

Medicina desiderativa y salud pública

Enhancement medicine and public health

Dr. Miguel Kottow Lang¹

Resumen

Los avances de la biomedicina, ante todo de la genética, la medicina reproductiva y las neurociencias, han abierto las posibilidades y las apetencias por realzar características del organismo humano, más allá de lo considerado normal para la especie humana, ya sea desafiando los procesos aleatorios de la biología o programando "mejoras" o "perfeccionamientos" de características biológicas como agudeza visual, talla, sexo, longevidad, conductas, hasta hacer posible la generación de nuevos atributos antropológicos modificatorios de la especie humana: cyborgs, transhumanos, extrahumanos.

Hay consenso general, aunque no unánime, que todas estas prácticas únicamente deberán estar disponibles para decisiones individuales y quedar definitivamente proscritas de toda utilización en el ámbito público o con fines políticos. Habiendo inspirado abundantes polémicas a nivel filosófico, antropológico, teológico y sociológico que han debatido sobre la legitimidad de decisiones individuales en este ámbito, queda pendiente el análisis de los efectos poblacionales que puedan provenir de decisiones individuales de realce biológico irreversible.

La salud pública estudia a individuos y grupos humanos a fin de alcanzar generalizaciones cognitivas y programáticas para la salud poblacional. Del mismo modo, deberá analizar decisiones personales de medicina desiderativa, a fin de anticipar y eventualmente regular los efectos cumulativos que tenderán a diseminarse hasta afectar el pool genético, desestabilizar distribuciones demográficas, o modificar rasgos conductuales. La salud pública ha de mantenerse alerta ante estos posibles efectos generales que pudiesen llegar a requerir medidas de protección al bien social frente a consecuencias aún insuficientemente exploradas.

Palabras clave: Biotecnología, eugenesia, medicina desiderativa, salud pública.

Abstract

Biomedical progress in genetics, reproductive medicine and the neurosciences, have made it possible and tempting to modify biological characteristics of the human organism, beyond what is considered normal for the species, interfering with random biological processes, or selecting, improving and perfecting such traits as visual acuity, height, sex longevity, even programming behavior. It is anticipated, and feared by some, that irreversible biological modifications might modify anthropological attributes and eventually lead to the creation of cyborgs, transhumans, and extrahumans.

There is general, though not unanimous, agreement that such practices might only be available to individuals, and that they should definitely be barred from ever being used in the public realm or for political ends. Even so, the issue has led to polemical discussions by philosophers, theologians, anthropologists and sociologists who have debated on the legitimacy of individual decisions, but failed to analyze possible cumulative consequences that singular irreversible biological modifications might exert at the population level.

Public health usually studies individuals and groups in order to gain knowledge, suggest policies and develop programs at the general population level. In a similar vein, it should study and possibly anticipate regulating singular enhancement decisions that eventually will become more widespread, affecting the genetic pool, modifying behavior patterns, or destabilizing demographic distributions through the cumulative effect of individual decisions. Public health should remain alert to the possible general effects of individually chosen enhancement procedures and be aware that at some point regulative measures might be called for in protection of the common weal.

Key Words: Biotechnology, eugenics, enhancement in medicine, public health.

Recibido el 10 de Agosto de 2009. Aceptado el 27 de Agosto de 2009.

1 Doctor en Medicina, Magíster en Sociología. Profesor Titular Universidad de Chile, Académico Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, U. de Chile. Correspondencia a: mkottow@gmail.com

MEDICINA DESIDERATIVA Y SALUD PÚBLICA: UNA REFLEXIÓN BIOÉTICA

Introducción

La salud pública ha debido soportar críticas de ser “una herramienta de ingeniería social y de limitación de la libertad individual”, al cultivar un sesgo positivista que la vuelve indiferente al llamado de ser una “ciencia descriptiva de epidemiología social empeñada en crear los fundamentos de una moralidad”. En fidelidad al pensamiento de Durkheim, debería “la salud pública explícitamente vincular la preocupación por justicia con los conceptos de lo normal y lo patológico” (1). La “prevalente dicotomía de la medicina –y sus campos asociados incluyendo la (bio)ética- en aspectos de medicina clínica y de salud pública, es errónea, ineficiente y obsoleta, si no poco ética... La visión binaria [de salud individual versus salud poblacional], que parece prevalecer en la mayor parte de las políticas públicas sanitarias, no logra hacer uso de la riqueza de informaciones e interpretaciones que provienen de una mirada más amplia de salud a lo largo del transcurso vital (i) del individuo dentro del colectivo, y (ii) del colectivo de individuos que interactúan.” (2). La tensión entre epidemiología como ciencia social y el “Reduccionismo geneticista” con que pudiera amenazarnos la naciente epidemiología molecular, es un ejemplo de factores genéticos y su manipulación que son descontextualizados y no ven más allá de la interacción genética individual. El discursos sobre riesgos, asimismo, tiende a centrarse en procesos de causa/efecto que llevan a considerar cómo el “factor de riesgo sería la característica individual de las personas que les *asocia* a las mismas a sufrir un proceso cualquiera.”(3). La emergencia de una nueva ciencia denominada farmacogenómica ilustra el afán de determinar genéticamente la farmacodinamia personal a fin de individualizar las terapias medicamentosas (4). En suma, se detecta una “nueva salud pública” que margina la tradicional preocupación por la higiene pública, concentrando su “atención sobre la conducta y la apariencia del cuerpo individual”. Tratar el cuerpo como un proyecto implica abrirlo a la reconstrucción de acuerdo a los diseños de su dueño haciendo posible, en efecto, la reconstitución de sí mismo de acuerdo a deseos individuales.” (5)

Esta tendencia individualista se exagera desde que la biomedicina² ofrece manipulaciones genéticas, técnicas de reproducción asistida, incrementos funcionales y prolongación de la vida más allá de lo convencional, intervenciones todas incentivadas por intereses y deseos particulares que no permiten distinguir metas terapéuticas de afanes meliorativos³ y perfectivos de la biología humana. Las posibilidades y promesas de realce sugeridas por la biotecnología, y en particular por la biomedicina, vienen ocupando progresivamente más espacio en la literatura bioética y se han labrado una creciente presencia en el imaginario social. No obstante, la reflexión se dirige en lo fundamental a la perspectiva individual y discurre sobre los grados de autonomía permisibles en decisiones que podrán producir modificaciones substanciales en las personas y en sus descendientes directos. Ha sido mínimo, en cambio, el debate al interior de la salud pública, tanto en lo referente a las posibles consecuencias que se ciernen sobre la salud poblacional, como en relación a eventuales estrategias normativas que la salud pública pudiese o debiese desarrollar en este ámbito, más allá de esbozar alarmantes escenarios futuros cuya falta de fundamentación resta legitimidad a las limitaciones, moratorias y prohibiciones propuestas y, en parte, impuestas.

Mimesis y poiesis

Los logros técnicos eran escasamente celebrados en la Antigüedad, por cuanto se limitaban a diseñar herramientas y procedimientos que remedaban –*mimesis*- fenómenos naturales sin mayor creatividad, cumpliendo funciones anclares que no eran riesgosas ni temibles. Con el advenimiento de la Modernidad, comienza un desarrollo expansivo que modifica fenómenos naturales y crea realidades artificiales –*poiesis*-, desencadenando energías potentes pero también de riesgo. Admiración y sospecha acompañan el despliegue tecnocientífico y generan dos actitudes básicas: de escepticismo, rechazo y visiones catastróficas en los más conservadores, de admiración, celebración y promesas utópicas en los tecnófilos. De

2 Hay intervenciones perfectivas que son biológicas pero no estrictamente médicas (la selección embrionaria del género, o la programación genéticas de rasgos morfológicos, intelectuales o conductuales), que son designadas como biomédicas.

3 Término utilizado por Hans Jonas para criticar el afán de programar mejoras en la biología humana.

hecho, los optimismos terapéuticos continúan inmersos en las incertidumbres de la investigación, mientras críticas y objeciones se alimentan de visiones apocalípticas infundadas; pero este escenario polémico y polarizado se va modificando a medida que la tecnociencia anuncia logros y reconoce fracasos.

Inspirados en estas apreciaciones de la tecnociencia, emergen dos grandes ejes que delimitan la ponderación [bio]ética sobre el quehacer biotecnológico en general, el biomédico en particular: el enfrentamiento entre *natura* y *cultura*, entre lo artificial y lo natural, por un lado, y la distinción entre biomedicina terapéutica frente a su variante desiderativa o de realce, elaborando discursos vigorosos aun cuando no recurren a posiciones extremas de condena o exaltación de la razón pragmática. La denuncia resume su postura señalando que el ser humano no es la medida de todas las cosas, que la naturaleza es un proceso dinámico, que obedece a un sentido evolutivo que ha de ser respetado –*natura naturans*– (6), en vez de considerarla un escenario neutro y estático, dado al ser humano para desplegar todas sus capacidades de interferencia y dominación –*natura naturata*– (7)⁴. La naturaleza como valor ontológico en sí tiende a vincularse con una visión teológica que acepta una trascendencia creadora y limita al ser humano a ser creatura y no procreador. La visión opuesta estima que el ser humano, al disponer de potencialidades que le permiten someter todo proceso natural a sus designios, queda inmune a limitaciones o prohibiciones en su actuar.

La discriminación de valores entre naturaleza y artificio se desploma en su propia contradicción. El ser humano diseña desde siempre herramientas para enfrentar los desafíos de la naturaleza y someter procesos naturales a control artificial: en la agricultura, en lo energético, en la medicina. Ha sido un triunfo celebrado por todos que la medicina logre prevenir, curar o paliar muchos de los sufrimientos y estragos causados por enfermedades, reduciendo en gran medida la polémica sobre el respeto que el artificio debe a la naturaleza.

Más complejo y más atingente al tema aquí planteado es la dicotomía entre terapia y realce. El discurso tradicional de la medicina reconoce estados mórbidos –enfermedades-, indeseables por el sufrimiento y la potencial letalidad que conllevan, frente a los cuales son válidos y aceptados los esfuerzos desplegados por modificar los procesos patológicos, volverlos inocuos y evitarlos mediante los recursos de la medicina preventiva. En ese sentido la medicina es restaurativa (8), dedicada a devolver al enfermo su estado saludable, en tanto la salud pública se ocupa de reforzar la salud y otorgarle resistencia contra los embates de las enfermedades.

La intervención biomédica está dejando de ser estrictamente terapéutica o restaurativa del estado de salud entendido, al menos, como ausencia de enfermedad a despecho de la definición reconocidamente política de la OMS. El consultante tradicional es el enfermo, vuelto paciente al presentar su malestar al médico en el encuentro clínico, mas ahora es un cliente o usuario que viene a adquirir servicios de un prestador. En salud pública se produce, asimismo, una erosión de los límites entre enfermedad a prevenir y salud a promover, en programas que no distinguen entre causas patogénicas por un lado, y preferencias culturales donde se mezcla lo saludable con lo deseable, por el otro. Las propuestas y decisiones de la medicina desiderativa o de realce⁵ –también llamada meliorativa o perfectiva– tienen efectos que sobrepasan el ámbito personal y deben ser ponderadas en sus consecuencias poblacionales, lo cual es aquí analizado en cuatro aspectos, sin en absoluto pretender abarcar toda esta compleja temática: eugenesia genética, eugenesia reproductiva, intervenciones de realce organísmico, y modificaciones conductuales.

Eugenesia genética

No obstante el abandono del concepto monogénico como determinante de rasgos biológicos o alteraciones patológicas, así como el reconocimiento de factores celulares extranucleares y de complejas influencias

4 B. Spinoza distinguía la naturaleza creadora y por tanto dotada de atributos divinos (*natura naturans*), de la naturaleza creada, carente de valores propios (*natura naturata*), distinción que reaparece en la ética ecológica profunda al apreciar la naturaleza como realidad propia, valiosa y digna de respeto, a diferencia de la ecoética antropocéntrica que entiende la naturaleza como materia disponible para los designios instrumentales del ser humano.

5 El término medicina de realce, aunque inhabitual, traduce en forma fiel la aceptada nomenclatura anglohablante de “enhancement medicine”, designación que se ha establecido y que indica claramente que muchos realces son desiderativos –productos del deseo–, sin ser meliorativos o perfectivos (selección de embriones con gen de la sordera por padres sordomudos para supuestamente realzar la integración cultural de estos niños).

intergenéticas y epigenéticas, continúa la búsqueda de intervenciones enfocadas a la modificación programada de determinados genes o de sus componentes moleculares. En base a este optimismo, son sobrepasadas las metas terapéuticas que buscan eliminar o neutralizar genes deletéreos, dando paso y aun prioridad a intervenciones genéticas que responden a necesidades particulares y deseos precisos de los individuos, de modo que todo realce del genoma sea producto de decisión singular y autónoma, es decir, de consecuencias presuntamente restringidas al ámbito del solicitante y realizado según su decisión libre de toda influencia externa. Queda desatendido que toda mutación, espontánea o artificial ingresa al pool genético humano, generando efectos cumulativos que posiblemente alberguen mutaciones generalizadas que la salud pública ha de entender como un *modelo epidémico vertical* (9). A diferencia de la diseminación epidémica horizontal que se extiende geográficamente, la transmisión genética vertical se refiere a la perpetuación transgeneracional masiva de un gen mutante.

Los más entusiastas defensores de una eugenesia genética liberal reconocen que si las decisiones singulares tienden a privilegiar un determinado rasgo, por ejemplo longevidad, terminarán por producir inestabilidades sociales potencialmente conflictivas, haciendo necesaria la intervención de una normativa pública (10). El fundamento ético de una permisión individual que revierte en regulación cuando hay riesgo de efectos poblacionales deletéreos es débil, ya que discriminaría a favor de los que primeramente tomaron la decisión. Para evitar estos efectos, se necesitará regulaciones que limiten desde un comienzo las decisiones genéticas individuales con posible efecto poblacional, haciendo primar un consecuencialismo de regla –normas- frente a un utilitarismo de acto –decisiones autónomas- (11). Temprano o tarde, el liberalismo individual debe ceder a una regulación pública cuando la estabilidad poblacional pudiese estar amenazada.

Eugenesia reproductiva

A diferencia de su forma genética, la eugenesia reproductiva es de aplicación postconcepcional, ya sea por selección de cigotos, pre-embriones o embriones antes de la nidación, o provocando el aborto del embarazo constituido, lo cual desencadena discrepancias morales

profundas e insolubles. Desde la perspectiva de la salud pública, se presentan dos dilemas en relación a la selección de embriones tanto por motivos no médicos, como para evitar la gestación de seres humanos con deficiencias orgánicas.

La selección personal de embriones se practica actualmente en relación al sexo preferido, lo cual ha de distinguirse de la selección de género médicamente justificada por razones de patología génica ligada al cromosoma X. La actitud liberal en la selección preferencial es de apoyo a la decisión autónoma individual, pero se reproduce la ya señalada cautela si las preferencias se inclinan en forma marcada por uno u otro sexo, anticipando una inestabilidad social en la distribución de los géneros que obligaría a prohibir o regular la libre elección cuando ello pudiese atentar contra el bien común. Al igual que en la eugenesia génica, los criterios de la salud pública tendrán que morigerar el liberalismo personal a fin de resguardar el bien común.

Más compleja es la reflexión de la salud pública cuando se argumenta a favor de la libertad de impedir la reproducción de seres humanos con deficiencias, que unos ven como necesaria para no generar vidas de difícil desarrollo, en tanto los opositores reclaman que los eventuales obstáculos de adaptación son desafíos que los afectados aceptan por cuanto afirman no sufrir desmedros en su calidad de vida. La discriminación subjetiva y social que acompaña a las personas tildadas de minusválidas o discapacitadas debe ser reemplazada por programas sociales y actitudes cívicas destinadas a eliminar el estigma de la discapacidad (12). La salud pública se encuentra en tensión entre la propuesta eugenésica de emprender modificaciones genéticas y selecciones postconcepcionales, contrastada con la compleja postura que requiere de la sociedad dar a todo ser humano el apoyo necesario para ejercer un empoderamiento ecuánime en el desarrollo de su existencia y para la inserción participativa en la vida ciudadana. Frente a la liberalidad eugenésica deberá propender a eventuales regulaciones a fin de evitar decisiones personales cuyo efecto acumulativo pudiese ser deletéreo para un desarrollo ecuánime de la sociedad, y provocar desestabilizaciones en la adaptación poblacional.

Intervenciones de realce orgánico

Nomenclatura y definiciones en este territorio son vagas y provisionales, como lo es la caracterización de realce como "mejoramiento en ausencia de necesidad médica" (13), susceptibles de mayor precisión a medida que la reflexión en esta área se vuelve más substantiva. Baste señalar el pantanoso territorio en que se mueve el concepto de salud, del cual al menos históricamente se puede decir que se refiere a una idea de completitud, pureza, firmeza, sacralidad, en fin, un estado ideal pero también final, al que se aspira (14).

La medicina se apronta a interferir no solo en procesos mórbidos, sino a influir también con la biología normal, modificando funciones y predisposiciones hacia metas que eufemísticamente se vienen denominando "de cuidado de la salud" (15). Lo que trasunta es una perfección o exacerbación fisiológica que rompe los moldes de la normalidad estadística de la especie humana: visión supernormal, embarazos postmenopáusicos, extensa prolongación de expectativas de vida y predicciones de una eventual inmortalidad, modificaciones genéticas que crean una nueva realidad biológica post-antropológica: cyborgs, transhumanos (16). Una zona gris ocupa la cirugía estética no reparadora, cuyas indicaciones se fundamentan en necesidades sociales –alcanzar un aspecto juvenil competitivo–, o psicológicas –fortalecer la autoestima y la estabilidad emocional–. El tema es controvertido no solo porque compromete la diferencia entre restauración y perfeccionamiento, sino también por cuanto atañe a la discriminación social y económica en el acceso y la prioridad de asignación de recursos (17).

El quehacer tradicional de la medicina terapéutica se erosiona cuando pierde su meta de recuperar, hasta donde es posible, el estado de salud premórbido. En la medicina del deseo, la salud no es el fin del acto terapéutico sino el comienzo de uno desiderativo. La ya muy cuestionada y frágil definición de salud se dispone a describir lo que es meta para unos, punto de partida para otros. La normalización del organismo humano anhelada por el enfermo y solicitada a la medicina, comienza a competir por la atención del médico, tentándolo a aplicar sus recursos materiales para abandonar la normalidad en busca de metas idiosincrásicas. Ni siquiera sobrevive la tan respetable propuesta de G. Canguilhem, quien define al ser humano sano como aquel que tiene la

flexibilidad normativa de enfrentar las "indecisiones" de su entorno mediante el desarrollo de normas biológicas que exceden las habituales (18). Si salud es la competencia de reformular y mejorar las respuestas fisiológicas frente a nuevas condiciones del entorno, parecería ser saludable recurrir a creaciones biomédicas que amplían la funcionalidad del organismo. Sin embargo, la legitimidad biológica de una nueva normativa fisiológica está dada por ser una respuesta adaptativa a requerimientos del medio ambiente y no, como ahora ofrece la medicina, un realce orgánico –de cuerpo y psiquis– ajeno a las necesidades de adaptación, eventualmente incluso deletéreo al equilibrio poblacional.

Se intenta resolver estas inquietudes desestimando la distinción entre terapia y realce, pero los argumentos no son convincentes. Primero, se señala que la terapia puede ser condición necesaria pero no es suficiente para intervenir, pues la escasez de recursos siempre obligará a postergar ciertas condiciones patológicas; segundo, hay tratamientos médicos validados para condiciones orgánicas que no constituyen enfermedad, como es el caso del aborto procurado por razones no médicas o, del mismo modo, el rechazo del aborto aunque existan razones médicas que lo recomiendan. En ambas situaciones, por omisión o comisión, la medicina es invocada para paliar una condición del organismo que produce sufrimiento sin ser unívocamente caracterizada como patológica.

La salud pública no puede ejercer sus funciones de promoción y prevención si no distingue claramente el campo de la enfermedad, amenazante o declarada, de la salud como la capacidad de resistir y reducir el riesgo de enfermar. Sus propuestas sanitarias no actúan por solicitud y encargo de un enfermo, sino en virtud de una obligación pública de proteger a la ciudadanía para alcanzar un objetivo de ecuanimidad que ha sido diversamente definido: como la normalidad funcional que asegure igualdad de oportunidades o como empoderamiento en un marco de justicia social. La salud pública procura proveer los resguardos sanitarios requeridos para que todos los ciudadanos estén igualmente libres de desventajas por enfermedad, lo cual requiere definir cuáles sean estas desventajas.

No pudiendo soslayar la identificación de las condiciones patológicas del ser humano que requieren políticas

públicas protectoras y terapéuticas, la salud pública se encuentra atezada entre dos requerimientos: no puede, por de pronto, fomentar políticas de medicina de realce que la pondrían en un terreno impropio a sus tareas fundamentales, mas debe, por otra parte, deliberar sobre esta nueva medicina en virtud de sus consecuencias poblacionales. Si la medicina de realce es practicada por iniciativa individual, se produce desde su inicio un sesgo a favor de quienes tienen acceso a estos servicios sofisticados y de alto costo, lo cual produciría una desigualdad poblacional de base biológica con serias repercusiones antropológicas y sociales. Si, por otro lado, se generaliza el recurso a los métodos de realce, se podrá llegar a desestabilizaciones sociales de género, de etnias o de algún atributo de prevalencia masiva indeseable –competitividad, agresividad, insensibilidad–, lo cual compromete a la salud pública a proponer regulaciones al acceso en nombre de requerimientos públicos. G. Annas, llama la atención sobre los peligros de la genética de realce señalando que si “no actuamos en la escala de la especie, el genismo superará al racismo como la enfermedad más destructiva del planeta.” (19). En una publicación reciente surge la pregunta acaso sea “éticamente deseable mejorar lo más posible la especie humana.” (20).

Modificaciones conductuales

Desde diversos flancos emergen iniciativas enfocadas a modificar padrones conductuales en seres humanos, que varían desde intervenir en genes supuestamente moduladores de comportamientos y tendencias, hasta el desarrollo de intervenciones neurocientíficas para producir transformaciones orgánicas que orienten el comportamiento de las personas en determinadas formas como, por ejemplo, desarrollar aptitudes soldadescas, influir en el desarrollo de niños en quienes sería posible detectar precozmente inclinaciones homosexuales o socialmente disruptivas (21). Todas estas iniciativas pretenden fundamentarse en convencimientos débilmente fundados sobre lo que es saludable para la sociedad, invocando supuestas certezas de poder actuar eficazmente sobre los individuos en prosecución del bien común, aun cuando sea en detrimento individual. Desde una visión bioética de la salud pública, se requiere una deliberación acabada sobre estos desarrollos, dado su potencial para modificar las estructuras sociales y servir intereses que instrumentalizan a la sociedad en

función de intereses pragmáticos de orden grupal. Las instituciones militares de EE.UU. están entre los principales promotores de la investigación en neurociencias y sus aplicaciones, interesadas en programar ciertas actitudes de insensibilidad ante acciones de guerra en “luchadores bélicos”, eufemismo utilizado para designar a los soldados (22).

Discusión

Enconadas disputas ocurren entre quienes niegan al ser humano el derecho a traspasar ciertos límites de intervención en procesos naturales por temor a consecuencias sociales y antropológicas irreversibles, y otros que celebran la expansión tecnocientífica por sus logros terapéuticos, aduciendo que investigar en modificaciones biológicas es un fructífero camino para eliminar enfermedades hereditarias, haciendo éticamente reprochable toda oposición o proscripción derivadas de la preocupación por un predominio de aplicaciones no médicas en tanto que las expectativas terapéuticas quedan incumplidas.

Las decisiones biotecnológicas individuales que alteran tendencias poblacionales al pretender sobrepasar parámetros considerados normales y específicos a la especie humana, deben ser observadas por la salud pública y eventualmente reguladas si el efecto colectivo es considerado negativo para el bien común. La generalización de observaciones singulares es método habitual en salud pública, ya que “los estudios epidemiológicos se constituyen mediante mediciones de eventos específicos (reflejados en supuestos causales singulares) desde los cuales son inferidos los supuestos causales generales (causalidades de nivel tipo).” (23). El método inductivo de observar instancias singulares para derivar normas generales deberá también ser empleado por la salud pública al analizar la evolución de la medicina del deseo.

En apoyo de las técnicas de ingeniería genética, se argumenta que el ser humano practica la selección agropecuaria mediante programación reproductiva desde los albores de la civilización, desarrollando y domesticando especies vegetales y animales para obtener ventajas de resistencia y productividad. Estas transformaciones, sean producidas por selección programada o por manipulación genética, dan acabado testimonio que las decisiones

reproductivas individuales terminan por generar nuevas especies, y que estos procesos se han realizado con fines claramente utilitarios. Indudablemente, las características morfológicas de la especie humana se van modificando por influencias socioeconómicas y culturales –hábitos alimenticios-, pero se trata de cambios cuantitativos, no cualitativos, que no alteran la antropología de la especie *homo sapiens*. Cuando se programa transformar la biología en tal magnitud o en forma tan novedosa, que son rebasadas las características antropológicas del ser humano, se genera una especie nueva o, al menos, una raza diferente dentro de la especie, cuyo potencial discriminatorio ha sido realidad histórica en más de una ocasión. La modificación genética personalizada en seres humanos lleva en sí el riesgo de llegar a tener efectos generales no siempre deseables, incentivados por intereses utilitaristas particulares, con el riesgo de “crear nuevas castas de individuos” (20).

Notorio es que la polémica ha sido llevada con especial fervor a nivel filosófico, ético, teológico y antropológico, es decir, por disciplinas empeñadas en dotar sus argumentos de validez general, reconociendo que la investigación biomédica y los adelantos terapéuticos nacen de observaciones en pequeños grupos para luego integrarse al conocimiento médico general. “El debate moral en torno a la biotecnología nos muestra que el juicio moral depende, en última instancia, de los deseos humanos naturales y de la naturaleza biológica.” (24). Aunque discutible, esta afirmación ratifica que la reflexión sobre biotecnología se ha de valer de generalizaciones por cuanto atañe a toda la sociedad humana, no sólo a los actualmente visibles protagonistas (25).

En la “nueva salud pública” hay un fuerte énfasis en autoresponsabilidad al ponderar riesgos y beneficios de estilos de vida individuales, en una convergencia con un giro de la medicina clínica que asimismo se concentra en riesgos, predisposiciones y un afán predictivo. En bioética se ha detectado la tendencia a adoptar “una nueva tarea de proteger al paciente de la medicina misma” (26). Todos estos enfoques apuntan a la importancia que para la salud pública tiene lo que ocurre a nivel individual, y al reconocimiento que la medicina tiene un potencial de provocar efectos negativos que afectan tanto a los individuos como a la salud poblacional, lo cual se aplica *mutatis mutandis* a la medicina de realce desiderativo.

El rol de la salud pública continúa siendo la elaboración de estrategias que robustezcan la adaptación de poblaciones humanas a su medio ambiente, fomentando modos de vida saludables resistentes a enfermedades, o modificando el medio ambiente para volverle más propicio al desenvolvimiento de la especie humana, tareas que podrán verse entorpecidas por decisiones individuales que modifican constantes biológicas y antropológicas cuya incidencia podría debilitar la salud poblacional (27). En la actualidad, la mayor desazón de la salud pública se refiere a los riesgos de instaurar políticas eugenésicas, que son universalmente repudiadas. El otro impacto de la medicina del realce consistente en la consolidación biológica de ventajas económicas y de acceso, es visto con mayor benevolencia, considerando que si no hay francos daños para los menos aventajados, “no se vislumbra la necesidad que las políticas públicas impidan a los individuos acceder a las ventajas [de las intervenciones de realce], aun cuando este acceso no esté disponible para todos.” (28). Una opinión que obviamente requiere ser matizada según el contexto social pertinente.

Al restringir su participación en el debate, la salud pública se deja llevar por una miopía más que teórica, pues desconoce que inevitablemente tendrá que orientar su quehacer para enfrentar las consecuencias poblacionales de lo que ahora parece ser una inofensiva oferta biocientífica disponible para la prosperidad de empresas pioneras y el *divertimento* de algunas autonomías privilegiadas.

Referencias

1. Dew K. *Public health and the cult of humanity: a neglected Durkheimian concept. Sociology of Health and Disease* 2007; 29: 100-114.
2. Arah OE. *On the relationship between individual and population health. Med Health Care and Philosophy* 2009; 12:235-244.
3. Breilh J. *Epidemiología crítica. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2003.*
4. Tribut O, Lessard Y, Reymann J-M, Allain H, Bentué-Ferrer D. *Pharmacogenomics. MedSciMonit* 2002; 8:RA152-163.
5. Petersen A. & Lupton D. *The new public health. London, Sage Publications 2000.*
6. Kass LR. *Biotechnology and our human future. En Sutton S.D. (ed.): Biotechnology. Albany, State University of New York, 2009: 9-29*

7. Bailey R. Who's afraid of posthumanity? En Sutton S.D. (ed.): *Biotechnology*. Albany, State University of New York, 2009: 32-66.
8. Gadamer H-G. *The enigma of health*. Stanford, Stanford University Press 1996.
9. Buchanan A, Brock DW, Daniels N, & Wikler D. *From chance to choice*, Cambridge, Cambridge University Press 2006.
10. Harris J. & Holm S. *The future of human reproduction*. Oxford/New York, Oxford University Press 1998.
11. Beauchamp TL & Childress J. *Principles of biomedical ethics*. 5a. ed. Oxford/New York, Oxford University Press 2001.
12. Koch T. *Disability and difference: balancing social and physical constructions*. *Journal of Medical Ethics* 2001; 27:370-376.
13. Lipsman N., Zener R, Bernstein M. *Personal identity, enhancement and neurosurgery: A qualitative study in applied neuroethics*. *Bioethics* 2009; 23:375-383.
14. Almeida Filho N. *Qual o sentido do termo saúde?* *Cad. Saúde Pública* 2000; 16: 300-301.
15. Mori M. *The twilight of "medicine" and the dawn of "health care"*. *Reflections on bioethics at the turn of the millennium*. *Journal of Medicine and Philosophy* 2000; 25:723-744 (741).
16. Haraway D. *Simians, Cyborgs and Women. The reinvention of nature*. New York, Routledge 1991.
17. Bota AA. *El impacto de la biotecnología en América Latina. Espacios de participación social*. *Acta Bioethica* 2003; IX: 21-38.
18. Canguilhem G. *Lo normal y lo patológico*. México, D.F., Siglo Veintiuno 1986.
19. Annas GJ. *Genismo, racismo y la perspectiva de un genocidio genético*. En Bindé J. (Director): *Hacia dónde se dirigen los valores?* México, D.F., Fondo de Cultura Económica, 2006: 333-338.
20. Antoine J-L. *Genoma y bioética: una visión holística de cómo vamos hacia el mundo feliz que nos prometen las biociencias*. *Acta Bioethica* 2004; X: 131-141.
21. Bennet KJ, Lipman EL, Racine Y, Offord DR. *Annotation: Do measures of externalising behavior in normal populations predict later outcome?: Implications for targeted interventions to prevent conduct disorder*. *J. Child Psychol. Psychiat.* 1998; 29: 1059-1070.
22. Alpert S. *Neuroethics and nanoethics: Do we risk ethical myopia?* *Neuroethics* 2008; 1: 55-68.
23. Ward A. *Causal criteria and the problem of complex causation*. *Medicine, Philosophy and Health Care* 2009; 12: 333-343.
24. Arnhart L. *The Bible and technology*. En Sutton S.D. (ed.): *Biotechnology*. Albany, State University of New York, 2009: 123-157.
25. Rodríguez E. *Terapia génica y principios éticos*. *Acta Bioethica* 2003; IX: 69-79.
26. Armstrong D. *Embodiment and ethics: constructing medicine's two bodies*. En DeVries R, Turner L, Orfali K & Bosk CL. *The view from here*. Malden/Oxford, Blackwell 2007: 194-2008.
27. Beaglehole R. & Bonita R. *Reinvigorating public health*. *The Lancet* 2000; 356: 787-788.
28. Ver Ref. 9, pág. 320-321.