es compleja y no incluye únicamente a la voluntad del sujeto autónomo, capaz de tomar decisiones y de manifestarlas, sino también al sujeto del inconsciente (Freud, 1900; Salomone, 2006), y más allá de esta consideración, incluye también al médico tratante y a la relación con el paciente.

Volviendo a la especificidad del escenario del consumo de tóxicos, se trata de un tipo de pacientes suele llegar a consulta sin un síntoma –en el sentido analítico– que los aqueje, no presentan interrogantes sino que arriban con la respuesta que han conseguido. Allí la causa parecería ser “atribuida a algún otro o a la sustancia otorgándoles poderes omnímodos y demonizantes, y, a la vez, requiriendo la gestión de una solución o respuesta que suprima el malestar que portan, a la ma-

nera de una extracción quirúrgica del tóxico" (Kamaniecki y Quevedo, 2008, p.2). Dicha solución probablemente recubre cierta angustia, permitiéndole al sujeto la desresponsabilización, en tanto es la sustancia la "responsable", de lo cual se desprendería un "no querer saber" acerca de las determinaciones desconocidas de sus actos. Este aspecto puede verse claramente en el film, cuando Renton es apresado y enviado a juicio por los actos delictivos que venía cometiendo. Para lograr la absolución, atribuye los actos delictivos al consumo de drogas y brinda su consentimiento para iniciar un tratamiento.

En este sentido, se evidencia la tensión existente entre la responsabilidad entendida en términos jurídicos y aquella que compromete al sujeto del inconsciente. Si consideramos que Renton ha brindado su consentimiento como "un acto de voluntad", nos situamos en el terreno de un sujeto autónomo, lo cual restringe la responsabilidad al terreno de la conciencia. El hecho de que para este personaje su tratamiento se inicie como requisito judicial deja por fuera el campo de la responsabilidad subjetiva, no lo interpela más allá de las fronteras conscientes. De este modo, Renton sería *responsable* de los actos cometidos bajo el efecto de tóxicos, en cuanto a las normas se refiere. Es responsable por el no cumplimiento de sus obligaciones o el mal ejercicio de sus derechos. Desde una reflexión ética, no se puede obviar el análisis de las consecuencias que esto tendrá para el sujeto.

Según Le Poulichet, es notable que ciertos toxicómanos se aferren ellos mismos a esta creencia en un flagelo del que serían las víctimas, y de ese modo alimenten su propio estereotipo, su propia figura normativa: "algunos se presentan entonces como ya desposeídos de sus actos, opciones o síntomas, a partir del momento en que existen clichés y leyes para asignar una racionalidad a esta anomalía" (1990, p.46), lo cual resulta un espejo de su propia dificultad para elaborar algo de la relación que sostienen con la toxicomanía, como acto singular, como algo que les pertenece.

Así pues, podríamos preguntarnos por la verdadera naturaleza de este consentimiento. ¿Hay allí un acto de voluntad de iniciar un tratamiento? En términos psicoanalíticos, ¿puede ubicarse allí una verdadera demanda de tratamiento? ¿Existe en Renton algún atisbo de interrogación respecto de su consumo? En ese momento, el consentimiento para iniciar un tratamiento parece "el mal menor" frente a la posibilidad de ir a prisión -opinión compartida por sus padres, quienes lo acompañan al juicio-, pero no hay una interrogación acerca de su responsabilidad en los actos cometidos -ni en los robos, ni en el consumo-. Esto lo hará volver a consumir casi inmediatamente.

No discriminación y no estigmatización

Teniendo en cuenta el Artículo 11 de la Declaración de Bioética y Derechos Humana-

nos, es posible interrogar hasta qué punto éste es respetado en escenarios tales como el de consumo de tóxicos, especialmente cuando se trata de casos “judicializados”, como el de Renton -una vez que ingresa al aparato judicial por las denuncias de robos y es enviado al tratamiento por sus adicciones para evitar la prisión.

Si bien se establece que ningún individuo o grupo debería ser sometido a discriminación o estigmatización alguna, pareciera ser que en el imaginario social y en el modo de abordar este tipo de consumos problemáticos la mirada que prima dista mucho de aquella premisa. De hecho, la figura del “adicto” en la sociedad actual es ubicada en un lugar marginal, puesto que es vista como “flagelo social”, lindante a lo delictivo o bien a una enfermedad, por lo cual suelen proliferar las llamadas “comunidades terapéuticas”, que mantienen aquella fuente de perturbación en un espacio delimitado y por fuera de los márgenes de la sociedad. De este modo, no sólo se produciría una retroalimentación entre el aislamiento propio del toxicómano y la marginación por parte de la sociedad, sino que todo esto acarrea la demonización de las sustancias, con la consecuente desresponsabilización de los sujetos implicados en los actos de consumo. En el film, Renton conmueve con todo lo que va diciendo, aquello que entendemos vulgarmente por “adicción”. Señala que su madre es una “social y domésticamente aceptable drogadicta”, ya que consume Valium (en grandes dosis y con frecuencia); y por otro

lado, sitúa a su compañero Begbie como víctima de “otro tipo de adicción”: aunque este personaje no consume ninguna droga -si bien podría pensarse que tal vez tenga alguna cuestión sintomática en relación al alcohol, ya que en varias escenas se encuentra bebiendo en exceso-, a lo que Renton se refiere como “adicción” en este caso es a los ataques de ira de este sujeto, los cuales no logra manejar, necesitando imperiosamente una descarga motriz que lo lleva a los más cruentos ataques por motivos nimios.

Cuando Renton inicia el tratamiento estatal para dejar las drogas y evitar la prisión, vemos su desprecio frente a las entrevistas y las propuestas que le hacen: parecen ser similares para todos, a todos les dan los mismos remedios, él no hace vínculo con ningún profesional. No hay escenas filmadas de los tratamientos, no ocupan lugar en la vida de Renton y tampoco en el film. Ahora bien, en relación con la Bioética, nos interesa destacar aquí la pregunta que nos surge desde el campo profesional, ¿por qué abordar la toxicomanía como un grupo homogéneo?

Si consideramos al grupo “adictos” o buscamos según categorías del tipo de los manuales diagnósticos de la psiquiatría, veremos que las personas que están agrupadas en una misma categoría son vistas como “relativamente similares” en cuanto a la manifestación de determinada patología. La concepción de lo normal y lo patológico que guía esas conceptualizaciones conforma un instrumento

de dominio social que, en términos foucaultianos, podemos entender como una normalización “biopolítica”: un control que se ejerce sobre toda la población con el objetivo de gobernar su vida, normalizarla, etc (Canguilhem, [1966]2005; Foucault, 2000). La Psicología puede aparecer estableciendo parámetros de la salud y la enfermedad, fomentando que la población interiorice esas normas, y ahorrando la necesidad de recurrir a mecanismos disciplinarios para ser más eficaces (Muhle, 2009), por ejemplo mediante la medicalización y la psicoterapia cognitivo-conductual, en busca de rápidos resultados.

En cuanto a la psicoterapia, es llamativo que no haya ningún tipo de intervención presente en el film. Sin embargo, todas las intervenciones estatales giran en torno a la modificación conductual mediante el reemplazo de la sustancia, por lo cual el paciente –Renton, en este caso– pareciera no tener autoridad alguna sobre su propio tratamiento (¿quiere dejar las drogas? ¿Cómo?), aunque él se las ingenia para recuperar algo de ese margen de decisión en el tratamiento con metadona. En dichas maniobras que Renton realiza podemos ver que se lo que se trata es de hacer del tratamiento algo propio, de singularizar aquello que por definición se propone borrar las diferencias individuales e interpersonales, puesto que opera bajo parámetros estandarizados e inamovibles. Finalmente, estas estrategias –que se le presentan como ineficaces para paliar los síntomas de la abstinencia– no ha-

cen más que llevar al protagonista de regreso a su antiguo *modo de respuesta*, consumiendo heroína una vez más.

Desde el Psicoanálisis, entendemos que existen diversos modos de vinculación de los individuos con las múltiples sustancias psicoactivas, siendo distinta la función que ocupa el tóxico en la subjetividad de cada quien. En este sentido, la apuesta terapéutica consistiría en propiciar una pregunta en el sujeto, entendiendo que “la causa del consumo problemático no es la sustancia sino que hay que localizarla en la singularidad subjetiva” (Duek y Quevedo, 2010, p.3). De hecho, vemos en este pequeño grupo de amigos que el film muestra cómo cada uno en su singularidad se va ligando al tóxico de una manera especial, y cómo el tóxico cumple una función diferente para cada uno de ellos: por ejemplo, al promediar el film vemos cómo Tommy, el único de los amigos del grupo que mantenía un trabajo y tenía un noviazgo estable, se *deja caer* por una situación en su relación amorosa e, incapaz de volver a encontrarle un sentido a su vida por fuera de esa novia, comienza a consumir heroína en un abandono de todo lo que había construido hasta el momento. Cuando Renton va a visitarlo meses después, y lo encontramos en pésimas condiciones, viviendo con VIH, sin muebles ni objetos, en un colchón raído, desesperado por el próximo consumo, vemos que no ha podido superar ese proyecto fallido de futuro con esa novia y que la droga ha intentado llenar un vacío imposible.

Por último, una reflexión respecto del consumo: si bien Renton, hacia el final del film, parece encontrar una salida menos mortificante (propone salir de las drogas, encontrar un trabajo, comprarse una casa y un auto), toda la película constituye un circuito que se cierra en sí mismo y vuelve a comenzar, nunca por fuera del consumo: aún en esta posible salida alejada de tóxicos, no deja de resultar evidente continúa tratándose del consumo y la saturación de objetos, ahora con otros alcances.

Conclusiones

A partir de lo desarrollado, es posible ubicar cierta paradoja en un escenario tan complejo como el de consumo problemático de sustancias: no se puede pensar en la toxicomanía como entidad clínica pero a su vez es necesario rescatar su especificidad en articulación con la bioética, problematizando la cuestión de qué le produce el tóxico a un sujeto y qué es lo que hace cada sujeto con el mismo.

Por otro lado, consideramos que la categoría del "adicto" existe porque hay un discurso social que lo nombra, conceptualización que repite algo de lo que estos sujetos padecen: la aniquilación subjetiva. Desde la orientación psicoanalítica, no podemos decir que este nombre sea válido para todos los que consumen drogas, sino que se trata de circunscribir cuál es el lugar o la función del objeto droga para cada quien. La droga es la respuesta que encuentra un sujeto particular para desembarazarse de la angustia o de la de-

presión, no sólo marcada por la falta de deseo sino que fenomenológicamente se presenta como aburrimiento o insatisfacción permanente. Entonces, la sustancia en sí misma no es lo central en la clínica con toxicomanías, sino la relación de cada sujeto con dicha sustancia, el efecto subjetivo que conlleva la práctica de consumo para cada quien. Por lo tanto, pretendemos romper con la idea que se presenta en el discurso social con respecto al adicto en tanto "conjunto", ya que desde una mirada psicoanalítica es posible evidenciar que dicho conjunto incluye una serie de cuestiones sumamente diversas en lo que respecta a la subjetividad.

Tomando el concepto de *pharmakon* (remedio/veneno), su operatoria configura un modo de autoconservación paradójico que se distingue de un consumo simple de sustancias, ya que "el consumo problemático de una sustancia puede ser un intento de autocuración, de automedicación [...] un intento para aliviarse [...] paradójico porque alguien se conserva de un daño psíquico mayor, aunque aplastándose subjetivamente, perdiéndose como sujeto" (Duek y Quevedo, 2010, p. 5). El protagonista de *Trainspotting* ubica esto claramente al decir respecto de inyectarse heroína: "piensa en tu mejor orgasmo, multiplícalo por mil y aún así no estarás cerca" pero al mismo tiempo evidencia sufrimiento en la dependencia constante del tóxico.

Ahora bien, ¿cuál es el desafío para los psicólogos, para los médicos, para los bioeticistas? ¿Cuáles son las reflexiones

finales que podemos proponer a partir de la lectura del film? En principio, haremos énfasis una vez más en la importancia de la narrativa cinematográfica en tanto potencial de reflexión y de deliberación: a partir del desarrollo de un largometraje de 1 hora y 30 minutos pudimos interperlar distintas nociones (tales como beneficios y efectos nocivos, autonomía, la cuestión de la homogeneización y estigmatización de los grupos de adictos), es decir, que el recurso cinematográfico no sólo es válido si quisiéramos hacer un uso pedagógico y de difusión, sino más bien, y fundamentalmente, en su potencia de pensamiento respecto de las categorías teóricas y conceptuales del campo de la bioética (Cambra Badii, 2014). Por último, volvemos sobre la necesidad de distinguir el caso por caso, a la manera de la lectura de un film, que nos lleva a profundizar en cada situación en lugar de hacer un análisis del “grupo de adictos” en general: el psicoanálisis nos da las herramientas para interrogar la singularidad, y puede utilizarse articuladamente con los aspectos bioéticos de la situación en un interjuego que no sólo evidencie tensiones sino que pueda permitir una suplementación disciplinar y conceptual.

Referencias

- Bobes García, J. y Bobes Bascarán, M. (2012) “Efectividad a largo plazo de los tratamientos de mantenimiento con metadona en personas con adicción a derivados de opiáceos” en *Adicciones* 24(3). Editorial: Socidro-
- galcohol (Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías). Palma de Mallorca.
- Cambra Badii, I. (2014) “La narrativa cinematográfica como Vía de Acceso a la Complejidad en Bioética”. Tesis de Doctorado en Psicología, Universidad del Salvador, Buenos Aires, Argentina, Inédita.
- Canguilhem, G. ([1966]2005). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Escohotado, Antonio (1998) *Historia de las drogas*. Madrid: Alianza Editorial S.A.
- Foucault, M. (2000). *Los anormales. Curso en el Collège de France (1974-1975)*. Buenos Aires: FCE.
- Freud, S. (1930) *El malestar en la cultura. Capítulo II. Obras Completas, Tomo XII*. Amorrortu Editores: Buenos Aires. 1976.
- Kamaniecki M., Quevedo S. (2008) *Dispositivos clínicos en un Centro de Día en Clínica institucional en toxicomanías. Una cita en el Carlos Gardel*. Editorial Letra Viva: Buenos Aires.
- Le Poulichet, S. (1990) *Toxicomanías y Psicoanálisis. Las narcosis del deseo. Capítulo I*. Amorrortu Editores: Buenos Aires.
- Michel Fariña, J.J. (2001). “La ética en movimiento”. *Fundamentos en Humanidades*. Facultad de Ciencias Humanas de San Luis, 1(2), 13-20.
- Michel Fariña, J.J. y Solbakk, J.H. (2012a). *(Bio)ética y cine. Tragedia griega y acontecimiento del cuerpo*. Buenos Aires: Letra Viva Editorial.
- Muhle, M. (2009). Sobre la vitalidad del poder. Una genealogía de la biopolítica a partir de Foucault y Canguilhem. *Revista de Ciencia Política*, 29(1), 143-163.

Salomone, G. (2011) "El sujeto autónomo y la responsabilidad". *La transmisión de la ética. Clínica y deontología*. Buenos Aires: Letra Viva Editorial.

Solbakk, J.H. (2006) "Catarsis y terapia moral II: Un relato Aristotélico" en *Medicine, Health Care and Philosophy*.

UNESCO (2005), Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180s.pdf>

Opciones dignas esperanzadoras frente al dolor, el sufrimiento y el final de vida

Nora H. Riani-Llano¹

Resumen

Son actos médicos, esencialmente humanas, acompañar y atender cuando una persona tiene dolor, está sufriendo y entra en un proceso final de vida hasta morir. Propongo, bajo un enfoque ético biomédico personalista, retomar la dignidad y asegurar la esperanza en cada individuo que los experimenta. La eutanasia moderna no es un acto médico. A pesar de su reciente legislación en Colombia, el debate sobre ésta controvertida medida sigue. Aquí, la racionalidad y elementos que se exponen, demuestran por qué no constituye una actividad profesional ni un servicio de salud.

Palabras claves: Dolor, sufrimiento, muerte, dignidad, bioética, compasión, cuidados paliativos, atención sanitaria, eutanasia

Humane hopeful options to confront pain, suffering and the end of life

Abstract

Medical activities, essentially humane, include accompanying and caring when a person is in pain, is suffering and enters the end stage of life until dying. With a humanitarian biomedical ethic's focus I propose regaining dignity and ensuring hope in each individual experiencing them. Modern euthanasia is not a medical act. Despite legislation recently favoring it in

¹ Peditra, Bioeticista Clínica. Directora Científica, Coordinadora Curso Bioética para Medicina Pontificia Universidad Javeriana, Sede Cali. Correo electrónico: nhriani@javerianacali.edu.co

Colombia, the debate over this controversial topic continues. Here, the rationale presented and elements exposed show why it is neither a professional activity nor a healthcare service.

Key words: pain, suffering, dying, dignity, bioethics, compassion, palliative care, healthcare, euthanasia.

Introducción

Desde una perspectiva de ética biomédica personalista, propongo la compasión genuina y la compenetración con el sufrimiento del *paciente* (manejo médico) o con la *persona* (actitud comunitaria), más el reconocimiento de la dignidad esencial de toda persona, como los elementos fundamentales que argumentan en contra de “la necesidad” de aplicar la eutanasia.

La medicina paliativa, la asistencia sanitaria adecuada y las mejores opciones de cuidados, apoyos y redes familiares y comunitarias son dignas y esperanzadoras opciones compartidas por expertos, en su mayoría médicos, como Paulina Taboada, Cecile Saunders, Gonzalo Herranz, Felipe Vizcarrondo, Gian Domenico Borasio y Jesús Colomo.

En Colombia, debemos analizar éste tema y participar en la debates sobre el dilema ético que suscita, A PESAR de la reciente legislación promovedor de la eutanasia.

Metodología

Ensayo: punto de vista reflexivo, de tema controvertido, con extensas citas literarias.

Discusión

Eliminar al paciente – con el fin de eliminar su sufrimiento – no corresponde a un verdadero acto de compasión. Lo dice la médica bioeticista Paulina Taboada: este acto lo que elimina es precisamente la vida, el verdadero bien, el fin en sí mismo de UNA VIDA HUMANA, objeto real precisamente del elemento afectivo y terapéutico llamado “compasión”. Luego, eliminar a la persona que sufre hace innecesaria la compasión, en otras palabras, un acto auténticamente compasivo tiene la intención de eliminar – o al menos aliviar - el sufrimiento y / o sus fuentes, al tiempo que afirma el valor de la persona que está sufriendo (Taboada, 2011).

Minimizar “costos” físicos, emocionales, espirituales y sociales PARA la persona con enfermedad crónica, terminal y/o catastrófica, permitiendo el curso natural de la muerte (SIN postergarla pero también SIN PRECIPITARLA) es conocer y ejercer adecuadamente el principio de proporcionalidad terapéutica. Es mostrar verdadero respeto y consideración por ésa persona. Es acertar en el debido reconocimiento del valor de cada vida, buscando proveerlo de la mejor calidad posible, aún en su fase final. Y esto se hace, de

verdad se logra, curando, cuidando, aliviando y acompañando; elementos y actividades contempladas en el quehacer diario médico y social.

Me encanta la citación hecha por Paulina Taboada (2011), atribuido a la fundadora del movimiento hospicio, la inglesa Cicely M.S. Saunders:

Tú me importas por ser tú, importas hasta el último momento de tu vida y haremos todo lo que esté a nuestro alcance, no sólo para ayudarte a morir en paz, sino también a vivir hasta el día en que mueras. (p. 51)

Como yo lo veo, sólo hay fríos argumentos a favor de la eutanasia basados en enfoques utilitaristas, hedonistas, pragmáticos. Para aplicar dichos enfoques se tiene que contar con una mirada materialista de la persona (y su cuerpo humano), hay que verla como OBJETO. Bajo ésta óptica comúnmente, pero desacertadamente, se aplica de manera extrínseca el calificativo "FALTA DE calidad de vida" con la intención de ponerle fin a una vida, equivocadamente pensando que se justifica. Tanto ver la vida en términos de "commodity" al que se da o se resta valor, como disponer de ella, es ajeno a la realidad respetable y digna de cada uno en, tal vez, el momento más crucial de nuestras vidas.

En la actualidad, a favor de la decisión eutanásica existe la importancia predominante y desequilibrada de la autonomía de los pacientes por encima de la consciencia y compromiso hipocrático

del médico y por encima del principio bioético de no-maleficencia. Pero, a favor de los pacientes que exigen sus derechos de "morir dignamente" a mano de médicos, hay que reconocer que ellos son precisamente productos tanto de sociedades utilitaristas, hedonistas, y pragmáticas, como de médicos tecnificados que los han hecho pensar y aún creer que la eutanasia es la mejor salida. Ya sea que piensan que son inútiles estorbos, que serán abandonados en su sufrir o contrario, tienen miedo al encarnizamiento terapéutico, ésta desvirtuada postura es producto del mundo posmoderno, es resultado de fallas sociales y tecno-científicas de hoy.

Bajo una equivocada perspectiva se señala el encarnizamiento (error médico que debemos evitar) para justificar otro acto realmente contradictorio al quehacer médico. Dicho acto, la eutanasia, tampoco tiene similitud alguna con el origen etimológico de la palabra y su consideración antigua. "Eutanasia" en origen se refiere a la BUENA MUERTE, concebido como una buena atención mediante un buen acto médico (valga la redundancia). Pero, ése buen actuar médico también se refería y aún incluye hoy *primun non nocere*, también incluye evitar activamente la distansia (mala muerte a manos médicos por encarnizamiento). Una cosa es una cosa y la otra es otra: aplicar un inyección letal (eutanasia moderna activa) o desconectar el soporte técnico-terapéutico (eutanasia moderna pasiva) son actuares conscientes de provocar la muerte, que en nada difieren de asesinar.

Ahora, la ortotanasia² etimológicamente se refiere a asegurar el proceso de morir con dignidad, precisamente como propongo al inicio de ésta reflexión. Sí se reconoce y se respeta la vida de cada persona individual (intrínsecamente ella misma y extrínsecamente por parte de los demás) y se busca cumplir con la actuación correcta ante la inevitable muerte por parte de los mismos pacientes y por parte de los tratantes (todos: médicos, enfermeras, cuidadores, terapeutas, familiares) que atienden al paciente o a la persona que sufre una enfermedad incurable, severa, catastrófica, crónica, grave o terminal, se estará garantizando la ortotanasia. Se estará tratando con razón, compasión, proporción al que sufre, garantizando alivio y dignidad en la etapa final de su vida, sin quitarla ésa vida, hasta que cesa naturalmente y muere. Qué mejor que morir aliviado y acompañado, sin agresiones ni provocaciones.

Siendo tan individual, personal y variado como hay personas, el profesor doctor Gian Domenico Borasio (experto actual en Medicina Paliativa, que logró la inclusión de las materias cuidados, paliación, espiritualidad y atención del moribundo en las facultades de Medicina de Suiza y Alemania), escribe y publica extensamente sobre la medicina y el acompañamiento para asegurar el bien morir. Dice que consiste en “la esperanza de tener un

final de la vida digno, bajo los cuidados adecuados”. (Sierra, 2014)

Es entonces la ortotanasia la que debemos proporcionar, por ser derecho de todos morir con dignidad, sin el empleo de medios farmacológicos y técnicos desproporcionados para el sostenimiento de vida cuando en verdad se está postergando una muerte segura. Dice Wikipedia: “en este sentido se deberá procurar que ante enfermedades incurables y terminales se actúe con tratamientos paliativos para evitar sufrimientos, recurriendo a medidas razonables hasta que la muerte llegue. Según Wikipedia (2014): “La ortotanasia se distingue de la eutanasia en que la primera nunca pretende deliberadamente el adelanto de la muerte del paciente.”

Cada vez más, la ciencia médica y los sistemas de salud han sabido garantizar ésta, una digna muerte, con minimización del dolor y del sufrimiento mediante verdaderas opciones terapéuticas: el saber limitar ése esfuerzo terapéutico, ofrecer opciones paliativas, implementar clínicas de dolor, introducir hospicios y coordinar cuidados en casa, por dar unos ejemplos. Contrario a esto, el muy reconocido maestro bioético Gonzalo Herranz (s.f.) resalta que la aplicación actual equivocada del acto eutanásico contemporáneo se refiere a matar sin dolor y deliberadamente, de ordinario mediante procedimientos de apariencia médica, a personas que se tienen como destinadas a una vida atormentada por el dolor o limitada por la in-

2 Diccionario virtual Real Academia Española: ‘muerte dulce’, muerte natural de un enfermo desahuciado sin someterlo a una prolongación médicamente inútil de su agonía <http://dle.rae.es/?id=RGNutzv>

capacidad, con el propósito de ahorrarles sufrimientos o de librar a la sociedad de una carga inútil.

El 20 de abril 2015 Alejandro Gaviria, economista a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social colombiano, firmó la Resolución 1216 que impone la responsabilidad de hacer eutanasia moderna activa a los hospitales y a los médicos, bajo el eufemismo de Derecho a Morir con Dignidad.

Por esto es más importante aún ejercer el derecho constitucional de objeción de conciencia sin alterar el compromiso vocacional y servicial del acto médico. Al respecto dice el Manual de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial en el Capítulo II sobre *El Médico y El Paciente* (2009) que “la conciencia del médico, antes que la legislación o las autoridades disciplinarias, puede ser el único medio de evitar los abusos de derechos humanos” cuando se trata de tener que decidir por rechazar atender un paciente en particular (salvo en caso de emergencia).

Pero más aún no debemos prestarnos para una nueva legislación cuyos matices parecen ser fríamente económicos, pretexto de racionalizar recursos, mediante la eliminación de personas enfermas graves o crónicas.

Si no reflexionamos, si no objetamos, si no ofrecemos otras opciones éticamente válidas, seremos cómplices de una clásica pendiente resbaladiza.

Ya revisé porque va en contra de la *lex artis*, el deber-ser y el acto médico; ahora avanzo éstas reflexiones sobre la eutanasia rechazando en definitiva el concepto y su aplicación actual: PROVOCAR LA MUERTE, peor a manos del médico.

No hay forma de negar, ante la realidad de los protocolos eutanásicos – que incluyen instrucciones para preparar cocteles farmacológicos letales - que estos corresponden a la eliminación de personas con enfermedades crónicas o severas, con discapacidades y con malformaciones. Se aplican sin alusión alguna a las raíces etimológicas de “eutanasia”, sino bajo óptica utilitarista y manera peyorativa, considerando que estas personas son estorbos o sobrecargas emocionales y económicas (Vizcarrondo, 2014). Peor aún: que las personas que padecen desventajas de salud acepten o prefieran desechar sus vidas disminuidas, o quieren eliminar las vidas de sus dependientes, por verlos como menos válidas, obedece a un gran fracaso humanitario.

¿De cuándo acá las sociedades modernas aplican valorativos despectivos y objetivizantes a las personas débiles desaventajados y dependientes hasta el punto de justificar eliminarlos? Peor aún ¿de cuándo acá lo hacen en nombre de nuestra profesión médica? Como no manifestar nuestro absoluto rechazo.

No entiendo cómo pueden colegas nuestros practicar la eutanasia; precisamente lo que pretendo con ésta propuesta es

contrarrestar la pérdida de criterio profundo, la desensibilización y la ausencia de análisis de conciencia de los médicos en Oregón (EEUU), en Holanda y ahora en Bélgica que han ayudado a caer en semejante error (Vizcarrondo, 2014). Peor aún, que sean ellos los que ayudan a legislar semejante práctica, bajo el supuesto de acto médico, me entristece.

Independiente de las pendientes resbaladizas que han logrado que los médicos y las sociedades que los presionan se equivoquen, hay que insistir: hacer el mal está mal hecho a pesar que "todo el mundo" lo está haciendo. Hay que evitar el fenómeno en que la rutina conlleva a pensar: cómo se puede se hace y después de tantas veces ya se asume que está bien y se normaliza. Por el contrario, hay que reflexionar y deliberar detalladamente; en Colombia estamos a tiempo ya que aún no se ha legislado.

Dada la situación clínica o de cuidado que sea, propongo a todos: médicos, civiles, comunidades, sociedades y legisladores, apoyar ahincadamente y siempre hacer el bien con respecto a la atención en salud que se brinda. Hacerlo de manera proporcionada, recurriendo a las medidas necesarias (ordinarias y / o extraordinarias), procurando recurrir a la alea terapéutica y a los cuidados pertinentes para que toda persona sea respetada y bien manejada en todo momento de su ciclo vital material (concepción-vida-muerte).

Y, para terminar, propongo para éste fin que sólo se reconozcan dos definiciones

de muerte: 1. El estado real biológico de muerte y 2. La Muerte Cerebral, diagnosticado clínicamente por dos especialistas independientes con al menos veinte-cuatro horas de diferencia. Otras definiciones como la de Corazón Parado o Muerte Circulatoria que trató de implementar una organización estadounidense de Medicina Interna, es ambigua, peligrosa y falsa en muchas circunstancias clínicas que se presentan hoy día. Si bien una nueva definición aumentaría la disponibilidad de órganos donados (tan necesitados en las listas y programas de trasplantes), estaría fundamentado en un concepto de muerte errado haciendo dicha consecución moralmente errada (mala) de raíz (Rady, Verheijde y McGregor, 2007).

La única nueva definición aceptable, diferente a la natural biológica, es la de muerte clínica CEREBRAL. Se entiende así el que fue necesario definir ante las maravillas del avance técnico-científico médico; al vernos afrontados al hecho de poder postergar la muerte biológica segura. Para corregir, y efectivamente evitar esto, se definió cuando las personas conectadas a máquinas tenían claramente y artificialmente (técnico-científicamente) postergados sus muertes. Éste concepto, de origen científico, ha sido mayoritariamente aceptado culturalmente, éticamente y también ha sido entendido espiritualmente (Johannesburg, 2003). Ir más allá, con agalla de tener nuevas definiciones (justificaciones) para otras necesidades sin las correctas bases éticas, sería otro error adicional (Jotkowitz, 2008).

Para cumplir con la exclusiva alternativa de definición de muerte cerebral es importante acogerse a - aceptando la propuesta bien analizada y estudiada - Jesús Colomo Gómez, quien explica que la muerte cerebral TOTAL es la destrucción de toda la masa encefálica, en cuyo caso se cumple la triada de a) pérdida de funciones cognitivas, b) pérdida de la coordinación de los sistemas vitales y c) garantía de la irreversibilidad del proceso (Colomo, 1994).

Conclusión

Mientras no suceda la muerte biológica natural o la muerte cerebral total, propongo que se respete la vida de cada persona, que se salvaguarde su dignidad, que se tenga máxima compasión e intención de aliviar ante cualquier muestra de sufrimiento y dolor. Propongo que primen los imperativos terapéutico y de buen cuidado, evitando el daño y procurando hacer el bien hasta que de verdad haya llegado la muerte. Así podremos ejercer a conciencia la bondad de nuestra profesión; y la comunidad en que vivimos entenderá, aceptará y colaborará. Entre todos tejaremos la red social más humanista y apropiada posible para el ocaso de cada vida.

Termino con una nota personal: ante la muerte, al finalizar ésta vida terrenal, además aspiro que den Santa Sepultura al ser material (cuerpo, cenizas) que dejo atrás.

Referencias

- Taboada, P. (2010). Principios éticos relevantes en medicina paliativa. En A. Palma, P. Taboada y F. Nervi (Eds.) *Medicina Paliativa y Cuidados Continuos* (pp. 41-52) Recuperado de <http://cuidadospaliativos.org/uploads/2011/11/MEDICINA%20PALIATIVA%20baja.pdf>
- Sierra, Z. (25 agosto de 2014). Entrevista a Gian Domenico Borasio "La buena muerte no existe". EL TIEMPO. Recuperado de <http://www.eltiempo.com/estilo-de-vida/salud/entrevista-de-el-tiempo-a-domenico-borasio-experto-en-medicina-paliativa-y-eutanasia/14431660>
- Herranz, G. (s.f.) Los médicos y la Eutanasia. Recuperado de <http://www.muerte-digna.org/textos/euta29.html>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Resolución 1216 de 2015: Cumplimiento de la Sentencia T-970 del 2014. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201216%20de%202015.pdf
- Williams, J. Asociación Médica Mundial. *Manual de Ética Médica* (2009). [Descargado en archivo PDF] 2ª Ed. Francia: AMM; Recuperado de http://www.wma.net/es/30publications/30ethicsmanual/pdf/ethics_manual_es.pdf
- Vizcarrondo, F. (2014). Neonatal Euthanasia: The Groningen Protocol. American College of Pediatricians: Position Statements of the College: Life Issues. Recuperado de <http://acpeds.org/the-college-speaks/position-statements/life-issues/neonatal-euthanasia-2>
- Rady, M., Verheijde, J. y McGregor, J. (2007) "Non-Heart-Beating," or "Cardiac Death," Organ Donation: Why We Should Care. *Journal of Hospital Medicine*; 2(5):324-334.

- Johannesburg, C. (2003). Organ Donation and Determination of Death. ZENIT. Disponible en: <http://www.zenit.org/en/articles/organ-donation-and-the-determination-of-death>
- Jotkowitz, A. (2008). Theological reflections on donation after circulatory death: the wisdom of Paul Ramsey and Moshe Feinstein. *Journal Medical Ethics*; 34: 706-709. doi: 10.1136/jme.2007.023267
- Colomo, J. (1994) Muerte cerebral: Algunas precisiones en torno a un concepto ambiguo. Cuadernos de Bioética, pp. 165-170. Recuperado de <http://aebioetica.org/revistas/1994/3/19/165.pdf>

Ambientalismo moderno o Ecomodernismo: Una visión pragmática de los problemas ambientales¹

Esteban Rossi²

Resumen

Si le preocupa la biodiversidad, le disgusta la pobreza y está dispuesto a probar nuevas tecnologías con una dosis moderada de optimismo, probablemente estará de acuerdo con la propuesta del movimiento ecomodernista. En abril 2015, los líderes de este movimiento publicaron su *Manifiesto* provocando un debate entre los ambientalistas. Recientemente la propuesta del Ecomodernismo ha inspirado a investigadores, empresarios, filántropos y funcionarios gubernamentales a revisar sus estrategias para enfrentar los problemas ambientales. En este ensayo describo como el Ecomodernismo nos invita a repensar algunos de nuestros supuestos acerca de la naturaleza, la política y la tecnología para renovar el movimiento ambientalista. El Ecomodernismo ha hecho contribuciones importantes sobre la conservación de la biodiversidad y la necesidad de aumentar la disponibilidad de energía. Es muy posible que estas contribuciones enriquezcan el trabajo de la de ecología política y la ética ambiental y permitan abrir nuevos espacios políticos.

Palabras clave: conservación, desarrollo, energía, medio ambiente.

- 1 La versión electrónica de este artículo, disponible en la página web del Instituto de Bioética (<http://www.javeriana.edu.co/ins-bioetica/publicaciones>), incluye enlaces que pueden ser consultados por quienes estén interesados en las temáticas que aquí se plantean. Una primera versión de este texto, en inglés, se encuentra disponible en: <http://www.ecomodernism.org/responses/2015/8/26/ecomodernism-environmentalism-for-everyone-1>
- 2 Profesor Asistente, Instituto de Bioética, Pontificia Universidad Javeriana. Doctor en Geografía, Universidad de Clark; Maestría en Ciencias Ambientales, Universidad de Yale; Biólogo, Pontificia Universidad Javeriana. Áreas de interés: gestión ambiental, ecología política, teoría crítica. Correo: esteban.rossi@javeriana.edu.co

Abstract

If you worry about biodiversity, dislike poverty, and are willing to try new technologies with a fair share of optimism, you are likely to agree with the ecomodernist proposal. Last year, the leaders of the ecomodernist movement published their Manifesto provoking a vigorous debate among environmentalists. Yet, the manifesto, and Ecomodernism more broadly, has inspired a number of academics, business leaders, philanthropists and government officials to revise their strategies to address environmental problems. In this essay I argue that ecomodernism invites us to rethink some of our deeply held assumptions about nature, politics, and technology in order to renew environmentalism across the world. Engaging with ecomodernism can also enrich debates in political ecology on issues ranging from biodiversity conservation to energy and open new spaces for political debate.

Key words: conservation, development, energy, environment.

Ecología sin Naturaleza

Desde hace décadas, científicos, humanistas y filósofos se han preguntado que es la Naturaleza y como la podemos conocer. La conceptualización de la naturaleza ha sido una preocupación fundamental de la modernidad. Sin embargo, la respuesta todavía es incierta. Para algunos, la naturaleza es una totalidad que incluye a todos los seres vivos: los jaguares en la selva tanto como los mosquitos en el jardín. La naturaleza es una categoría donde caben los organismos biológicos, los fenómenos climatológicos y las fuerzas geológicas, es decir casi todo. Para los científicos, la naturaleza es una abstracción que describe todo aquello que no es humano, es decir el mundo biofísico y que incluye aquellos lugares y paisajes hermosos que cautivan la mente humana. Entre estos lugares cautivadores se destacan: Caño Cristales, en el Meta, las cataratas del Niagara en la frontera entre Canadá y Estados Unidos, y las sabanas del Serengeti en Kenia. Estos es-

pacios representan la forma sublime de la Naturaleza, ampliamente descrita por los escritores románticos del siglo XVIII, y despiertan profundos sentimientos entre las personas. Sin embargo, la belleza de estos lugares no los hace más o menos naturales que un cultivo de café o una plantación forestal.

De forma similar, investigadores de diversas orientaciones teóricas, entre los que se destacan William Cronon, Neil Smith, Alston Chase y Arturo Escobar, han señalado que la naturaleza es una construcción social, una metáfora cuyo significado es culturalmente específico. William Cronon, en un ensayo clásico titulado "The trouble with wilderness", muestra como proyectamos nuestros anhelos y carencias en una idea de la naturaleza que a veces no se ajusta a nuestras preferencias. Para Cronon, la naturaleza salvaje que hay que proteger no es más que una fantasía humana. Neil Smith, por su parte, nos recuerda que la naturaleza es un producto social, creada y recreada

para satisfacer nuestras necesidades. La naturaleza no solo tiene una historia, sino que refleja las relaciones sociales que la producen. Por tanto, debemos recordar que los paisajes agrícolas, sistemas agroforestales, plantaciones, parques y sabanas ganaderas son producto del trabajo humano. De forma similar, el filósofo y escritor Alston Chase describe uno de los conflictos ambientales más importantes de la historia de Estados Unidos: la lucha entre los conservacionistas interesados en proteger las especies en peligro y las comunidades locales dedicadas a la explotación maderera en la región del Pacífico Norte de Estados Unidos. Chase muestra que la aplicación de ideas científicas en políticas públicas está plagada de problemas y nos recuerda que las políticas para proteger los recursos naturales y las especies en peligro con frecuencia perjudican a las comunidades rurales. Chase insiste en la importancia política de balancear las necesidades de las poblaciones rurales con los objetivos de conservación. Por último, en su libro *Territorios de Diferencia*, Arturo Escobar describe detalladamente el proceso de construcción cultural de la naturaleza, iluminando las conexiones entre los niveles biofísico, humano y sobrenatural, que son vitales para las comunidades del pacífico colombiano. Con base en estas ideas, Escobar propone abordar la pregunta sobre la naturaleza desde otras posturas epistemológicas y repensar la categoría de Naturaleza. En conclusión, diversas escuelas de pensamiento nos invitan a repensar la idea de la naturaleza y nos recuerdan que la

naturaleza como una totalidad probablemente nunca existió (Cronon, 1995).

Por otra parte, desde un punto de vista puramente teórico, es posible concebir la naturaleza como un significante, es decir una categoría vacía a la cual le asignamos significado de acuerdo con nuestros intereses y valores. Así los significantes adquieren contenido de acuerdo a la forma en que se articulan en un discurso; por ejemplo, categorías como la libertad, o la democracia, pueden adquirir distintos significados de acuerdo a la forma en que se definan en un discurso político. Por tanto, dado que la libertad puede adquirir múltiples significados, se considera un significante y no un concepto que se pueda definir de forma precisa.

Si consideramos la naturaleza como un significante es posible considerar que se trata de una construcción social que se puede redefinir según se requiera. Luego la naturaleza no es un marco de referencia para permita interpretar los cambios ambientales. Por tanto, no podemos regresar a un pasado donde vivamos en equilibrio con la naturaleza simplemente porque nuestra idea de la naturaleza cambia en el tiempo. A esto se refiere el filósofo Tim Morton cuando propone construir una Ecología sin Naturaleza, una ecología desconectada completamente de la naturaleza (Zizek, 2007). Norton propone abandonar la idea de la naturaleza como una totalidad armónica para reorientar nuestros esfuerzos y enfocarnos en el manejo de cuencas, bosques y biodiversidad.

Para Norton la ecología requiere gestión y manejo activo para proveer valores de interés junto con servicios ambientales.

El primer paso hacia una ecología sin naturaleza consiste en identificar nuestros valores de interés, es decir las cosas que nos importan o nos preocupan. Identificar y comunicar adecuadamente los valores de interés es necesario para que los actores puedan administrar los recursos para beneficio mutuo. Si los actores negocian adecuadamente sus valores es posible combinar actividades tan distintas como el aprovechamiento forestal, la conservación, la ganadería y los estilos de vida rurales. Las herramientas actuales de la ciencia y las tecnologías de la información permiten manejar los recursos naturales de forma eficiente, equitativa y sostenible, pero primero debemos identificar nuestros valores de interés para luego precisar objetivos de manejo. Por el contrario, cuando nos apoyamos en la autoridad de la "Ciencia" o la noción de "Naturaleza" con frecuencia terminamos imponiendo nuestros valores en otras personas, particularmente en poblaciones vulnerables o comunidades rurales. Esto no solo es políticamente injusto, sino que contribuye a polarizar las discusiones ambientales (Chase, 1996).

En segundo paso hacia una ecología sin naturaleza consiste en combinar diferentes disciplinas del conocimiento. Aunque la importancia de la interdisciplinariedad ha sido reconocida en la academia, en la práctica es difícil combinar diferentes perspectivas sin entrar en conflicto con

las posturas clásicas de alguna disciplina. Por esta razón el ejercicio de la interdisciplinariedad implica abandonar algunos supuestos para considerar con cuidado nuevas propuestas. Con sus estudios sobre los beneficios ambientales y económicos de la revolución del gas natural en los Estados Unidos, los eco-modernistas ilustraron la importancia de la interdisciplinariedad para el ambientalismo Breakthrough Institute (2012). El gas natural es abundante, tiene un bajo costo y es menos contaminante que otros combustibles fósiles como el petróleo o el carbón. Curiosamente, estos beneficios pasaron desapercibidos para numerosos ambientalistas quienes se enfocaron en las consecuencias negativas del gas natural, específicamente en la contaminación de las fuentes de agua subterráneas. En el futuro, probablemente podemos mejorar la calidad del debate y analizar tanto los beneficios como impactos ambientales de las nuevas tecnologías a diferentes escalas. El gas natural es el más limpio de los combustibles fósiles y ha traído beneficios económicos para toda la sociedad, al mismo tiempo, algunos métodos de extracción como la fracturación hidráulica, pueden contaminar las fuentes de agua. Por tanto debemos evaluar cuidadosamente estos impactos para regular adecuadamente esta tecnología. En esto consiste el abordaje interdisciplinario que se recomienda para enfrentar los problemas ambientales.

En tercer lugar, es necesario analizar con cuidado el contexto de los proble-

mas ambientales. Dado que este tipo de problemas combina factores sociales y ecológicos que se encuentran ligados al contexto, debemos evitar tanto las generalizaciones simples como las soluciones excesivamente complejas. Por ejemplo, en vez de promover el establecimiento de áreas protegidas más grandes y numerosas como principal estrategia de conservación, la invitación del Ecomodernismo consiste en colaborar con las comunidades locales para construir una agenda común que permita el manejo integrado de los recursos, como han hecho los profesionales del desarrollo desde hace décadas (Garrity, 2006). La evidencia indica que en el largo plazo las estrategias colaborativas que permiten reconciliar las necesidades locales con los objetivos de conservación tienen mejores probabilidades de éxito que las estrategias tradicionales de conservación (Escobar, 2008). El manejo de paisajes agrícolas, los sistemas silvopastoriles y zonas de uso mixto puede ser tan importante para la conservación como las estrategias tradicionales. Así, al identificar nuestros valores de interés, combinar perspectivas y reconocer la importancia del contexto, podremos enfrentar las debilidades políticas del ambientalismo tradicional.

Política

Una de las preguntas políticas más importantes de nuestros tiempos es que tan rápido podemos erradicar la pobreza material. Ya no se trata simplemente de mitigar la pobreza utilizando mosquiteros

para reducir la transmisión de la malaria, filtros para el agua para prevenir la diarrea y estufas mejoradas para reducir la incidencia de enfermedades pulmonares. Este tipo de estrategias, aunque muy valiosas, son insuficientes para las necesidades de los más pobres y no reflejan los recursos y la tecnología disponibles actualmente. Ahora que la posibilidad de erradicar la pobreza está a nuestro alcance, las actividades de mitigación son probablemente inadecuadas. Debemos ser mucho más ambiciosos. Aunque como ambientalistas, reconocemos que erradicar la pobreza es una tarea que excede nuestras competencias y que los profesionales del desarrollo, las agencias especializadas y las organizaciones comunitarias están mejor preparados para enfrentar este reto. Sin embargo, sabemos bien que el ambiente y el desarrollo se encuentran estrechamente ligados y que la política influencia el manejo de los recursos naturales y las agendas de conservación. Entonces debemos preguntarnos: ¿qué le ofrece el ambientalismo tradicional (occidental) a los pobres, los grupos vulnerables y los menos favorecidos?

Al parecer no mucho. El ambientalismo tradicional no cuenta con una propuesta clara y atractiva para las personas menos favorecidas. En general, el establecimiento de áreas protegidas y la conservación de la biodiversidad no han traído beneficios importantes a las comunidades locales. Es por esto que en el pasado, el ambientalismo tradicional (occidental) ha sido percibido como un movimiento regresivo, de origen colonial, algunas veces

elitista y con frecuencia desconectado de las necesidades y valores de las comunidades locales. La escritora Emma Marris describe el problema de la siguiente manera: mientras que las personas afluentes se preocupan por las especies en peligro, las personas pobres se preocupan por la próxima comida. Aunque numerosos investigadores desde la ecología política hasta la antropología, han descrito las limitaciones del ambientalismo tradicional, alinear las agendas ambientales con los objetivos del desarrollo es todavía un desafío (Li, 2007). Por consiguiente, si queremos reconciliar el ambiente y el desarrollo debemos hacernos la misma pregunta ¿que ofrece el Ecomodernismo para los más pobres?

La respuesta es energía. El Ecomodernismo ofrece ampliar radicalmente el acceso a la energía. Debido a que la energía juega un papel crucial en el desarrollo, esta debe ser barata, abundante y cada vez más limpia. El acceso a fuentes de energía mejorará la calidad de vida de millones de personas mientras que se reduce gradualmente el uso de combustibles ineficientes y contaminantes como la leña y el carbón de palo. Los servicios de salud, educación y las comunicaciones dependen estrechamente de la disponibilidad de energía. Los procesos industriales también dependen de la disponibilidad de energía de bajo costo y son fundamentales para el crecimiento económico (Breakthrough Institute, 2014). Por tanto, debemos insistir en lo obvio, el acceso a la energía es esencial para el desarrollo,

los pobres necesitan grandes cantidades de energía para salir de la pobreza.

La posibilidad de obtener energía barata y abundante es atractiva para líderes a la izquierda y derecha del espectro político por varias razones. Principalmente porque los mecanismos tradicionales para reducir la pobreza, es decir el crecimiento económico y la redistribución de la riqueza, han sido insuficientes y difíciles de implementar. Asimismo, la necesidad de ampliar el acceso a la energía es fundamental porque que sabemos que mientras las agendas ambientales interfieran con los objetivos del desarrollo, estos últimos prevalecerán. Esta lección la aprendimos gracias a los repetidos fracasos de las negociaciones internacionales sobre cambio climático, desde el protocolo de Kyoto (1991) hasta la cumbre de Copenhague (2009) (da Silva, 2009). Por estas razones, desde el punto de vista de los pobres y los menos favorecidos, la propuesta del Ecomodernismo supera ampliamente al ambientalismo tradicional.

En el plano personal, el Ecomodernismo nos invita a reconocer como nuestro estilo de vida depende de la disponibilidad de energía y de la tecnología moderna y nos invita a hacer que estos beneficios sean accesibles para todos. Servicios o herramientas como el aire acondicionado, los sistemas de refrigeración, las estufas de gas y los computadores deberían estar al alcance de todas las personas sin importar sus ingresos (Moss & Gleave, 2014). Como ambientalistas y ciudada-

nos debemos promover la difusión y el mejoramiento de estas tecnologías.

Sin embargo, si no logramos un amplio compromiso político, la energía y la tecnología moderna no serán suficientes para producir el cambio social que quisiéramos ver. Erradicar la pobreza y reducir la desigualdad requiere mucho más que aumentar la disponibilidad de energía. En este sentido, algunos investigadores han manifestado su preocupación por la ausencia de un mensaje político en el manifiesto ecomodernista (Latour, 2015). Tienen razón, el Ecomodernismo carece todavía de una bandera política. He observado esta crítica desde la ecología política en varios espacios internacionales. La ausencia de un mensaje político llama la atención porque en la última década dos de los líderes del Ecomodernismo Ted Nordhaus and Michael Shellenberger, escribieron artículos importantes sobre temas profundamente políticos como los mercados de carbono y el futuro del liberalismo norteamericano. (Shellenberger & Nordhaus, 2011; 2008).

Con base en estos artículos podemos especular sobre la apuesta política del Ecomodernismo. A primera vista, la política ecomodernista se puede describir como un liberalismo ecléctico dispuesto a cuestionar y quizás reemplazar sus supuestos teóricos. Esta flexibilidad intelectual es valiosa y merece reconocimiento. Una mirada más detallada muestra que el Ecomodernismo aborda tanto proble-

mas políticos como tecnológicos lo que le ha permitido contribuir a debates sobre temas difíciles como la fracturación hidráulica (fracking) y la percepción pública del cambio climático (Shellenberger & Nordhaus, 2009) Lo que es más importante, especialmente para la izquierda académica que desconfía del optimismo tecnológico y tiene identificados a sus enemigos políticos, Nordhaus y Shellenberger nos invitan a examinar aquellos supuestos ideológicos a los que nos aferramos fuertemente.

Los supuestos ideológicos se refieren al marco de referencia, o a los referentes implícitos que nos permiten abordar problemas, interpretar diferentes fenómenos y apropiarse la realidad. En sus ensayos sobre la modernización del liberalismo, Nordhaus y Shellenberger describen como estos supuestos estructuran nuestra comprensión de problemas complejos. Por ejemplo, a propósito de la percepción del riesgo señalan que aunque en Estados Unidos los accidentes de tránsito son la principal causa de muerte, los liberales se preocupan por el cambio climático y los conservadores por el terrorismo. Los datos indican que en Norteamérica el riesgo de muerte asociado al terrorismo o el cambio climático es bajísimo, sin embargo ningún partido le dedica especial atención a la seguridad vial. Esta comparación muestra como nuestra comprensión de problemas como el cambio climático, la energía nuclear o el desarrollo económico se encuentra fuertemente influenciada por supuestos ideológicos.

Una elaboración de este argumento se puede encontrar en sus artículos sobre la modernización del liberalismo.

Para todos aquellos que formamos parte de la tradición del ambientalismo liberal cuyos inicios se asocian al protocolo de Kyoto (1997), el Ecomodernismo nos invita a reducir nuestra confianza en las fuerzas del mercado para distribuir servicios ambientales y a repensar los factores que impulsan el cambio social (Shellenberger & Nordhaus, 2011). Desde 1997, la comunidad ambientalista, particularmente en el mundo anglosajón, ha buscado aprovechar los mecanismos de mercado para distribuir bienes y servicios ambientales (Bernstein, 2001). Hasta el momento y a pesar de inversiones considerables, estos esfuerzos no han arrojado los resultados esperados. Desde el protocolo de Kyoto hasta hoy, los intentos de crear un mercado global de carbono (CO₂) han sido ineficaces y profundamente controversiales. Las razones para esto han sido descritas detalladamente desde la ecología política y la economía. Aunque numerosos mercados privados y voluntarios continúan operando en varios lugares, su tamaño está muy por debajo de las metas establecidas por el panel internacional del cambio climático para estabilizar las emisiones (Forsyth, 2002). Está claro que el mercado no es suficientemente eficaz para distribuir bienes y servicios ambientales. Luego necesitamos desarrollar estrategias mixtas en

las que los estados, las organizaciones y los mercados puedan interactuar activamente (Bakker, 2010). Buscando impulsar este tipo de estrategias y promover formas más equitativas de distribuir los recursos, la ecología política en particular ha combinado la crítica con el activismo. Estos esfuerzos políticos han sido inspiradores y en muchos casos exitosos, pero han causado que factores como la tecnología reciban poca atención.

El cambio tecnológico combinado con transiciones demográficas también puede impulsar profundos cambios sociales. Las tecnologías de la información (TIC) y la energía están transformando la forma en que las personas aprenden, trabajan y participan en la vida pública. Cientos de millones de personas se comunican regularmente utilizando el correo electrónico y las redes sociales, hacen transacciones en mercados cada vez más grandes y tienen acceso a mejores herramientas. Además, una gran parte de la información que utilizamos regularmente está disponible en internet de forma casi gratuita. No cabe duda que estos avances tecnológicos son positivos. Aunque desconocemos cual será el papel de las TIC en la organización social y política, las oportunidades son numerosas. Para aquellos investigadores que describen y facilitan procesos sociales desde la ecología política, las humanidades o las ciencias sociales, el Ecomodernismo nos invita a considerar las oportunidades que ofrecen las nuevas tecnologías.

Tecnología

Hace tres décadas, el venerado escritor de ciencia ficción, William Gibson señaló: “el futuro ya está aquí, pero no está bien repartido” (Gibson, 1984). Desafortunadamente, el mensaje de Gibson parece seguir siendo cierto. En la actualidad, una tercera parte de la población mundial tiene acceso limitado a las tecnologías que hacen posible la vida moderna. Los elevados costos y los conflictos políticos todavía dificultan la difusión de nuevas tecnologías; sin embargo, el avance tecnológico sigue impulsando el cambio social, entre estos avances se destacan: la telefonía móvil, el internet y el gas natural.

Desde la primera revolución industrial, el progreso tecnológico ha incrementado gradualmente la eficiencia y la productividad en la manufactura. Por esta razón los automóviles, los bombillos y los computadores son mejores cada año. De forma paralela, la productividad agrícola ha aumentado continuamente demostrando que la escasez local o regional de alimentos no se debe a problemas de producción sino que obedece a factores comerciales, políticos o logísticos. En algunos países desarrollados, la mecanización e intensificación de la agricultura ha permitido que las áreas marginales se abandonen favoreciendo el crecimiento de los bosques y la recolonización de la fauna. Aún más, el progreso tecnológico sumado al uso de combustibles más limpios ha permitido aumentar la producti-

vidad y reducir las emisiones de carbono en varios, aunque no todos, los procesos industriales. Este proceso se conoce como la decarbonización de la economía (Ausubel, 1996). En conjunto, estos procesos descritos por ingenieros y ecólogos desde hace varias décadas, sugieren que no hay escasez absoluta de recursos, que la tecnología *podría* separar el crecimiento económico de la polución y que el futuro del medio ambiente *podría* ser mucho mejor de lo que creíamos en los años noventa. Aunque debemos continuar investigando estos procesos con atención, no cabe duda de que estas son buenas noticias. Los ecomodernistas merecen reconocimiento por señalar la importancia de la tecnología y la energía para el movimiento ambientalista.

Críticas al Ecomodernismo

A pesar de sus aciertos, la izquierda académica y la ecología política han criticado fuertemente el optimismo tecnológico y la falta de contenido político que caracteriza al ambientalismo moderno. La principal preocupación radica en que el énfasis en el progreso tecnológico socava la lucha política por una sociedad más justa y equitativa. Como esta crítica se puede abordar de varias maneras, me voy a referir solamente a dos preguntas que son especialmente interesantes: primero, cual es la relación entre la modernidad y el capitalismo –mencionada en el manifiesto- y segundo, cual puede ser el efecto del avance tecnológico sobre el empleo en las próximas décadas.

Sobre la primera pregunta, la ecología política señala que el progreso tecnológico forma parte de la narrativa de la modernidad que no se cumplió (Latour, 2015). En esta perspectiva teórica, la modernidad no se puede pensar por fuera del capitalismo y por tanto sus promesas nunca tendrán lugar en un sistema económico capitalista. Por consiguiente, aunque la tecnología ha mejorado la calidad de vida de millones de personas, sin un cambio político radical será imposible reducir la desigualdad. Abordar esta pregunta requiere redefinir la relación entre la modernidad y el capitalismo y anticipar como se desenvolverá el capitalismo tardío (Echeverría, 2011). Este es un proyecto interesante que apenas comienza. Sin duda requerirá considerable trabajo teórico y empírico y en el que se requiere combinar diferentes perspectivas, tanto desde el Ecomodernismo como desde la ecología política.

Aunque no sabemos si las nuevas tecnologías abrirán nuevos espacios políticos, para estar en posición de aprovecharlos necesitamos hacer el mejor uso de las tecnologías disponibles. Por tanto la pregunta práctica no es si debemos acoger las nuevas tecnologías sino por el contrario, como construir una sociedad donde las tecnologías sean accesibles, fáciles de usar, baratas y limpias. Algunas comunidades virtuales como el movimiento del software de libre acceso sugieren que esto es posible. Sabemos bien que nuestros estilos de vida dependen de la tecnología y que no podemos regresar a formas

más primitivas de vivir. Afortunadamente, como señala el manifiesto ecomodernista, las tendencias sociales y económicas sugieren que podemos planear el futuro y facilitar la transición hacia una sociedad más equitativa y disfrutar de un medio ambiente sano.

La segunda pregunta hace referencia a un complejo desafío social. A medida que la tecnología se distribuye y se hace más barata es más probable que numerosos empleos rutinarios o manuales sean sustituidos por máquinas, robots o programas. Para tareas repetitivas las máquinas son cada vez mejores que las personas. Algunos estudios sugieren que hasta el 40% de los empleos en Estados Unidos se podrían automatizar en las próximas dos o tres décadas (Ford, 2015). Aunque este tipo de predicciones no son muy precisas, si las tendencias en la producción manufacturera continúan es posible que muchos empleos desaparezcan definitivamente. Si esto ocurre ¿Cómo podríamos manejar una transición a una sociedad con cada vez menos empleos? ¿Qué tipo de oportunidades podríamos crear para personas con destrezas manuales en un mercado en el que se requieren habilidades complejas y conocimientos adquiridos durante varios años? El problema del desempleo tecnológico tiene profundas implicaciones, la experiencia de las ciudades post-industriales como Detroit (Estados Unidos) indica que cuando el empleo desaparece los impactos sobre las comunidades son devastadores: drogadicción, crimen, violencia y deserción escolar.

Por otra parte, en una sociedad afluente y equitativa no es difícil imaginar cómo se podrían crear numerosos empleos de calidad en educación, salud y servicios sociales. Aunque la transición actual hacia una sociedad con menos empleos demandara esfuerzos de diversos actores. En este caso, al igual que en el anterior, el Ecomodernismo y la ecología política deben aunar esfuerzos para enfrentar este desafío.

En conclusión, a pesar de las críticas, la invitación del manifiesto ecomodernista a reconsiderar el papel de la tecnología y reconstruir la modernidad merece atención. De forma similar, las tendencias en el desarrollo industrial, la agricultura y la energía son imposibles de ignorar. No cabe duda que examinar estas tendencias de forma interdisciplinaria creara nuevos espacios de participación política. Aunque el papel de la tecnología como motor del cambio social probablemente seguirá siendo un tema controversial, espero que en el futuro el Ecomodernismo aborde esta pregunta en diálogo con la ecología política. Por último, el Ecomodernismo nos invita a revisar nuestros supuestos y a ser ligeramente optimistas sobre el futuro. Esta invitación es bienvenida no solo porque enfrentamos serios problemas ambientales, sino porque como señaló William Gibson, el futuro ya está aquí.

Bibliografía

Ausubel, J. 1996. The liberation from the environment. *Daedalus* 125(3):1-17.

Bakker, K. 2010. *Debating green neoliberalism: "The limits of neoliberal natures"*. *Prog Hum Geogr*, December, 34(6): 715-735.

Bernstein, S. 2001. *The compromise of liberal environmentalism*. New York: Columbia University Press. 314 p. ISBN-10: 0231120370.

Chase, A. 1996. *In a dark wood: The fight over forests and the myths of nature*. USA Transaction Publishers. 535 p. ISBN: 0765807521.

Cronon, W. 1996. *Uncommon Ground: Rethinking the Human Place in Nature*. Norton Press. New York. 560 p. ISBN: 978-0-393-31511-0. http://www.williamcronon.net/writing/Trouble_with_Wilderness_Main.html

da Silva, L. 2009. *Speech of the Brazilian President at COP15 in Copenhagen*. <https://www.youtube.com/watch?v=LQzVjDp5WA8> (Consultado 20 Agosto 2016)

Echeverría, B. 2005. *Modernity and Capitalism, 15 theses*. *Theomai* (5):11. <http://www.re-dalyc.org/articulo.oa?id=12420823007>

Escobar, A. 1995. *Encountering Development: the making and unmaking of the third world*. Princeton University Press. 346 p. ISBN: 9780691150451.

Escobar, A. 2008. *Territories of Difference: Place, Movements, Life, Redes*. Duke University Press. 435 p. ISBN-10: 0822343274

Ford, M. 2015. *Rise of the Robots: Technology and the Threat of a Jobless Future*. Basic books. New York. 334 p. ISBN: 17807484859781780748481.

Forsyth, T. 2002. *Critical Political Ecology: The Politics of Environmental Science*. Routledge. 340 p. ISBN-10: 0415185629

Garrity, D., A. Okono, M. Grayson and S. Parrott, eds. 2006. *World Agroforestry*

- into the Future. Nairobi: World Agroforestry Centre. ISBN 9290591846. <http://www.worldagroforestry.org/downloads/Publications/PDFS/b14409.pdf>
- Gibson, W. 1984. *Neuromancer*. Ace books. New York. 288 p. ISBN 10: 0586066454
- Breakthrough Institute Report, 2012. Where the shale gas revolution came from. <http://thebreakthrough.org/index.php/programs/energy-and-climate/where-the-shale-gas-revolution-came-from> (Consultado 20 Agosto 2016)
- Breakthrough Institute Report, 2014. Our high energy planet. <http://thebreakthrough.org/index.php/programs/energy-and-climate/our-high-energy-planet> (Consultado 20 Agosto 2016)
- Latour, B. 2015. "Fifty shades of green". Blog of the European Network of Political Ecology (ENTITLE). <https://entitleblog.org/2015/06/27/fifty-shades-of-green-bruno-latour-on-the-ecomodernist-manifesto/> (Consultado 20 Agosto 2016)
- Li, T. 2007. *The Will to Improve*. Duke University Press. 392 p. ISBN-10: 0822340275.
- Moss T and Gleave M. 2014. "My fridge uses 9 times more energy than the average Ethiopian citizen". Center for Global Development. <http://www.cgdev.org/blog/my-fridge-versus-power-africa>
- Nordhaus, T. 2008. Getting real on climate change. American Prospect. <http://prospect.org/article/getting-real-climate-change> (Consultado 20 Agosto 2016)
- Nordhaus T. and M. Shellenberger. 2009. *Apocalypse Fatigue: Losing the Public on Climate Change*. Yale Environment 360. http://e360.yale.edu/feature/apocalypse_fatigue_losing_the_public_on_climate_change/2210/ (Consultado 20 Agosto 2016)
- Nordhaus, T. and M. Shellenberger. 2011. *Evolve*. Orion Magazine. <https://orion-magazine.org/article/evolve/> (Consultado 20 Agosto 2016)
- Shellenberger, M and T. Nordhaus. 2011. "Modernizing Liberalism", *Breakthrough Journal*. Summer 2011, Issue 1. <http://thebreakthrough.org/index.php/journal/past-issues/issue-1/modernizing-liberalism> (Consultado 10 Agosto 2016)
- Zizek, S. 2007. *Unbehagen in Der Natur: Ecology Against Nature*. Bedeutung magazine. UK. <http://www.bedeutung.co.uk/magazine/issues/1-nature-culture/zizek-unbehagen-natur-ecology-nature/> (Consultado 20 Agosto 2016)

EL USO DE ANIMALES Y LA SIMULACIÓN CLÍNICA: UN MODELO DIFERENTE DE EDUCACIÓN EN MEDICINA

Diana Carolina Estrada Cano¹

Resumen

El uso de animales en la investigación y la educación biomédica genera interés dentro del estudio de la bioética. Se describe la experiencia de algunos médicos con el uso de animales (perros) durante el curso de su carrera, sus vivencias y las distintas reacciones relacionadas con esta práctica. Se menciona un recuento histórico sobre el papel de los animales a través del tiempo, y la influencia que tuvo este proceso en el modelo de educación en medicina. El legado histórico influyó enormemente en el ámbito científico y biomédico en el cual, durante muchos años, se han utilizado animales en múltiples áreas así como en los modelos de educación en las facultades de medicina. Surgieron entonces muchas inquietudes alrededor del entrenamiento de los estudiantes de medicina con animales y en las diferentes facultades de medicina alrededor del mundo se empezaron a interrogar acerca de la necesidad de este tipo de prácticas. Se han desarrollado métodos que no requieren el uso de animales como es la simulación clínica que recrea un ambiente ideal en el contexto educativo en el cual se presentan situaciones predecibles, consistentes, estandarizadas, seguras y reproducibles. Después de una larga historia de eventos, experiencias y sufrimientos, existe hoy una sociedad más consciente del valor moral de estos animales y las generaciones más recientes de médicos tienen un desempeño similar al de aquellos que recibieron entrenamiento con animales.

Palabras clave: Uso de animales, educación médica.

53

¹ Médica pediatra. Profesora Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina. Estudiante Maestría en Bioética, Instituto de Bioética, Pontificia Universidad Javeriana. Correo electrónico: diana.estrada@javeriana.edu.co

Abstract

The use of animals in biomedical research and education generates interest in the study of bioethics. It is described the experience of some physicians using animals (dogs) during the course of their careers, their experiences and the different reactions related to this practice. A historical account of the role of animals through time, and the influence they had in the mentioned medical education model. The historical legacy greatly has influenced the scientific and biomedical field, in which animals have been used for many areas, as well as the models of education in medical schools. Many concerns emerged about training medical students with animals and different medical schools around the world began to question about the need for such practices. Methods that do not require use of animals have been developed, such as clinical simulation that recreates an ideal environment in the educational context in which predictable, consistent, standardized, safe and reproducible situations arise. After a long history of events, experiences and sufferings, there is now a more conscious society in terms of moral value of these animals and the most recent generations of doctors have a similar performance to those who were trained with animals.

Key words: Use of animals, medical education.

Introducción

La discusión acerca del uso de animales en la investigación y la educación biomédica es un tema que me ha generado preocupación, curiosidad e interés dentro del estudio de la bioética. Como docente de una facultad de medicina, me he interesado por conocer las implicaciones del uso de animales no humanos en el proceso educativo del médico, sus limitaciones, sus prácticas y las críticas en su contra en el actual modelo de educación, así como los fundamentos de su uso en el antiguo modelo de las facultades de medicina.

En el texto se describirá la experiencia de algunos médicos con el uso de animales durante el curso de su carrera, sus vivencias y las distintas reacciones que la práctica generaba. Se hará una pequeña reseña histórica acerca del papel de los animales a través del tiempo,

y la influencia que tuvo este proceso en el modelo de educación en medicina. Se mencionarán los cambios que dieron inicio a un modelo de educación diferente, sin animales y los beneficios de los métodos actuales para la enseñanza de ciertas competencias.

Hace un poco más de 10 años, el currículo universitario de la Facultad de medicina incluía dentro de las actividades académicas de la asignatura de Cirugía, un taller práctico en el cual algunos perros vivos eran los protagonistas, o más bien, las víctimas. Se trataba de un laboratorio con perros. Estos animales se encontraban en el salón del laboratorio bajo efectos de anestesia ya ubicados en las mesas de trabajo y allí se iniciaba el taller con el objetivo de lograr entrenamiento en ciertos procedimientos como realización de traqueostomías (paso de

un tubo a través del cuello para garantizar la permeabilidad de la vía aérea) ó paso de tubos de tórax (tubo a través del tórax entre las costillas para drenar un sangrado). Los perros se quejaban en ocasiones y por tanto existía la duda entre los estudiantes con respecto a si sentían dolor durante sus intervenciones.

Para los estudiantes de medicina era bien conocido que una vez cursaran octavo semestre tendrían esta experiencia. No solo generaba angustia el hecho de no saber si aquellos animales sentían algún tipo de dolor, también existía una fuerte sensación de curiosidad y poder, pues finalmente intervendrían en un cuerpo de forma “similar” a lo que sería su posterior práctica de vida.

Se generaban múltiples interrogantes: ¿De dónde provienen los perros? ¿Son perros sanos? ¿Enfermos? ¿Están bien anestesiados? Al mismo tiempo que se planteaban estos interrogantes se percibían diferentes reacciones y sentimientos: algunos expresaban emoción; otros, tristeza o enfado. Al entrevistar a algunos médicos que vivieron esta experiencia durante su carrera, se registraron diferentes percepciones: “Inicialmente no quería entrar al laboratorio, luego sentí ganas de llorar, y finalmente me daba mal genio con los que lo disfrutaban”, (estudiante de medicina en el año 2001). “Me pareció muy provechoso, aunque sí sentía tristeza por el perro”, (estudiante de medicina en el año 1995). “Yo aprendí a pasar un tubo de tórax en un perro, le hice una he-

rida de muerte pero lo salvé”, (estudiante de medicina en el año 2001).

La conciencia que tenían los estudiantes de medicina con respecto a los aspectos éticos y morales de la práctica con animales era limitada o nula. Era usual participar en este tipo de talleres con perros en las diferentes facultades de medicina, y se consideraban necesarios dentro del entrenamiento para adquirir habilidades quirúrgicas. No existían espacios para discutir acerca de sus implicaciones morales o quizás simplemente se ignoraban los aspectos éticos frente al gran peso que se le adjudicaba a lograr ser *buenos cirujanos*. Hoy en día, los estudiantes de la facultad de medicina manifiestan asombro y gran sorpresa cuando conocen información acerca de estos talleres con animales y expresan dudas como las siguientes: “¿cómo podían cometer semejante crueldad?” (estudiante de octavo semestre de medicina, 2016), “¿Es éticamente correcto?” (estudiante de octavo semestre de medicina, 2015).

Es importante conocer el proceso histórico a través del cual se ha discutido sobre el papel de los animales en la sociedad, su rol entre nosotros, su valor moral y su presencia en actividades con fines educativos. La preocupación por los animales parece ser algo relativamente reciente con la aparición de la legislación, normatividad y penalización correspondiente (Ley 83, 1989), pero la discusión filosófica y teológica se remota a muchos años atrás. En la Grecia antigua existían

diferentes escuelas de pensamiento que estudiaban el valor moral y social de los animales. Los animistas como Pitágoras predicaban la compasión hacia los seres vivos, dándoles valor moral y considerando que los animales y los humanos compartían e intercambiaban “almas”. Por otro lado, los mecanicistas se oponían a esta concepción manifestando que ni los humanos ni los animales tenían alma y, por lo tanto, funcionaban como simples máquinas. De forma común, estas dos escuelas clasificaban en el mismo nivel a los humanos y los animales (Self, 1989). Existían también otras escuelas, como la vitalista de Aristóteles, quien sostenía que los animales sí tenían alma pero que ésta nunca sería tan avanzada como la de los humanos y que, por lo tanto, nunca serían considerados pares. Afirmaban que los animales habían sido creados en la tierra para el beneficio de los seres humanos, concepto que aún es aceptado hoy en día con frecuencia (Self, 1989).

Más tarde, San Agustín niega que los animales sean equiparables a los hombres en su actividad vital. Santo Tomás de Aquino se refiere a los animales como criaturas no racionales dispuestas en la tierra por Dios para el beneficio de la humanidad. Esta tradición continuó con Descartes, quien sostenía que los animales no tenían alma y, en consecuencia, no tenían ningún status moral. Una vez llegado el siglo XVIII es notoria la preocupación por los animales. Empieza, entonces, la necesidad de darles un valor moral por el hecho de sentir dolor. Jeremy Bentham se

refiere a esto de la siguiente manera: “la pregunta no es si pueden razonar, ni si pueden hablar; la pregunta es si sufren”, (traducción propia), (Bentham, 1823).

Este legado histórico influyó enormemente en el ámbito científico y biomédico en el cual, durante muchos años, se han utilizado animales en múltiples áreas así como en los modelos de educación en las facultades de medicina. Surgieron entonces muchas inquietudes alrededor del entrenamiento de los estudiantes de medicina con animales. En las diferentes facultades de medicina alrededor del mundo se empezaron a interrogar acerca de la necesidad de este tipo de prácticas. Dentro de los currículos de medicina los animales han sido utilizados primordialmente en áreas como farmacología, fisiología y cirugía y, desde hace aproximadamente cuatro décadas, se han realizado estudios con respecto a la utilidad de estas actividades en la formación médica, especialmente en Norteamérica. En 1994 se realizó un estudio en las 126 facultades de medicina de Estados Unidos en el cual se evaluaba el uso de animales en estas áreas y su obligatoriedad para los estudiantes (Ammons, 1995). Se reportó que 77 de 125 facultades afirmaban utilizar animales vivos dentro de sus cursos, más específicamente en fisiología (49 facultades), laboratorios de cirugía (21 facultades) y farmacología (13 facultades). Los animales utilizados más frecuentemente eran perros, seguidos de cerdos, ratones, conejos y gatos. El estudio reveló además que era evidente la disminución en el uso

de estos animales con respecto a estudios de años previos (1985), y muchas de las facultades ya habían suspendido este tipo de actividades. Los motivos por los cuales se suspendían estos talleres con animales fueron, en orden de frecuencia: costos en el mantenimiento de los animales y laboratorios, cambios curriculares, preocupación por parte de los estudiantes, ausencia de profesores entrenados, disponibilidad de videos y otro tipo de programas educativos. Reportan la presencia de protestas por parte de algunos estudiantes a partir de las cuales se generaron debates durante las actividades, creación y distribución de panfletos y peticiones para no participar en las clases e incluso peticiones para suspender dichos laboratorios.

El estudio publicado por Hansen y Bossen el 2002 reportó la disminución en el uso de animales en las facultades de medicina, con un 68% de programas que ya no los utilizaban en ninguna de las asignaturas. Adicionalmente, aquellas que sí los utilizaban, ofrecían a los estudiantes la opción de asistir o no a los talleres. Sin embargo, el estudio menciona también que el 91.9% de los estudiantes de medicina que tuvieron la experiencia en un laboratorio de animales, la consideran una parte importante de su proceso educativo y el 90.5% de ellos consideran que debe continuarse su práctica para el entrenamiento en cirugía.

Muchos miembros de la comunidad médica han catalogado las actividades con

animales como “prácticas innecesarias, inhumanas y regresivas” (Traducción mía) (Hansen, 2014, p.454). Al respecto, Hansen (2014) afirma: “No hay evidencia que sugiera que los estudiantes estén recibiendo una educación subóptima por el hecho de no estar “cortando” animales como parte de su entrenamiento ó que el hecho de hacerle daño a los animales los vaya a hacer mejores médicos” (Traducción mía) (p.454).

En la educación y entrenamiento médico se han desarrollado métodos que no requieren el uso animal. Uno de ellos es la *simulación clínica*. Hace aproximadamente 50 años se inició su desarrollo como una técnica para reproducir experiencias reales de pacientes a través de escenarios adecuadamente guiados y controlados (Corvetto et al., 2013). Se instauró como un método para realizar algunas prácticas de forma segura y eficaz. A través de dicha técnica el estudiante interactúa en un entorno que simula la realidad, con una serie de elementos, a través de los cuales será capaz de resolver situaciones clínicas de baja o de alta complejidad. Recrea un ambiente ideal en un contexto educativo en el cual se presentan situaciones predecibles, consistentes, estandarizadas, seguras y reproducibles (Corvetto et al., 2013).

La simulación clínica hace parte fundamental en la actualidad del currículo de educación en medicina en varios países, y la tendencia es incluirla en un mayor número de asignaturas médicas y, en

general, en las diferentes profesiones relacionadas con la salud como enfermería y odontología. En varios estudios se ha comprobado su validez y su utilidad como estrategia didáctica para la formación de diversas competencias en estudiantes de pregrado y de posgrado (Corvetto et al., 2013). Sirve para el desarrollo de competencias técnicas, habilidades y destrezas tales como entrenamiento en procedimientos médicos cotidianos: intubación orotraqueal, obtención de accesos venosos, paso de catéteres intraóseos y realización de cirugías endoscópicas. Tales procedimientos se llevaban a cabo en años anteriores en los talleres con animales.

Tiene también implicación en la formación de competencias relacionadas con la actitud, la toma de decisiones y la comunicación, antes de enfrentarse con el paciente real, aspecto que le suma valor a éste método. (Amaya, 2012). Es utilizada actualmente en Colombia en varios programas de educación médica y ha tomado mucha fuerza en la facultad de medicina de la Universidad Javeriana, en donde se cuenta con un Centro de Simulación que brinda oportunidad de entrenamiento en diferentes áreas (Centro de Simulación Clínica, Pontificia Universidad Javeriana).

La aparición de técnicas educativas como la simulación clínica abrió un amplio espectro de posibilidades para la formación de los estudiantes de medicina y, en general, para los de las

ciencias de la salud. Aunque la experiencia no es comparable con la intervención sobre animales vivos respecto a la realidad del procedimiento, permite el desarrollo de destrezas en ciertos procedimientos médicos y habilidades quirúrgicas útiles para los futuros médicos y especialistas.

No genera ningún tipo de sufrimiento o dolor a los animales pues no implica ningún tipo de contacto con ellos.

Los médicos de las generaciones más recientes que no han recibido aquel “entrenamiento” con perros tienen un desempeño similar al de aquellos que sí lo recibieron. Cumplen su labor diaria sin haber causado dolor ni sufrimiento a algún tipo de animal y cuentan con las aptitudes quirúrgicas necesarias para el adecuado desarrollo de su profesión. La simulación clínica ofrece ventajas desde el punto de vista metodológico frente a la pedagogía de años anteriores, aunque no es del todo comparable con las prácticas en animales vivos. Después de una larga historia de eventos, experiencias y sufrimientos, existe hoy una sociedad más consciente del valor moral de estos animales y de nuestro papel como protagonistas desde el estudio de la bioética y desde la medicina. Reducir la necesidad de experimentación con animales se convierte en una prioridad del siglo XXI, al igual que incrementar métodos alternativos encaminados al mejoramiento de la calidad de vida humana.

Referencias

- Amaya, A. (2012). Simulación clínica y aprendizaje emocional. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, Vol. 41, Suplemento 2012, 44.
- Ammons, S. (1995). Use of live animals in the curricula of U.S. medical schools in 1994. *Academic Medicine*, Vol. 70 (8). 740.
- Bentham, Jeremy. (1823). Introduction to the Principles of Morals and Legislation, second edition, capítulo 17.
- Buckley, C.; Kavanagh, D.; Traynor, O.; & Neary, P. (2014). Is the skillset obtained in surgical simulation transferable to the operating theatre? *The American Journal of Surgery* 207, 146-157.
- Corvetto, M.; Bravo, M.; Montaña, R.; Franco.; Escudero, E.; Boza, C., et al. (2013) Simulación en educación médica: Una sinopsis. *Rev Med Chile*; 141: 70-79.
- Daly, S.; Wilson, N.; Rinewalt, D.; Bines, S.; Luu, M. & Myers, J. (2014). A subjective assessment of medical student perceptions on animal models in medical education. *J Surg Educ.*, 71(1):61-4.
- Fraccione, G. (2007). The use of nonhuman animals in biomedical research: Necessity and justification. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 1-8.
- Gregory, T. (2000). The failure of traditional arguments in the vivisection debate. *Public Affairs Quarterly*. Vol. 14(2), 159-182,
- Hansen, L. A. (2014). Animal laboratories are not needed to train medical students. *Journal of Surgical Education*, 02(1), 454.
- Hansen, L. A.; & Boss, G. (2002) Use of live animals in the curricula of U.S. medical schools: Survey results from 2001 *Academic Medicine*, Vol. 77(11).1147.
- Ley 83 de 1989, República de Colombia. 1989, 27, Diciembre.
- Self, D. (1989). The use of animals in medical research. *Theoretical Medicine* 10:9-19.



Pontificia Universidad
JAVERIANA
Bogotá
Instituto de Bioética

MAESTRÍA EN BIOÉTICA

SNIES 53581

Resolución 1883 de 10 de abril de 2008



Título que otorga: **Magíster o
Magistra en Bioética**

Duración: **Cuatro semestres**

Horario: **Un fin de semana al mes,
los días jueves, viernes y sábados
de 8 a.m. a 6 p.m.**



Instituto de Bioética, PUJ

Transversal 4 N° 42-00

Edificio 67. José Rafael Arboleda, piso 5

Teléfono: 320 83 20 Ext. 4537 y 4538 Fax: 288 4076

www.javeriana.edu.co/bioetica

E-mail: maestria.bioetica@javeriana.edu.co

bioetica@javeriana.edu.co