

BIOÉTICA, BIODERECHO Y REASIGNACIÓN DE SEXO

Daniel MÁRQUEZ GÓMEZ

SUMARIO: I. *La bioética y sus temas*. II. *Bioderecho y tēleios iatros: medicina y ser humano*. III. *Consentimiento informado y transgénero: la reasignación de sexo*. IV. *A manera de conclusión*.

I. LA BIOÉTICA Y SUS TEMAS

El propósito de este trabajo es destacar el problema que surge al aplicar normas bioéticas a temas médicos, como la reasignación de sexo, y cómo estos problemas podrían resolverse con la aplicación de normas del denominado “bioderecho”.

Para orientar la argumentación debemos mencionar que las relaciones entre ética y medicina son antiguas, el juramento hipocrático y los desarrollos de Aristóteles en la *Ética nicomaquea* muestran esos puntos de contacto.¹

No obstante, quien inicia la tradición de estudios sobre los problemas relacionados con la vida, la salud y la ética humana, es el sacerdote Giuseppe Antonelli; en 1891 escribió *Medicina pastoralis in usum confessoriorum et curiarum ecclesiasticarum*. Además, en 1896 aparece la *Medicina pastoralis*, de C. Capellmann, quien en la introducción de su obra sostiene:

En mi opinión, la medicina pastoral es la suma de aquellas investigaciones anatómico-fisiológico y patológico-terapéuticas, de las cuales el conocimiento es necesario en el desempeño de los párrocos y los penitenciarios.

¹ En el juramento hipocrático ya se destaca los principios de beneficencia y no maleficencia, en los términos siguientes: “usaré las reglas dietéticas en provecho de los enfermos y apartaré de ellos todo daño e injusticia. Jamás daré a nadie medicamento mortal, por mucho que me soliciten, ni tomaré iniciativa alguna de este tipo; tampoco administraré abortivo a mujer alguna. Por el contrario, viviré y practicaré mi arte de forma santa y pura”. En la *Ética nicomaquea* se destaca que el fin de la medicina es la salud, y que la medicina considera cómo se alcanzará la salud. Así, “la medicina da preceptos por amor a la salud”.

Creo que la idea del manual de medicina pastoral también se puede hacer extensiva a los médicos, de tal manera que puedan relacionarse con el conocimiento que necesita el médico de los principios de la teología moral y dogmática, con el fin de que su forma de actuar en todas partes sea la de un hombre seguro y honorable.²

A pesar de estos desarrollos, el primero en usar la palabra bioética fue Fritz Jahr, en 1926 en su obra *Wissenschaft vom Leben und Sittellehre*, quien afirmaba que la moderna ciencia de la vida, que es la biología, está en relación no sólo con la botánica y la zoología, sino también lo está con la antropología y esa relación encuentra su aplicación práctica en la medicina. Los experimentos con animales, análisis de sangre, la investigación con suero y muchas otras cosas deben ser mencionados; actualmente, el trasplante de gónadas de los monos a los seres humanos por Eugen Steinach³ podría excitar nuestro principal interés. Alude a los experimentos de la sicología moderna para destacar la existencia de una “bio-síquica”, de la cual sólo hay un paso a la bioética, es decir, a la adopción de las obligaciones éticas no sólo con los seres humanos, sino con todos los seres vivos. Así, diseña lo que denomina el imperativo “bioético”: “respeta por principio a todo ser vivo como un fin en sí mismo y, de ser posible, trátalo como tal”.⁴ Como se

² Véase Capellmann, C., *Medicina pastoralis*, 11a. ed., Latinarum Quarta, Aquisgrani, Sumpibus Rudolph Barth, 1896, p. 1. En donde se lee: “Mea quidem sententia medicina pastoralis est summa illarum inquisitionum anatomico-physiologicarum et pathologico-therapeuticarum, quarum cognitio et parochis et confessariis in munere necessaria est.

Quam huius disciplinae notionem ita tamen amplificandam esse puto, ut manuale medicinae pastoralis etiam eas cognitiones respiciat, quibus medicus indiget, ut medico ea theologiae dogmaticae et moralis principia tradat, quae cognoscat oportet, ut eius modus agendi ubique sit tutus atque honestus” (la traducción es nuestra).

³ Nació el 28 de enero de 1861 y falleció el 14 de mayo de 1944. Fue un naturalista alemán, pionero en el campo de la endocrinología.

⁴ Véase Jahr, Fritz, *Wissenschaft vom Leben und Sittellehre, Alte Erkenntnisse in neuem Gewande*, 1926, disponible en <http://www.fritz-jahr.de/downloads/fj-wissenschaft.pdf> (consultada el 21 de junio de 2016). En el texto se destaca “Die moderne Wissenschaft vom Leben, das ist die Biologie, beschäftigt sich nicht ausschließlich mit Botanik und Zoologie. Sie steht auch im Zusammenhang mit der Anthropologie. Dieser Zusammenhang findet seine praktische Verwertung in der Medizin. Tierexperimente, Blutversuche, Serumforschung sind hier zu nennen und noch manches andere, wovon vielleicht die Überpflanzung der Keimdrüsen von Affen auf den Menschen nach Steinach als ganz besonders aktuell unser Hauptinteresse erregt... Von der Biopsychik ist nur ein Schritt bis zur BioEthik, d.h. zur Annahme ethischer Verpflichtungen nicht nur gegen den Menschen, sondern gegen alle Lebewesen”. En cuanto al imperativo bioético, en el texto se plasma “der bio-ethische Imperativ: Achte jedes Lebewesen grundsätzlich als einen Selbstzweck und behandle es nach Möglichkeit als solchen!” (la traducción es nuestra).

advierte, desde la segunda década del siglo XX ya existía una preocupación por las relaciones posibles entre las ciencias de la vida y la ética.

Otras referencias a la deontología médica y a la medicina legal las encontramos en la teología moral, o la ética médica; así, se menciona que en 1967 surge en Nueva York, el Hastings Center o Institute of Society, Ethics and the Life Sciences, para estudiar los problemas éticos de las biotecnologías con enfoque interdisciplinar; también se menciona el Juicio de Núremberg de 1947, donde se condena al nacionalsocialismo por sus experimentos en seres humanos; el libro *Moral and Medicine* de J. Fletcher, de 1954, los discursos de Pío XII a los médicos,⁵ o los trabajos de Claudio Barnard que en 1967 culminaron con un trasplante de corazón.

Sin embargo, la bioética —con el enfoque actual— nace en la década de los setenta del siglo XX a partir de los estudios de van Rensselaer Potter y André Hellers, el primero oncólogo y el segundo fisiólogo de la embriología, Rensselaer forjó el concepto bioética y Hellers lo introdujo en el campo académico.⁶

Al disertar cómo se construyó la palabra bioética van Rensselaer Potter afirma:

He considerado a la bioética como el nombre de una nueva disciplina en la que se combinan la ciencia y la filosofía. Para ser más específicos, que constituiría un enfoque cibernético a la búsqueda permanente de sabiduría por la humanidad; la cual he definido como el conocimiento de cómo utilizar el conocimiento para la supervivencia humana y para mejorar la condición humana... He escogido *bio* para indicar el conocimiento biológico, la ciencia

⁵ En el Discurso al Collegium Neuro – Psycho – pharmacologicum, del 9 de septiembre de 1958, destaca: “El médico consciente experimenta, instintivamente, la necesidad de apoyarse en una deontología médica y de no contentarse con reglas empíricas”. En el Radiomensaje al VII Congreso Internacional de Médicos Católicos, del 11 de septiembre de 1956, afirmó: “el derecho médico está subordinado a la moral médica, expresión del orden moral querido por Dios”. En el Discurso a la Asociación Médica Mundial del 30 de septiembre de 1954, se alude a la necesidad de elaborar un Código Internacional de Ética Médica, admitido ya por 42 naciones; la aceptación de una nueva redacción del Juramento de Hipócrates (juramento de Ginebra), y afirma “La moral médica debe ser conforme a la razón, a la finalidad, y orientarse según los valores. La moral médica no vive en las cosas, sino en los hombres, en las personas, entre los médicos, en su juicio, su personalidad, su concepción y su realización de los valores”.

⁶ *Cfr.* Ciccione, Lino, “Bioética: historia, principios”, *Cuestiones*, 2a. ed., Madrid, Ediciones Palabra, 2006, pp. 12 y 13.

sobre los sistemas vivos, y he elegido ética para indicar el conocimiento sobre los sistemas de valores humanos.⁷

En las definiciones de su discurso, van Rensselaer Potter sostiene que la cibernética es la ciencia de la información, comunicación y control de retroalimentación en los sistemas organizados orientados al logro de metas o fines, así, la bioética es el enfoque cibernético en la búsqueda de la sabiduría.⁸ En este contexto, van Rensselaer Potter publica en 1971 su libro: *Bioethics. Bridge to the Future*.

Parece absurdo que, si el giro ético en filosofía se gestó en el siglo IV antes de Cristo, la ciencia no se haya preocupado por una actuación relacionada con ciertas normas éticas. Héctor Gross Espiell nos recuerda que es hasta 1992 cuando la palabra bioética ingresa al *Diccionario* de la Real Academia Española, definida como: “disciplina científica que estudia los aspectos éticos de la medicina y la biología en general, así como las relaciones del hombre con los restantes seres vivos”. Además, sostiene que hoy sería un gran error situar a la bioética en un concepto científico limitado, olvidando los aspectos filosóficos, políticos y sociales en ella.⁹

Juan Carlos Tealdi, en un apretado recuento, sostiene que la concepción de la bioética caracterizada por la justificación moral por los principios éticos, difundida internacionalmente desde el Kennedy Institute de la Universidad de Georgetown, Estados Unidos, la enunciaron en 1979 Tom Beauchamp y James Childress en su libro *Principios de ética biomédica*. Su antecedente es el Informe Belmont del año anterior producido por la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos en la Investigación Biomédica y de la Conducta, creada por el Congreso de los Estados Unidos

⁷ Potter, V. R., “Humility with Responsibility-A Bioethics for Oncologist: President Address”, *Cancer Research*, 35, 1975, pp. 2297-2299, versión electrónica en: <http://cancerres.aacrjournals.org/content/35/9/2297.full.pdf>. En el discurso se destaca: “I have regarded bioethics as the name of a new discipline that would combine science and philosophy. To be more specific, it would constitute a cybernetic approach to humankind’s ongoing search for wisdom, which I defined as the knowledge of how to use knowledge for human survival and for improvement of the human condition... I chose bio- to represent biological knowledge, the science of living systems; and I chose -ethics to represent knowledge of human value systems”. Cursivas originales

⁸ *Ibidem*, p. 2297. En “Definitions”, se anota: “1. CYBERNETICS is the science of information, communication, and feedback control in goal-oriented organized systems. 4. ETHICS is a cybernetic approach to the search for wisdom”. No debemos olvidar que la “cibernética” se ocupa del estudio de los sistemas reguladores con visión inter y multidisciplinaria.

⁹ Gross Espiell, Héctor, “Derecho internacional, bioética, genética y bioderecho”, en Bernal Alvarado, Manuel *et al.*, *Bioética. Compromiso de todos*, Uruguay, DIRAC Facultad de Ciencias-Ediciones Trilce, 2003, p. 19.

en 1974, para identificar los principios éticos básicos que podrían subyacer en la conducta de las investigaciones y servir para desarrollar pautas y regulaciones administrativas. Además, sostiene que el Informe Belmont postulaba tres principios éticos: respeto por las personas, beneficencia y justicia. Los dos primeros propuestos por Tristram Engelhardt y el último por Tom Beauchamp, responsable de la redacción del informe final.¹⁰

Así, la bioética es la parte de la ética que se dedica a estudiar las acciones técnicas del hombre en el contexto de la biomedicina, o sea, en el ejercicio de las profesiones sanitarias y de la biología. Es la ética aplicada a los problemas biomédicos; se dedica a estudiar cierto tipo de acciones únicamente, éstas son las que realiza el profesional sanitario cuando actúa como profesional sanitario.¹¹ Por lo anterior, la bioética se considera un capítulo de la ética aplicada a los dilemas morales derivados de las nuevas técnicas médicas, que dan al hombre un poder mayor sobre la vida.¹²

Por lo anterior, la bioética impacta en ámbitos sensibles para la vida de los seres humanos, entre éstos: i) la reproducción, ii) el genético; iii) la declinación de la vida, dolor y muerte (eutanasia, encarnizamiento terapéutico, vida vegetativa persistente), iv) invasiones terapéuticas en el cuerpo humanos, como trasplantes; v) invasión del ámbito sicosomático, como la neurocirugía o el control de la conducta; vi) manipulación genética de seres vivos no humanos; vii) pruebas o experimentos con seres humanos; y viii) transferencia de genes entre especies o hibridaciones.

Según Víctor Méndez Baiges, quien sigue a Gilbert Hottois, los sistemas de biomedicina que implican una necesidad de repensar el sistema de valores de nuestra sociedad, son:

¹⁰ Véase Tealdi Juan, Carlos “Los principios de Georgetown. Análisis crítico”, en Garrafa, V. et al. (coords.), *Estatuto epistemológico de la bioética*, México, UNESCO-UNAM, 2005, pp. 35-54, versión electrónica en: <http://www.bioeticas.org/bio.php?articulo376>. El autor destaca cómo esa primera comisión nacional de bioética fue propuesta en 1973 ante la fuerte tensión política de los defensores de los derechos civiles que protestaban por el conocimiento público en 1972 del estudio de sífilis no tratada en población negra de Tuskegee, por un lado, y los grupos conservadores que se oponían a la investigación con células embrionarias procedentes de abortos, por otro.

¹¹ Pardo, Antonio, *Cuestiones básicas de bioética*, Navarra, Instituto de Ciencias de la Familia de la Universidad de Navarra-Ediciones RIALP, 2010, pp. 19 y 20.

¹² Cfr. Aramini, Michel, *Introducción a la bioética*, trad. de Marco Tulio Mejía, Bogotá, San Pablo, 2007, p. 8; Méndez Baiges, Víctor, “Bioética y derecho: nociones básicas”, en Méndez Baiges, Víctor y Silveira Gorski, Héctor Claudio, *Bioética y derecho*, Barcelona, UOC, 2007, pp. 18-20, donde destaca “...la bioética, y con carácter muy general, puede ser definida como el estudio de las cuestiones éticas que surgen de la práctica de las ciencias biomédicas” (cursivas nuestras).

- *La salud de la sociedad y la relación entre el médico y el paciente*: el consentimiento informado y los derechos de los pacientes, el derecho a la salud, el rechazo al tratamiento, el secreto médico y el deber de veracidad del personal sanitario, entre otros.
- *La experimentación con humanos*: ensayos clínicos, autoexperimentación, experimentación con enfermos y con sanos, con niños y con incapaces.
- *Las intervenciones sobre la reproducción humana*: anticoncepción, aborto, reproducción asistida, inseminación artificial, fecundación *in vitro*, donación y congelación de gametos y embriones, gestación de embriones humanos por especies no humanas, clonación, selección de sexo, terapia génica de embriones, decisiones eugenésicas.
- *Las intervenciones sobre el patrimonio genético*: manipulación genética de organismos humanos y no humanos, secuenciación de genoma humano, identificación genética, terapia génica.
- *La cuestión del envejecimiento y la muerte*: encarnizamiento terapéutico, eutanasia, cuidados paliativos, testamentos vitales, ayuda al suicidio.
- *Las intervenciones sobre el cuerpo humano*: donación y banco de órganos y tejidos, comercialización del cuerpo y de sus productos, trasplante de órganos.
- *La manipulación de la personalidad e intervenciones sobre el cerebro humanos*: neurocirugía, sicótopos, drogas, neuroquímica.
- *La intervención en los seres y en el medio no humano*: experimentación con animales, conservación de las especies, incidencias en la técnica sobre la biosfera, armas biológicas.¹³

En este contexto, los temas bioéticos se asocian: 1) a la actividad médica y sus relaciones con las nuevas tecnologías; 2) a la aplicación adecuada en los procesos médicos en seres humanos a través de la herramienta del consentimiento informado u otras similares; y, 3) la cuestión genética y sus problemas.

Además, podemos identificar tres corrientes bioéticas en la actualidad: a) bioética principialista o principalista, que predomina en el mundo anglosajón. Se funda especialmente en la obra de la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research de Estados Unidos, que elaboró el *Belmont Report*, subtítulo *Ethical Principles and Guidelines for Research Involving Human Subjects* (Principios éticos y guías

¹³ Méndez Baiges, Víctor, “Bioética y derecho...”, *cit.*, pp. 41 y 42.

para la investigación vinculada con sujetos humanos); b) bioética crítica o neomarxista, que integra postulados inspirados en la obra de Carlos Marx y Federico Nietzsche. Por ello, asumen tesis dialécticas y clasistas, planteando la bioética como un terreno en el que debe alentarse la rebelión de los sectores oprimidos contra sus opresores; y, c) bioética personalista, inspirada en las enseñanzas de Aristóteles, San Agustín y Santo Tomás de Aquino. Se reconoce aquí la existencia de una “ley” moral natural que el hombre descubre en la realidad y que lo inclina a buscar los bienes humanos de manera razonable, conforme a principios que puede conocer y que le exigen conseguirlos de manera integral, equilibrada y sin atentar directamente contra ninguno de ellos.¹⁴

En este contexto, debemos alertar sobre un problema que impacta en la filosofía pero se traslada también a la bioética: el “bioético” pertenece a una tradición, una familia, un estilo de pensamiento, cuyos presupuestos debe tomar en consideración.¹⁵ Lo que implica que la bioética tiene una fuerte dimensión subjetiva.

Además, como ya destacamos, se construyen unas reglas para un ejercicio ético de la medicina, que se expresan en los siguientes principios: *principio de beneficencia*, o sea, que cualquiera de las acciones que rodean un acto médico deben tener como único fin el beneficio del enfermo; *principio de no maleficencia*, lo que implica que en toda acción médica debe cuidarse de no dañar al enfermo en ningún aspecto; *principio de equidad*, destaca que la medicina y la calidad de ésta deben estar por igual al servicio de todos sin distinción de raza, género, condición social o económica; y *principio de justicia y autonomía*, que significa evitar cualquier situación injusta para el paciente y efectuar las decisiones en cada caso de acuerdo con el paciente.¹⁶ Sin embargo, es fácil advertir que estas normas éticas corresponden a una corriente: la principalista, lo que pone en evidencia sus límites.

Los “principios” que se pueden considerar del código deontológico de la bioética, son las normas básicas de la ética médica, sobre las cuales existe un cierto consenso entre los profesionales de las Ciencias de la Salud, y

¹⁴ Morelli, Mariano, “El concepto del bioderecho y los derechos humanos”, *Vida y Ética*, año 11, núm. 1, junio de 2010, pp. 199-201.

¹⁵ Cfr. Hotois, Gilbert, “¿Qué papel deben desempeñar los filósofos en los debates bioéticos? Presentación y discusión de *El futuro de la naturaleza humana. ¿Hacia una eugenesia liberal?*”, de Jürgén Habermas”, en González V., Juliana (coord.), *Filosofía y ciencias de la vida*, México, Fondo de Cultura Económica-UNAM, Facultad de Filosofía y Letras, 2009, p. 175.

¹⁶ Rivero Serrano, Octavio, “La medicina actual intervenida”, disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/oct_02_ponencia.html (consultada el 30 de junio de 2016).

que constituyen un marco ético de su actuación, no obstante, resalta inmediatamente su excesiva generalidad y subjetividad, al quedar al arbitrio del profesional de la salud.

Lo anterior nos lleva a un tema interesante, ya mencionado líneas arriba, donde se puede considerar a la bioética como ética aplicada,¹⁷ considerando que la ética aplicada no busca ni cuestiona fundamentos, porque necesariamente los presupone. Es una especie de ratificación de la práctica de determinados fundamentos, una ejecución de su sentido.¹⁸ Además, toda ética aplicada lleva en sí el mandato de enfrentar situaciones reales y ayudar a dirimir los valores implícitos en ellas, desarrollando una labor de esclarecimiento y apoyo en la búsqueda de resolución de conflictos axiológicos.¹⁹ Como se advierte, el código bioético o sus principios devienen en esos “fundamentos” o “presupuestos” que los profesionales de las ciencias de la salud deben aplicar en su práctica, sin embargo, no se les permite cuestionarlos, sólo aplicarlos.

¿Existe una dimensión “jurídica” de la bioética? ¿Es factible establecer un punto de contacto entre el derecho y la bioética? La respuesta es afirmativa, Pío XII (Eugenio María Giuseppe Giovanni Pacelli), en una serie de mensajes a los médicos, en la década de los cincuenta, afirmó:

El derecho médico comprende el conjunto de normas que, en una comunidad política, conciernen a la persona y a la actividad del médico y cuya observancia puede ser impuesta por los medios coercitivos del derecho público. Estas normas pueden ser formuladas o promulgadas inmediatamente por la autoridad política o bien estar solamente autorizadas o sancionadas por ella.²⁰

También, el mismo Pío XII sostenía la necesidad de que las normas fundamentales y la significación profunda de la profesión del médico, los principios directivos de toda ética médica, la necesidad de un derecho mé-

¹⁷ Véase Pardo, Antonio, *Cuestiones básicas...*, p. 20. Donde argumenta que la bioética es más una ética aplicada que una ética teórica. Porque: “La ética aplicada se dedica más bien a estudiar las acciones humanas desde el punto de vista ético, pero de modo limitado a un tipo de acciones únicamente”.

¹⁸ Maliandi, Ricardo, *Ética: dilemas y convergencias. Cuestiones de la identidad, la globalización y la tecnología*, Buenos Aires, Biblos-Universidad Nacional de Lanús, 2006, p. 202.

¹⁹ Kottow, Miguel, “Bioética, una disciplina en riesgo”, disponible en: http://www.unesco.org/uy/ci/fileadmin/shs/redbioetica/revista_1/Kottow.pdf (consultada el 30 de junio de 2016).

²⁰ Pío XII, Radiomensaje al VII Congreso Internacional de Médicos Católicos, punto II “Posición del médico, el derecho y la moral”, numeral 6, 11 de septiembre de 1956, disponible en: <http://www.mercaba.org/PIO%20XII/MEDICOS/medico04.htm> (consultada el 29 de junio de 2016).

dico nacional e internacional, su constitución y su vigilancia, fueran obligatorios mediante acuerdos internacionales entre Estados soberanos.²¹

Lo anterior nos lleva al tema de los puntos de contacto entre ética, bioética y derecho.

II. BIODERECHO Y *TÉLEIOS IATROS*: MEDICINA Y SER HUMANO

El bioderecho, o *biolaw*, tiene dos posturas; la primera, con gran afinidad con la bioética, se ocupa del estudio de los aspectos jurídicos de las mismas temáticas abordadas por aquélla; la segunda, remite a veces más bien a cuestiones relacionadas con la legislación referente a cuestiones biológicas vegetales, animales o humanas y tiene en muchos casos una perspectiva más comercial, relacionada con la biotecnología y las patentes. Estas temáticas se abordan en el mundo anglosajón en lo que se denomina *health law* o *medical law*.²²

Así, se inaugura una nueva área del conocimiento jurídico denominada “bioderecho”, que considera a la bioética como un enfoque ético de todo lo relativo a la vida y el impacto de ésta en el derecho, destacando que como este último (el derecho) tutela bienes sociales valiosos, como la vida, entonces el “bioderecho” puede definirse como un conjunto de normas jurídicas, internas e internacionales, que toma los grandes temas bioéticos y los regula normativamente.²³

En este sentido, los juristas contamos con una herramienta que nos permite analizar los problemas de la aplicación de normas a la actividad de los profesionales de la salud, desde la dimensión coactiva.

Uno de los desarrollos jurídicos modernos más preciados, que se puede entender como la vigencia del “bioderecho” en las sociedades actuales, son los derechos humanos. Esos derechos públicos subjetivos juegan un papel similar al que tenían en el iusnaturalismo antiguo las normas divinas, porque permiten evaluar una norma general o un acto particular en la medida que tiene a la realización de fines ético-sociales, o la justicia.

Lo anterior debe ser susceptible de conciliarse con una de las herramientas más valiosas de la ciencia: la predicción. Así, se afirma que el conocimiento científico es predictivo, porque trasciende la masa de los hechos de

²¹ Pío XII, Discurso a la Unión Médica Latinoamericana, 7 de abril de 1955, disponible en: <http://www.mercaba.org/PIO%20XII/MEDICOS/medico-02.htm> (consultada el 29 de junio de 2016).

²² Morelli, Mariano, “El concepto...”, *cit.*, p. 201.

²³ *Cfr.* Gross Espiell, Héctor, “Derecho internacional...”, *cit.*, p. 18.

experiencia, imaginando cómo puede haber sido el pasado y cómo podrá ser el futuro. Se afirma que la predicción es, en primer lugar, una manera eficaz de poner a prueba las hipótesis; pero también es la clave del control y aun de la modificación del curso de los acontecimientos, porque se funda sobre leyes.²⁴

A la pretensión de predictibilidad de la ciencia no es ajena la medicina, porque, como lo destaca Carlos Viesca, a lo largo de su historia, la medicina ha mantenido siempre entre sus metas más preciadas la posibilidad de discernir el futuro de los pacientes.²⁵ Lo anterior puede explicarse porque, según Octavio Rivero Serrano, durante siglos el acto médico se efectuó con la participación de dos sujetos: el enfermo que buscaba alivio a su padecimiento y el médico, preparado para atender al paciente de acuerdo con los conocimientos en que se basó la medicina de la época en que le tocó ejercer. Esta relación bipolar: enfermo y médico, es la constante en el análisis del acto médico a través de siglos y es la esencia misma del acto médico. Uno y otro dedicados a un único fin: la curación o el alivio del enfermo.²⁶

En este contexto, el ejercicio de la medicina parte de un supuesto: el profesional de la salud que consultamos para resolver algún problema médico es el mejor. Lo anterior se expresaba en la antigüedad con la palabra: *téleios iatros*, integrada por las voces griegas: *téleios* [τέλειος (completo, perfecto)], e *iatros* [ιατρός (médico)], o sea el “médico perfecto”, en latín *optimus medicus*, palabra que, para Aristóteles, llevaba a hablar de un médico perfecto cuando nada le falta respecto de la especie de la habilidad que le es propia.²⁷ De ahí deriva la palabra: *Aristós iatrós*, o sea, “médico mejor”, que era el profesional más competente que se podía encontrar.

Así, el paradigma de la medicina, y con él sus metas, se está volviendo a modificar: tiende a pasar de un modelo que lleva del diagnóstico al tratamiento, hacia otro que se orienta en términos de predicción-previsión. Por el momento, todo indica que el término previsión se mantiene en el nivel de prever, de ver anticipadamente, sin llegar aún al de prevención, que sería

²⁴ Bunge, Mario, *La ciencia, su método y su filosofía*, p. 20, disponible en http://users.dcc.uchile.cl/~cguatierr/cursos/INV/bunge_ciencia.pdf (consultada el 12 de junio de 2016); véase Cegarra Sánchez, José, *Metodología de la investigación científica y tecnología*, Madrid, Díaz de Santos, 2011, p. 12 (versión electrónica).

²⁵ Viesca, Carlos T., *La medicina predictiva y sus problemas éticos*, disponible en: http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/ultimos/04_ponencia.htm (consultada el 30 de junio de 2016).

²⁶ Rivero Serrano, Octavio, *La medicina actual intervenida*, disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2008/oct_02_ponencia.html (consultada el 30 de junio de 2016).

²⁷ Aristóteles, *Metafísica*, libro V, cap. 16, int., tr. y nt., Tomás Calvo Martínez, Madrid, Gredos, 1994, p. 244.

el único en conferirle una dimensión verdaderamente médica. Un hecho importante, consecutivo a este viraje hacia el nuevo paradigma, en la transformación del médico tradicional por un “médico ingeniero”, que opera manipulando células a fin de modificar genes o proveyendo al organismo de las sustancias no sintetizadas por ellos.²⁸

Este enfoque de la práctica médica antigua, cede su espacio a la llamada *managed care* o “medicina administrada” o “atención gerenciada”, que es un sistema prepagado de seguro de salud, en el cual el costo del riesgo es transferido del ente que tradicionalmente lo ha asumido, el asegurador, al ente que provee el servicio. Incluye una gama de modelos de financiación y administración del aseguramiento. Aunque se podría considerar como de propósito socialista en su origen, es un engendro netamente capitalista, nacido en 1971 en el gobierno republicano ultraconservador de Richard Nixon, y contiene contradicciones en cuanto a los papeles que juegan el proveedor, el paciente y el pagador. Su problema principal reside en que tiene que manejar costo en vez de atención.²⁹

Este enfoque se impone desde la década de los noventa en América Latina, y se afirma que implica mayor conciencia económica y mejor coordinación entre el financiamiento y la prestación de los servicios de salud. El pago de una tarifa periódica fija le da al paciente/consumidor acceso a una gama definida de servicios de atención a la salud. Los ingresos fijos de las organizaciones administradoras de la atención médica son un incentivo para reducir los costos, sea mediante mayor eficiencia o por el mejoramiento del estado de salud de sus clientes.³⁰ Así, se destaca que Chile fue el primer país en tomar la ruta de la medicina gerenciada y que México y Argentina lo seguirían para el 5 y 40% de su población en los próximos cinco años.³¹

En opinión de Octavio Rivero Serano, la organización de una medicina concebida como una industria es un cambio que no es positivo. Los cambios en los sistemas de atención a la salud, en la estructura de la medicina en instituciones o en la llamada medicina privada, no sólo han encarecido a

²⁸ Viesca, Carlos T., *La medicina...*, cit.

²⁹ Patiño Restrepo, José Félix, *Paradigmas y dilemas de la medicina moderna en el contexto de la atención gerenciada de la salud. Un dilema ético y un imperativo social*, disponible en: http://www.famed.unam.mx/sms/seam2k1/2002/ponencia_abr_2k2.html (consultada el 30 de junio de 2016).

³⁰ Whitaker, Daniel, “El futuro de la atención gerenciada en América Latina”, en Bezold, Clemente *et al.* (eds.), *Atención a la salud en América Latina y el Caribe en el siglo XXI. Perspectivas para lograr la salud para todos*, México, Institute for Alternative Futures-Fundación Mexicana para la Salud-SmithKline Pharmaceuticals, 1998, p. 157, disponible en: <http://bvs.insp.mx/articulos/2/10/05112000.pdf>

³¹ *Ibidem*, p. 158.

la misma, sino que han intervenido la esencia del acto médico y han ocasionado además una medicina intervenida, vulnerando los principios de una medicina ética.³²

Lo anterior se explica porque en la medicina actual, tanto en la pública como en la privada, interfieren entre el médico y el paciente empleados administrativos, ajustadores de seguros, trabajadoras sociales, y no obstante los grandes avances de la medicina actual, si el médico no puede conservar esa esencia del acto médico, que se basa en esa relación personal y con un único fin: el beneficio del paciente, la esencia del acto médico no es la misma de su concepción original.³³

La idea del “médico ingeniero” nos lleva al nivel de la política científica, definida como el conjunto de medidas tomadas por el gobierno a fin de fomentar el desarrollo de la investigación científica y técnica y de explotar sus resultados para objetivos políticos generales.³⁴ Así, como lo menciona Octavio Rivero Serrano, en la actualidad el ejercicio de la medicina se encuentra intervenido por fuerzas e intereses ajenos a la misma.³⁵

Como se advierte, en este juego de intereses que confluyen en la “medicina gerenciada”, se rompe no sólo con el principio *téleios iatros*, sino que también se violentan los principios éticos asociados a la bioética y se impacta en el contexto de diagnóstico de la medicina, lo que transforma al acto médico. La especialización actual obliga a que cada profesional de la salud genere su propia “predicción”, lo que no necesariamente es benéfico para la vida y salud del paciente.

III. CONSENTIMIENTO INFORMADO Y TRANSGÉNERO: LA REASIGNACIÓN DE SEXO

Para entender lo que implica el consentimiento informado, primero debemos considerar qué es una decisión médica. José Luis Pinto Prades, José María Abellán Perpiñan y Fernando Ignacio Sánchez Martínez, citan a Angell para destacar que cualquier decisión médica tiene dos componentes. Uno se basa en una serie de juicios técnicos, principalmente sobre los posibles efectos de los tratamientos médicos: ¿cuál es el diagnóstico?, ¿cuáles son las posibles consecuencias de los tratamientos? El otro componente se basa en una serie

³² Rivero Serrano, Octavio, *La medicina...*, *cit.*

³³ *Idem.*

³⁴ Méndez Baiges, Víctor, “Bioética y derecho...”, *cit.*, p. 26.

³⁵ Rivero Serrano, Octavio, *La medicina actual intervenida*, *cit.*

de juicios de valor: ¿cómo aceptaré el diagnóstico?, ¿cómo me puede afectar un falso positivo?, ¿cómo me adaptaré a un posible efecto secundario? En su opinión, los juicios técnicos los tienen que realizar los médicos, no los pacientes, mientras que los juicios de valor únicamente pueden realizarlos estos últimos. Así, una buena decisión médica es aquella que consigue una mejora óptima en la salud y la paz mental del paciente.³⁶

En este sentido, para emitir los juicios de valor que un buen acto médico demanda, se requiere que el paciente cuente con información que le permita orientar su decisión. El consentimiento informado, entonces, se define como la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades, después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.³⁷

Según Víctor Méndez Baiges y Héctor Claudio Silveira Gorski, el derecho a otorgar el consentimiento informado es el que más ha hecho por “horizontalizar” la relación entre el médico y el enfermo, y el que de forma más clara ha contribuido a poner fin al largo imperio del modelo paternalista, y es que el derecho al consentimiento informado, en tanto mecanismo crucial para que sea posible la autodeterminación del paciente, domina y precede en cierto sentido todos los derechos de éste.³⁸

En la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea, de 28 de septiembre de 2000, en sus artículos 3.1 y 3.2, se regula el derecho a la integridad física y la obligación de que en el marco de la medicina y la biología se respete el “consentimiento libre e informado”.

Para Gustavo Figueroa, la ética médica tiene una orientación tanto a la práctica como a la investigación, pero la meta exclusiva del *Sanatorium Berghof* es el cuidado y la curación, aunque proclama con insistencia sustentarse y aplicar la ciencia médica más estricta. Su dimensión ética es práctica, puesto que actúa, modifica e intenta transformar activamente la vida de sus enfermos. Su base radica en un pacto de cuidados basado en la confianza. Esta confianza no busca promoverse activamente en las primeras entrevistas, sino que descansa en el prestigio social de la medicina y del establecimiento; está más allá de toda duda porque su fundamento es cultural e

³⁶ Pinto Prades, José Luis *et al.*, *Incorporación de las preferencias de los pacientes en la toma de decisiones clínicas*, cap. 2, p. 9.

³⁷ Domínguez Luelmo, Andrés, *Derecho sanitario y responsabilidad médica. Comentarios a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, sobre derechos del paciente, información y documentación clínica*, 2a. ed., España, Lex Nova, 2007, p. 178.

³⁸ Méndez Baiges, Víctor y Silveira Gorski, Héctor Claudio, *Bioética y derecho*, *cit.*, p. 76.

histórico. Ahora bien, hay una disimetría inicial profunda que crea una distancia debido a que es el médico el único que sabe, sabe hacer y prescribe.³⁹

Lo anterior muestra los límites del consentimiento informado en el ámbito de la bioética médica, el médico es el que tiene el saber, el paciente debe confiar en la fidelidad y veracidad del profesional de la salud. Así, la relación médico-paciente es una relación de confianza en sentido estricto.

En México, en diversos actos médicos está presente la “confianza”, como ejemplo podemos citar los usuarios del “Sistema de Protección Social en Salud”, en “investigación en seres humanos”, “nuevos recursos terapéuticos o de diagnóstico”, “donación”, “donación de órganos y tejidos en vida”, “donación de sangre, componentes sanguíneos y células progenitoras hematopoyéticas”, “trasplantes entre vivos”, “necropsias en cadáveres”, “inseminación artificial”, que como lo destacan los artículos 77 bis, 37, fracción IX, 100, fracción IV, 103, 321 al 326, 329, 332-334, 350 bis 2, 350 bis 3, y 466, de la Ley General de Salud vigente, requieren que se otorgue o no el “consentimiento válidamente informado”, además, se permite “rechazar tratamientos o procedimientos” en términos de la autonomía de la voluntad de los pacientes.

Como se advierte, estas normas, aunadas a otras que protegen los derechos del paciente, integrarían un “bioderecho”, esto es, un conjunto de normas jurídicas mínimas que tutelan el derecho humano a la salud en la dimensión del paciente, y constituyen el referente ético de la acción de los profesionales de la salud; así, de estas normas se desprende un derecho público subjetivo, aplicable a todos los individuos que interactúen con profesionales de la salud y unas obligaciones a cargo de éstos de “dar elementos” a sus pacientes para que pueden emitir un “consentimiento válidamente informado”.

En este sentido, en la tesis: 1a. CXCIX/2016 (10a.) de la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, se destaca que:

El consentimiento informado es un requisito que se desprende legalmente del “Capítulo IV. Usuarios de Salud y Participación de la Comunidad” de la Ley General de Salud y consiste en el derecho del paciente de otorgar o no su consentimiento válidamente informado en la realización de tratamientos o procedimientos médicos como consecuencia necesaria o explicitación de los derechos a la vida, integridad física y libertad de conciencia.

Sin embargo, en la misma tesis se destaca que: cuando concorra un caso de urgencia o el paciente se encuentre en un estado de incapacidad transi-

³⁹ Figueroa, Gustavo, “La ética médica a comienzos del siglo XX: *La montaña mágica* de Thomas Mann”, *Acta Bioética. Temas Actuales de Bioética*, año XVII, núm. 2, 2011, p. 207.

toría o permanente y no sea posible obtener la autorización de su familiar más cercano, tutor o representante para los tratamientos o procedimientos médico-quirúrgicos necesarios, los médicos de que se trate, previa valoración del caso y con el acuerdo de dos de ellos, realizarán el tratamiento o procedimiento que se requiera, dejando constancia por escrito en el expediente clínico de dicho actuar. Por lo anterior se menciona que: el acto médico que involucre un alto riesgo al paciente que fue realizado sin acreditarse un caso de urgencia o sin recabarse el debido consentimiento informado, se reputará como una negligencia médica por transgresión a la *lex artis ad hoc*, si se tiene por satisfecho el resto de los elementos de la acción: la existencia de un daño y que tal acto negligente originó o fue un factor determinante en su producción.⁴⁰

Lo cual significa que el consentimiento informado no es absoluto, por que llegan a existir situaciones de urgencia en donde se pueda realizar una intervención médica sin obtenerlo.

En todos los demás casos, las normas que regulan la intervención médica constituyen el “mínimo de confianza” en la relación entre el paciente y el profesional de la salud. ¿Cuál es el valor de esas normas cuando lo que se pretende enfrentar no es un problema de salud o una emergencia, sino una cuestión relacionada con el cambio de identidad sexual?

1. *El consentimiento informado y transgénero*

El consentimiento informado, en los términos destacados arriba, constituye uno de los derechos mínimos del paciente y una de las obligaciones primarias del profesional de la salud.

En este sentido, para destacar los puntos de contacto entre consentimiento informado y transgénero, primero debemos mencionar que la sexualidad se refiere a la conducta sexual, el sexo biológico, a los cromosomas, genes, genitales, hormonas y otras características físicas. El término género significa masculino o femenino, o una combinación de ambos; la orientación sexual se refiere al hecho de que una persona desee una pareja

⁴⁰ *Semanario Judicial de la Federación*, Décima Época, registro 2012106, Primera Sala, 15 de julio de 2016, tesis aislada, constitucional, tesis 1a. CXCIX/2016 (10a.), rubro “CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MATERIA MÉDICO-SANITARIA. JUSTIFICACIÓN DE SU SUPUESTO DE EXCEPCIÓN”.

del mismo sexo o del sexo opuesto. La identidad sexual se refiere al sentimiento del individuo de ser hombre o mujer.⁴¹

La identidad de género hace referencia a la experiencia personal de ser hombre, mujer o de ser diferente que tiene una persona; la expresión de género se refiere al modo en que una persona comunica su identidad de género a otras a través de conductas, su manera de vestir, peinados, voz o características corporales.⁴² En este contexto, transgénero es un término global que define a personas cuya identidad de género, expresión de género o conducta, no se ajusta a aquella generalmente asociada con el sexo que se les asignó al nacer.⁴³

No obstante, no es posible hablar de una identidad transgénero, porque incluye diversas identidades: *a)* transexual que hace referencia a las personas cuya identidad de género es diferente de su sexo asignado, son las que en ocasiones alteran o desean alterar sus cuerpos a través de hormonas, cirugías y otros medios para que éstos coincidan en el mayor grado posible con sus identidades de género. El proceso de transición se realiza a través de intervenciones médicas, conocidas como reasignación de sexo o género, o afirmación de género;⁴⁴ *b)* los y las travestis que usan maneras de vestir que tradicionalmente, y como parte de un estereotipo, usa otro género en sus culturas, varían en el grado en el cual se visten del otro sexo, desde el uso de una prenda de vestir hasta al travestismo total; generalmente se sienten cómodos con su sexo asignado y no desean cambiarlo. Es una forma de expresión de género y no necesariamente está ligado a prácticas eróticas, tampoco indica la orientación sexual; *c)* *drag queens*, que generalmente hace

⁴¹ Cfr. Sarason, Irwing G. y Sarason, Barbara R., *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de la conducta inadaptada*, 11a. ed., trads. Birget C. Nuding Fleischmann y Mónica Gabriela Martínez Gay, México, Pearson Educación, 2006, p. 285.

⁴² American Psychological Association, “Respuestas a sus preguntas sobre las personas trans, la identidad de género y la expresión de género, ¿qué significa transgénero?”, disponible en: <http://www.apa.org/topics/lgbt/transgenero.aspx> (consultada el 12 de junio de 2016).

⁴³ *Idem*.

⁴⁴ Las personas cuyo sexo asignado es femenino, pero que se identifican y viven como hombres, y alteran o desean alterar sus cuerpos mediante intervenciones médicas para asemejarse más fielmente a su identidad de género se conocen como hombres transexuales o transexuales masculinos (también conocido como personas trans femenino a masculino [*female-to-male*], FTM). Por el contrario, las personas cuyo sexo asignado es masculino, pero que se identifican y viven como mujeres, y alteran o desean alterar sus cuerpos mediante intervenciones médicas para asemejarse más fielmente a su identidad de género, se conocen como mujeres transexuales o transexuales femeninos (también conocido como personas trans masculino a femenino [*male-to-female*], MTF). Algunas personas que realizan una transición de un género a otro prefieren ser denominadas como hombres o mujeres, y no como personas trans.

referencia a hombres que se visten como mujeres con el fin de entretener a otras personas en bares, clubes u otros eventos. El término *drag kings* hace referencia a mujeres que se visten como hombres con el fin de entretener a otras personas en bares, clubes u otros eventos; *d)* género-*queer* es un término que usan algunas personas que identifican su género fuera del constructo binario “hombre” y “mujer”, definen su género dentro de una escala entre hombre y mujer, o como algo completamente diferente de estos términos; pueden usar pronombres que no sean ni masculinos ni femeninos, como “ello”, además, algunas personas género-*queer* no se identifican como transgénero; *e)* otras categorías de personas “trans”, son: andróginas, multigénero, desconformes con el género, de tercer género y personas de dos espíritus.⁴⁵

Así, se puede estimar que una persona transgénero es simplemente un ser humano en búsqueda de una identidad que satisfaga sus exigencias personales y sociales. Lo anterior nos lleva a la persona “transexual”, que es aquella en donde se presenta una identidad sexual en conflicto con su sexo biológico y/o genético.

2. Reasignación de sexo

Para resolver ese conflicto entre identidad y sexo biológico se acude a la reasignación de sexo o género. La reasignación de sexo se utiliza en personas que tienen una discordancia entre la identidad sexo-genérica y su sexo. Se debe hacer una valoración cuidadosa —sobre todo en los estratos de baja economía y educación— para ver si a esas personas les es más fácil presentarse como hombres que quieren ser mujeres o como mujeres que quieren ser hombres.⁴⁶

Esta intervención médica es el proceso a través del cual las personas transexuales alteran sus cuerpos mediante el uso de hormonas, cirugías y otros medios para que éstos coincidan en el mayor grado posible con sus identidades de género. Para transformar a un hombre transexual en mujer se le deben administrar hormonas femeninas, estimular el desarrollo de los

⁴⁵ American Psychological Association, *Respuestas a...*, *cit.*

⁴⁶ Álvarez-Gayou, Juan Luis, “Sexualidad y cultura”, en Ortega Canto, Judith (ed.), *Seminarios sobre salud reproductiva y participación social, género, sexualidad y derechos sexuales y reproductivos. Libro de memorias 2*, México, Universidad Autónoma de Yucatán-Fundación Ford, 2001, p. 129.

senos, extirparle los genitales y crear una vagina artificial. Para transformar a una mujer en un hombre se debe construir un pene artificial.⁴⁷

Michael S. Baggish destaca, en el caso de esta cirugía, que ningún procedimiento quirúrgico debe realizarse sin una evaluación adecuada, que incluye estudios psicológicos, psiquiátricos y sociológicos, además de examen clínico y hormonal. Sostiene que el candidato a cirugía debe completar con éxito al menos una prueba de un año de vivir y vestirse como el sexo elegido. Al final, los evalúa de nuevo el equipo multidisciplinario para acordar de manera unánime que la operación es la terapia adecuada. Por último, el paciente debe recibir un extenso y detallado consentimiento informado que explique que la cirugía, una vez realizada, es irreversible. Los pacientes deben ser feminizados con tratamiento de más de 12 meses de inyecciones de estradiol, además, que deben tener el intestino preparado.⁴⁸ Como se advierte, en el caso de la reasignación de sexo adquiere importancia superlativa el consentimiento informado.

Así, la cirugía genital de reasignación de sexo sólo puede realizarse una vez que los profesionales de salud mental y endocrinología testifiquen mediante un informe que el paciente cumple con los requerimientos mínimos de elegibilidad y disposición como establece la Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIGDA); la cirugía puede ser de hombre-a-mujer HaM o de mujer-a-hombre MaH.⁴⁹

El consentimiento informado y la aplicación de estándares bioéticos en la cirugía de reasignación sexual, son importantes porque la cirugía es irreversible, por lo que se evalúa cuidadosamente a los candidatos, se selecciona a personas emocionalmente estables y con posibilidades de ajustarse a la cirugía, deben pasar uno o dos años viviendo en la comunidad como miembros del sexo opuesto antes de la cirugía. Durante ese periodo se les administran hormonas para alterar las características sexuales secundarias, como el tamaño de los senos y la definición muscular, el periodo sirve como preparación psicológica y les proporciona a los candidatos una experiencia real de cómo puede ser la vida, además, se les proporciona psicoterapia.⁵⁰

⁴⁷ Sarason, Irwing G. y Sarason, Barbara R., *Psicopatología. Psicología...*, cit.

⁴⁸ Baggish, Michale S., “Cirugía de reasignación de sexo (cirugía transexual)”, en Baggish, Michale S. y Karram, Mickey M., *Atlas de anatomía de la pelvis y cirugía ginecológica*, trad. de Alexandra Mandry y Gustavo Mezzano, 2a. ed., Buenos Aires, Panamericana, 2009, p. 819.

⁴⁹ T. Bergero, Miguel *et al.*, “El paciente transexual (trastornos de identidad de género)”, en Salazar Vallejo, M. *et al.*, *Tratado de psicofarmacología. Bases y aplicación clínica*, 2a. ed., Buenos Aires-Madrid, Médica Panamericana, 2009, p. 217.

⁵⁰ Sarason, Irwing G. y Sarason, Barbara R., *Psicopatología. Psicología...*, cit., p. 287.

La World Professional Association for Transgender Health, recomienda los siguientes criterios para la metoidioplastía o la faloplastía en usuarios de servicios MaH y la vaginoplastía en usuarias de servicios HaM:

1. Disforia de género persistente y bien documentada.
2. Capacidad de tomar una decisión con pleno conocimiento de causa y de consentir para el tratamiento.
3. Mayoría de edad en un país determinado.
4. Si hay importantes problemas de salud física o mental, deben estar bien controlados.
5. Doce meses continuos de terapia hormonal adecuada a los objetivos de género de la persona usuaria de servicios (a menos que la misma tenga una contraindicación médica o no pueda o no quiera tomar hormonas).
6. Doce meses continuos viviendo en un rol de género congruente con la identidad de género de la persona.

Aunque no es un criterio explícito, se recomienda que estas personas usuarias de servicios también hagan visitas regulares a un/a profesional de salud mental u otro/a médico/a.⁵¹ Como se advierte, en el numeral 2 de estos criterios se encuentra el “consentimiento válidamente informado”, además, se alerta sobre la posibilidad de problemas de salud física o mental.

Michael S. Baggish destaca que la transexualidad es un trastorno sico-sexual *bona fide* en el que existe una disociación entre el sexo morfológico de un individuo y la percepción cerebral innata de dicha persona sobre su identidad sexual. Afirma que en los últimos 50 años los intentos por corregir las anomalías del sistema nervioso central han sido completamente inútiles, por lo que se ha diseñado la cirugía de cambio morfológico de sexo para corregir esta paradoja.⁵²

Lo anterior es de importancia porque las personas que se someten a cirugía de reasignación de sexo sufren efectos contradictorios. Irwing G. Sarason y Barbara R. Sarason citan un estudio de seguimiento durante cinco años de los suecos Bodlund y Kullgren de 1996, donde se destaca que 40% de las personas que se realizaron la cirugía no mostraron ningún efecto be-

⁵¹ World Professional Association for Transgender Health, *Normas de atención para la salud de personas trans y con variabilidad de género*, Asociación Mundial para la Salud Transgénero, 2012, p. 69, disponible en: http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/SOC%20-%20Spanish%20v2.pdf (consultada el 28 de junio de 2016).

⁵² Baggish, Michale S., “Cirugía de reasignación...”, *cit.*, p. 819.

neficioso significativo.⁵³ También, siguiendo a Haertsch y Heal, mencionan que es probable que exista un pequeño grupo de transexuales para quienes la terapia de reasignación de sexual sea un tratamiento eficaz. Para muchos más, que tal vez tengan problemas de personalidad significativos y otras psicopatologías, la cirugía no les proporciona una respuesta a sus problemas de salud mental, en su lugar los problemas empeoran. Algunos individuos se deprimen profundamente después de la cirugía, mientras que otros tienen episodios sicóticos transitorios.⁵⁴

Como podemos advertir, en el fondo de la reasignación de sexo subyace la predicción médica, no el diagnóstico médico. Creemos que la persona que presenta el conflicto entre su sexo biológico-genético y su identidad, mejorará si le realizamos la operación de reasignación de sexo, sin embargo, no cuidamos las consecuencias a largo plazo.

Como lo destaca Carlos Viesca, la predicción médica no siempre es determinación, sino juego de probabilidades y, más aún, de azar,⁵⁵ por lo anterior recomienda —para el caso de la investigación en genética— pero que se puede trasladar a cualquier ámbito de la medicina, no perder de vista los límites razonables de la vida humana, la salud, la calidad de vida, los riesgos a correr; promover una ética de responsabilidad por parte de quienes hacen investigación médica y cubren los diversos aspectos de atención y promoción de la salud; promover la responsabilidad ética de los pacientes o sus representantes morales en su papel de personas humanas libres y autónomas; y exigir el cumplimiento de la responsabilidad ética de los Estados en cuanto a la implementación de los mecanismos que permitan que la atención médica se dé en las mejores condiciones posibles de equidad y justicia social, haciendo accesibles a todos el máximo de procedimientos útiles.⁵⁶

Recomendación válida también para procedimientos de intervención médica, como la reasignación de sexo.

IV. A MANERA DE CONCLUSIÓN

Quizá las reflexiones anteriores nos dejen una fuerte insatisfacción sobre las posibilidades de la bioética. A su marcado subjetivismo, debemos agregar, como lo destaca Miguel Kottow, que sus debilidades yacen, más que en cues-

⁵³ Sarason, Irwing G. y Sarason, Barbara R., *Psicopatología. Psicología...*, cit., p. 287.

⁵⁴ *Idem.*

⁵⁵ Viesca, Carlos T., *La medicina...*, cit.

⁵⁶ *Ibidem*, puntos 4, 5, 6, y 7 de sus conclusiones.

tiones de forma, en su falta de orientación temática y en su extrema veleidad frente a influencias académicas, a los embates de la *Realpolitik* y sus poderes fácticos, a las tentaciones de defender doctrinas e intereses y de permitir el predominio de hegemonías culturales que pretenden tener validez horizontal a través de una gama muy dispersa de realidades sociales.⁵⁷

Por su parte, Gustavo Figueroa, en cuatro puntos nos muestra lo que en su opinión son los problemas de la bioética:

1) La ética médica ejercida en *La montaña mágica* muestra los conflictos, incertidumbres y paradojas que la acosan en la práctica clínica e impiden dar normas estandarizadas, prescripciones unívocas y principios universales de comportamiento, y así la hace particularmente frágil: a) el enfermo no es una cosa y, sin embargo, su cuerpo es parte de la naturaleza física; b) el paciente no es una mercancía ni la medicina un comercio, pero la medicina tiene un precio y es costosa; c) el sufrimiento es privado, pero la salud es pública; d) la enfermedad es una desestructuración, pero el enfermo es un proyecto de vida de autorrealización.

2) La moral médica es supuesta, admitida y acatada por todos los participantes del acto terapéutico: enfermo, médico, familia, sociedad en su conjunto. Antes que cuestionarla o polemizar sobre ella, se la práctica de forma silenciosa. Parafraseando lo que Aristóteles dijo de la justicia: no importa tanto saber lo que es la ética médica sino actuar éticamente. La tradición médica occidental y el prestigio cultural de la profesión son determinantes para esta postura. Que en ocasiones se la ironice, descalifique o desacredite de manera pasajera o ácida, y respecto de puntos particulares, significa que posee fuerza, presencia y vigencia.

3) La ética de la virtud y de la virtuosidad unida al juicio prudente predominan sobre las normas y máximas de acción, sean el secreto médico, la verdad compartida entre médico y paciente, y el asentimiento a los procedimientos terapéuticos. Por así decirlo, el “médico perfecto” es más valorado que el acatamiento por parte del equipo médico a las reglas establecidas de manera obligatoria, aunque el *téleios iatrós* no constituye una ideología que se proclama apasionadamente, sino sólo un ideal al que se aspira juiciosamente.

4) La ética médica se ocupa esencialmente de los planos biológico y social, y, por ello, le importa la estima de sí y el respeto de sí del paciente, aunque con matices. Porque finalmente es el organismo la meta de su accionar, el sufrimiento físico antes que el sufrimiento espiritual, la desorganización somática antes que el desequilibrio emocional.

⁵⁷ Kottow, Miguel, “Bioética, una...”, *cit.*

Quizás ese sea el motivo por el que se valore más a la ética del no abandono que a la ética del acompañamiento o cuidado, porque le importe especialmente que el paciente sienta que siempre y en toda ocasión se estará con él antes que detenerse a consolarlo en los instantes de desamparo psicológico, esto es, la confianza antes que la solicitud, procura o cuidado-del-otro (variedad específica de *Fürsorge*, en terminología de Heidegger).⁵⁸

Como se advierte, el médico perfecto y la confianza son determinantes en el acto médico, sin embargo, el consentimiento informado y la justicia como principios “bioéticos”, son insuficientes —por su subjetividad— para generar esa relación médico-paciente capaz de construir la confianza en sus conocimientos y la confianza en el resultado, además, en la “medicina gerenciada” simplemente se les ignora, porque importa más la ganancia o lucro que la salud del paciente.

Así, Miguel Kottow sugiere que la bioética fortifique su reflexión y reformule sus preocupaciones en al menos cinco áreas: reconocerse como una disciplina académica requerida de proyección hacia la sociedad, confirmar que su ámbito de acción es local o regional mas no global, entender que su enfoque individual ha de complementarse con reconocimiento de la humanidad como especie biológica que necesita adaptarse a su entorno natural y social, admitir que su tarea va más allá del personalismo, y ampliar su disposición de reconocimiento de marginados, desposeídos y desempoderados, de este modo enfrentando los embates biopolíticos que practican la exclusión.⁵⁹

Más allá de sus límites y problemas, si somos capaces de transformar la “bioética” en “bioderecho”, entonces podremos contar con una poderosa herramienta coactiva para hacer efectivos los derechos de los pacientes e imponer obligaciones éticas mínimas a los profesionales de la salud, en particular en casos límite como lo es la reasignación de sexo, que requieren de una dosis superlativa de información para tomar una decisión que, en el momento actual de los avances de la medicina, tiene efectos permanentes. Lo anterior permitirá superar la subjetividad y los enfoques normativos variados asociados a la bioética.

⁵⁸ Figueroa, Gustavo, “La ética médica...”, *cit.*

⁵⁹ Kottow, Miguel, “Bioética, una...”, *cit.*