

La alimentación enteral como cuidado paliativo (en el contexto de una enfermedad terminal). Una reflexión desde la biopolítica

Enteral feeding as palliative care (in the context of a Terminal disease). A reflection from biopolitics

Alimentação enteral como cuidados paliativos (no contexto de uma doença terminal). Uma reflexão da biopolítica

Roberto Israel Rodríguez Soriano*
Universidad Tecnológica de México

Resumen

En este trabajo se ofrece una problematización del dilema ético que representa el procedimiento médico de la alimentación enteral aplicado como un cuidado paliativo en el contexto de una enfermedad terminal. La hipótesis interpretativa es que este procedimiento puede ser visto desde una perspectiva biopolítica.

Para sostener la tesis se hace una reflexión sobre los fundamentos que el Estado Moderno esgrime para la defensa de la vida desde las prácticas médicas con una perspectiva hipocrática, conformando así mecanismos de control de la vida. Acorde con la tesis, la alimentación enteral como cuidado paliativo se presentaría como una de las prácticas médicas que ejemplifican de manera más patente la intención del control político de la vida humana, tanto biológica como cultural.

Palabras clave: alimentación enteral, cuidados paliativos, biopolítica, hipocrático, huelga de hambre, Foucault.

Abstract

This paper offers a problematization of the ethical dilemma that represents the medical procedure of enteral feeding as palliative care in the context of a Terminal disease. The interpretative hypothesis is that this procedure can be viewed from a biopolitical perspective.

To support the thesis, I refer the basis that the Modern State uses to defend life from medical practices with a Hippocratic perspective, thus conforming mechanism for the control of life. According to the thesis enteral nutrition as palliative care would be presented as one of the medical practices that more clearly exemplify the intention of political control of human life.

Keywords: Enteral feeding, palliative care, biopolitic, hipocratic, hunger strike, Foucault.

* Licenciado, maestro y doctor en Filosofía por la Universidad Nacional Autónoma de México. Licenciado en Arqueología por la Escuela Nacional de Antropología e Historia. Maestro en Estudios Mesoamericanos por la UNAM. Doctorando en Humanidades por la Universidad Autónoma de Morelos. Profesor de la Universidad Tecnológica de México —Campus en Línea— UNITEC. Correo de contacto: calla_o@yahoo.com.mx. Artículo recibido: 19.01.2019; artículo aceptado: 30.07.2019.

Resumo

Neste trabalho oferece-se uma problematização do dilema ético que representa o procedimento médico da alimentação enteral aplicado como um cuidado paliativo no contexto de uma doença terminal. A hipótese interpretativa é que este procedimento pode ser visto de uma perspectiva biopolítica. Para sustentar a tese se faz uma reflexão sobre os fundamentos que o Estado Moderno esgrime para a defesa da vida desde as práticas médicas com uma perspectiva hipocrática, conformando assim mecanismos de controle da vida. De acordo com a tese, a alimentação enteral como cuidado paliativo se apresentaria como uma das práticas médicas que exemplificam de maneira mais evidente a intenção do controle político da vida humana, tanto biológica como cultural.

Palavras-chave: nutrição enteral, cuidados paliativos, biopolítica, Hipocrático, greve de fome, Foucault.

INTRODUCCIÓN

En este trabajo se ofrece una reflexión sobre las implicaciones biopolíticas que se pueden desprender del problema de la alimentación enteral como cuidado paliativo en el contexto de una enfermedad terminal.

El enfoque de la biopolítica desarrolla un estudio sobre cómo el entramado de relaciones sociales y políticas, a partir de las cuales se crean organismos institucionales que regulan los diferentes ámbitos de la cotidianidad, tienen implicaciones directas o indirectas en el control de la vida humana en sus múltiples facetas y manifestaciones.

La hipótesis interpretativa general de esta reflexión es que las prácticas médicas modernas se configuran como prácticas biopolíticas que, conforme a lo anterior, establecen formas sutiles y no tan sutiles de regulación, distribución y control de la vida a través de los procesos preventivos, curativos y paliativos de la vida orgánica humana y psicosocial que implican sus diferentes prácticas profesionales.

La hipótesis interpretativa particular supone que la nutrición enteral, como cuidado paliativo y como práctica médica, en un contexto de una enfermedad terminal, se desarrolla como un proceso biopolítico a partir del cual se asume

un derecho que controla la vida y, por ende, la muerte humana en contextos médicos paliativos al final de la vida.

Al acto de la alimentación se le conceptualiza como una función vital y orgánica que permite que el ser humano pueda seguir viviendo. Esta concepción se asume como un derecho primario inherente a todo ser humano. De ahí que la configuración socio-política deba asumir el papel irrenunciable de defender ese derecho; defenderlo a ultranza, lo que significa, al fin y al cabo, defender la vida.

En el contexto médico hay situaciones en las que la alimentación artificial se vuelve un acto necesario para procurar la vida y la salud del paciente, ya que este, por alguna condición médica, se encuentra incapacitado para alimentarse por cuenta propia. Un problema ético se genera cuando la persona que se encuentra incapacitada físicamente para alimentarse por sí misma, independientemente de que reciba ayuda para alimentarse, se halla en una condición de salud que no mejorará, de acuerdo con un diagnóstico médico objetivo, y, de hecho, empeorará hasta la muerte.

Desde una vieja tradición médica hipocrática —aún predominante— se le ha dado a la vida el significado de valor supremo, el cual debe ser procurado a través de toda práctica médica. Sin

embargo, este concepto, en muchas ocasiones, adquiere un significado abstracto vaciado de contenido material en el que se privilegia el puro significado fisiológico del mismo. Así, el problema se da cuando se utilizan todos los conocimientos y tecnologías para seguir manteniendo por el mayor tiempo posible a un organismo —persona— con vida, independientemente de que ya no haya una esperanza de vida. La referencia directa se hace en el caso de que haya una decisión voluntaria del paciente de ya no querer continuar viviendo o en el caso de que la persona esté ya imposibilitada para tomar dicha decisión y que, a pesar de esto, se le alimente de manera artificial.

En suma, la tesis es que en el procedimiento médico de la alimentación enteral en los contextos de enfermedades terminales se muestra, de manera ejemplar, el ejercicio biopolítico a través de la fundamentación de la defensa del derecho primario de la alimentación.

1. DESARROLLO

1.1 CUIDADOS PALIATIVOS

El planteamiento del problema requiere establecer en principio la definición de dos conceptos centrales: *alimentación enteral* y *cuidados paliativos*.

Los *cuidados paliativos* pueden entenderse como aquellos que se proporcionan con la intención de disminuir el dolor o sufrimiento de un paciente que tiene un padecimiento o enfermedad terminal, es decir, incurable.

El diccionario de Medicina Paliativa de Oxford define a este enfoque médico como “el estudio y manejo de pacientes con enfermedades activas, progresivas y analizadas, en quienes el pronóstico es limitado y en que el principal interés es la calidad de vida” (López et al., 2005, p. 9).

Por su parte, la OMS define los *cuidados paliativos* como aquellos que se utilizan para mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus allegados, cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente terminal. Así, se buscaría prever y aliviar el sufrimiento a través de la identificación temporal, evaluación y tratamiento correcto del dolor y otros problemas, ya sean de orden físico, psicosocial o espiritual (OMS, 2018). Sin embargo, los cuidados paliativos no solo se aplican a personas con enfermedades incurables, sino, también, a personas que padecen enfermedades crónicas, tales como cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas, sida y diabetes. Entonces, un cuidado paliativo no necesariamente se refiere a una situación de enfermedad terminal.

La palabra *paliativa* se deriva de la palabra latina *pallium* que significa manta o cubierta. Esto supone que dicha práctica médica *cubre* o *tapa* los síntomas de una condición de salud que no puede mejorar (Twycross, 2000, p. 31). No obstante, el enfoque de la medicina paliativa implica una perspectiva que considera al ser humano en una complejidad constitutiva; es decir, a partir de la consideración de sus elementos psicológicos, sociales y culturales.

Sus objetivos, en palabras de Robert Twycross, serían:

- Aliviar el dolor y los otros síntomas molestos que presentan los pacientes;
- Atender psicológica y espiritualmente a los pacientes para que puedan aceptar su propia muerte y prepararse para ella en la forma más completa posible;
- Ofrecer un sistema de apoyo que ayude a los pacientes a llevar una vida lo más activa y creativa posible hasta que sobrevenga la muerte, promoviendo de este modo su autonomía, su integridad personal y su autoestima;

- Brindar un sistema de apoyo que ayude a las familias a afrontar la enfermedad del paciente y a sobrellevar el periodo de duelo. (2000, p. 32).

Un elemento central que se intuye con la definición presentada es el de la *calidad de vida*. Este término es utilizado de manera amplia y generalizada en el ámbito médico, y tiene múltiples significados y diferentes concepciones. Sin embargo, se suele asociar con el desarrollo de una vida acorde con ciertos principios y criterios básicos para el mayor goce de la vida material, intelectual o *espiritual* del ser humano.

Luis Miguel Pastor García supone que el término *calidad de vida* debe estar definido en términos no de un utilitarismo, sino de una concepción “ontológica-personalista” (2006, p. 405). Esta perspectiva dirige la definición del concepto hacia el reconocimiento de una cualidad inherente al ser humano: a la *dignidad*.

La palabra *dignidad* deriva del latín *dignitas*, que deriva, a su vez, de *dignus* y su sentido implica “una posición de prestigio o decoro”, “que merece” y que corresponde en su sentido griego a *axios* o digno, valioso, apreciado, precioso, merecedor” (Martínez Bullé-Goyri, 2013, p. 48).

José Luis Jiménez Garrote, a partir de un análisis de diferentes teorías antropológico-filosóficas, ha señalado que para poder referirse al ser humano en su integridad y para poder admitir un fundamento ontológico de la dignidad, es necesario aceptar que la persona tiene una base ontológica; es decir, que es algo esencial e inherente al ser humano. Lo que quiere decir que la dignidad no puede fundamentarse solo en manifestaciones de la persona, como la racionalidad, sino en una integridad propia del ser humano (Jiménez, 2006, p. 18).

Una de las respuestas que ha cimentado la modernidad —desde el Renacimiento hasta los existencialismos y otras teorías éticas del siglo xx— es que lo que le da su especificidad al ser humano es su capacidad de autogobernarse y comprenderse como ser individual y social.

En la actualidad, la discusión pasa necesariamente por el tema de los Derechos Humanos. Estos fueron uno de los grandes logros de la modernidad. Suponen el reconocimiento, procuración y defensa de una serie de características inherentes al ser humano, que configuran su identidad —originaria—, su integridad y lo salvaguardan en múltiples ordenes —biológicos, psicológicos, por lo menos—.

Así, la dignidad, en su sentido contemporáneo, tiene como uno de sus elementos definitorios a la autonomía —capacidad para tomar decisiones de manera libre y consciente de las posibles consecuencias de sus actos—. Sin embargo, la conceptualización de la *dignidad* no se agota en estas características, sino que también hace referencia a una integridad física; es decir, al sustento material o corporal de la vida.

Entonces, los cuidados paliativos tendrían como uno de sus principales objetivos el de procurar el reconocimiento y la salvaguarda de la dignidad humana. Si bien, el contexto del acto de procuración y salvaguarda se origina en una condición de un padecimiento incurable y degenerativo de la salud, los cuidados paliativos tendrían que dirigirse a velar por que ese proceso, que irremediamente conducirá a la muerte, se viva de la mejor forma posible en cuanto a la salvaguarda de la dignidad de la persona.

Como se ha hecho referencia anteriormente, los cuidados paliativos no se ofrecen únicamente a personas con alguna enfermedad terminal, sino que se pueden ofrecer a personas con padecimientos crónicos o degenerativos incurables. El plantea-

miento dilemático que se propone en este trabajo se origina justamente en la situación específica de la nutrición enteral como cuidado paliativo en un contexto de una enfermedad terminal.

1.2 NUTRICIÓN ENTERAL

Tanto la alimentación como la hidratación artificial requieren de tres condiciones: 1) como indicación a un tratamiento médico; 2) la definición precisa de las metas terapéuticas que se buscarían y 3) la voluntad del paciente y su consentimiento informado (Druml et al., 2016, p. 2).

Por un lado, la *nutrición artificial* incluye la *nutrición oral* con suplementos (ONS), la *nutrición enteral* (EN) o la *nutrición parenteral* (PN). La forma de administración de alimentos incluye la nasogástrica, la nasogastroyeyunal, la gastrostomía percutánea endoscópica (PEG), la yeyunostomía o cualquier utilización de tubos a través de cirugía (Druml et al., 2016, p. 2).

Por otro lado, la hidratación artificial incluye la provisión de agua o la solución de electrolitos por otra ruta además de la boca. Esta puede ser suministrada por tubos, de forma intravenosa o subcutánea (Druml et al., 2016, p. 2).

La alimentación artificial es vista, desde una perspectiva médica, como un acto humanitario básico en el que se ponen en acción los principios de beneficencia y no maleficencia. El objetivo es prolongar o preservar la vida, teniendo en cuenta la calidad de vida como elemento central (Druml et al., 2016, p. 3).

Ahora bien, la nutrición enteral se puede definir como “una técnica de soporte nutricional que consiste en administrar los nutrientes directamente en el tracto gastrointestinal mediante sonda” (Lama, 2010, p. 385)¹.

¹ Debe señalarse que la nutrición enteral es un método de alimentación artificial. Esta última también hace referencia a la “nutrición parenteral”, es decir, a aquella que se realiza por vía intravenosa.

La *nutrición enteral* está indicada para todos los casos en los que la persona que está enferma requiera de un soporte nutricional individualizado y que no ingiera los nutrientes necesarios para cubrir sus requerimientos.

Algunas de las situaciones clínicas en las que se recomienda son:

- En el bebé prematuro.
- Cuando el tracto gastrointestinal no es capaz de utilizar óptimamente los nutrientes si son administrados por vía oral.
- Si las necesidades alimenticias están muy aumentadas y el paciente no es capaz de cubrirlas con la ingesta.
- Cuando el paciente no tolera la ingesta por cardiopatías o alteraciones respiratorias.
- Cuando el paciente no es capaz de deglutir.
- Si el paciente no es capaz de tomar alimentos especiales de mal sabor e imprescindibles (aminoacidopatías) o no puede tener tiempos prolongados de ayuno (glucogenosis). (Lama, 2010, p. 387).

La nutrición enteral se conceptualiza como un tratamiento en la medida en que constituye una medida terapéutica para atender un problema de salud de un individuo. Al ser una medida terapéutica tendría la finalidad de curar y aliviar las enfermedades y los síntomas.

Sin embargo, por la condición que implica un cuidado paliativo en el contexto de una enfermedad terminal, la nutrición enteral debería modificar su finalidad. Si bien, la terapia, como se ha señalado anteriormente, también tendría como uno de sus objetivos aliviar los síntomas de los padecimientos, este alivio está estrechamente relacionado con la cura de los mismos. No obstante, cuando la cura es de un

padecimiento que eventual e inevitablemente llevará al paciente a la muerte, el alivio de los síntomas debe responder a otra lógica. Esta lógica justamente tiene que ver con el reconocimiento de la dignidad y calidad de vida de los pacientes que se encuentran en dicha situación. Esto implica una problematización filosófica fuerte con varios tópicos. Una pregunta pertinente es ¿se puede hablar de la nutrición enteral como un tratamiento paliativo?

1.3 EL PROBLEMA DE LA NUTRICIÓN ENTERAL COMO CUIDADO PALIATIVO EN EL CONTEXTO DE UNA ENFERMEDAD TERMINAL

El planteamiento anterior sugiere varias problemáticas. La primera, hace referencia al concepto de la *vida humana*; la segunda, que está estrechamente relacionada con la anterior, hace referencia a la conceptualización de la práctica médica; la tercera, que a su vez está relacionada con la anterior, hace referencia a la problematización de las cualidades ónticas y ontológicas del ser humano.

Mercedes Garcés, en su investigación de grado, hace una diferenciación entre cuidado y tratamiento. Para ella, los *cuidados básicos* son aquellos que deberían proporcionarse a cualquier ser humano independientemente de su estado de salud, tales como el aseo, el abrigo, la hidratación, la nutrición, el cuidado de la piel, etc. (Garcés, 2008, p. 24). Por su parte, Garcés señala que los tratamientos médicos son aquellos que se aplican en la medida en que producen un beneficio al paciente (p. 24).

Justamente, haciendo referencia a todo lo anteriormente señalado, se genera un problema teórico y pragmático en cuanto a la nutrición enteral en el contexto paliativo: ¿la nutrición es un cuidado básico o un tratamiento?

La perspectiva de ver a la nutrición como un cuidado básico supone, con base en lo referido sobre la dignidad, el cuidar y procurar la vida de una persona independientemente de cualquiera que sea su condición. Supone, implícitamente, que estos deben seguirse dando mientras la persona siga con vida.

En el enfoque de la nutrición enteral como cuidado paliativo en casos de una enfermedad terminal se genera un conflicto cuando el individuo, el paciente, se encuentra en una condición en la que, por su estado de salud, su padecimiento tendrá como desenlace la muerte en un periodo relativamente muy corto y con las afecciones y dolores que la enfermedad le produzca. Entonces, la pregunta es si, a pesar de que la nutrición prolongará su vida en condiciones que pueden ser sumamente dolorosas o en las que la autonomía —la consciencia y autoconsciencia— del paciente está sumamente reducida o nulificada, se debe implementar como un tratamiento.

Mercedes Garcés se inclina a pensar que la nutrición es una exigencia de la condición humana. La consecuencia lógica de esta afirmación es que la corporalidad del ser humano, condición *sine qua non* de la vida, depende de su sustento material. A partir de esta premisa la autora afirma que “el respeto a la vida de cada ser humano, su cuidado y promoción constituye el imperativo ético primordial tanto para uno mismo como para los demás” (p. 35). Esta afirmación esboza el dilema ético que se genera al considerar a la nutrición artificial —nutrición enteral— como cuidado básico, caso en que debe ser aplicado al enfermo por otro medio; y si se considera como un tratamiento, debería aplicarse cuando esté indicado, después de sopesar las ventajas e inconvenientes de su aplicación.

Entonces, nos encontramos ante el dilema de si la nutrición enteral es un cuidado básico que busca procurar la integridad y dignidad de la persona

y el profesional médico tiene el deber ético de salvaguarda la vida y dignidad de la persona, entonces debe ser proporcionada bajo cualquier situación en la que el paciente no pueda o no quiera ingerir alimentos. Por otro lado, si se ve a la nutrición enteral como un tratamiento, la finalidad para su aplicación o implementación sería que el paciente se recuperará y si la posibilidad de recuperación de su padecimiento no existe, la aplicación del tratamiento terapéutico no tiene sentido.

Uno de los problemas que se generan con la distinción anterior es la perspectiva médica del quehacer profesional. La nutrición —enteral—, vista como cuidado básico, supondría que el médico actúa por una responsabilidad profesional, pero, a la vez, por un sentido ético humanitario para con el *otro*.

Por otra parte, habría que señalar que las situaciones médicas que implica la afección grave de un paciente, tales como las enfermedades terminales, tienen también fuertes resonancias en sus núcleos familiares. En el caso de enfermedades terminales, las familias, en muchos de los casos, tienen injerencias directas en la toma de decisiones sobre los procedimientos médicos y cuidados que se darán a los pacientes. Habría que considerar este elemento en el planteamiento del dilema.² Francisco Botella señala que en la toma de una decisión sobre aceptar o no un tratamiento, por lo menos como influencias fuertes, existen tres partes inmiscuidas: el paciente, la parte médica y la sociedad —familia, amigos,

2 Es importante tener en cuenta que la alimentación y la nutrición remiten a una multiplicidad de referentes culturales y sociales que pueden incidir directamente en la toma de decisiones tanto del paciente en cuestión como de la familia, e incluso de la recomendación de la parte médica. Los procesos alimenticios y nutricionales se articularían doblemente con la identidad de una cultura tanto en el orden biológico, fisiológico y orgánico como en el mundo de lo simbólico y de elementos representativos de la misma (Delgado Salazar, 2001, p. 93). De modo que la recomendación médica sobre la nutrición artificial debe considerar este tipo de aspectos que, en ciertos casos, pueden entrar en confrontación con criterios asumidos por la familia.

instituciones sanitarias, seguros médicos, etc.—. Y señala que estas tres partes pueden ser vistas como los vértices de un triángulo, las cuales están interrelacionadas y son confluyentes (Botella Romero, 2001, p. 28).

Uno de los elementos importantes que debe considerar la parte médica es el respeto al principio de autonomía. Idealmente, este debe ser el principio rector de la aplicación o no de procedimientos médicos. Este principio implica el derecho del paciente de rechazar un tratamiento. Esta determinación debería ser respetada por la parte médica (Rodríguez Soriano, 2018, pp. 155-170).

Ante estos planteamientos la reflexión se dirige, por un lado, hacia la relación médico-paciente; por otro, a la relevancia ética de dar un tratamiento a un paciente que no tiene la posibilidad de recuperación y que podría prolongar la vida.

Francisco Botella, en su libro *Apoyo nutricional oncológico*, expone un conjunto de casos reales sobre situaciones en las que se han generado dilemas éticos en torno al apoyo nutricional, en el contexto de cuidados paliativos (Botella Romero, 2001, p. 28). Lo que muestran varios casos es que hay una tendencia de la parte médica de ver al apoyo nutricional como una medida de soporte y no terapéutica. Esto tendría la implicación de que al ser una medida de soporte se debe implementar necesariamente. En un caso que se expone sobre un paciente de 64 años con cáncer gástrico irreseccable: “El paciente oncológico debe de fallecer a consecuencia de su proceso tumoral pero nunca del hambre” Botella Romero, 2001, p. 137).

Si bien cada caso debe evaluarse de acuerdo a su especificidad, una de las determinaciones persistentes en cuanto a la toma de decisiones es la de definir si el apoyo nutricional es una medida terapéutica o un cuidado básico; ya que a partir de esta definición se

precisará qué es lo que debe o no hacerse. En teoría, dichas determinaciones deben ser definidas a partir de criterios objetivos. Sin embargo, no siempre acontece de esta manera. Francisco Botella refiere que:

En la actualidad existen dos corrientes de opinión claramente enfrentadas [...]. Por una parte, aquellos que consideran que la NE administrada por sonda nasogástrica o por gastrostomía debe formar parte de las medidas de cuidado y confort de un paciente terminal, incluyendo la nutrición parenteral. Y por otra parte aquellos que lo consideran una medida desproporcionada ya que en ningún caso resulta útil para restituir la salud de estos pacientes. Durante los últimos años en las publicaciones anglosajonas se ha comenzado a asentar la idea de que, al menos en Estados Unidos, se ha hecho un uso indiscriminado de estas medidas convirtiendo a estos sujetos en protagonistas de conflictos éticos. Un número nada despreciable de estudios han demostrado que colocar sondas nasogástricas o PEG a pacientes con demencia avanzada no mejora su pronóstico de vida, no mejora su estado funcional, no reduce el número de complicaciones infecciosas e incluso las aumenta y tampoco mejora su confort sobre todo en aquellos que deben permanecer con dispositivos de sujeción físico. Para esos autores la nutrición enteral es considerado un tratamiento fútil en estos pacientes. (2001, p. 26).

Entonces, existe una perspectiva médica fuerte que insiste en que la nutrición enteral en pacientes terminales debe ser considerada como un cuidado. Como tal, es un procedimiento que forzosamente se tiene que llevar a cabo, ya que constituye un cuidado básico.³

3 Como ejemplo, puedo referir el caso de Fernando, hombre de 55 años, enfermo terminal con un glioblastoma multiforme inoperable. Después de un proceso de deterioro neurológico progresivo los médicos decidieron establecer medidas terapéuticas con hidratación y antibioterapia iv. Su esposa solicitó a los médicos que le administraran todos los cuidados y tratamientos necesarios para que Felipe

1.4 EL PATERNALISMO Y LA PRÁCTICA MÉDICA

Para plantear el dilema ético que se presenta en la situación de la *alimentación enteral* como cuidado paliativo en el contexto de una enfermedad terminal, es necesario hacer referencia al tema de la perspectiva paternalista en el contexto médico.

La relación médico-paciente por su propia naturaleza es una relación desigual. Es así debido a que la naturaleza de la relación intersubjetiva se da entre quien tiene una necesidad —de servicios de salud— y quien puede atender esa necesidad. Planteado de otra forma, la relación se da entre quien posee una serie de conocimientos con los cuales puede subsanar una situación biológica, fisiológica o psicológica de una persona que está viviendo una afección en la que está implicada su integridad física o psicológica.

La medicina occidental se ha desarrollado bajo tradiciones que han conceptualizado su actividad prioritaria centrada en el cuidado del paciente. La síntesis de estos fundamentos éticos remite a los principios básicos de la antigua tradición hipocrática. Esta tradición dirige su perspectiva médica a la centralidad de la responsabilidad médica hacia el paciente, que busca lo que se considera mejor para este.

El documento conocido como *Juramento Hipocrático*, a pesar de los problemas que hay para

podría tener una vida digna y mejorar. Los médicos decidieron que la nutrición enteral sería una medida terapéutica. El paciente mejoró. Pero en algunas semanas volvió a decaer. Se generó un conflicto ético, ya que los médicos, ante el enorme grado de deterioro, consideraron que la nutrición enteral formaba parte de las medidas terapéuticas fútiles que deberían ser abandonadas. La familia, por el contrario, consideraba que la retirada de la nutrición enteral sería una falta de cuidado. Para ellos la nutrición enteral debía formar parte de los cuidados ordinarios como la higiene o los cambios posturales. La esposa objetó el seguimiento del caso y otro médico se hizo cargo, quien revisó el caso. Este prescribió la nutrición enteral por gastrostomía como un cuidado más hacia el paciente, hasta las 12 horas previas al momento de su fallecimiento, que se produjo dos semanas y media después por un fallo multiorgánico secundario a una sepsis de origen respiratorio (Botella Romero, 2001, p. 28).

atribuir su autoría al mismo Hipócrates, ha influido desde el siglo V en la deontología médica hasta la fecha (Alby, 2004, p. 27).

Dentro de la tradición hipocrática antigua la actividad médica se concebía como una actividad social. Es decir, como una actividad en la que el médico se veía como habitante de una *polis* y era servidor de los ciudadanos. Asimismo, el médico tenía una responsabilidad ética para con el paciente. Esa responsabilidad se desarrolla desde la dimensión ontológica, social y la dimensión individual.

Una de las supremas reglas de esta tradición médica suponía que la máxima moral de la conducta del médico ante el enfermo era la de *favorecer y no perjudicar*. Dice Laín Entralgo sobre la noción del primer concepto:

El médico favorece al enfermo cuando para tratarle escoge el mejor de los recursos a su alcance y los ejecuta recta y bellamente; cuando es asiduo en sus visitas; cuando se perfuma discretamente; cuando en sus exploraciones y en sus caras sabe respetar el decoro moral del paciente [...]. Todas las manifestaciones de la *physis* del enfermo, desde las puramente somáticas hasta las sociales y políticas, se hallaban comprometidas en la regla ética de favorecer. (1970, pp. 386 - 387)

La máxima ética de la tradición hipocrática antigua pervive hasta la actualidad y se expresa precisamente por los deberes éticos de favorecer y no perjudicar —que se han precisado en la deontología médica actual como los principios de *beneficencia* y de *no maleficencia*—. Justamente estos deberes han supuesto predominantemente que el acto médico se ejerza persiguiendo este fin en un pretendido beneficio de un paciente. La verticalidad de la relación médico-paciente ha supuesto que la responsabilidad por la vida e integridad del paciente recae esencialmente en

la toma de decisiones y en la actuación práctica del médico, dejando al paciente como una parte pasiva supeditada esencialmente a este.

Así, se ha generado un paradigma paternalista de la medicina que, en épocas recientes, se ha cuestionado y adecuado a través del afianzamiento de los conceptos de la autonomía y de los derechos humanos que se afincan en la dignidad humana.

El paternalismo médico asume en cierto grado que el paciente es un sujeto que no puede tomar las decisiones adecuadas para resguardar y proteger su propia integridad. Las razones para concebir al paciente de esta manera pueden variar. Pueden ir desde una justificación que supone ignorancia del paciente, con respecto a los procedimientos médicos para el propio beneficio, hasta una incapacidad física o psicológica para tomar decisiones.

En una primera lectura parece muy claro que el paternalismo médico, con su supuesto elemental de procurar la vida de un paciente, se fundamenta en el principio de beneficencia. Es decir, lo que le daría su posible justificación ética y moral es el supuesto de reconocimiento del valor propio de la vida humana. La perspectiva médica del paternalismo se vuelve problemática en diferentes contextos. Uno de estos se puede presentar en el ámbito de la toma de decisión, que un paciente debe asumir con respecto a algún tratamiento o intervención médica que se recomienda para tratar de revertir su condición de salud desfavorable, y la propuesta médica. Esta toma de decisión puede generar un conflicto cuando lo que el paciente asume va en contra de la opinión médica.

Otro de los contextos en el que la perspectiva médica se vuelve problemática se da cuando el paciente no está *facultado* para tomar una decisión con respecto a aceptar o no que se le

aplique algún tipo de intervención médica. Esto se puede deber a varias causas. Por un lado, se puede tratar de una persona que por su condición de salud no tiene pleno uso de sus capacidades racionales, que le darían su autonomía para poder tomar la decisión. Otro caso se puede dar cuando la persona —el paciente—, por alguna situación de origen, tiene la imposibilidad de ejercer su autonomía y poder tomar una decisión con respecto a la intervención médica.

Mark S. Konrad hace una síntesis de las *personas* que serían “candidatas legítimas al paternalismo”:

Las que “no cultivan la razón” (Kant), las “inmaduras” (Mill), y las inherentemente “no autónomas” (Beauchamp y Childress), etcétera. Esto sugiere que existen algunas circunstancias humanas en las que los individuos no son capaces de disfrutar de la autonomía en toda su plenitud y que el paternalismo protege sus intereses cuando la autonomía brilla por sus ausencias. (2002, p. 157)

Entonces, los dilemas éticos más fuertes que surgen de la asunción de una perspectiva paternalista médica se dan cuando el paciente está disminuido, por diferentes causas, del ejercicio de su autonomía con plenitud. Es necesario sentar que las posibles propuestas de solución al dilema se deben originar en la gradación del autorreconocimiento, y el reconocimiento de la autonomía debe ser entendido y analizado de forma contextualizada y gradada.

Konrad hace el señalamiento de que la autonomía no es permanente ni inmutable, sino que se presenta como un estado dinámico que puede variar (p. 157). Asimismo, asume que “*todas las enfermedades representan un estado de disminución de la autonomía*” en el sentido de que las personas enfermas dependen de otras personas para la valoración de una enfermedad, así como de los cuidados terapéuticos (Konrad, 2002, p.

157). En lo personal, la suposición me parece un poco radical. Considero que en el contexto médico se tendría que matizar el concepto de *autonomía*. La autonomía de una persona no se vulnera por requerir un diagnóstico, ni un tratamiento. La autonomía se afirma cuando se solicita una valoración médica o cuando se acepta o no un tratamiento. Se vulnera cuando se hace una valoración médica o se aplica un tratamiento sin el consentimiento del paciente que tiene la capacidad para tomar una decisión de manera autónoma y consciente.

Sin embargo, parece evidente que la opinión médica influirá en gran medida en la decisión que pueda tomar un paciente para que este de manera autónoma asuma seguir o no un tratamiento, por lo que se hace necesario pensar el nivel de influencia que tiene la parte médica como problema ético. Como se ha señalado anteriormente, la relación médico paciente es una relación vertical, porque se supone que es el médico quien tiene los conocimientos, así como la habilidad para determinar alguna solución al problema de salud que aqueja al paciente. El consentimiento informado se basa en la premisa ética de que la parte médica pondrá en consideración del paciente la mayor cantidad y calidad de información, con el más alto grado de veracidad que cuente el médico. En este acto ya hay una fuerte dependencia del paciente hacia el médico. La toma de decisión autónoma, es decir, consciente, se basa en que el paciente tenga elementos de información, digamos, real y objetiva, de su situación médica, así como de las posibles soluciones al mismo. Habría que apuntar que, como lo señala Konrad, las decisiones que puede tener un paciente no son, dependiendo del grado de afectación que tenga, totalmente racionales debido a que el dolor, por ejemplo, es un fuerte determinante que influye directamente en su toma de decisión. Sin embargo, en la medida en que el paciente

tiene la capacidad de tomar la decisión se sigue preservando la autonomía.

La situación parecería diferente cuando el paciente no tiene la franca capacidad del ejercicio de su autonomía, como lo son los casos a los que hace referencia Konrad: personas con algún tipo de trastorno psiquiátrico, en estado de coma o en estado inconciencia, en estado vegetativo, personas con muerte cerebral, con daño cerebral, etc. Se supondría que en estas circunstancias el paternalismo adquiere una plena justificación. Al no haber capacidad de autonomía la vida e integridad del paciente queda a expensas del juicio de una tercera persona. Así, las decisiones finales sobre lo que se debe hacer a un paciente con estas características depende de una tercera persona con legitimidad para tomar dicha decisión —familiares o representantes legales—. En algunas ocasiones, la responsabilidad recaería entera y directamente en el médico.

Uno de los puntos importantes que generan estas circunstancias tiene que ver con que se aplica sobre el sujeto en cuestión un procedimiento médico que es impuesto. Es impuesto en la medida que no hay la posibilidad de que el paciente tome una decisión determinada con respecto a su salud. Esta situación es inherente a la condición misma del paciente.

Ahora bien, haciendo referencia a lo apuntado por Konrad, se hace importante reflexionar sobre cómo los juicios y valoraciones médicas, que determinarían los procedimientos a seguir con los pacientes, quedan supeditados en gran medida los juicios antropológicos, filosóficos, médicos y culturales del profesional de la salud.

En esta reflexión el concepto de *vida* se vuelve un elemento clave. Esto porque, como se ha hecho referencia, la tradición médica occidental ha privilegiado como uno de sus principios elementales máximos el respeto y la salvaguarda

de la vida. De este es que se ha derivado un enfoque paternalista. Una de las preguntas claves que me parecen pertinentes, haciendo referencia al problema ético que generan los problemas anteriores, es: ¿se debe prolongar la vida a partir de un procedimiento médico cuando no hay esperanza de recuperación del paciente?

Esta pregunta, en el contexto anteriormente descrito, debería hacer repensar la conceptualización y valoración de la *vida* y de la *muerte* desde la tradición médica.

Es importante señalar que esta tradición, de la que se ha hablado, parte de los mismos supuestos fundantes que las legislaciones liberales utilizan para la defensa de la vida como derecho primario.

1.5 MEDICINA Y BIOPOLÍTICA

La Declaración Universal de los Derechos Humanos establece en su artículo 3 que “Toda persona tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”.

Uno de los grandes logros de la modernidad fue el reconocimiento de los derechos naturales —universales—, que *todo* ser humano tiene por su calidad de *ser humano*. Precisamente, este reconocimiento significó la construcción de un sistema legal que estaría a cargo de la protección objetiva y el reconocimiento de esos derechos. Uno de los *derechos naturales*, y quizás el que recibió mayor peso e importancia, fue el *derecho a la vida*.

Bajo esta premisa es posible demostrar el significado politizado que adquirió la vida en la modernidad. Los significados de lo que es la vida han jugado un papel clave en los procesos de conformación y constitución de las naciones modernas, adquiriendo, a su vez, un significado político profundo.

Lo anterior lleva a considerar algunos aspectos de estas referencias. Hanna Arendt señaló algunos de los significados de los Derechos del Hombre proclamados a fines del siglo XVIII:

Como los Derechos del Hombre se proclamaron “inalienables”, irreductibles e indescriptibles de otros derechos o leyes, no se invocó ninguna autoridad para su establecimiento; [...] La soberanía del pueblo [...] proclamada [...] en nombre del Hombre; por lo que parecía natural que los derechos “inalienables” del hombre encontraran su garantía y se convirtieran en una parte inalienable del derecho del pueblo al autogobierno soberano. (2004, p. 364).

En su interpretación del significado de dicha declaración, Hannah Arendt localiza una paradoja. Consiste en el supuesto de que los derechos humanos eran aplicables a todos los seres humanos, independientemente de su situación económica, social, cultural o política. Sin embargo, hubo, debido al contexto histórico en el que surgen, una relación casi inmediata entre estos y la emancipación política de un grupo social, y se les atribuyó la defensa y la obtención de estos (Arendt, 2004, p. 364).

Luego, los derechos humanos se relacionaron de inmediato con la comunidad política que pudo protegerlos. En otras palabras, era necesario ser parte de una comunidad política determinada —de una nación— para poder asegurar los Derechos Humanos; llegando a identificar los derechos nacionales con los derechos humanos. El concepto que definió más claramente esto fue el de ciudadanía.

Esto establece el derecho de un individuo a participar activamente en la toma de decisiones de una comunidad política. La característica principal requerida para obtener la ciudadanía es el tema del nacimiento dentro de la comunidad política, ya que esto marcaría una característica casi in-

deleble de pertenecer a ella. Hay otros criterios para considerar la ciudadanía, pero ninguno es tan elemental como el de nacimiento. Esto marca una relación directa entre los elementos biológicos —fisiológicos—, con un elemento político. En otras palabras, marca una relación indisoluble entre los derechos naturales y los derechos políticos; marca una relación indisoluble entre la corporalidad humana y la esfera política de tal manera que el ser humano, a pesar de su cualidad humana, puede quedar despojado de un derecho político ante la ausencia de una comunidad política que pueda apoyarlo.

Los derechos naturales se identifican con los derechos políticos. El significado de esto para la vida humana —desde el evento de nacimiento original— es que esta se identifica con criterios políticos. Aquí resuena la idea del animal político de Aristóteles. En el siglo IV antes de Cristo, Aristóteles conceptualizó al ser humano como un *animal político* (*politikón zōion*). La intención aristotélica supone que lo que es un ser humano no puede entenderse solo desde su dimensión biológica, como otros animales. El supuesto es que la actividad social es inherente al ser humano y esto, a través de sus diferentes manifestaciones, es parte de su cualidad constitutiva.

Aristóteles dice que el hombre es por naturaleza un *politikón zōion* (2008, p. 50). Por lo tanto, el efecto político para el hombre es connatural. La palabra griega *zōion* designa un animal. Entonces, el animal y el ser humano comparten la misma condición natural en el sentido de *zōion*. Sin embargo, la particularidad del ser humano es su condición de *politikón*. Aristóteles define con precisión que cualquier humano que no cumpla con esta condición no es un ser humano; es decir, en nada es diferente de un animal. Entonces, la vida *zoe* —vida biológica— está condicionada o determinada, en el caso del ser humano, por la vida política.

Ahora, lo que Aristóteles hace es reconocer en el ser humano un reconocimiento, digamos, de dos dimensiones fundamentales de la vida humana: una biológica y otra social —o política—. El ser humano se concibe en esta doble identidad constitutiva. La vida biológica del ser humano solo puede entenderse en su referencia social. En ausencia de este segundo elemento constitutivo, relacionado con la capacidad racional, correspondería puramente a una vida *animal*.

La implicación de esto es que, en la modernidad, no solo en teoría sino en términos fácticos, la política, como elemento constitutivo antropológico, terminará determinando la parte biológica. De este modo, la existencia y legitimidad del Estado Moderno apoyó en gran medida el control de la vida biológica del ser humano. Uno de los medios utilizados por el Estado es el control de la salud, como se verá más adelante a partir de las ideas de Michel Foucault.

Así, la vida humana adquiere una determinación política; la vida se define en términos políticos. El filósofo italiano Giorgio Agamben señala que las declaraciones de humanos representan la inscripción de la vida natural en el orden jurídico-político de la nación-estado (Agamben, 2006, p. 62). Esto, en el sentido de que el hecho del nacimiento, la vida natural desnuda, es lo que se presenta como fuente y portador de derechos. La ciudadanía —nacionalidad— y la vida se identifican como algo innato, por lo que el reconocimiento de un derecho que se supone que es inherente al ser humano está sujeto al reconocimiento político.

Un punto importante para reflexionar es cuáles son las implicaciones para la concepción de la vida desde la perspectiva médica. En otras palabras, una reflexión nodal debería referirse a cuáles son los fundamentos políticos implícitos en las prácticas médicas a través de la concepción política de la vida.

Michel Foucault señaló precisamente que uno de los fenómenos fundamentales del siglo XIX era la consideración de la vida por el poder político. El siglo XIX representó el momento de consolidación de la estructura del Estado Moderno con su base teórica liberal. Foucault señala que es en este siglo que se consolida la *nacionalización de lo biológico*. Y para entender esto, hay que recurrir a la transformación de la “teoría clásica de la soberanía” en la que el poder soberano recae en el monarca (Agamben, 2006, p. 162).

El poder soberano encuentra en la determinación de la *vida* —y de la muerte— una de las formas más impecables de control político. En esta forma de control, el desarrollo de la práctica médica institucionalizada fue un elemento para el desarrollo y la consolidación del orden político y social moderno.

La transformación de la estructura política monárquica en la estructura política moderna descentralizó la ubicación monopólica del poder político que cayó a la discreción del monarca y la modernizó en un organismo estatal en el que, ahora, el poder político era ejercido, en términos teóricos, por la comunidad política. En sí mismo a través de un proceso de representación. El uso y la aplicación del poder político, por parte de la comunidad política, tiene el objetivo preciso de salvaguardar la supervivencia de *todos* los miembros de la comunidad política. Con este objetivo, se atribuye una serie de derechos que regulan el control de la forma de vida y la muerte de la comunidad, respaldados por un supuesto consenso común. Las diferentes formas de la vida cotidiana, que asumimos como elementales, están controladas por organismos políticos institucionales; por ejemplo, como la salud, la alimentación o la reproducción.

El propio Foucault señala que el estudio de la práctica médica que se desarrolló a lo largo del siglo XIX no puede dissociarse de la organización

de una política de salud y la consideración de las enfermedades como problemas políticos y económicos (Foucault, 2010, p. 623). Esto implicaba que la práctica médica privada, que se desarrolló como una prioridad en los siglos anteriores, y la medicina *social* respondieron a una estrategia general. En su reflexión sobre el desarrollo histórico que condujo a esta concepción de la política, señala que, en el siglo XVIII, el poder político asumió un nuevo papel para aquellos que se habían desarrollado en la profunda Edad Media —el mantenimiento de la guerra y la paz a través del monopolio sobre el uso y la producción de armas, así como el arbitraje de litigios y el castigo de los delitos—. Esta fue la reorganización de la sociedad como un medio de bienestar físico a través de una salud óptima y la búsqueda de la longevidad. Según el reflejo de Foucault en la realización de estas tres tareas, se generó un aparato único a través de un conjunto de regulaciones e instituciones que adoptaron en el siglo XVIII el nombre genérico de *policía* (Foucault, 2010, p. 626).

De este nuevo orden, la población *pobre*, que es, de cierta manera, la más susceptible al sufrimiento y al desarrollo de enfermedades, aparece como un objetivo político, que el poder político debería garantizar.

Foucault señala que una de las razones de este cambio en la concepción de la salud fue la necesidad de preservar, mantener y conservar la fuerza laboral. Sin embargo, estas razones no agotan la explicación. El fenómeno también se refiere a los efectos económico-políticos del aumento de la población. Debido a este aumento de la población durante el siglo XVIII, fue necesario generar mecanismos institucionales que pudieran asegurar la reproducción económica.

El aumento de la población exigió que lo que Foucault denomina *tecnología de la población* se desarrollara. Se refiere a estimaciones demográ-

ficas, cálculo de pirámides de edad, cálculo de diferentes expectativas de vida, tasas de mortalidad, estudios de relaciones entre el crecimiento de la población y la riqueza, etc. En este proceso tanto el cuerpo humano como el cuerpo de población adquieren directamente un significado político económico. Los organismos adquieren valoraciones de la productividad económica: “las características biológicas de una población se convierten así en elementos relevantes para la gestión económica, y es necesario organizar alrededor de ellos un dispositivo que garantice la presentación y, sobre todo, la constante aumento su utilidad” (Foucault, 2010, p. 627).

Así, según Foucault en el siglo XVIII, la nosopolítica, como él la llama, centró sus tareas. Identifica cuatro procesos principales que caracterizan a la medicina del siglo XVIII: 1) Autoridad médica que adquiere la forma de una autoridad social; 2) Aparición de un campo de intervención de medicamentos distintos a las enfermedades: aire, agua, edificios, terrenos, drenaje, etc.; 3) El funcionamiento de un dispositivo de medicalización colectiva representado por el hospital y 4) La implementación de mecanismos de administración médica, como la elaboración y comparación de estadísticas (Foucault, 2010, p. 646).

La institucionalización de la medicina en el siglo XVIII continuó su tarea de controlar a la población para garantizar la salud de las personas, con la intención de preservar la fuerza física nacional, su fuerza laboral, su capacidad económica y su poder militar.

La propuesta de Foucault muestra cómo la actividad médica está estrechamente relacionada y, puede decirse, sujeta a una conceptualización de la organización social y, por lo tanto, de la política. Esta relación se establece originalmente a partir de un cierto significado y simbolización de lo que es la vida.

1.6 BIOPOLÍTICA Y LA HUELGA DE HAMBRE

La hipótesis es que las prácticas médicas nutrimentales, junto con muchas otras prácticas médicas, se desarrollan como prácticas biopolíticas. El problema en cuestión se plantea en el sentido de que la nutrición, por un lado, es una necesidad fisiológica y, por otro, puede darse el caso en que esa necesidad no sea satisfecha, ya sea por la condición médica de una persona o por una determinación autónoma de la persona. La lógica de la actividad médica profesional, determinada por la tradición a la que se ha hecho referencia, supone que la vida debe ser preservada a través del cuidado o del tratamiento médico. Cuando la situación médica de un paciente no permite que él mismo se alimente y hay consentimiento de él o de algún representante legitimado para tomar la decisión —y la decisión que toma este último se hace ateniéndose a un pronóstico médico favorable de recuperación—. El verdadero dilema se presenta cuando la persona por autodeterminación decide ya no cumplir con esa necesidad fisiológica. El resultado de dicha decisión será la muerte de esa persona. En este último contexto el problema a reflexionar debería ser sobre cuál es la posición que toma la parte médica, entendida esta tanto como la posición individual médica como la parte institucional.

En este punto me gustaría introducir un fenómeno que me parece que ejemplifica de manera directa la relación que guarda el fundamento de la organización política moderna —democrática liberal— con la conceptualización y cuidado de la vida humana a través de la alimentación; esto porque el posicionamiento institucional —estatal— ante este fenómeno, a mi modo de ver, reproduce la situación nutrimental en su relación con el poder institucional —médico y legal— en un grado límite que devela el fundamento del ejercicio biopolítico en el contexto nutrimental.

1.6.1 El Estado ante la huelga de hambre

Como se ha señalado anteriormente, la organización política moderna encuentra su fundamento en un pacto social que, de acuerdo con el relato, funda su legitimidad en la pérdida de la libertad —que consiste en el poder hacer todo lo necesario para conservar la integridad y vida propias— en pos de la seguridad que da la misma unidad social al responder esta en conjunto ante las amenazas en contra de la vida individual y colectiva. De esta manera, el cuerpo social o político —en su forma de Estado y Gobierno— debe tomar *todas* las medidas necesarias para que este objetivo se cumpla. De no cumplirse, se pierde la legitimidad de las funciones del Estado y del Gobierno, volviendo inútil su existencia. Esto, como se ha expuesto en lo anterior, representa el desarrollo de una determinada concepción de la vida humana y una determinada estrategia de poder y dominio sobre esa vida humana. Una situación ejemplar de este fenómeno se muestra en el caso de la actitud que asume el Estado con respecto a la huelga de hambre.

La huelga de hambre se puede definir como la “abstinencia voluntaria de alimentos practicada durante un tiempo o, a veces, con carácter indefinido, para forzar los sentimientos de quien puede conceder lo que se pide” (González Moran, 2006, p. 790). En otras palabras, es la determinación y estrategia que toma un individuo —o grupo de individuos— para ejercer presión sobre alguna institución estatal —o no estatal— en la atención de sus demandas que se traducen en la reparación de un daño o perjuicio que el o los sujetos consideran que se cometieron contra él o ellos por parte de la institución.

Es pertinente señalar que esta práctica se presenta, relativamente, con mucha frecuencia en el ámbito penitenciario, ya que es en ese contexto en el que el individuo asume esta determinación como una

de las únicas formas de expresión y presión para cumplir demandas que considera justas.

En este sentido, una de las líneas prioritarias que se ha desarrollado en la reflexión de este fenómeno es la definición de su carácter y legitimidad legal para el Estado de actuar en pos de la procuración de seguridad para el mismo individuo.

El contexto de esta perspectiva se hace interesante para el tema de este trabajo, ya que la situación penitenciaria muestra de manera exacerbada los mecanismos y dinámicas de control institucionalizados a los que recurre la entidad estatal para el control de la vida humana.⁴ Así, el contexto penitenciario marcaría uno de los grados máximos de control que el poder estatal puede ejercer sobre el individuo y la sociedad. De ahí que observar la reacción del poder soberano sobre la manifestación de la huelga de hambre en este contexto resulta sumamente enriquecedor para hacer una lectura de las implicaciones biopolíticas del control del cuerpo en el aspecto del consumo de alimentos.

Así, lo que quiero enfatizar es que la estrategia que representa la huelga de hambre es relativamente efectiva en el cumplimiento de demandas, ya que direcciona su ataque a los fundamentos mismos de la organización política. Digo relativamente porque los costos para el individuo pueden ser altos. Al fin y al cabo, lo que está de por medio es la vida en un juego que plantea una dinámica que se desarrolla en una secuencia temporal marcada por la resistencia orgánica del cuerpo y la resistencia determinada por un cálculo político de la evaluación de la demanda

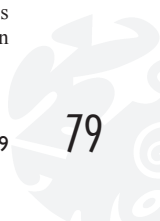
en un contexto político determinado; y porque al final la aceptación de ciertas demandas por parte del Estado de los huelguistas sigue siendo una estrategia de control.

El fenómeno de la huelga de hambre puede leerse como un acto que desestructura de manera punzante el fundamento del orden político. Es decir, el o los huelguistas, como lo señala Lise Olivarius, harían visible la violencia estructural del sistema necropolítico, revirando y asumiendo esa violencia institucional contra el Estado en el acto de posesión del poder sobre la vida propia dominando su muerte, dejando al poder soberano sin esa facultad que supone inherente a sí (Olivarius, 2014)⁵.

Entonces, una de las preguntas centrales es ¿qué poder tiene la huelga de hambre contra el poder soberano?, ¿en dónde radica su fuerza como estrategia de resistencia contra el poder estatal cuasi total que describe el concepto de la biopolítica? Tal vez su poder radica en que, como se ha desarrollado más arriba, cuestiona el fundamento de la agencia de ese mismo poder.

4 M. Foucault hacía referencia a que las prisiones representan una especie de forma paroxística de las sociedades de control que encuentra sus referentes embrionarios “en toda la ciencia del cuerpo”, de su “corrección”, de su aprendizaje, que se adquiría en las fábricas, las escuelas, los hospitales, los cuarteles (Foucault, 2012, p. 198). La intención, dice Foucault, es descalificar todos los actos ilegales que se agrupan como infamia moral; así resulta ser un lugar que funciona como ejemplar de lo que no debe ser, la delincuencia y criminalidad, y crea las referencias positivas del sistema (p. 201).

5 El filósofo Achille Mbembe desarrolló el concepto de la necropolítica. Con este concepto Mbembe insiste en que la expresión última de la soberanía se encuentre en el poder y capacidad de decidir quién puede vivir y quién debe morir; de manera que la soberanía consistiría en ejercer un control sobre la mortalidad y definir la vida en términos de manifestación del poder (Mbembe, 2011, pp. 19-20). El autor pone en cuestión el concepto de biopolítica —desarrollado primordialmente por Michel Foucault— en el sentido de que este resultaría insuficiente para reflejar las formas modernas de sumisión de la vida al poder soberano. En la lectura que Mbembe hace de Foucault, en este último el biopoder funcionaría segregando a las personas que deben morir de aquellas que deben vivir a través del establecimiento de formas de diferenciación biológica: la raza. En la lectura de Mbembe la función del racismo, dentro de la dinámica del biopoder, consistiría en regular las funciones mortíferas del Estado estableciendo las condiciones de aceptabilidad del asesinato (p. 23). Así, esta categoría es determinante para marcar los criterios de la inclusión y exclusión y con esto los criterios que delinearían el uso del poder soberano. El poder soberano asumió y desarrolló otros elementos que le permitió establecer los criterios de inclusión-exclusión, y con esto controlar, administrar y ejercer el poder sobre la vida a través de la muerte. Aunque, como lo señala Mbembe, el derecho soberano no necesariamente establece criterios precisos para ejercer su poder como lo mostraría el caso del colonialismo (pp. 40-41). De manera que el poder real soberano se ejerce a través de la muerte definiendo quién tiene importancia y quién no, quien tiene valor y quién no, quién puede ser substituido y quién no.



Es decir, se quita de las manos al poder soberano la acción de ejercer ese poder para depositarse en los sujetos que llevan a cabo la huelga de hambre. Además, como hipótesis complementaria, se podría añadir que ese cuestionamiento que ataca al fundamento del ejercicio de su poder, ataca así al fundamento de la estructura política en su relato fundante. El poder soberano no puede permitir que un sujeto o grupo de sujetos, bajo una demanda justa o no, puedan ser dejados para morir en las entrañas mismas del aparato judicial —democrático— que le da soporte y legitimidad al poder soberano. Puede, en efecto, asesinar a sangre fría o desaparecer a opositores, puede dejar morir a miles de personas a través de políticas determinadas, pero no puede dejar que los propios ciudadanos, con derechos o sin ellos, mueran de hambre en un contexto de reconocimiento de los mismos como agentes políticos.

En el contexto penitenciario se asume, por lo menos discursivamente, que los reclusos tienen derechos y libertades fundamentales que están respaldadas por la Declaración de Derechos Humanos y por los códigos constitucionales nacionales. Por ejemplo, el recluso tendría el derecho a que se respete su dignidad, su salud, su integridad física, su libertad ideológica, su libertad de expresión, etc. El respeto, procuración y resguardo de su salud implica, entre otras cosas, el derecho a ser alimentado de manera adecuada de acuerdo con normas dietéticas e higiénicas, acorde con la procuración de la integridad física y mental del individuo.

Por otro lado, el recluso tiene derecho a recibir la atención médica necesaria para conservar su salud. Muchos de los códigos penitenciarios establecen que esta atención se tiene que dar bajo consentimiento expreso del recluso. Sin embargo, en casos en que haya un peligro inminente para la vida este se podrá imponer contra la voluntad, siendo las intervenciones médicas las necesarias

únicamente para conservar la vida del paciente (García Guerrero, 2013, p. 11).

Así, la huelga de hambre representaría un derecho primario del recluso, traducido en el de libertad de expresión y libertad ideológica. Ante el ejercicio de este derecho en la forma de huelga de hambre se puede presentar un conflicto con respecto a la situación del recluso. Por un lado, el recluso puede ejercer el derecho de expresión y de ideología; por el otro, la institución penitenciaria tiene el deber de procurar la integridad del recluso en términos de cuidados básicos y respeto a los derechos humanos (García Guerrero, 2013, p. 11).

Por un lado, el dilema se origina con respecto a la toma de una decisión autónoma como forma de exigir el cumplimiento de una demanda que se considera justa a partir de la disposición del propio cuerpo y, en sentido estricto, de la propia vida, contra el *deber*, que se autoimpone el Estado de proteger y promover los derechos del individuo —entiéndase proteger la vida— independientemente de su estatus jurídico. Por el otro, se presenta ante la legitimidad del Estado para intervenir médicamente —físicamente— para atender el deterioro gradual de la salud del recluso que se niega a ingerir alimento.

La búsqueda de la solución del dilema se ha intentado encontrar a partir de criterios jurídicos. En muchos casos la argumentación se ha legitimado en la tesis del deber estatal de reservar la vida del huelguista.

En muchos casos en los que se ha presentado esta situación, el Estado a partir de toda una estrategia y fundamentación jurídica ha podido ir en contra de la determinación autónoma del huelguista de hambre e imponerle los procedimientos para ser alimentado aduciendo el *derecho a la vida*.⁶

6 Sobre el caso de España en la década de los noventa, por ejemplo, revisar el trabajo de Gracia Guerrero (2013, pp. 8-15). Para el caso

1.6.2 La perspectiva médica ante la huelga de hambre

Sería interesante introducir algún posicionamiento que se haya establecido desde el campo médico ante el fenómeno de la huelga de hambre. Al respecto, existe una declaración adoptada por las 43^a Asamblea Médica Mundial Malta, en noviembre de 1991 —revisada en la 44^a AMM Marbella en septiembre de 1992 y en la 57^a Asamblea General de la AMM en Pilanesberg, Sudáfrica, en octubre de 2006—.

En dicha declaración se plantea el dilema ético que puede generar el caso de la huelga de hambre, con respecto al principio de beneficencia y el principio de autonomía. El primero supone que la parte médica es impelida con su actividad profesional a reanimar la vida cuando se encuentra en un estado de deterioro cognitivo. El segundo supone el respeto a la voluntad de la persona que ha tomado la determinación de realizar la huelga.

Dice el documento que el médico debe respetar la autonomía de manera que no se debe obligar a las personas en huelga de hambre si estas lo rechazan.

Sobre el principio de beneficencia, que podría entrar en conflicto con el principio de autonomía, se establece que el médico debe poner en práctica sus conocimientos y experiencia para beneficiar a las personas que atiende y que el *beneficio* incluye el respeto de los deseos de las personas y también promover su bienestar. Evitar el *daño* no solo significa disminuir al mínimo el daño a la salud, sino que también no forzar un tratamiento en gente competente sin presionarlos para que terminen el ayuno. La beneficencia no incluye prolongar la vida a cualquier costo, sin respeto de otros valores (AMM, s.f.).

de Chile en la primera década de los años 2000, revisar el trabajo de Precht Pizarro y Faundes Peñafiel (2013, pp. 333-368).

La declaración concluye con la afirmación de que resultaría éticamente inaceptable la alimentación forzada, inclusive si se tiene como objetivo el de beneficiar a la persona en huelga de hambre (AMM, s.f.). Esto, de acuerdo con la mencionada declaración, resultaría un trato *inhumano y degradante*. De la misma forma, resultaría inaceptable la alimentación forzada de detenidos a fin de intimidar a otras personas que se encuentran en huelga de hambre para que pongan término a su ayuno (AMM, s.f.).

Lo que devela la declaración es una posición médica que respeta y afirma la autonomía del sujeto que decide someterse a una huelga de hambre sobre la imposición de un tratamiento que restituiría la salud a la persona. En una parte de la declaración se hace referencia a la situación de la problemática de la huelga de hambre en el contexto carcelario. Lo que se señala es que en esta situación se puede presentar un dilema de doble lealtad que consiste en que, por un lado, el médico sentiría una lealtad hacia la autoridad que es la que le da empleo. Por otro, una lealtad hacia el paciente. La recomendación que se hace en la declaración es que “el médico con doble lealtad está comprometido con los mismos principios éticos que los otros médicos” (AMM, s.f.).

En esta referencia al dilema, la propuesta de solución se inclina hacia el respeto de la autonomía del paciente en contra de la intervención médica forzada. Sin embargo, la situación dilemática no se resuelve del todo. Se desprende de la misma declaración que, a pesar de la insistencia del respeto a la autonomía del paciente, el deber médico es el de salvaguardar la salud y el bienestar del paciente. La primera cuestión es ¿por qué se hace necesaria la presencia de un médico en el proceso de la huelga? La declaración, en su carácter deontológico, supone la presencia de la parte médica como deber ético para dar seguimiento a la huelga. Cabría preguntarse ¿cuál es la intencionalidad de esto? En una parte la declaración habla de que el médico debe obtener la confianza de la persona

en huelga para que se respeten sus *derechos* y se *disminuya al mínimo el daño*.

De acuerdo con el documento habría una exigencia axiológica de que la huelga de hambre esté acompañada por personal médico para que este dé cierta seguridad de que se buscará salvaguardar la integridad y salud del paciente dentro de los límites de la decisión consciente que se está tomando. Esta vigilancia aseguraría que, desde la parte médica, se respeten los derechos y que tenga como consecuencia el menor daño de salud posible. En el fondo esta exigencia deontológica implica que si bien, como se señala en el documento, se está aceptando la voluntad del huelguista, este está siendo vigilado para que la acción resulte en la menor afectación posible. El principio ético médico de salvaguardar la salud del paciente hace, por sí mismo, que se legitime la presencia de la parte médica que, en todo caso, debe fungir como perito experto para evaluar la condición de salud del huelguista y para determinar en qué momento este ha perdido la capacidad de consciencia y, por ende, en su caso, de actuar para que le sean aplicados los tratamientos adecuados para que se restablezca su salud. Si bien está la mención de que puede haber voluntades anticipadas y ante estas se debe respetar la decisión hecha por el huelguista, previo a que pierda la conciencia, la decisión recae nuevamente en la parte médica volviendo al punto de partida de la problemática planteada.

1.7 DE VUELTA A LA BIOPOLÍTICA, AL CONCEPTO DE VIDA Y DE LA NUTRICIÓN ENTERAL

De las ideas anteriormente expuestas me interesa insistir en que el fenómeno de la salud —en el caso de la alimentación poblacional— resulta ser un elemento básico, a partir del cual la organización estatal moderna fundamenta su poder político. Debido a esta premisa, resulta necesario seguir desarrollando el concepto de la

vida, concepto clave de la salud, a partir de su conceptualización biopolítica.

Se supone que la vida humana acontece en varios ámbitos. Es decir, la vida humana se configura en diferentes ámbitos contextuales, tales como el biológico, el social o el cultural. El ser humano tiene la particularidad de concebirse a sí mismo como un ser biológico y cultural. Es decir, su condición biológica no es suficiente para que defina y valore su vida. Por una condición propia, óntica, diferente al resto de los animales, puede diferenciarse de los mismos a través de una capacidad para generar lenguaje y con este generar cultura. La cultura, dentro de sus significados incluye el ámbito político.

Retomando el dilema planteado al principio del trabajo, sobre la situación de la nutrición enteral como cuidado paliativo en contextos de enfermos terminales, el dilema se presenta cuando la muerte del paciente es inminente por su condición de salud, pero en el lapso en el que el desenlace acontece se hará lo medicamente necesario para mantenerlo con vida procurando que este periodo sea lo menos doloroso posible. Sin embargo, la pregunta es ¿es éticamente correcto utilizar los medios necesario para alcanzar el fin de la permanencia de la vida, aunque esta se vaya deteriorando sin posibilidades de cura? La alimentación, como se ha insistido, es un acto humano básico del que depende la vida misma. Esta se ha configurado como un derecho humano, y la tradición médica, como se ha expuesto, supone que el suministrar los nutrientes necesarios para conservar la vida es un acto éticamente incuestionable. Como se ha planteado a lo largo del trabajo, es posible hacer un cuestionamiento a este *supuesto* a partir del concepto del significado del acto de *hacer comer* a alguien. En la reflexión se planteaba el caso de los argumentos que se daban para justificar el que a los prisioneros en huelga de hambre se les suministraran los nutrientes necesarios para restablecer su salud

en contra de su voluntad. En los argumentos se apelaba a la responsabilidad del Estado por procurar, defender y cuidar la vida humana. Esta responsabilidad se ubicaba por encima de la voluntad de la persona, ya sea porque se supone que la determinación es tomada en un contexto de coacción originado por su situación jurídica, o porque representa una forma ilegal e ilegítima de hacer una demanda jurídica.

Si bien, el contexto de la huelga de hambre resulta ser diferente al contexto de un paciente que requiere de alimentación artificial por causas médicas, ambas situaciones tienen el común de la intervención médica en el suministro de nutrientes, y esta práctica médica es en el contexto un deber institucional que responde a una tradición médica que asume discursivamente la defensa de la vida como un deber tanto político como cultural —ético y moral—.

La vida como concepto —en sus determinaciones políticas, culturales y biológicas— clave de la tradición médica resulta ser un elemento a partir del cual se configura una estrategia de control biopolítico. Ante esta situación, el problema de la alimentación o nutrición artificial en un contexto paliativo adquiere otro cariz.

2. CONCLUSIONES

A lo largo de ese artículo se ha ofrecido un marco de interpretación del fenómeno médico de la nutrición enteral en un contexto paliativo desde una perspectiva biopolítica. Las hipótesis iniciales de la interpretación fueron dos: 1) las prácticas médicas modernas se configuran como prácticas biopolíticas que establecen formas diversas de regulación, distribución y control de la vida a través de los procesos preventivos, curativos y paliativos de la vida orgánica y psicosocial que implican sus diferentes prácticas profesionales; 2) la nutrición enteral, como cuidado paliativo y como práctica médica en contexto de enfer-

medades terminales, se desarrolla como un proceso biopolítico, a partir del cual se asume un derecho que controla la vida y, por ende, la muerte humana en contextos médicos paliativos.

La discusión sobre los diferentes dilemas éticos en la práctica médica —y todas sus problemáticas inherentes—, para asumir elementos pertinentes que posibiliten dar respuestas a los mismos, no puede ni debe ser interpretada al margen de un proceso histórico. A partir del desarrollo de este enfoque interpretativo histórico será posible aplicar, a su vez, un enfoque biopolítico para enriquecer la discusión y vislumbrar nuevos elementos de discusión.

Se han presentado a lo largo de este trabajo algunos elementos que permitirían comprender cómo el desarrollo de las prácticas médicas modernas ha estado estrechamente relacionado con un ámbito político y económico.

La modernidad afianzó el reconocimiento de los llamados *Derechos Humanos*. Desde una perspectiva de análisis esto es visto como un avance sumamente significativo en la defensa de la dignidad y la integridad humanas. Uno de los Derechos Humanos es el derecho a la salud. El Estado Moderno, por su fundamento, asumió como una de sus tareas prioritarias la procuración de la salud de la sociedad. Para tal cometido, desarrolló formas de control de la población.

Desde otra perspectiva de análisis, desde la biopolítica, se ha planteado que en el fundamento político el Estado Moderno asumió el control de la vida —y conjuntamente el de la muerte—. En otras palabras, asumió el control de la vida natural y de la vida social de manera hegemónica a partir de diferentes medios, desde los más sutiles hasta los más violentos.

Ahora bien, en este contexto de interpretación, la alimentación enteral en un contexto paliativo, resulta un fenómeno paradigmático del ejercicio

biopolítico. La alimentación resulta ser una actividad orgánica primaria; una actividad necesaria para que el ser humano pueda continuar viviendo. Así, se ha colocado como un derecho primario del ser humano, como un *Derecho Humano*. Como tal el Estado, a partir de su entramado institucional, se ha dado a la tarea monopólica, discursivamente, de procurarlo —controlarlo—. Con esto, ha asumido el control directo de la vida humana —en sus ámbitos sociales y biológicos—. En el desarrollo del trabajo se ha traído a cuenta el caso de la huelga de hambre, precisamente para ejemplificar el discurso legitimador que ha utilizado el Estado Moderno con respecto al control de la alimentación y nutrición humana. Las prácticas médicas han sido vehículos directos en esa legitimación. ¿Qué muestra el caso de la interrupción de la *huelga de hambre* por parte del Estado, a partir de la práctica médica? Que este asume el control de la vida.

La práctica médica moderna se ha desarrollado a partir de un principio hipocrático que asume el deber de esta con la procuración y perpetuación de la vida. Esta perspectiva profesional, en su mayoría, ha derivado en un paternalismo que ha conceptualizado la procuración de la vida como su fin inmediato independientemente de las cualidades de esa *vida*. Es decir, se ha desarrollado un concepto abstracto de la vida, lo que ha hecho perder el sentido concreto de la misma.

Cuando se habla de alimentación enteral en un contexto paliativo, la práctica médica asume que es deber, por principio ético, prolongarla a partir de la alimentación artificial a un paciente que se encuentra, por su propia condición de salud, en camino irremediable a la muerte. En una lectura biopolítica, la que se ha desarrollado anteriormente, es resultado de estrategias de control sobre la vida.

El caso de la huelga de hambre revela la profundidad del sentido que tiene la alimentación

para el Estado. Por un lado, el huelguista adquiere un poder importante sobre el Estado que le permite ejercer una presión fuerte para la consecución de sus fines. Esto debido a que, como ya se ha explicado, el fundamento político del Estado le da como una razón de principio el control sobre la vida. Este es un control que no se puede permitir, por fundamento, ceder a ninguno de los miembros de la comunidad política. De ahí que las diferentes estrategias y discursos utilizados por este para reapropiarse del discurso, no obstante, de los casos en que las demandas han tenido que atenderse en términos del cumplimiento de las mismas. Esto último, a pesar de que parecería que es una situación en la que el demandante gana, la situación se resuelve en una estrategia de control sobre la vida del demandante.

El caso anterior permite ver el fenómeno de la nutrición enteral como cuidado paliativo desde una óptica diferente. Permite enfocar el fenómeno desde una concepción médica biopolítica. Desde esta perspectiva se pueden agregar nuevos elementos para el debate de los dilemas éticos de la nutrición enteral como cuidado paliativo.

REFERENCIAS

1. Agamben, G. (2006). *Homo Sacer. El poder soberano y la nuda vida*. Valencia: Pre-textos.
2. Alby, J. C. (2004). La concepción antropológica de la medicina hipocrática. *Enfoques*, XVI (1), 5-29.
3. Arendt, H. (2004). *Los orígenes del totalitarismo*. Madrid: Taurus.
4. Aristóteles. (2008). *Política*. Madrid: Gredos.
5. Asociación Médica Mundial (AMM). (s.f.). *Declaración de Malta de la AMM sobre las Personas en Huelga de Hambre*. Recuperado de <https://www.wma.net/es/>

- policies-post/declaracion-de-malta-de-la-amm-sobre-las-personas-en-huelga-de-hambre/
6. Botella Romero, F (2005). *Apoyo nutricional en el paciente oncológico*. Madrid: ENE Ediciones S.L.
 7. Bullé-Goyri, V. M. (2013). Reflexiones sobre la dignidad humana en la actualidad. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, XLV(135), 39-27.
 8. Delgado Salazar, R. (2001). Comida y cultura: identidad y significado en el mundo Contemporáneo. *Estudios de Asia y África*, XXXVI(1), 83-108.
 9. Druml, C., Ballmer, P E., Druml, W, Oehmichen, F, Shenkin, A., Singer, P, Soeters, P, Weimann, A. y Bischoff, S. C. (2016). ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clinical Nutrition*, 35(3), 545 - 556. doi: 10.1016/j.clnu.2016.02.006
 10. Foucault, M. (2010). *Obras esenciales*. Madrid: Paidós.
 11. Foucault, M. (2012). *El poder, una bestia magnífica. Sobre el poder, la prisión y la vida*, Siglo XXI: Buenos Aires.
 12. Foucault, M. (2014). *Defender la sociedad*. México: FCE.
 13. Garcés Ceresuela, M. (2008). *Nutrición e hidratación en situaciones críticas. Estudios descriptivos en pacientes hospitalizados*. Cataluña: Fundación Bioética, Universitat Internacional de Catalunya.
 14. García-Guerrero, J. (2013). La huelga de hambre en el ámbito penitenciario: aspectos éticos, deontológicos y legales. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*, (15), 8-15.
 15. González Moran, L. (2006). *De la bioética... al bioderecho. Libertad, vida y muerte*. España: Universidad Pontificia de Comillas, Dykinson S. L.
 16. Jiménez Garrote, J. L. (2006). Los fundamentos de la dignidad humana. *Revista Bioética*, I (6), 18-21.
 17. Konrad, M. S. (2020). En defensa del paternalismo médico: potenciar al máximo la autonomía de los pacientes. *Ars Medica. Revista de Humanidades*, (2), 151-165.
 18. Laín Entralgo, P. (1970). *La medicina hipocrática*. Madrid: Revista Occidente.
 19. Lama More, R. A. (2010). Nutrición enteral. En Junta Directiva de la SEGHN (Coords.), *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Pediatría* (pp. 385 - 391). Madrid: SEGHN - AEP.
 20. López Rodrigo, F. N. y Taboada, P. (Eds). (2015). *Manual de Medicina Paliativa*, Santiago: Facultad de Medicina Pontificia, Universidad Católica de Chile.
 21. Mbembe, A. (2011). *Necropolítica seguido de Sobre el gobierno privado indirecto*. España: Editorial Melusina.
 22. Mendiola Gonzalo, I. (2009). La bio(tanato)política moderna y la producción de disponibilidad. En I. Mendiola (Ed), *Rastros y rostros de la biopolítica* (pp. 33-71). Barcelona: Anthropos.
 23. Olivarius, L. (2014). Hunger Strikes As Legitimate Protest. Recuperado de http://www.newleftproject.org/index.php/site/article_comments/hunger_strikes_as_legitimate_protest
 24. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2018). Cuidados paliativos. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

25. Pastor García, L. M. (2006). ¿Qué significado hay que dar al término «calidad de vida» en bioética? *Cuadernos de Bioética*, XVII(3), 401-409.
26. Precht Pizarro, J. y Faundes Peñafiel, J. J. (2013). Legitimidad de la huelga de hambre, Un debate sobre el derecho a la vida y la dignidad humana. *Estudios Constitucionales*, (2), 333 - 368.
27. Rodríguez Soriano, R. (2018). Reflections on the Need for Hierarchies in Bioethical Principlism. *Revista Ciencias de la Salud*, 16(1), 155-170.
28. Twycross, R. (2000). Medicina Paliativa: filosofía y consideraciones éticas. *Acta Bioethica*, VI(1), 29-46.