

## La ética clínica cubana: ¿paternalismo, principalismo, personalismo o electivismo?

José Ramón Acosta Sariego\*

En la década de 1950 la accesibilidad a los servicios de salud en Cuba se polarizó cada vez más y mientras las clases privilegiadas de los grandes núcleos urbanos disfrutaron de los mayores y mejores recursos humanos y técnicos, la generalidad de la población se vio obligada a aceptar las migajas politiqueras de un sector público cada vez más obsoleto, insuficiente y dantesco. En tanto esto ocurría en el seno de la convulsa sociedad cubana pre-revolucionaria, tras las puertas del Colegio Médico Nacional se debatía la cuestión de una supuesta plétora médica y la necesidad de reclamar la restricción de la formación de nuevos profesionales en las dos únicas facultades de medicina que existían en el país en ese momento. El advenimiento del poder revolucionario en 1959 revirtió totalmente el escenario nacional al preconizar el principio de igualdad en el acceso a los servicios médicos como derecho humano. Esto implicó en la práctica la ampliación y modernización de las unidades de salud y con ello el incremento exponencial de la formación de los recursos humanos imprescindibles para llevar a término tan ambiciosos planes.

El juramento de los primeros médicos graduados tras el triunfo de la Revolución, que simbólicamente se efectuó tras la ascensión al Pico Turquino en

la Sierra Maestra en 1965, introdujo una perspectiva ética acorde con las nuevas realidades devenidas del proyecto social que se desarrollaba en nuestro país. Los deberes morales asumidos por esta nueva hornada de profesionales de la salud significaron la continuidad de los mejores valores morales de la medicina cubana, pero al mismo tiempo una ruptura con los estrechos moldes de la ética médica imperante hasta ese momento. Los compromisos del juramento asumido por la «Graduación del Turquino» fueron:

- Renunciar al ejercicio privado de la medicina.
- Cumplir servicio social en los lugares donde fuera necesario.
- Promover el carácter preventivo de las acciones de salud.
- Practicar la solidaridad internacional en el campo de la salud.

Esta nueva perspectiva ética entró en franca contradicción con los intereses de los elementos más conservadores del sector. El Colegio Médico Nacional se convirtió entonces en escenario ramal de la intensa lucha ideológica y política que se desarrollaba en toda la sociedad cubana. El en-

---

\* Doctor en Medicina. Especialista en Salud Pública. Profesor Titular de la Universidad Médica de La Habana. Master en Bioética. Coordinador Académico de la Maestría de Bioética de la Universidad de La Habana. Presidente del Club Martiano de Bioética de la Sociedad Cultural José Martí. E-mail: [joseacosta@infomed.sld.cu](mailto:joseacosta@infomed.sld.cu)

conado debate entre quienes defendían intereses gremiales y los que propugnaban el bien común culminó con una crisis y la autodisolución de la institución.

Tras la desaparición del Colegio Médico Nacional, y por casi veinte años, la normatividad ética en el campo de la salud quedó a cargo del Ministerio de Salud Pública. En el transcurso de este período, los juramentos de las diferentes promociones –inspirados todos en el de la «Graduación del Turquino» – y los reglamentos disciplinarios adoptados para los trabajadores de la salud, funcionaron como pautas de la conducta moral de los prestadores de salud.<sup>1</sup>

La progresiva incorporación de la enseñanza de la filosofía en los niveles de pre-grado y post-grado de todas las carreras de las Ciencias de la Salud que cobró vida en el entramado curricular durante la década de 1970, contribuyó también a la mayor preparación de los educandos en una cosmovisión científica de los determinantes de la situación de salud, así como la influencia de los procesos culturales, económicos y sociales en su génesis y probable solución.

La inclusión en el curso académico 1978-79 de la asignatura «*Ética y deontología médicas*», por primera vez en la historia de la educación médica cubana como asignatura independiente para todas las carreras de las ciencias de la salud, fue reflejo del interés de la academia de dar respuesta a las necesidades identificadas por la sociedad.<sup>2</sup> Daniel Alonso Menéndez, fue el principal promotor de la elaboración del programa de estudios y el texto de la asignatura, del cual fueron coautores Varán Von Smith Smith, Abelardo Ramírez

Márquez y Ana Ortega. El libro de texto «*Ética y deontología médica*» (1979), si bien muestra el aún predominante paradigma paternalista, al ser inevitable reflejo de una atención de salud socializada, rebasó las fronteras de la ética médica tradicional. Los autores esbozaron algunos criterios que se desarrollarían por ellos mismos y otros investigadores en obras subsiguientes:

*“Debemos aceptar que las ciencias naturales no contemplan, en sí mismas, reglas o normas específicas que definan el uso de procedimientos al aplicar, en la práctica, los avances científicos y es posible que, en determinadas circunstancias, la utilización incorrecta de nuevas técnicas puedan interpretarse, o constituyan en sí, actos de deshumanización...”*<sup>3</sup>

*“...El conocimiento por parte del enfermo, que se someterá al examen, de las molestias que pueda ocasionarle y de la necesidad de realizarlo, no solo deben ganar su aprobación, si no también ganar su confianza y obtener su colaboración”.*<sup>4</sup>

Quedó planteado así que el consentimiento informado debía ser desarrollado en el marco de unas relaciones interpersonales caracterizadas por la confianza. Esta concepción cubana empezó a alejarse del paternalismo clásico. En un ensayo de 1988, Edmund Pellegrino y David Thomas, definirían este tipo de relación que persigue el equilibrio entre el paternalismo benéfico con el respeto a la autonomía del paciente como «beneficencia con confianza».<sup>5</sup>

La toma de conciencia en cuanto a los cambios de la situación de salud de la población cubana que

1 J. R. Acosta. «Responsabilidad y solidaridad en las relaciones Sanitarias en Cuba». *Revista Cubana de Salud Pública*. (2006); vol. 32 (4). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=0864-346620060004&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0864-346620060004&lng=es&nrm=iso) [consultado 8 Jul. 2009].

2 Hasta ese momento, los contenidos de ética médica se enseñaban básicamente como lecciones al final del curso de «Medicina Legal», que desde la década de 1960 contó con la acertada dirección del recordado profesor Francisco Lancís y Sánchez (*Nota del Autor*).

3 D. Alonso; V. Von Smith; A. Ramírez; A. Ortega. «*Ética y deontología médica*». Texto Básico. Edición Provisional. *Colección del estudiante de Medicina*. Ministerio de Salud Pública. La Habana, 1979: 107.

4 *Ibídem*: 113.

5 E. Pellegrino. «Metamorfosis de la Ética Médica». *Cuadernos del Programa Regional de Bioética* 1995; (1): 29.

ya eran patentes al filo de la década de 1980, produjo profundas transformaciones organizacionales en el Sistema Nacional de Salud. En el terreno de la normatividad moral profesional se hicieron públicos los «*Principios de la ética médica*» (1983) y se constituyeron Comisiones de Ética Médica en todas las unidades y niveles del Sistema Nacional de Salud. Francisco Lancís y Sánchez fue elegido presidente de la Comisión Nacional de Ética Médica, cargo que desempeñó hasta su muerte (1993), cuando fue sustituido por el actual Presidente, Ricardo González Menéndez. En lo jurídico, se promulgó la Ley de Salud Pública (1983); y en la organización de los servicios, desde 1984 se inició la experiencia del Médico y la Enfermera de la familia cuyo perfeccionamiento progresivo devino en el sistema de medicina familiar actual; finalmente, en lo académico se puso en vigor un nuevo plan de estudios (1985) estructurado sobre la base de los problemas y necesidades de salud identificados.

Los «*Principios de la ética médica*» constituyen el primer código de conducta profesional redactado bajo las condiciones económicas y sociales creadas por la Revolución y tan solo por ello tiene un alto valor histórico en sí mismo. Resume el espíritu de los diversos juramentos realizados por las graduaciones posteriores a 1959 y de otros documentos que le sirvieron de base. Si bien su redacción conserva un estilo aún paternalista, aunque adecuado a las nuevas circunstancias, se introducen determinados preceptos que reflejan ya un cambio de enfoque de las relaciones interpersonales en el marco de la atención de salud. Dentro de estas transformaciones se puede distinguir una reinterpretación de la relatividad del secreto profesional. En este sentido se expresa: “*Mantener, en los casos de enfermedades de curso fatal absoluta o relativa reserva sobre el diagnóstico y pronóstico en relación con el paciente y seleccionar a quién se debe dar esa información con el tacto necesario*”.<sup>6</sup>

Quiere esto decir que solo se establece reserva relativa en la información a pacientes y familia-

6 S/A. «Principios de la ética médica». Editora Política. La Habana, 1983: 4.

res para el caso de enfermedades de curso fatal. Deja a discreción del equipo de salud la decisión de quién será depositario de la mala noticia, de lo cual no se excluye al propio paciente si las características de su personalidad así lo permitieran. Si bien en la época en que se elaboró este documento primaba el criterio empírico de que la mayoría de los pacientes no eran capaces de soportar este tipo de información, investigaciones realizadas en fechas recientes indican que ese supuesto patrón de conducta, al menos en las muestras estudiadas, ha cambiado ostensiblemente.<sup>7,8</sup>

En cuanto a la implementación del respeto a la autonomía del paciente y la práctica del consentimiento informado, en los «*Principios de la ética médica*» se afirma: “*Obtener, antes de aplicar cualquier medida diagnóstica o terapéutica, que pueda significar un alto riesgo para el paciente, su consentimiento o el de sus familiares, excepto en los casos de fuerza mayor*”.<sup>9</sup>

De esta manera, se incluye el consentimiento voluntario, aunque no se precisa cuán informado será, y se prescribe para los procedimientos riesgosos y no a todos, como ya se discutía en aquellos momentos en otros ámbitos socio-culturales. El solo hecho de que un documento de tal alcance incluya esta cuestión, independientemente de que lo haya hecho de forma limitada debe ser apreciado como un avance, si consideramos que vinculó a todos los profesionales de la salud cubanos con su cumplimiento y se originó en el contexto de una sociedad de raíz cultural latina en cuyo seno, la cuestión de la autonomía individual no tiene igual

7 J.L. Soriano, G. Fleites. «Dilemas éticos en torno al cáncer». En: J.R. Acosta (editor científico). *Bioética. Desde una perspectiva cubana*. 3ra ed. Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela. Libro digital ISBN: 978-959-7071-41-9. La Habana, 2007.

8 G. Fleites. «Comunicación de malas noticias en medicina». En: J.R. Acosta (editor científico). *Bioética. Desde una perspectiva cubana*. 3ra ed. Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela, Libro digital ISBN: 978-959-7071-41-9. La Habana, 2007.

9 S/A. «Principios de la Ética Médica». Ob. cit.: 4.

connotación que para la cultura anglosajona en sociedades económicamente centrales.

La expansión de las investigaciones biomédicas, así como la introducción y producción autóctona de tecnologías médicas de punta, motivó que la reflexión ética en este campo adoptara definitivamente temas y discutiera conflictos de valores morales totalmente nuevos.

## El giro hacia el pensamiento bioético

El coloquio sobre «Problemas filosóficos de la medicina», promovido por Ernesto Bravo Matarazzo, que comenzó en 1983 y se prolongó por varios ciclos hasta 1987 marcó el comienzo de la visualización social de los nuevos referentes de la bioética en Cuba. Las ponencias presentadas por los participantes en este extenso coloquio fueron publicadas en fascículos por la editorial del Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana. Solo leer el índice de estos materiales nos introduce en un universo temático hasta ese momento tratado fragmentaria o aisladamente, o simplemente desconocido, como eran las cuestiones teórico-filosóficas del origen y esencia de la vida, la genómica, las neurociencias y el diagnóstico médico amparado en las nuevas tecnologías, entre otros. De estos trabajos, *Problemas éticos en el desarrollo de la biología y la medicina contemporáneas* de Abelardo Ramírez Márquez y Raúl Herrera Valdés,<sup>10</sup> es suficientemente abarcador y representativo del conjunto de problemas que se discutieron en estas reuniones porque trata los conflictos éticos de la investigación científica como proceso, los de la genética médica, el diagnóstico de la muerte así como la donación y trasplante de órganos y tejidos. La editorial de Ciencias Sociales publicó una muestra de las ponencias más representativas presentadas en este coloquio recopiladas en el libro *Filosofía y Medicina* (1987).

10 A. Ramírez, R. Herrera. «Problemas éticos en el desarrollo de la biología y la medicina contemporáneas». En: Colectivo de autores. *Problemas filosóficos de la Medicina. Coloquio*. Tomo I. La Habana, Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, 1984: 157-181.

Una preocupación recurrente del discurso bioético cubano desde sus inicios ha sido la concierne a los procesos comunicativos y su papel en los diferentes modelos de la atención de salud. Al analizar lo que él denomina la nueva dimensión de la relación médico paciente en nuestros días, Ricardo González Menéndez afirma:

*“Los sustanciales y recientes cambios en el concepto, objetivo y funciones, así como en la relevancia de los diferentes aspectos por considerar en esta relación, la colocan actualmente en una situación de tránsito, donde tanto el profesional como el sujeto y objeto de su atención –el hombre sano o enfermo– deben ir modificando sus ancestrales concepciones acerca de la gestión médica.*

*Se trata, por tanto, de un proceso que pone en tensión nuestras responsabilidades como educadores médicos, pero que también <sup>11</sup> somete a prueba a todas las instancias del sistema de salud en nuestro medio, así como a los propios usuarios, simbolizados ahora por el colectivo familiar”.*<sup>12</sup>

Ricardo González trae a colación un aspecto que sería desarrollado con mayor énfasis por Núñez de Villavicencio, la responsabilidad del médico como educador, o sea que el beneficio verdadero del paciente o sano solo se alcanza si se le hace consciente de sus propias necesidades de salud. Lejos de la coerción propia del modelo paternalista o de la información no comprometida del modelo autonomista más puro, involucrar al profesional de la salud con la educación sanitaria del usuario –en la más amplia acepción del término– obliga a un proceso deliberativo y a decidir juntos las mejores opciones de solución. Aceptar esto implica una ruptura con el paradigma paternalista tradi-

11 Aquí toma de referencia al texto de «Medicina General Integral» de Orlando Rigol (*Nota del Autor*).

12 R. González. «La nueva dimensión de la relación médico-paciente en nuestros días». En: J.R. Acosta, (editor científico). *Bioética. Desde una perspectiva cubana*. 1ra ed. Publicaciones Acuario. Centro Félix Varela. La Habana, 1997: 106.

cional a favor de una hermenéutica dialogante. La necesidad de una mayor simetría en las relaciones interpersonales propias de la atención médica contemporánea fue propugnada también por Varán Von Smith Smith:

“El paciente siempre respeta al médico en primera instancia, debido a la condición de dependencia temporal en que se encuentra; mas el respeto del médico hacia él deberá ser más amplio y polifacético debido a la propia naturaleza de su encargo social. El médico, como dirigente principal del «equipo de salud», deberá exigir respeto para el paciente a todos los participantes en su atención. Y se guiará por el principio martiano consagrado en nuestra Carta Magna, «el culto a la dignidad plena del hombre»...

*Dentro de la ética clínica gana un lugar preponderante el respeto a la integridad del individuo, y esto se ejercerá en cualquier ámbito clínico donde se encuentre y sea cual fuere su afectación”.*<sup>13</sup>

Varán Von Smith no puso límites a la observancia de la integridad plena y con ella al respeto de la capacidad y competencia moral del paciente o sano. La idea de que el tipo de relación interpersonal en la atención de salud depende del momento de la situación clínica y que en el desarrollo de un mismo caso pueden propiciarse diferentes modelos de atención, fue esbozada por Szasz y Hollender en la década de 1950, y desarrollado posteriormente por Childress y Siegler en la de 1980, así como por Ezekiel y Linda Emanuel en la de 1990. Lo interesante es que Von Smith recomienda ejercer el respeto en todos los ámbitos y ante cualquier afectación, relacionándolo con el encargo social del profesional de la salud, con su responsabilidad.

Radamés Borroto Cruz y Ramón Aneiros-Riba, en diversos reportes profundizaron en la cuestión del

respeto a la dignidad, traducido en una comunicación responsable que sustente una relación sanitaria de calidad y satisfaga las expectativas de los usuarios:

*“La esencia del quehacer médico se resume en la satisfacción de las necesidades de salud del hombre. Nadie puede ser feliz en la ignorancia, y mucho menos si se trata de aquello relacionado con su propia salud. El paciente solo estará satisfecho cuando conozca todo cuanto desee sobre su salud o su enfermedad. Nadie como el médico tiene la posibilidad de acercarse a lo más íntimo y sensible del ser humano. Tiene el privilegio de la confianza que el paciente deposita en él y la recompensa mayor de quien se dedica a las ciencias del hombre: el propio hombre disfrutando de sus posibilidades plenas”.*<sup>14</sup>

El dominio de los procesos comunicativos es la vía para acercarse a «lo más íntimo y sensible» como preconizan estos autores, estableciendo un vínculo entre lo propiamente técnico y su connotación moral al nivel de las relaciones interpersonales. Reiteran que la responsabilidad social del profesional de la salud es hacer la beneficencia satisfaciendo todas las necesidades del paciente, y no solo las biológicas como ha sido tendencia común de la medicina curativa, con ello dan un contenido más explícito a las ideas de Varán Von Smith acerca del respeto.

De gran valor para el desarrollo teórico de la bioética médica en Cuba han sido las ideas de Fernando Núñez de Villavicencio, en cuanto que el proceso de consentimiento informado debe ser esencialmente una acción educativa en que el respeto de la autonomía sea conciliado con las necesidades de salud del paciente o sano:

13 V. Von Smith. «La ética clínica». En: J.R. Acosta (editor científico). *Bioética. Desde una perspectiva cubana*. 1ra edición. Publicaciones Acuario. Centro Félix Varela. La Habana, 1997: 124.

14 R. Borroto; R. Aneiros-Riba. «La comunicación humana y la calidad de la atención médica». En: J.R Acosta (editor científico). *Bioética. Desde una perspectiva cubana*. 1ra ed. Publicaciones Acuario. Centro Félix Varela. La Habana, 1997: 118.



“No debemos plantear un límite a hacer el bien o a luchar por la salud; el problema está en alertar al médico de que si prioriza solo los aspectos del equilibrio biológico, habrá ocasiones en que sus acciones de beneficencia en este sentido, puedan estar produciendo desequilibrios psicológicos y sociales de una intensidad mayor. Autorizarlos a imponer su beneficencia en estos casos sería autorizarlos a hacer acciones contra la salud.

*Al analizar el principio de autonomía, sin embargo, no nos encontramos en la misma situación. Este derecho del paciente de ser informado, consultado y a participar en las acciones tomadas en relación con su propia salud, lo cual en esencia es incuestionable, requiere de limitaciones bien precisas para evitar que su uso inadecuado concluya en un desastre para el propio paciente”.*<sup>15</sup>

Núñez de Villavicencio critica la beneficencia biologicista típica del paternalismo a ultranza, que no considera los procesos psicológicos del usuario, y por otra parte se pronuncia porque el proceso de consentimiento informado y el respeto por la autonomía del paciente o sano, tiene que estar absolutamente comprometido con el bienestar del usuario, donde el sistema de valores de este último y el criterio técnico del profesional de la salud, deben arribar a la mejor decisión para todos a través de la deliberación. No elude el debate con los defensores del autonomismo acerca de que, visto así, el proceso de consentimiento informado puede prestarse para la manipulación y apela entonces a que el actuar virtuoso del profesional de la salud sea la salvaguarda ante posibles coerciones e imposiciones. Estas ideas, escritas originalmente hace más de una década, cuando no había tanta claridad en Cuba sobre este asunto, constituyen un importante aporte a la bioética médica que se realiza en nuestro país, porque tuvo Núñez de Villavicencio la suficiente sabiduría para hacer confluír la tradición médica con los nuevos

referentes de la bioética, sin perder de vista nuestro universo simbólico.

El análisis de los espacios de confluencia de estas y otras contribuciones a la bioética médica hacen evidente que si bien todas las propuestas fundamentales se alejan del paternalismo clásico, tampoco caen en los brazos de un autonomismo radical, para terminar proponiendo un modelo alternativo en el cual el bienestar del usuario se alcanza desde el actuar responsable y solidario de quien presta la atención de salud, lo que favorece la confianza mutua entre todos los actores del proceso, lo que en esencia constituye un enfoque personalista.

Otra gama de problemas que han resultado de interés para la bioética médica cubana han sido los dilemas morales del principio de la vida. En nuestro país, las técnicas de reproducción humana asistida por derecho están a disposición de todas las parejas que lo requieran. La actitud generalizada se inclina a aceptar la licitud moral del uso de estas técnicas en tanto la infertilidad puede ser asumida como discapacidad y fuente de sufrimiento para la pareja, así como la búsqueda de ayuda médica como constitutiva de acto de amor conyugal; se ha garantizado el acceso universal a todos los que requieran de estas tecnologías y cumplan los requisitos clínico-epidemiológicos que avalen un margen aceptable de éxito en su empleo.

En general, nuestra literatura al respecto ha sido bastante insistente en reconocer que la cuestión del estatuto ontológico del embrión, por su complejidad, no puede reducirse hoy a la ética de mínimos, ya que esto corresponde a un problema de conciencia individual de acuerdo a las convicciones filosóficas, científicas, religiosas y morales de cada cual, y por tanto la sociedad no puede limitar la libertad de elección de las personas más allá de ciertos límites razonables.

La consecuencia práctica de la concepción teórica anterior ha sido la legalización del aborto institucional, lo que se apoyó también en la consideración de riesgo para la mujer que no desea la maternidad y que habitualmente, en estos casos,

15 F. Núñez de Villavicencio. «Bioética: el médico un educador». En: J. R. Acosta (editor científico). *Bioética. Desde una perspectiva cubana*. 1ra. edición. Publicaciones Acuario. Centro Félix Varela. La Habana, 1997: 12.

acude a procedimientos rudimentarios y cruentos, fuera de todo control médico. La prohibición del aborto institucional es la causante de la mayor parte de la mortalidad materna en el Tercer Mundo, a expensas de las clases más humildes que no pueden acudir a los servicios médicos furtivos existentes en la mayoría de los países donde el aborto es ilegal, debido a sus altos costos privativos de las clases privilegiadas, las cuales además, tienen la opción de viajar al extranjero hacia lugares donde el aborto sea legal. Por ejemplo, la mortalidad materna en Cuba en 1970, antes que se legalizara el aborto institucional, fue de 210/100,000 nacidos vivos,<sup>16</sup> mientras que en 2004 se había reducido a 38/100,000.<sup>17</sup>

Las estadísticas anteriores se correlacionan además con el consenso social imperante en Cuba acerca de considerar esta cuestión como dominio de la ética de máximos. No exime de que se hagan todos los esfuerzos posibles, tanto por parte del estado como de la sociedad civil, para favorecer una paternidad y maternidad responsables. La indulgencia y extrema flexibilidad en la consideración de las causas sociales del aborto electivo desde su legalización en la década de 1970, provocó un incremento progresivo que llegó a su acmé a fines de la siguiente década. La cobertura total de la población por el Plan del Médico y la Enfermera de la Familia con programas orientados a la disminución de los embarazos no deseados, y un papel más activo de la escuela, los medios de difusión masiva, las iglesias y determinadas organizaciones no gubernamentales, han logrado reducir la incidencia del aborto en el grupo poblacional más afectado, las mujeres en edad fértil de 12 a 49 años, de 42,1 por cada 1000 mujeres en 1990, a 20,9 en 2004,<sup>18</sup> lo que constituye un significativo avance, aunque todavía la tasa sea elevada con respecto a lo deseado. Entre 2005 y 2009 esta tasa se ha mantenido en meseta, sin repuntes, ni reducciones notables.

---

16 Ministerio de Salud Pública. «Anuario estadístico 1994». La Habana, 1995.

17 Ministerio de Salud Pública. «Anuario estadístico 2004». La Habana, MINSAP, 2005: 63.

18 *Ibidem*: 151

Estos hechos reafirman el criterio de que la actitud más prudente es la de centrar el esfuerzo en la educación y eludir la prohibición, ya que el reconocimiento de sus propias necesidades es lo que le otorga la verdadera libertad al individuo de actuar, no por sus inclinaciones, sino conforme al deber para consigo mismo y la sociedad, cuando lo asume como regla moral.

En el campo del derecho se ha refrendado la voluntad de protección del embrión y la maternidad, en el establecimiento de unos mínimos exigibles a todos, que permitan la libertad de elección. En Cuba se han empleado las técnicas de reproducción asistida de inseminación artificial y fertilización «*in vitro*», en su utilización, la familia y en consecuencia los hijos nacidos por tales métodos ocupan una posición preponderante en relación con el empleo mismo de la técnica. Es incuestionable que no existe en nuestro país un cuerpo legal único destinado a regular estos procedimientos y a definir aspectos relativos a sus destinatarios, derechos de los niños nacidos en virtud de estas prácticas y otras cuestiones. Sin embargo, en un análisis de la legislación vigente realizado por María Cristina González Trujillo y el autor del presente trabajo, nos permitió apreciar que, a pesar de la carencia de legislación positiva específica, el legislador cubano se ha preocupado por la protección jurídica del embrión, en tanto lo considera potencialidad de persona. No obstante, queda explícito que para el derecho cubano solo es persona natural el nacido vivo.<sup>19</sup>

Los límites del aborto electivo han sido fijados por las regulaciones del Ministerio de Salud Pública tomando como cota superior el período de culminación de la organogénesis básica, o sea entre la 8 y 10 semanas de embarazo, prohibiendo además a partir de ese momento, cualquier utilización del tejido fetal con fines terapéuticos o investigativos. En el caso del aborto indicado debido a graves malformaciones del feto, el plazo de

---

19 M. C. González Trujillo; J. R. Acosta. «El Derecho cubano ante el debate bioético del principio de la vida». En: J. R. Acosta (editor científico). Bioética. Desde una perspectiva cubana. 3ra. ed. Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela. Libro digital ISBN: 978-959-7071-41-9. La Habana, 2007: 495-513.

licitud se extiende de acuerdo al tiempo necesario para alcanzar el diagnóstico de certeza. Esto fija nítidamente lo que se considera en Cuba como la frontera de la sustantividad constitucional del embrión y, por tanto, la obligación de los deberes de justicia y no maleficencia para con él; representa un curso intermedio de acción entre las posiciones extremas en juego a modo de solución en tanto la ciencia y la moral continúan hurgando en la esencia del origen de la vida humana.

Uno de los temas bioéticos que más tempranamente preocupó y ocupó a los autores cubanos fue el de la muerte, el proceso del morir y el sustento moral de las decisiones médicas al final de la vida. En esto tuvo mucha influencia la preparación previa y ulterior celebración en Cuba del I Simposio Internacional sobre Muerte Encefálica (1992). En Cuba se acepta la determinación neurológica de la muerte y los criterios a ese respecto se publicaron en la Revista Cubana de Medicina en 1991. Cabe señalar que diversos estudios culturales realizados en nuestro país con relación a la percepción del fenómeno de la muerte han constatado que no existen grandes contradicciones en cuanto a la asimilación de estos conceptos por los diferentes estratos de la población.<sup>20</sup>

En 1995, el Dr. Calixto Machado hizo pública una teoría acerca de la definición de la muerte que trata de entrelazar las tendencias internacionalmente aceptadas. Considera la muerte humana como la pérdida irreversible de la capacidad (activación o vigilia) y contenido (conocimientos, sentimientos, voluntad, etc.) de la conciencia, cuyas bases neuronales se encuentran diseminadas en la unidad «formación reticular/corteza», que provee los atributos esenciales humanos y a la vez integra el organismo como un todo. Mientras que las construcciones teóricas anteriores en su mayoría tienen la debilidad de abordar el fenómeno de la muerte con un sentido localista y biologicista, Machado se centra en el atributo esencial que distingue al hombre de los animales, la racionalidad: “...no hay dudas en afirmar que la conciencia —considerando sus dos componentes: capacidad

y contenido— provee los atributos esenciales que caracterizan al ser humano, pero también al mismo tiempo es la función más integradora del organismo”.<sup>21</sup>

Incluso en nuestro caso, donde se acepta la determinación de la muerte sobre criterios neurológicos, ante esa presunción diagnóstica, en muchos profesionales de la salud se produce un «umbral mínimo de incertidumbre». Hace más de una década Eduardo Fermín Hernández alertó sobre esta controversia no superada, y cuyo eco ha repercutido hasta el quinto Simposio Internacional sobre Coma y Muerte celebrado en 2008, enfrentando a quienes sostienen que la tecnología ha alcanzado un razonable nivel de certeza y aquellos que aún dudan de su precisión:

“... Evidencias novedosas de estudios del cerebro dañado en que subsisten señales de actividad neural en un grado tan bajo que prácticamente es indetectable con la tecnología actual más moderna y complicada... estos bajos niveles de actividad cerebral nos llevan a la conclusión de si el minucioso examen clínico y moderna tecnología será capaz de diagnosticar la muerte bajo el prisma de que es posible encontrar signos de vida prácticamente indetectables al nivel de la ciencia actual”.<sup>22</sup>

De ahí la trascendental importancia de la promulgación de la Resolución 90 del Ministro de Salud Pública del 27 de agosto de 2001 acerca de la determinación de la muerte, en la cual se reconocen tanto los criterios clínicos, como los médico-legales y los neurológicos. Este instrumento legal viene a llenar cierto vacío dado que el Código Civil cubano —en lo que algunos juristas consideran un enfoque legislativo muy avanzado— había dejado

20 Colectivo de autores. «Varios enfoques y un hecho: la muerte». Editorial Oriente. Santiago de Cuba, 1995.

21 C. Machado. «¿Cómo definir la muerte humana?» En: J.R. Acosta (Editor científico). *Bioética. Desde Una perspectiva cubana*. 3ra. ed. Publicaciones Acuario, Centro Félix Varela. Libro digital ISBN: 978-959-7071-41-9. La Habana, 2007: 671.

22 E. Fermín. La muerte encefálica. Aspectos filosóficos actuales. Tesis para optar por el Grado de Doctor en Ciencias Filosóficas. Universidad de La Habana, 1997: 138



en manos del MINSAP la adopción de los criterios pertinentes para el diagnóstico de la muerte humana, lo que no se había concretado completamente hasta la aprobación de la mencionada resolución.

En Cuba, la reducción drástica de la mortalidad infantil, el significativo incremento de la esperanza de vida, así como la inversión del patrón de morbimortalidad han influido en el acelerado ritmo de la transición demográfica, así como el nivel de escolarización y de educación sanitaria alcanzado por la población que nos asemeja a los países desarrollados, la reflexión sobre estas cuestiones cobra un matiz especial.

Bertha Serret Rodríguez y Varán Von Smith Smith, son autores que en su obra conjunta e individual se inscriben plenamente en el personalismo. En el folleto titulado *«El médico ante la enfermedad mortal, el moribundo y su familia»*, estos dos profesores en unión de Eva Crespo Mengana, realizaron un análisis de los problemas éticos del final de la vida desde referentes bioéticos personalistas perfectamente identificables en el siguiente fragmento:

*“El que el enfermo conserve su dignidad hasta el momento final es un reto que la bioética le plantea a la medicina contemporánea...”*

*“... la integridad de un individuo es un concepto más amplio porque incluye su totalidad fisiológica, psicológica y espiritual; este término abarca el principio de la autonomía, pues la pérdida de la misma impide que se obre como un ser humano intacto y complejo; la autonomía es una capacidad de la persona total, pero no el total de las capacidades, que es lo que a su vez constituye la integridad”.*<sup>23</sup>

Las ideas precedentes son recurrentes en la obra de estos autores, a saber, el reconocimiento de la dignidad humana en la integración psico-física del

individuo como persona, así como la necesidad de un comportamiento virtuoso por parte del profesional de la salud que permita asumir la atención del paciente en un entorno de balance entre el fin benéfico de las acciones y la observancia de su autonomía, pero dejando explícito que el respeto a la autodeterminación es solo un aspecto de la complejidad de las relaciones sanitarias, importante, pero no absoluto.

En una investigación realizada por el autor del presente trabajo durante la primera mitad de la pasada década en diez provincias cubanas, fueron encuestados 440 profesionales de la salud y afines, y se constató un rechazo generalizado a la ayuda a morir al paciente en estadio terminal en cualquiera de sus manifestaciones (90 %), por otra parte hubo un fuerte pronunciamiento a favor del perfeccionamiento de los cuidados paliativos, así como contra el «encarnizamiento o furor terapéutico» y la deshumanización de la atención al moribundo (75 %).<sup>24</sup>

En otro estudio ejecutado en 1998 con estudiantes de las Ciencias de la Salud, en el tema de la actitud moral ante las posibilidades de actuación frente al moribundo, se seleccionó mayoritariamente la opción de limitación progresiva y gradual de tratamientos (31,7 %), lo que indica la presencia de una actitud compasiva más adecuada a sus expectativas profesionales, y del entorno científico y moral contemporáneo; se configura así una posición intermedia entre la ancestral perspectiva del carácter sagrado de la vida como valor absoluto, propugnada por la ética médica tradicional y la que privilegia el polisémico concepto de calidad de vida. Los resultados de esta muestra difieren esencialmente de las experiencias anteriores con individuos de mayor trayectoria profesional, lo que puede ser sugestivo de un cambio de opinión al respecto de esta problemática en las generaciones más jóvenes.<sup>25</sup>

24 J. R. Acosta. «¿Es la vida un valor absoluto?» *Avances Médicos de Cuba*, (1996); vol. 7: 59-60.

25 J. R. Acosta. «Transculturación e identidad en la perspectiva cubana de la bioética». Tesis para optar por el grado de Magíster en Bioética. Universidad de Chile. Santiago de Chile, 1998: 48.

23 B. Serret, V. Von Smith, E. Crespo. «El médico ante la enfermedad mortal, el moribundo y su familia». Instituto Superior de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Santiago de Cuba, s/f: 19.

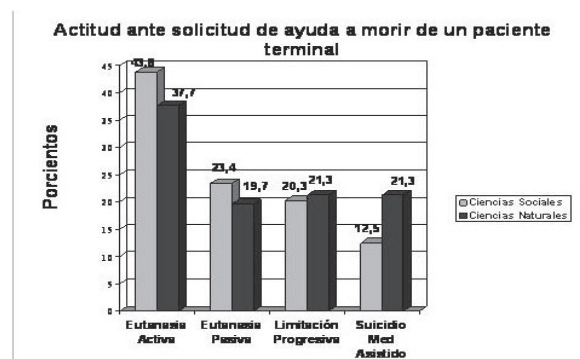
Eduardo Freyre Roach en un trabajo publicado en 1994 sostuvo una polémica posición casuística ante el problema moral de ayudar a morir:

*“En la medida en que la conversación sobre la eutanasia esté guiada por la voluntad de fusión horizontal, va exigiendo un enfoque casuístico de la eutanasia, es decir, se trata de la observancia de la «ley del caso». Como se dijo, cada opinión en pro y en contra de la eutanasia no escapa a un determinado basamento casuístico, lo cual supone la elección de un caso paradigmático que fundamenta la opinión en tal o más cual sentido. La posibilidad de acuerdo estriba en la apelación al caso concreto, es decir, que la conversación debe versar sobre un caso concreto. Es precisamente en el ámbito de la reflexión casuística donde cabe examinar las pretensiones de validez de los preceptos de «matar» y «no matar»”.*<sup>26</sup>

Estos criterios abren el paso a una legitimación acerca de la validez moral de la eutanasia u otras decisiones de carácter transitivo al final de la vida, que resultan inaceptables para el personalismo. Sin embargo, lo que parecía una opinión aislada en 1994, más de quince años después no lo es tanto. Estudios recientes apuntan a que muestras de profesionales y estudiantes universitarios de los más disímiles perfiles sostienen apreciaciones similares.

En la investigación realizada por María Elena Fernández Roque en 2008 con estudiantes universitarios de Ciencias Sociales y Naturales, que cursaban años terminales de sus respectivas carreras, se constató una marcada tendencia a aceptar las diferentes formas de eutanasia como una opción moralmente válida. Al valorar los estudiantes encuestados la posibilidad de la eventual solicitud de un paciente terminal para poner fin a sus sufrimientos, la opción más votada fue la de eutanasia activa con un 40,8 %, siguiéndole la eutanasia pasiva con un 21,6 %; la limitación progresiva y

gradual de tratamientos con un 20,8 %, el suicidio médicamente asistido solo el 16,8 %.<sup>27</sup>



Fuente: María E. Fernández. Conocimientos y criterios de estudiantes de la Educación Superior sobre temas de bioética (2008).

Autores personalistas cubanos contemporáneos como Clara Laucirica Hernández, Pedro González Fernández, Jorge Herminio Suardíaz Pareras y René Salvador Zamora Marín discrepan de este tipo de solución de cara a la atención al paciente grave o en estado terminal. Esa posición queda muy explícita en el fundamento que sostiene la siguiente reflexión de Zamora:

*“La dignidad de la persona es la piedra angular sobre la cual descansa el respeto a la vida humana, aún cuando ésta haya llegado a su final...”*

*La dignidad personal se refiere a la propiedad de ser un ser que es un fin en sí mismo por antonomasia; es decir, que su valor no es relativo al sujeto que lo valora”.*<sup>28</sup>

26 E. Freyre. «El problema de ayudar a morir». Colección *Pinos Nuevos*. Editorial de Ciencias Sociales. La Habana, 1994: 45.

27 M. E. Fernández. «Conocimientos y criterios de estudiantes de la Educación Superior sobre temas de bioética». Tesis para optar por el grado de Master en Bioética. La Habana, Universidad de La Habana, 2008: 34.

28 R. S. Zamora. «Atención al paciente terminal con SIDA, desde las Unidades de Cuidados Intensivos». *Bioética*, (2002); Vol. 3, No. 1: 7.

Por su parte, Suardíaz confirma el rechazo absoluto del personalismo hacia la eutanasia y sus variantes como el suicidio médicamente asistido al expresar:

*“Toda vida humana tiene un valor intrínseco, con independencia de su valor biológico. El establecimiento de escalas a partir de este factor, puede llevar a la conclusión de que hay vidas de calidad y otras sin una calidad que las haga merecer la pena de ser vividas y que, por lo tanto, esas personas estarían mejor muertas que vivas”.*<sup>29</sup>

Para el personalismo bioético cubano, los principios generales de esta tendencia parecen resumirse en que la vida es un valor fundamental, debe ser respetada en su totalidad e integridad y que la observancia de la libertad asumida con responsabilidad debe perseguir el goce de la realización individual en tanto contribuya a la de quienes interactúan socialmente con este individuo.

La ética clínica cubana admite el rechazo al tratamiento y el respeto a las decisiones del paciente competente aunque su vida esté comprometida, sin embargo también se practica el principio de la veracidad soportable en cuanto a la información al enfermo grave o en estadio terminal, lo que dificulta las decisiones informadas de acuerdo a nuestro patrón cultural, que en general en estos casos no permite comunicar todo lo necesario para una decisión moralmente válida. Para los encuestados del estudio de María E. Fernández, la vida evidentemente es un valor positivo, pero no absoluto que deba mantenerse a ultranza y despecho de que el aumento en su cantidad se haga a expensas de una calidad deplorable.

Sin embargo, cualquier cambio importante en el tratamiento social a este problema no se avizora en un futuro mediato. En Cuba se promueve un modelo de cuidados paliativos orientado hacia las necesidades del paciente, en particular el control del dolor y siempre que la situación clínica lo

permita, puede desarrollarse en el hogar donde el moribundo estará rodeado del cariño de sus seres queridos y profesionalmente atendido por el médico y enfermera de la familia.

Finalmente, la cuestión de la justicia y equidad en salud ha sido de especial atención para nuestros autores. La consolidación a fines de la década de 1960 de un Sistema Nacional de Salud unificado y completamente público,<sup>30</sup> creó las condiciones para rebasar el criterio socialdemócrata de buscar la equidad entre desiguales, o sea que aquellos que más tienen contribuyan con más a la seguridad social para suplir las falencias de los menos favorecidos, tal como planteó John Rawls de ofrecer «tratamientos desiguales a sujetos desiguales para crear igualdad de oportunidades».

La atención de salud revolucionaria que desde un inicio optó por el compromiso moral de inspiración martiana de «con todos y para el bien de todos», donde no se dona lo que sobra, sino se comparte lo que se tiene, dispuso a partir de ese momento de las condiciones necesarias para ofrecer absoluta igualdad social en el acceso a los servicios de salud. La cuestión para el modelo cubano no estuvo entonces en definir y asegurar un mínimo decente de atención de salud para todos, y que a partir de este, la gestión por la propia salud se remitiera al interés y posibilidades económicas individuales como se planteó la socialdemocracia amparándose en el principio de universalidad kantiano, sino que el máximo de todas las posibilidades tecnológicas y profesionales disponibles estuvieran al acceso jurídico, económico, geográfico y cultural de todos los ciudadanos.

La adopción de un sistema sustentable de salud por un país pobre y asediado como el nuestro, necesariamente ha tenido que basarse en una amplia red de atención primaria y en la participación de la población en la construcción de su propia salud. La voluntad política de ofrecer la más am-

29 J. H. Suardíaz. «Aspectos bioéticos y antropológicos del dolor, el sufrimiento y la muerte». *Bioética*, (2005); Vol. 5 (3): 25.

30 Habitualmente se toma como fecha 1969, año en que el último reducto de la organización de los servicios de salud pre-revolucionarios, las unidades del subsistema mutualista, se integraron definitivamente al sector estatal (*Nota del Autor*).

plia y avanzada cobertura posible ha requerido de la deliberación y la concertación con los ciudadanos para asumir sacrificios y carencias en otras esferas de la vida, en aras de alcanzar metas sociales como el pleno acceso a la educación y la atención de salud.

El caso cubano, entre otros, ha demostrado en la práctica lo proclamado por la OMS en Alma-Atá y Ottawa en cuanto a que el desarrollo pleno de la atención primaria de salud, mejora los indicadores generales de morbi-mortalidad, favorece la descentralización de los servicios, la dispensarización y continuidad de la atención, así como disminuye la presión asistencial sobre el resto de los niveles de atención, con ello la demanda de recursos, y de hecho la eficacia y eficiencia del sistema en su conjunto. En resumen, contribuye decisivamente a lograr justicia y equidad en materia sanitaria.

En el contexto de una voluntad política para el cuidado integral de la salud, los servicios públicos pueden dar respuesta a una atención de calidad que incluya también la tecnología de punta verdaderamente necesaria. Se ha constatado que es más importante el desarrollo de los recursos humanos para un modelo de medicina sustentable que la tecnología en sí misma. La equidad en salud significa iguales oportunidades de acceso a los recursos disponibles, una distribución democrática del poder y de los conocimientos en el sistema de salud, una política de salud que beneficie a todos sin consentir privilegios debido a diferencias económicas, étnicas, género, territorio, discapacidad u otro rasgo distintivo grupal o personal.<sup>31</sup>

Muchos de los problemas de salud actuales son de tal magnitud que traspasan las fronteras nacionales y su posible solución requiere de la cooperación y colaboración internacional. La convicción de que la solidaridad y cooperación internacionales son imprescindibles para contrarrestar los flagelos que caracterizan los determinantes de la

situación de salud global, ha sido consustancial a la concepción cubana acerca de la justicia y equidad en este campo. Entendido así, el deber moral perfecto de justicia no puede encontrar otra mejor expresión que la solidaridad, asumida como obligación ante las necesidades de salud y demás derechos humanos elementales de todos los habitantes del planeta.

Sin embargo, resolver en lo esencial el problema de la justicia en el acceso a la atención de salud es requisito indispensable, pero no suficiente para que exista un trato justo también en el nivel de las relaciones inter-individuales. El llamado «Diálogo ético», un amplio intercambio que se realizó durante los primeros años de la presente década, a través de reuniones conducidas por prestigiosas personalidades y que convocaron a miles de trabajadores de la salud, mostró la diversidad de problemas subjetivos, transgresiones de la ética profesional y conflictos de valores morales que subsisten y se manifiestan en las distintas facetas de la atención de salud cubana actual.<sup>32</sup>

## Los modelos teórico-metodológicos predominantes en Cuba

En Cuba, como en casi todo el mundo, la preocupación bioética partió desde la internacionalmente difundida perspectiva biomédica; sin embargo, durante la última década la concepción global potteriana ha experimentado un interés creciente en la medida que autores no directamente vinculados con la enseñanza, investigación o práctica médica se han incorporado a la comunidad de estudiosos de la disciplina. Como particularidad pudiera resaltarse que tanto por circunstancias contextuales objetivas, como por nuestra propia tradición en cuanto al peso específico de determinadas orientaciones ético-filosóficas, este repunte de la perspectiva holística y ambientalista de la

31 E. de La Torre, C. López, M. Márquez, J. A. Gutiérrez, F. Rojas. «Salud para todos sí es posible». Sociedad Cubana de Salud Pública, Sección de Medicina Social. La Habana, 2004: 200.

32 J. Fernández Sacasas. «El Diálogo Ético en la ofensiva por la excelencia». *Revista Cubana Salud Pública*. (2006); vol. 32, no. 4. ISSN 0864-3466 [online]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662006000400005&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000400005&lng=es&nrm=iso) [consultado: 08 de julio de 2009]



bioética ha adquirido una presencia notable, equiparable ya a la biomédica, tal vez no tanto en el número de trabajos publicados o presentaciones en eventos científicos, sino en cuanto a la profundidad de sus análisis y relevancia de sus aportes al debate bioético nacional e incluso internacional.

La revisión bibliográfica y documental realizada para la presente investigación confirma que hasta mediados de la pasada década de 1990, en determinados medios académicos cubanos, fundamentalmente en los biomédicos, el sistema de los cuatro principios de Beauchamp y Childress se constituyó casi en sinónimo de la bioética. Tal fue el peso específico del principalismo en el debate bioético en Cuba que incluso para los defensores de su procedencia en la solución de situaciones concretas, otras propuestas también de corte utilitarista generadas por la bioética norteamericana como el casuismo y el pragmatismo clínico fueron en un inicio casi pasadas por alto en la práctica.

La preferencia por el modelo principalista generó una fuerte contradicción teórico-metodológica, dado el carácter teleológico del mismo, que si bien resultaba atractivo para la búsqueda de soluciones ante situaciones médicas propias de una ética decisionista, no mostró igual alcance para los casos de ética relacional donde la historicidad del problema es más importante que la situación concreta a solucionar, en especial en el contexto de una atención de salud maximalista, universal e igualitaria que caracteriza al modelo existente en nuestro país.

En los albores de la década de 1990 comenzamos a recibir con mayor nitidez la influencia de autores de fuerte inspiración personalista en los que el neotomismo, el neokantismo, la axiología scheleriana y la hermenéutica analógica se entremezclan en una propuesta más preocupada por el entorno cultural y los principios que sustentan las acciones y el diálogo para obtener consenso moral a fin de llevarlas a cabo, que en el carácter intrínseco de las consecuencias mismas de estas.

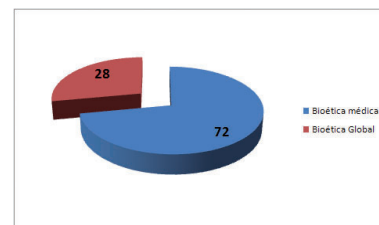
A principios de la pasada década existía una significativa producción de literatura bioética iberoamericana, donde resaltaban autores como

Diego Gracia y Javier Gafo que han llegado a sentar escuela en España y América Latina. El personalismo antropológico, parte de una concepción ontológica que debe guiar la conducta moral en las relaciones interpersonales y grupales ante las más diversas cuestiones, como es lógico entra en contradicción con las construcciones éticas de inspiración teleológica. Autores norteamericanos que representan también una alternativa al utilitarismo bioético como el propio creador de la disciplina, Van Rensselaer Potter, progresivamente pasaron de ser conocidos solo por los expertos, al dominio general de los medios académicos y de opinión pública cubana.

¿Cuán fuerte es aún la tendencia utilitarista?, en particular, ¿qué vigencia tiene el principalismo anglo-norteamericano en la bioética que se piensa y hace en la Cuba de hoy?, ¿qué situación tienen los otros modelos de fundamentación?

En una investigación conducida por Juan B. Dávila Pérez, en la que se realizó un análisis de contenido de 36 tesis presentadas por aspirantes a promoción de categorías docentes con la intención de cumplimentar el ejercicio evaluativo de «Problemas sociales de la ciencia y la tecnología», ante el tribunal del Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas «Victoria de Girón» durante el período 2006-2007, cuyo contenido abordaba de manera declarada temas bioéticos, constató que una abrumadora mayoría del total de los estos trabajos, asumieron la perspectiva epistemológica biomédica.

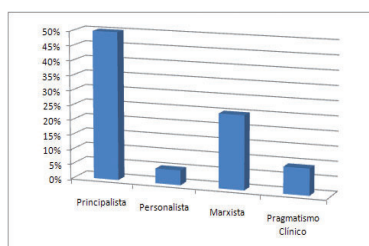
#### ESTATUTO EPISTEMOLOGICO DE BIOETICA



Fuente: Juan B. Dávila, Estado actual de la formación filosófica de postgrado sobre temas de bioética en la Facultad de Ciencias Médicas Victoria de Girón (2008)

Con respecto a los modelos teóricos que fundamentan estos criterios, el más socorrido fue el principalismo anglo-norteamericano (53 %); si se le agregan, aquellos que se decantaron por el pragmatismo clínico (11 %), se evidencia un franco predominio de las propuestas utilitaristas.<sup>33</sup>

#### MODELOS TEORICO-METODOLOGICOS



Fuente: Juan B. Dávila, Estado actual de la formación filosófica de postgrado sobre temas de bioética en la Facultad de Ciencias Médicas Victoria de Girón (2008)

No aludo a la preferencia por fundamentaciones utilitaristas en tono despectivo, ni mucho menos. El principalismo anglosajón como modelo teórico de la bioética tiene un valor, pero toda fundamentación teórica debe usarse en el ámbito donde opera con eficiencia, y no aceptarla como auto de fe, como cosmovisión única, porque tal proceder sería contrario a la tradición ética-filosófica cubana de tener presente todas las escuelas y todos los métodos, a beneficio de inventario.

Como la investigación anteriormente referida está circunscrita a un universo muy específico, y por otra parte, la única revista cubana especializada, «Bioética» del Centro Juan Pablo II, es el órgano editorial de una institución que se define en su misión como adscrito a la bioética personalista, ambas fuentes están demasiado sesgadas, así que para tener otro punto de referencia acerca de posibles tendencias realicé una revisión de lo publicado por autores cubanos durante el período comprendido entre enero de 2007 a junio de 2009 en las versiones digitales de un grupo de revistas médicas reconocidas por el Ministerio de Ciencia Tecnología y Medio Ambiente (CITMA). Los resul-

tados que obtuve se muestran en la tabla de la página siguiente.

Como se aprecia, es muy desigual el impacto de estos temas en las políticas editoriales de las publicaciones tenidas en cuenta en esta revisión. Es cierto que solo se han muestreado algunas revistas en un corto lapso de tiempo, y que los criterios de selección fueron rigurosos en el sentido de tomar editoriales, trabajos originales y de revisión que explícitamente se dedicaran a temas propios de la ética de las profesiones de la salud y la bioética. Sin embargo, estos criterios se aplicaron consecuentemente por igual a todas estas publicaciones periódicas, resultando muy notable que revistas como la Habanera de Ciencias Médicas, Revista Cubana de Salud Pública, Medisur, Humanidades Médicas y Revista Cubana de Enfermería hayan mantenido una presencia estable de estas temáticas en sus páginas, mientras que en otras importantísimas revistas su aparición es exigua o esporádica, y si se agrega a lo anterior la desigual distribución de ellas, se puede presumir que algunos de nuestros principales medios de difusión científica no le están prestando total atención a estos asuntos.

En cuanto a lo que era el interés principal de la revisión, o sea, identificar si se manifestaba alguna tendencia en cuanto a la filiación a determinados modelos teórico-metodológicos en la fundamentación de los trabajos analizados, los resultados obtenidos al aplicar la guía de observación adoptada fueron los siguientes:

Del total de los 110 trabajos considerados, 49 (44,54 %) tienen un enfoque marxista, pero de ellos, 40 fueron publicados en solo cuatro publicaciones: la Revista Cubana de Salud Pública (15), la Revista Habanera de Ciencias Médicas (10), la Revista de Humanidades Médicas (10) y la Revista de Educación Médica Superior (5); quiere esto decir que en el resto de las publicaciones observadas prevalecieron las diferentes variantes del enfoque utilitarista, con 34 trabajos (30,90 %) entre los que predomina el principalismo anglo-

33 J. Dávila. «Estado actual de la formación filosófica de postgrado sobre temas de bioética en la Facultad de Ciencias Médicas Victoria de Girón». Tesis para optar por el grado de Master en Bioética. Universidad de La Habana. La Habana, 2008: 61

norteamericano, así como el personalismo antropológico con 27 trabajos (24,54 %).<sup>34</sup>

Este hallazgo está en consonancia con lo reportado por Dávila en cuanto a la preponderancia del enfoque utilitarista entre quienes están directamente vinculados con la práctica asistencial e investigativa en áreas o temas particularmente sensibles a las aplicaciones tecnológicas del conocimiento biomédico. ¿Hasta qué punto esta actitud en lo teórico-metodológico responde a una verdadera opción ético-filosófica, o simplemente al desconocimiento o incapacidad para ver los problemas de la práctica diaria desde la óptica de otros prismas?

Se aprecia además que los autores de inspiración utilitarista como regla, son eventuales de la bioética, con una o dos publicaciones a lo sumo, o sea, personas sin una obra consolidada en este campo, que han manifestado un interés factual por un asunto bioético determinado, y que muchas veces, en mi criterio, «echan mano» a la fundamentación más expedita sin mucho conocimiento y convicción, tal vez como remanente de aquella primera etapa de profusión de ese referente; mientras que los autores cubanos de más peso específico teórico y trayectoria en este campo son definidamente marxistas, personalistas, o electivistas (personalistas o utilitaristas cuando analizan un problema concreto de la biomedicina y marxistas en su cosmovisión biopolítica o macrobioética).

## Conclusiones

Durante los últimos lustros, la bioética cubana logró su auto-reconocimiento más allá de los referentes foráneos. En cuanto a los modelos teóricos, la fundamentación de la bioética médica cubana se comparte entre el utilitarismo principalista y las diferentes versiones del antropologismo personalista; mientras en la bioética global predomina el enfoque marxista apoyado en la más pura

acepción de la dialéctica materialista, o apelando desde el marxismo al instrumento metodológico que constituye el pensamiento de la complejidad. Estas son las principales tendencias hacia las que se orienta la reflexión bioética en nuestro país, y a partir de las cuales se tratan de interpretar y solucionar los conflictos de valores morales que las aplicaciones del conocimiento contemporáneo ha generado en la interrelación del hombre con la naturaleza. En la bioética se ha manifestado el electivismo propio de la tradición filosófica cubana. Hay autores que se manifiestan como utilitaristas o personalistas cuando analizan una cuestión médica concreta, y estos mismos autores tienen una posición marxista cuando analizan los problemas ambientales globales.

Se aprecian dos niveles de desarrollo de la bioética en nuestro país, uno de especialistas que han logrado elevar las cotas de su reflexión teórica desde el marxismo y el personalismo, mientras que hay otro espacio más popularmente extendido, fundamentalmente entre profesionales de la biomedicina, donde predomina el utilitarismo al parecer más mimetizado que asumido.

---

34 J.R. Acosta. «Los árboles y el bosque. Texto y contexto bioético cubano». Publicaciones Acuario. Centro Félix Varela. La Habana, 2009: 275.

Revista	Número de artículos publicados sobre temas de ética profesional o bioética			
	2007	2008	Primer semestre de 2009	Total
Revista Cubana de Salud Pública	10	2	7	19
Revista Cubana de Medicina	1	1	0	2
Revista Cubana de Pediatría	1	0	0	1
Revista Cubana de Cirugía	2	2	1	5
Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología	0	3	1	4
Revista Cubana de Medicina General Integral	3	2	1	6
Revista Cubana de Enfermería	8	2	1	11
Revista de Educación Médica Superior	1	4	0	5
Revista Habanera de Ciencias Médicas	13	11	0	24
Revista de Humanidades Médicas	10	3	0	13
Revista Medisur	2	9	3	14
Revista Medisan	0	0	3	3
Revista Médica Electrónica de Matanzas	1	2	0	3
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>41</b>	<b>17</b>	<b>110</b>

Presentado en el III Congreso Internacional de la REDBIOÉTICA UNESCO para América Latina y el Caribe, Bogotá, Colombia, 23 al 26 de Noviembre de 2010.