

**Filosofía contemporánea**

Lenguaje, mente  
y moralidad

Ensayos en homenaje  
a Mark Platts

---

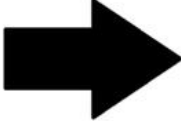
**Gustavo Ortiz Millán  
y Juan Antonio Cruz Parcero**  
(compiladores)



## ÍNDICE

Prólogo .....	5
GUILLERMO HURTADO, Mark Platts: moral, ironía y verdad.....	11
BARRY STROUD, Sendas del significado y del conocimiento de las realidades morales.....	17
RALPH WALKER, Platts sobre Kant y Mandeville.....	35
JORGE L. GARDEA PICHARDO, Problemas de atribución de responsabilidad: desconsideración, negligencia e ignorancia .....	55
GUSTAVO ORTIZ MILLÁN, Dirección equivocada. Problemas del concepto de dirección de adecuación...	79
CARLOS PEREDA, El holismo como un correctivo práctico.....	113
JAMES GRIFFIN, La igualdad como fundamento de la ética.....	135
RODOLFO VÁZQUEZ, ¿Inflación o deflación de derechos?	151
JUAN ANTONIO CRUZ PARCERO, El debate sobre el abuso del concepto de derechos humanos .....	165
LARRY LAUDAN, ¿Convergencia o divergencia en la evolución de los derechos (penales)? Estudio de un caso de las múltiples incoherencias de la presunción de inocencia .....	187

## ÍNDICE

	SAMUEL PONCE DE LEÓN, La enfermedad como parábola .....	209
	CARLOS BONFIL, Seropositividad y conductas de riesgo .	217
	LUISA ROSSI, Invasiones bárbaras .....	225
	ARNOLDO KRAUS, Tecnología y medicina .....	237
	ALEJANDRO BRITO, El sida y la propensión a moralizar una enfermedad.....	241
	PAUL SNOWDON, Wittgenstein sobre el seguimiento de reglas: algunos temas y algunas reacciones .....	253
	JIM HOPKINS, Neurociencia kantiana e interpretación radical: <i>Sendas del significado</i> en el cerebro bayesiano...	281
	OLBETH HANSBERG, Razones emocionales.....	331
	MARK PLATTS, Reflexiones y réplicas.....	347
	a) Guillermo Hurtado sobre filosofías analíticas....	347
	b) Barry Stroud sobre el significado y la trascendencia de los valores .....	351
	c) Ralph Walker sobre una tentativa de alianza dentro de la filosofía moral.....	357
	d) Jorge L. Gardea Pichardo, sobre responsabilidad y modos de actuar.....	364
	e) Gustavo Ortiz Millán y Carlos Pereda sobre la dirección de la mente .....	369
	f) James Griffin sobre la ética de la igualdad .....	377
	g) Juan Antonio Cruz Parceró, Larry Laudan y Rodolfo Vázquez sobre los candidatos a ser derechos humanos .....	382
	h) Carlos Bonfil, Alejandro Brito, Arnoldo Kraus, Samuel Ponce de León y Luisa Rossi sobre sida y ética.....	394
	i) Prolegómenos de Paul Snowdon a Wittgenstein y el seguimiento de reglas .....	411
	j) Jim Hopkins sobre teorías del significado, la mente y el cerebro .....	417
	k) Olbeth Hansberg sobre emociones y razones ....	423

## ÍNDICE

MARK PLATTS, Comentarios finales: vida filosófica . . . . .	429
GUSTAVO ORTIZ MILLÁN Y JUAN ANTONIO CRUZ PARCERO, Entrevista con Mark Platts . . . . .	439
Sobre los autores . . . . .	469
Índice onomástico . . . . .	473

## LA ENFERMEDAD COMO PARÁBOLA

SAMUEL PONCE DE LEÓN

Seguramente a muchos lectores el título de este texto les trae a la mente los títulos de los trabajos de Susan Sontag, *La enfermedad como metáfora* y *El sida y sus metáforas*, pero parábola y metáfora tienen ambientes diferentes. El título actual hace alusión irremediable a un tono de religiosidad, y el porqué está presente lo veremos más adelante.

Una antigua referencia al concepto de la enfermedad y su ocurrencia como castigo divino la encontramos en la parábola de Job, en el Antiguo Testamento. Ahí la enfermedad ocurre por voluntad de dios y del demonio. Desde luego, no sabían entonces lo que Louis Pasteur y Robert Koch publicarían dos o tres mil años después, aproximadamente.

Esta historia comienza en el siglo pasado, hacia la década de los ochenta, que fue el momento de la aparición del sida. En realidad fueron muchas las historias que surgieron de la pandemia del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y aquí, ahora, trataré de narrar algunas que he presenciado. Fue precisamente recorriendo estas historias como conocí a Mark Platts y su destacable interés por la enfermedad, en particular en ese momento por el sida. Fue así como compartimos seminarios, ediciones y conferencias. Destaco que su interés en la enfermedad no era común y menos la atención al VIH. Mi impresión era que los estudiosos de la filosofía veían o ven la enfermedad como un asunto francamente carnal o excesivamente real. Parecería que la bioética —sin duda es equivocación mía— es un mal terreno para disertaciones que buscan un elevado nivel espiritual. El hecho es que Mark se involucró y organizó coloquios y reuniones, elaboró análisis y publicó sus reflexiones.

Me siento honrado por participar en esta publicación de expertos, siendo yo un médico clínico sin más experiencias que



mi trato con los enfermos. Desde luego, este trato gira siempre alrededor de lo central de nuestra existencia, esto es, de nuestra muerte, que casi siempre ocurre por enfermedad, campo de trabajo de la medicina. Resulta entonces que el trabajo médico se desarrolla en torno a la cuestión filosófica central, como implicaba Camus en su reflexión sobre el suicidio.

Entre las múltiples historias de bioética que la enfermedad ofrece, la epidemia de sida es una historia de horror que todavía hoy pervive, pero es simultáneamente la historia de un glorioso triunfo de la ciencia, aunque, por desgracia, estos resultados se han extendido con demasiada lentitud. Hace treinta años los enfermos de sida morían primero sin saber qué pasaba, luego ya se sabía qué pasaba pero no había terapias útiles, y cuando los antirretrovirales fueron apareciendo, los presupuestos limitaron su acceso. Recordemos cómo las instituciones de seguros médicos privados en nuestro país excluyeron unilateralmente de su responsabilidad la nueva enfermedad. Lo mismo hicieron las instituciones públicas, lo que retrasó el ingreso de los tratamientos al país.

Algo de la mayor relevancia en esta epidemia fue el peso que tuvo su forma de transmisión, por contacto sexual, así como la particular eficiencia del contagio en las relaciones homosexuales. La enfermedad era y sigue siendo, en el mundo occidental, casi exclusiva de varones homosexuales, y esta relación se interpretó incluso como un castigo divino. Se justificaba entonces rechazar a los enfermos, maltratarlos, repudiarlos, expulsar a sus hijos de las escuelas, quemar sus casas, despedirlos del trabajo e incluso negarse a atenderlos en consultorios y hospitales. En mi hospital en ese entonces se tuvo que dar la indicación explícita de que no había justificación para negarse a atender a esos enfermos. Lo mismo sucedió en todo el sector salud. Fue por ese entonces cuando conocí a Mark Platts.

La relación entre homosexualidad y VIH/sida sigue siendo predominante y existen razones bien conocidas para ello. Desde luego hay otras vías de transmisión, otras epidemias simultáneas a la provocada por el VIH, pero ninguna ha tenido tanto impacto en todos los ámbitos como la vía de transmisión sexual entre varones.

Para finales de los años ochenta ya se contaba con antirretrovirales de eficacia clínica demostrada, y su uso era ya común en Estados Unidos. Desde temprano en el curso de la epidemia, en aquel país se organizaron grupos inicialmente de ayuda, que pronto evolucionaron para convertirse en poderosos equipos políticos, los cuales exigieron dinero e investigación al gobierno y a la industria, y tuvieron éxito. En nuestro país, en ese momento no había acceso a ningún tratamiento, y tuvo que transcurrir un lapso excesivamente largo hasta que se aprobó su registro. Tuvo que transcurrir otro periodo más para que las instituciones lo distribuyeran. Por fortuna, hoy ya se cuenta con un programa de distribución universal que cubre a quizás la mayoría de quienes lo requieren. Por desgracia, existe un elevado número de infectados, alrededor del treinta por ciento del total, que no saben que necesitan tratamiento.

La situación actual plantea ciertamente dificultades diferentes de las vividas hace treinta años, así que dejaré el relato histórico para exponer algunos problemas de hoy.

A diferencia de lo que sucedía en las décadas de 1960, 1970 y 1980, la mayoría de quienes se han infectado en la primera década de este nuevo siglo conocían la forma de evitar la infección, pero declinaron usarla. Hoy en día el tratamiento es espectacular en su eficacia y tolerancia, dos capsulas al día, y el costo directo de la terapia es cero. Es interesante destacar que el tratamiento del VIH/sida es hoy gratuito y universal, situación inédita que no se repite con otras enfermedades. Es importante subrayar que la eficacia terapéutica es tan grande, que se ha olvidado la desolación de las primeras décadas de la pandemia. Con pavor, entonces, se veía morir a las parejas, a amigos y familiares, que en la enfermedad no tenían opción de tratamiento. En respuesta se desarrolló una conciencia de prevención y el sexo seguro se popularizó. Hoy ya no se tiene esta conciencia. Los jóvenes homosexuales no ven morir a sus compañeros y saben, en cambio, que el tratamiento es gratuito.

Por otra parte, tenemos grupos de enfermos con leucemia, con tumores sólidos, con necesidad de trasplantes, con defectos congénitos, con infecciones como hepatitis C, con alzheimer, etc. Ninguno de estos grupos recibe hoy esta atención

exclusiva. Como en el movimiento del péndulo, después del rechazo y la exclusión, los infectados por VIH son ahora sujetos de una atención privilegiada.

Queda claro que, a diferencia de otras enfermedades, el sida es una nueva epidemia, o lo fue, y su abordaje requirió un enfoque particular. Sin duda, esta situación de atención particular es un triunfo social. También es necesario enfatizar que el programa de tratamiento universal contribuye a contener la transmisión del virus. Sin embargo, subsiste la inquietud por los otros grupos de enfermos que no han contado con gestores, ni se perciben a sí mismos como grupos discriminados. ¿Cómo calificar esta falta de equidad?

En este orden de ideas, permítaseme exponer asimismo el asunto de la subvención del tratamiento por el Estado en caso de una enfermedad prevenible. La pregunta es ¿debería establecerse un copago en los nuevos infectados? No es una crítica moral. Quien hoy practica relaciones sexuales con altísimo riesgo juega una suerte de ruleta rusa que, con frecuencia, termina en infección, la cual ahora es atendida por el Estado, como sucede también con los fumadores, los alcohólicos, los obesos y eventualmente hasta con aquellos grupos que niegan la vacunación a sus hijos. Ciertamente, nuestro sistema de salud es ineficiente, insuficiente, de pobre calidad, redundante y nunca con suficiente presupuesto. Debería ser diferente y recibir un presupuesto cuando menos del doble que el actual. También es cierto que cada uno de nosotros debe tener una participación más responsable. ¿En condiciones de limitaciones económicas es posible evitar la inequidad? ¿Sería justificable el copago en el tratamiento del VIH?

En el centro de cualquier discusión al respecto deberá estar el principio central del cuidado médico, nuestra obligación con el enfermo, como individuo y como población, y de esta forma las acciones y las decisiones tienen que beneficiar a nuestro paciente y a la comunidad. Enunciada de esta forma, la práctica parecería fácil, pero no siempre es así. El primer conflicto se presenta entre el beneficio individual y el colectivo. ¿Cómo justificar un gasto económico enorme en cuidados intensivos para un paciente con una enfermedad crónica en un país con pocos recursos?, ¿se justifica un programa de



acceso universal a antirretrovirales en un imaginario país sin programa nacional de vacunación? ¿Cómo han de establecerse las prioridades?

Hablemos de prioridades: hace apenas unos cuantos años, en el curso de la epidemia de influenza AH1N1 hubo que establecer un esquema de jerarquías para vacunar a la población. Sería muy interesante conocer la opinión de este auditorio respecto de cómo debe jerarquizarse la distribución de las vacunas en el caso de una pandemia. Es interesante saber que las guías internacionales priorizan al sector económico, la policía, el ejército, el personal de salud. El criterio médico sería diferente. Deberíamos hacer un estudio sobre esto. Hace un año se exhibió la película *Contagio*, donde el personaje central trata de poner a salvo a su mujer, conociendo la gravedad del problema, pero contraviniendo la orden de discreción. El asunto me recuerda la declaración de Camus: “entre la justicia y mi madre, escojo a mi madre”. Así de difíciles son algunas cuestiones.

La práctica médica actual es de una complejidad extraordinaria en el ámbito meramente técnico, y ésta se potencia exponencialmente al considerarla en sus dimensiones éticas. Hoy, los centros médicos de nuestro país deberían contar con un servicio de asistencia y asesoría bioética en decisiones simples o complejas que dejen dudas a los médicos sobre el peso de las indicaciones y sus beneficios.

Una historia más, que podría titular como “La parábola del hombre discapacitado que enfermó”, es la siguiente: recientemente se trasplantaron los brazos a un hombre que los perdió por accidente. El éxito técnico fue celebrado mediáticamente y se ha glorificado el asunto. Desde alguna perspectiva, la operación, la intervención médica, puede considerarse un asunto ético escabroso: salvo la limitación de no tener brazos, aquel hombre estaba sano. Sin duda, existían opciones para prótesis, hoy por hoy extraordinarias. Sin embargo, se optó, seguramente con su consentimiento de adulto informado, por implantarle los brazos de un cadáver, y este hombre es a partir de entonces un enfermo inmunosuprimido, sometido a tratamientos costosos y tóxicos, y así lo será el resto de su vida, mientras no rechace los implantes.

Esta historia nos adentra en el concepto de la iatrogenia en sus diversas facetas: eventos adversos, infecciones nosocomiales, reacciones alérgicas, en general complicaciones que ocurren derivadas del proceso de atención médica, tema en el que Mark también se involucró.

La pregunta es y seguirá siendo ¿cómo beneficia esto a mi paciente? Y para resolverla está claro que, con más frecuencia de lo que se supone, requerimos el quehacer de la filosofía. Así es como, en esta reunión, yo sólo puedo contribuir con preguntas, y espero que las parábolas que se derivan de los hombres enfermos sigan siendo analizadas con objetividad laica por los demás participantes.

Termino citando a Mark Platts, precisamente respecto de la necesaria objetividad para el análisis bioético: “Sin embargo, esta disciplina supuestamente orientada a la práctica —desde luego hablando de la bioética— se ha desarrollado dentro de las torres de marfil de la academia.” Esto, continúa la cita,

conlleva peligros obvios: el olvido de su objetivo práctico, la ignorancia pública de su potencial significación humana, e incluso su secuestro a manos de uno u otro de esos pequeños imperios que, como hongos venenosos, parecen pulular en el muy a menudo deprimente ambiente de la vida académica contemporánea.<sup>1</sup>

Adicionalmente reflexiona sobre un asunto crítico en México: el éxito logrado por los moralistas teológicos al imponer que no se reconozca ni siquiera la mera posibilidad de un pensamiento ético no teológico. La cita la he tomado de un editorial que Mark Platts escribió en el primer número de la *Revista Mexicana de Bioética*. Sigue así:

Abordar los problemas con un enfoque excesivamente académico y fomentando invariablemente la casuística, olvidar el papel evidentemente legítimo de la sociedad en la definición de las políticas públicas; buscar patéticamente nefastas esferas de poder y prestigio; apelar al acceso privilegiado de la religión a la verdad moral sin considerar siquiera las estrechas relaciones que ello

<sup>1</sup> M. Platts, “Editorial”, *Revista Mexicana de Bioética*, año 1, no. 1, 2003, pp. 5-6; la cita es de la p. 5.

mantiene con el dogmatismo, la intolerancia y el abandono de la razón: son todos peligros que tienen que evitarse si la bioética en México [...] ha de ayudar a subsanar algunos de los rasgos más deplorables del México actual.<sup>2</sup>

Muchas gracias, Mark Platts, por la pulcritud, la puntualidad y la relevancia de tu trabajo.