

MEDICINA Y ETICA

Revista Internacional de Bioética, Deontología y Etica Médica

1994/3

Implicaciones bioéticas en los trasplantes - Amenaza de parto pretérmino y rechazo del tratamiento - El secreto profesional - La bioética en la investigación del ser humano - Tendencias y corrientes filosóficas en Bioética - La ética en la toma de decisiones médicas



UNIVERSIDAD ANAHUAC
VINCE IN BONO MALUM

Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud
Escuela de Medicina

*Facoltà di Medicina e Chirurgia
dell'Università del Sacro Cuore, Roma*

MEDICINA Y ETICA

D.R. Investigaciones y Estudios Superiores S.C.
Editor responsable: Dr. José Kuthy Porter
Impreso en Litho Press de México
Torres Quintero, Núm. 218-42
Iztapalapa, C.P. 09310, México, D.F.

Dirección y Administración:
Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac
Lomas Anáhuac s.n. Col. Lomas Anáhuac
Huixquilucan, Edo. de México. C.P. 52760
México D.F. C.P. 11000
A.P. 10-844
Tels. 589-90-00 y 589-22-26, Ext. 227 y 228

Dirección y Redacción en Roma, Italia:
Centro di Bioetica della Facoltà di Medicina e Chirurgia
dell'Università del Sacro Cuore
Tel 06/33054960. Fax: 06/3051149

México: 150 nuevos pesos; América Latina: \$75 U.S. Dls;
Otros países: \$85 U.S. Dls.

El importe de la suscripción se realizará con cheque
a nombre de Investigaciones y Estudios Superiores S.C.
Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac
Universidad Anáhuac. Apartado Postal 10-844, México D.F. 11000

Medicina y Ética.
Número de Registro de Marca 427526
Certificado de Licitud de Título 6655
Certificado de Licitud de Contenido 6923
Certificado de Reserva de Derechos al uso exclusivo 1009-93; control 22235
Impreso en México. *Printed in Mexico.*
ISSN 0188-5022

[039 0793]

Porte pagado.
Publicación periódica.
Registro 0390793.
Características 210451118.
Autorizado por SEPOMEX.

2

VOLUMEN V NUMERO 3 JULIO-SEPTIEMBRE DE 1994

MEDICINA Y ETICA

Revista internacional de Bioética, Deontología y Etica Médica

Italia

Dirección

Adriano Bausola - Leonardo Ancona - Alessandro Beretta
Anguissola - Carlo Caffarra - Enzo Delorenzi - Angelo Fiori
Giuseppe Morgante - Elio Sgreccia

Director Responsable: Angelo Fiori

Director: Elio Sgreccia

Comité científico: Evandro Agazzi - Leonardo Antico - Adriano Bompiani
Vincenzo Cappelletti - Ignacio Carrasco de Paula - Numa Cellini
Francesco Introna - Gonzalo Miranda - Pietro Quattrocchi
Angelo Serra - Dionigi Tettamanzi

México

Director responsable: Dr. José Kuthy

Director: Dr. Jesús Quirce

Coordinador Editorial: Dra. Martha Tarasco Michel,

Corrector de redacción: Lic. Verónica Rodríguez Struck

Colaborador de Edición: Dr. Manuel Sánchez de Carmona

Composición tipográfica: Tipografía computarizada

Comité Editorial: Dr. Enrique Ruelas - Lic. Antonio Cabrera - Dr. Víctor Espinosa
de los Reyes - Dr. Manuel Velasco Suárez - Dr. Carlos Campillo
Serrano - Dr. Horacio García Romero

INDICE

EDITORIAL	257
Implicaciones bioéticas para la disposición mediata e inmediata de órganos para trasplante en pacientes con lesiones craneoencefálicas. <i>Manuel Casas López</i>	259
Amenaza de parto pretérmino y rechazo del tratamiento. <i>Antonio C. Spagnolo</i>	281
El secreto profesional. <i>Víctor M. Espinosa de los Reyes</i>	301
La bioética en la investigación del ser humano. <i>Gonzalo Herranz</i>	315
Tendencias y corrientes filosóficas en Bioética. <i>Martha Tarasco Michel</i>	335
La ética en la toma de decisiones médicas. <i>Mauricio García Sainz</i>	349
Algunas consideraciones concernientes a la respuesta a propuestas de ley sobre no-discriminación de las personas homosexuales. <i>Documento de la Santa Sede</i>	355
Nuevos horizontes del utilitarismo hedonista. <i>Angelo Fiori</i>	361
Calidad de vida: consideraciones filosóficas. <i>Laura Palazzani</i>	365

EDITORIAL

La creación de la Academia Pontificia para la Vida en el Vaticano es una acción de la Iglesia Católica que promueve el valor de la persona, por el cual se pueden dar todos los demás valores en ella.

Desde Aristóteles hasta Maritain, entre muchos otros autores actuales, han propuesto la corriente filosófica del personalismo con una jerarquización de valores en los que la vida y el cuerpo humano son contemplados como requisitos fundamentales para poder ejercer todas las demás potencias del hombre; su libertad o autonomía, su inteligencia, su capacidad de comunicarse y de aportar lo que él es a la sociedad a la que pertenece.

Fundamentadas en estos principios filosóficos han surgido numerosas investigaciones en el campo de la Bioética, numerosos grupos de estudio e investigación, centros y departamentos universitarios, comisiones nacionales, comités de bioética hospitalarios e institutos, así como publicaciones diversas.

Con el deseo de unirnos al esfuerzo realizado por este interés mundial de promover el bien y la dignidad de la persona, queremos dedicar este número a la Academia Pontificia para la Vida y rendir homenaje a su vicepresidente, Mons. Elio Sgreccia, quien es además el fundador y director del primer instituto de Bioética en Italia, en el seno de la Facultad de Medicina Agostino Gemelli de la Universidad Católica del Sagrado Corazón de Roma y con el cual se realiza esta revista en coedición.

Mons. Sgreccia ha tenido siempre la inquietud del científico para encontrar la verdad, y fuertemente motivado por la problemática ética a la que el personal de salud se enfrenta, ha impulsado esta ciencia en varios países y ha participado en foros internacionales sobre temas de bioética que incluyen la Organización de las Naciones Unidas y la Orga-

nización Mundial de la Salud, además de ser miembro del Comité Nacional de Bioética italiano, y del Dicasterio para la Pastoral de la Familia.

Por una estrecha amistad que le une con la Universidad Anáhuac, y por ser un elemento fundamental para la creación del Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud, este número es un reconocimiento a su labor.



Elio Sgreccia

Implicaciones bioéticas para la disposición mediata e inmediata de órganos para trasplante en pacientes con lesiones craneoencefálicas

*Dr. Manuel Casas López**

Resumen

El artículo analiza la disposición de órganos para trasplantes en pacientes con lesiones craneoencefálicas irreversibles, profundizando sobre el entorno de estos procedimientos en México. Revisa conceptos y principios éticos sobre el acto de morir y propone un protocolo para la evaluación clínica del donante.

Introducción

La ética médica va más allá del dictado de preceptos y comportamiento del médico frente al enfermo, obligado por el avance inexorable, pero a veces deshumanizante, de la tecnología moderna. Con este fin, y de acuerdo a la ineludible necesidad de la existencia de la investigación médico-biológica para el mejoramiento de las técnicas destinadas a preservar y restaurar la salud, todo trabajador en este campo deberá conocer los principios básicos de la ética médica para regir, dentro de la moral, su actitud, y frenar la deshumanización de la ciencia cuando esta adopta actitudes y prácticas que dañan al ser humano en los aspectos físico y mental. Es obvio que el utilitarismo económico, como meta

* Médico ortopedista adscrito al Servicio de Urgencias de la Clínica No. 58 del IMSS y miembro del Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud de la Universidad Anáhuac, México.

fundamental de la práctica médica, constituye uno de los mayores atentados contra el hombre.¹

La bioética es el tratado de los principios fundamentales del comportamiento humano que, para su ejercicio, requiere voluntad libre y cabal conciencia para la preservación de la vida y la realización de los actos de la búsqueda del bien común.²

La bioética personalista nos invita a enfatizar el respeto a la persona y coloca a esta al centro de la reflexión moral. Integra de manera compleja a la ética basada en la virtud y a la ética basada en los principios. La bioética personalista actúa con la siguiente metodología. Establece criterios para discernir entre lo que es técnicamente posible y lo que es moralmente lícito; tiene como base una antropología-ontología bien fundada y una metafísica finalista (al reconocer la Ley Natural como orden de la realidad); elabora normas específicas en vista de las circunstancias de la acción particular y concreta, y será en un juicio último práctico del acto inmediato "aquí y ahora" en donde actuará mediante la virtud, entre otras la prudencia, la fortaleza, la justicia y la templanza.

Los principios en los que se apoya la bioética personalista son, entre otros, el principio del valor fundamental de la vida, el principio de totalidad o principio terapéutico, el principio de libertad y de responsabilidad y el principio de subsidiariedad o de sociabilidad.^{3,4}

Es en este contexto en el que pretendo desarrollar mi trabajo. Es sabido que la mayoría de los trasplantes se efectúan con órganos obtenidos de cadáveres. Se pretende dibujar así un singular cruce entre muerte y vida, "chispas de vida saltan del reino de la muerte para poder continuar la vida",^{2,3} de un cadáver, de quien es ahora muerte; se extrae algo que a otros les permitirá prevalecer sobre la muerte ya inminente y continuar viviendo. La muerte ha cambiado su rostro.

El presente trabajo pretende desarrollar de manera sencilla y protocolizar, dentro de un marco teórico científico, bioético, social, económico, político y legal la disposición de órganos para trasplante en pacientes con lesiones craneoencefálicas irreversibles.

En nuestro país, el inicio de los trasplantes data de mediados de siglo,^{5,6} el avance tecnológico y la apertura de barreras socio-económico-políticas nos ha obligado a acelerar el paso en la realización de diversos procedimientos de los que no alcanzamos a valorar sus consecuencias.

Diagnóstico

a. Definiciones

Traumatismo craneoencefálico. El traumatismo craneoencefálico puede ser definido simplemente como una lesión que involucre la piel cabelludá, la cavidad craneana y/o su contenido. La definición anterior implica que se puede manifestar como: a) contusión o laceración de la piel y el cráneo y/o b) la evidencia de alteraciones en la conciencia sin importar la magnitud del daño.⁷

Muerte. El concepto de muerte ha existido y evolucionado con la humanidad y a expensas de ella. Ha compartido aspectos mitológicos, religiosos, sociales y científicos tratándola de definir. Anteriormente se consideraba a un individuo muerto cuando cesaba la respiración y el corazón dejaba de latir.⁶ De acuerdo con Veatch su definición no es tan sencilla, sobre todo en el intento para alcanzar a entender la naturaleza filosófica del ser humano y la esencia significativa del mismo, que se pierde al momento de la muerte, que es su personalidad.⁸

Desde el punto de vista biológico, la muerte es la cesación de todo proceso de síntesis biológica y de replicación. Una muerte biológica parcial es la completa cesación irreversible de la función de una porción específica de un organismo vivo. La muerte biológica completa es la cesación completa irreversible de todas las funciones biológicas, incluyendo las operaciones de síntesis (transformación y reproducción) en todo órgano y célula. La muerte biológica de un organismo es la pérdida irreversible de la integración de las unidades biológicas, sin tomar en consideración el funcionamiento independiente y/o de algunas o todas esas unidades.⁸ Aún más, la muerte de una persona es cuando el cuerpo deja de ser persona, cuando deja de estar asociado a una persona.

Habiendo entendido y razonado desde varios puntos de vista la definición de muerte, es necesario tener ciertos criterios para documentar y pronunciar a un paciente como muerto. El pronunciar a un individuo como muerto significa, socialmente, proceder de dos maneras. La primera, se toma una actitud de duelo, se inician los preparativos para su funeral y sepultura y se realizan los ritos religiosos correspondientes; el público ve a ese individuo como un cadáver. Legalmente, el pronunciar a un individuo como muerto permite la lectura de testamentos, la re-

partición de herencias y propiedades, el pago de seguros, la posibilidad de volver a contraer nupcias, establecer sucesión testamentaria y, en algunos casos, la incriminación de cargos penales. Médicamente, los cuidados se dan por concluidos y, si los criterios de muerte encefálica son completos, se procede a la disposición de órganos.⁸

Aun con los avances tecnológicos, ha habido poco interés en tener criterios para definir la muerte, así como para diseñar las pruebas correspondientes que establecen dichos criterios como satisfactorios para definir la existencia de una muerte biológica parcial o total, o la muerte de la "persona" y proceder a desconectarlo de cualquier apoyo, permitir la cesación del latido cardíaco y de la respiración y pronunciar al paciente como muerto. En general podría ser de esa manera, pero no así cuando se va a disponer de los órganos para trasplante, ya que el éxito de esa operación depende de la estabilidad hemodinámica del donador.⁸

En 1968, se establecieron los criterios de Harvard para la determinación de la muerte, de los cuales se han desprendido otros, cada uno con sus propias variantes.

Criterios de Harvard (1968)

1. Sin respuesta. Temperatura menor de 32.2 °C.
2. Ausencia de drogas depresoras.
3. Sin movimiento espontáneo.
4. Presencia de apnea, sin respirador por tres minutos en presencia de aire ambiente.
5. Ausencia de reflejos, incluyendo:
 - Actitud de decerebración o decorticación.
 - Pupilas fijas y dilatadas.
 - Ausencia de reflejo de deglución.
 - Ausencia de reflejo corneal y faríngeo.
 - Ausencia de reflejos osteotendinosos.
6. Electroencefalograma isoelectrico.
7. Todo lo anterior deberá repetirse a las 24 horas.

Todos ellos se basan en el concepto de muerte cerebral completa (muerte encefálica) y no incluye muerte cortical con la totalidad o parte

del tallo intacto. Todo paciente en un estado vegetativo persistente deberá ser excluido de dichos criterios.⁸

En nuestro país, la Legislación Mexicana contempla tres capítulos en la Ley General de Salud, en su Título Décimocuarto en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos; así mismo, se encuentra redactado el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos.⁹

En el capítulo I, del Título Decimocuarto, en los artículos 317 y 318, se establece que para la certificación de la pérdida de la vida (317), deberán comprobarse previamente la existencia de los siguientes signos de muerte:

- I. La ausencia completa y permanente de la conciencia.
- II. La ausencia permanente de la respiración espontánea.
- III. La falta de percepción y respuesta a estímulos externos.
- IV. La ausencia de los reflejos de los pares craneales y de los reflejos medulares.
- V. La atonía de todos los músculos.
- VI. El término de la regulación fisiológica de la temperatura corporal.
- VII. El paro cardíaco irreversible, y
- VII. Los demás que establezca el reglamento correspondiente.

El art. 318 establece que la disposición de órganos y tejidos con fines terapéuticos podrá realizarse de cadáveres en los que se haya certificado la pérdida de la vida en los términos del art. 317 o de aquellos en que se compruebe la persistencia, por 6 horas, de los signos a los que se refiere las fracciones I, II, III, y IV del mismo artículo, y además las siguientes circunstancias:

- I. Electroencefalograma isoelectrico que no se modifique con estímulo alguno dentro del tiempo indicado, y
- II. Ausencia de antecedentes inmediatos de ingestión de bromuros, barbitúricos, alcohol y otros depresores del sistema nervioso central, o al existir hipotermia.

Si antes de ese término se presentara un paro cardíaco irreversible, se determinará de inmediato la pérdida de la vida y se expedirá el certificado correspondiente. La respectiva certificación de muerte será expedida

por dos profesionales distintos de los que integren el cuerpo técnico que intervendrá en el trasplante.⁹ Una vez determinada la pérdida de la vida, la extirpación de órganos, y sobre todo del más controvertido que es el corazón, es completamente legal y de ninguna manera se incurrirá en una arbitrariedad, o peor aún, en un homicidio.⁶

Poco a poco, se ha ido comprobando que la verdadera muerte, la indiscutible, consiste en la irreversible cesación de la actividad cerebral, porque una vez diagnosticada la muerte cerebral bastarán sólo unas horas para que los demás órganos vayan muriendo lentamente, sin remedio, dejando de ser viables para un trasplante.⁶

b. Muerte cerebral

La muerte cerebral se define como el resultado de la interrupción total del riego cerebral e infarto global del cerebro, incluyendo el tronco encefálico (bulbo), considerado como el núcleo fisiopatológico esencial, en un momento en que las funciones cardiovascular y respiratoria aún persisten y requieren de ayuda artificial.^{10,11} La lesión anterior involucra la presencia de un estado de coma "irreversible". Los criterios ideales son aquellos que sean simples y puedan efectuarse directamente al enfermo, sin permitir ninguna posibilidad de error diagnóstico.

La destrucción cortical extensa se puede comprobar por un EEG isoelectrico y falta de respuesta al ambiente; la muerte mesencefálica por ausencia de reacción pupilar a la luz; la muerte protuberancial por falta de reflejos oculovestibulares y corneales, y la muerte bulbar por apnea. Se recomienda cierto período de observación, por lo general de 6 a 24 horas, durante el cual debe persistir el estado descrito. Se exige la prueba de la apnea, que por lo regular requiere que la PCO_2 sea lo suficientemente alta para poder estimular la respiración. Se insiste en excluir la posibilidad de depresión profunda del sistema nervioso por hipotermia o por drogas.¹¹

Se encuentran redactadas en la literatura algunas pruebas auxiliares para el diagnóstico de muerte cerebral. Entre otras, se menciona al electroencefalograma, la angiografía cerebral, el angiograma con *radio-núclidos*, la realización de potenciales evocados (somatosensoriales, visuales y auditivos), la monitorización de la presión intracraneana, el ultrasonido cerebral y la función endocrinológica del encéfalo.⁸

El electroencefalograma deberá realizarse durante un período de 30 minutos por un técnico calificado, usando un mínimo de 8 electrodos a cráneo y oído con distancias entre electrodos de 10 cms, la sensibilidad de la máquina debe ser >2 uv/min con una resistencia de los electrodos entre 100 y 10,000 ohms. Se concluye que la inactividad electrocerebral en un EEG en ausencia de barbitúricos, hipotermia o malformaciones cerebrales es confirmatoria de muerte cerebral si los hallazgos clínicos permanecen sin modificarse en el transcurso de 24 horas.^{8,11}

La arteriografía cerebral apoya el dato al encontrarse cuatro vasos principales sin flujo sanguíneo. En un paciente en coma por barbitúricos esta sería la única manera de diagnosticar muerte cerebral. La mismas características se consideran durante la realización de un rastreo de radionúclidos en el cerebro. Los potenciales evocados del tipo auditivo son utilizados para evaluar la integridad anatómica de la vía auditiva cerebral. En particular, los potenciales evocados auditivos no confirman el diagnóstico de muerte cerebral, ya que pueden estar abolidos o alterados ante una lesión específica del nervio coclear.^{8,11}

Otros métodos de investigación incluyen la visualización ultrasonográfica de pulsaciones arteriales cerebrales, el estudio tomográfico con xenón y la determinación del flujo cerebral, la función metabólica cerebral en la resonancia magnética nuclear y la tomografía por emisión de positrones. Todos estos estudios pueden argumentar y apoyar el diagnóstico de muerte cerebral, estando ante todo la evaluación y reevaluación clínica constante.⁸

c. Otras condiciones

En las condiciones de presentación, el paciente involucrado en nuestro trabajo consiste en un individuo joven, entre la segunda y la cuarta década de vida, sano, que es víctima de un fuerte accidente automovilístico e ingresa a la unidad de choque de un hospital de traumatología. Los traumatismos están siendo reconocidos crecientemente por su apremiante impacto social. En general, son responsables del 40.8% de la pérdidas potenciales de vida a todas las edades; más que la suma de cardiopatías y cáncer.¹²

Es muy común que dichos individuos se hayan encontrado manejando bajo el efecto de la intoxicación etílica. En el 40 ó 50% de los falle-

cimientos por accidentes de vehículo automotor, los conductores presentan una alcoholemia superior a 100 grs/dl. En los accidentes de tránsito donde sólo hubo un vehículo, ocurridos entre las doce de la noche y la seis de la mañana, la posibilidad de que el conductor se encuentre bajo los efectos del alcohol es del 94%.¹²

De una manera muy general, el papel del alcohol en el desencadenamiento del traumatismo se relaciona, en parte, con la disminución de la coordinación motora y en la capacidad para realizar las órdenes recibidas del cerebro. Los conductores intoxicados tienen disminución de los reflejos y sus respuestas, mal manejo de la conducción en curvas y menor control de los frenos. Su capacidad para adquirir y procesar datos está alterada. La desinhibición y alteración en la realización de un juicio se involucra con la menor utilización del cinturón de seguridad, con el desarrollo de velocidades más altas y otras conductas imprudenciales.¹²

Además de la intoxicación etílica, el paciente que ingresa a la unidad de choque suele presentarse policontundido, con traumatismo torácico y/o abdominal abierto o cerrado, del cual hay que hacerse cargo. Ante esta situación, lo importante que hay que vigilar es la presencia y persistencia de hipotensión arterial (definida como una presión arterial sistólica de 90 mmHg persistente por más de 5 min.). En caso de identificarla, proceder a su tratamiento correspondiente. Asimismo, es común la presencia de fracturas cerradas y/o expuestas, las cuales deberán recibir su tratamiento inicial de urgencia correspondiente. Estas son algunas situaciones que podrían modificar el curso del ideal disponente de órganos para trasplante y que deben ser contemplados.

d. Tratamientos

Es común que el ingreso de un paciente a la unidad de choque se acompañe de un gran movimiento de personal. Entra el cuerpo paramédico que trae al paciente, médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, residentes, estudiantes, a veces hasta los familiares y personal de intendencia; algunos con una determinada función, otros con la idea de evaluar la magnitud de la lesión y la condición del lesionado desde un punto de vista morbosos. Cuando se trata de un TCE con una lesión cerebral de magnitud importante, por ejemplo con salida de materia encefálica a través de una fractura expuesta de cráneo, es dura la opinión del neuro-

cirujano, quien de una manera ya superficial o muy científica establece que el daño cerebral es irreversible, tan importante que no es posible hacerle nada.^{3,4}

El principio de la defensa de la vida establece como valor fundamental a la persona y por encima de este se encuentra el valor total o espiritual de la misma. Creo que no se debería tomar una actitud tan superficial aunque, de todos modos, sabemos que nuestro paciente probablemente ya no tenga remedio. Se agrega a este pequeño punto el valor de responsabilidad, esto es, que se debe uno responsabilizar de la vida y salud de la persona, sea como bien personal, sea como bien social. Aunque sólo sea por un tiempo muy corto.^{3,4}

El principio de la totalidad o terapéutico rige toda la licitud y obligatoriedad de la terapia médica y quirúrgica. De primera instancia, exige realizar los procedimientos al alcance para la atención de lesiones agregadas y, en su momento, permite y es lícita la extirpación de una parte del cuerpo en beneficio de otra persona.^{3,4}

El punto anterior lo apoya el principio de sociabilidad o subsidiariedad, en el que todo individuo se compromete a considerar su propia vida y la de los demás no sólo como un bien personal, sino también como social y, a la vez, empeña a la comunidad a promover la vida y salud de cada uno y de esta manera promueve el bien común. Por medio de este principio, está justificada la donación de órganos que conlleva a una cierta mutilación del donador. En términos de justicia social, este principio obliga a la comunidad a garantizar los medios para acceder a las curas necesarias a todos los ciudadanos. Por último, otro principio más que debe ser considerado es el del doble efecto, relacionado con el principio de totalidad o terapéutico (en el que el efecto directo debe ser positivo y potencialmente mayor que el negativo) y que, en esta situación, este principio sea la única opción para conseguir el efecto positivo.^{3,4}

Ante lo anteriormente expuesto y de acuerdo a la literatura personalista, se solicita y exige la atención adecuada del paciente, la misma que cualquiera de nosotros solicitaríamos para nuestros familiares y para nosotros mismos. Lo anterior tiene su expresión en varios puntos de vista: el científico, el quirúrgico, el social, y el espiritual.

Así pues, el paciente deberá tener todos los cuidados de una unidad de choque y los que el ATLS (Advanced Trauma Life Support) exigen; se procederá al diagnóstico y tratamiento de la patología concomitante

y se deberá pasar, de preferencia, a una unidad de cuidados intensivos (UCI). Se debe respetar la dignidad de la persona y el paciente deberá tener lo indispensable, desde su presentación en su cama...

La sospecha de muerte cerebral se determinó previamente, la alerta al servicio de UCI es dada; el paciente es un disponente potencial de órganos. La evaluación clínica por el anestesiólogo, el neurocirujano y el internista deberá hacerse cada hora y debe ser registrada, de acuerdo con los datos clínicos obtenidos y el apoyo de laboratorio y gabinete, para determinar el momento de la muerte cerebral.

El tratamiento del paciente en muerte cerebral, potencial disponente de órganos, se inicia con la comunicación al Registro Nacional de Donadores y al Instituto Nacional de Trasplantes. En nuestro país, estas son meramente gubernamentales y están localizadas en los Institutos de Salud de tercer nivel (las implicaciones administrativas se expondrán más adelante). Es imperativo mantener la homeostasis corporal con la mínima manipulación posible.¹³ Se consideran puntos fundamentales el control de la ventilación, de la hipotensión, del edema pulmonar, de la hipotermia (menos de 32.2 °C.), también, vigilar y la presencia de poliuria hiposmótica, y 6. la presencia de coagulopatía, además de los cuidados correspondientes que exige el paciente neurológico.¹⁴

La muerte cerebral se establece mediante datos cerebrales y sistémicos. Desde el punto de vista cerebral, se hace presente mediante una crisis vegetativa y su resolución; inicialmente es detectable un fenómeno de Cushing con aumento de la presión intracraneana e hipotensión arterial, como un fenómeno natural de defensa del organismo por mantener un flujo sanguíneo cerebral satisfactorio. Está permitido, de acuerdo con la literatura, el uso de vasopresores tipo dopamina, alfa y beta bloqueadores y antagonistas de calcio, fármacos caracterizados por su efecto rápido y máxima reversibilidad.¹³ Regresando a la fisiopatología cerebral, hay que considerar que, en un momento de hipotensión, la presión intracraneana puede ser igual a la presión arterial y el flujo cerebral ser igual a cero. Un fenómeno de Cushing concluye con la muerte del tronco cerebral y, por lo tanto, con la muerte encefálica.¹³

Los factores sistémicos concomitantes se refieren a las consecuencias orgánicas debidas a otras lesiones acompañantes. Los más importantes son el problema pulmonar y el de la coagulopatía, que deberán ser tratados mediante la intubación endotraqueal y el uso de ventilación

asistida, mientras que la coagulopatía será tratada con el uso de plasma fresco congelado.¹³

Identificación del disponente

a. Disposición de órganos

En principio, el sujeto no tiene derechos sobre su propio cuerpo, sin embargo, cuando la disposición del propio cuerpo no pone en peligro la vida, o al menos no la pone directamente en peligro, no puede negarse que el sujeto posee una cierta disposición sobre su cuerpo. El bien del cual no puede disponer el sujeto es su propia vida, pero puede disponer de su cuerpo en tanto que esta disposición no ponga en peligro aquélla,¹⁵ por los principios de Libertad y de Responsabilidad.

La Ley Mexicana clasifica a los órganos en órganos únicos y órganos pares; los segundos serán los considerados para trasplantes en vida bajo las condiciones de razonable seguridad y que no pongan en peligro la vida del disponente.¹⁶

No podrá, por tanto, disponer de un órgano vital e insustituible (único), ni tampoco podrá disponer de partes del cuerpo que, sin poner en peligro la vida, la hagan más pesada, a menos que medie alguna causa justa. Otra cosa distinta es la automutilación. De primera instancia, los órganos humanos no son objeto de contratos, pero en determinadas condiciones y sobre determinado tipo de órganos y tejidos, puede ser lícita la disposición de ellos. En materia de trasplantes no es posible acceder al trasplante de un órgano único, y aún cuando no lo sea, si su donación pone en peligro la vida del donante.¹⁵

En el Título Decimocuarto de la Ley General de Salud en materia del control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos, quedan asentados los aspectos legales de lo mismo. Aún más, el artículo 322 invita a la toma de órganos para trasplante de cadáveres, y a la letra dice: “salvo tratándose de sangre y de sus componentes, la obtención de órganos o tejidos y sus componentes de seres humanos con fines terapéuticos se hará preferentemente de cadáveres”.⁹

Los órganos se deberán definir como “utilizables” en caso de que puedan usarse y como “disponibles” ante la necesidad de requisitos

legales para su disposición. Por lo tanto, primero hay que constatar que el o los órganos sean utilizables y luego que estén disponibles.¹⁶

b. Tipos de disponentes

En relación con el trasplante de órganos y tejidos que no sean únicos ni esenciales para la conservación de la vida, aunque no sean regenerables, el titular para la autorización del trasplante es el propio interesado, al cual se le reconoce, como es natural, un derecho de disposición sobre su propio cuerpo. Se le designa como disponente originario. Así lo expresa la Ley General de Salud y argumenta en el artículo 324 que: “Para efectuar la toma de órganos y tejidos se requiere el consentimiento expreso y por escrito del disponente originario, libre de coacción física o moral, otorgado ante notario o en documento expedido ante dos testigos idóneos, y con las demás formalidades que al efecto señalen las disposiciones aplicables. El disponente originario podrá revocar el consentimiento en cualquier momento y sin responsabilidad de su parte”.⁹

El artículo 325 continúa diciendo: “Cuando el disponente originario no haya otorgado su consentimiento en vida para la utilización de órganos, tejidos y los componentes de su cadáver, se requerirá el consentimiento o autorización de los disponentes a que se refiere el artículo 316 de esta ley; excepto cuando la autoridad competente, de conformidad con la ley, ordene la necropsia, en cuyo caso la toma de órganos, tejidos y sus componentes no requerirá autorización o consentimiento alguno.”⁹

El artículo 316 de nuestra legislación correspondiente establece como disponentes secundarios:

- I. El cónyuge, el concubinario, la concubina, los ascendientes, los descendientes y los parientes colaterales hasta el segundo grado del disponente originario; quienes cuentan con un derecho titular de *ejecución forzada* para darle *fin* a dicho cadáver.
- II. A falta de los anteriores el Estado a través de la autoridad sanitaria (Ministerio Público y la Autoridad Judicial).
- III. Representantes legales de menores o incapacitados, únicamente en relación a la disposición de cadáveres.
- IV. Las Instituciones Educativas para Investigación o Docencia, y

V. Los demás a quienes esta ley y otras disposiciones generales aplicables les confieran tal carácter, con las condiciones y requisitos que se señalen en las mismas.^{9,16}

c. Legislación en caso de conflicto

En el caso de contar con un paciente en condiciones de órganos utilizables, la inquietud normal del cuerpo médico responsable es esperar la llegada de sus familiares para realizar, por un lado, la identificación personal familiar y tener acceso a la información clínica básica que el interrogatorio obtiene, y por otro informales, procurando un ambiente de calma y respeto por sus sentimientos, la situación real de su familiar. Sin embargo, hay casos en que los pacientes no son identificados y comienza una espera tormentosa.

Los artículos 346 y s.s. establecen la conducta a seguir en caso de persona desconocida. El Ministerio Público es el encargado de su distribución en instituciones educativas a su cargo y las instituciones particulares podrán hacer la solicitud de uso correspondiente. La institución educativa será depositaria de cadáver durante durante 10 días antes de su uso académico, con objeto de permitir el reclamo, proporcionándole tratamiento para su conservación. Concluido el plazo establecido será parte de la institución correspondiente. Todo cadáver de persona desconocida, los no reclamados y los que hayan sido objeto de docencia e investigación serán inhumados o incinerados,⁹ como lo establece el Principio de la Corporeidad.

Dialogo interdisciplinario

a. Pautas básicas

El objetivo del diálogo interdisciplinario es que, habiendo enterado a los familiares de la situación real del paciente, se les persuade de dar su consentimiento para la obtención de órganos para trasplante y procurar la disponibilidad de los órganos.

Hay que establecer el significado y el valor de la donación de órganos para fines de trasplante. En sentido estricto, se da una donación de órganos cuando una persona, consciente y libremente, ha manifestado

su voluntad de destinar órganos de su propio cuerpo para trasplantes una vez que haya muerto y se haya confirmado su muerte.¹⁷

El valor ético razonado ante un gesto de este tipo, parece más noble cuando se reflexiona sobre dos características: la primera, que se trata de una donación gratuita, pues el segundo donante no obtiene ventaja alguna; la segunda que se trata de altruismo puro en cuanto que está destinada a personas para con las cuales el donante no tiene ninguna deuda de afecto, de reconocimiento o de justicia, sino que se está donando a extraños y gente desconocida.¹⁷

Aclaremos además que la selección del receptor es en función a una lista de espera y que dichos órganos no se darán necesariamente al primero en la lista, sino a aquél que sea compatible o, en su defecto, aunque fuese el último de la misma, detectándose como caso de urgencia.¹⁶

Estamos, por consiguiente, ante una forma de solidaridad particularmente rica en valores y novísima, inimaginable hasta ayer mismo. Más que una donación, este acto se sitúa en la línea de la entrega de uno mismo, sobre todo para quien comparte el concepto de persona como estructuralmente orientada por un Creador no sólo a vivir con los otros sino también a vivir para los otros y, por tanto, a donarse.^{17,18}

En resumen, estos son los factores que lentamente debemos de ir hablando con nuestros disponentes secundarios para permitirles tomar una decisión. Así, se pueden exponer aspectos sobre la vida, en el plano psíquico (involucra la inteligencia y los sentimientos), en el plano social y por último en el plano trascendental, en donde se argumenta la libertad y la finalidad natural del ser humano.

b. La exposición de la verdad

En este punto hay que insistir a favor de la comunicación de la verdad evitando, sin embargo, tanto la cruda y sistemática revelación de la verdad en todo caso, cuanto el silencio sistemático. Se debe buscar siempre el “mayor interés global del paciente”. Hay que decir la verdad de manera “conveniente” y “gradual”, en proporción con lo que los familiares debida y razonablemente preparados puedan soportar, y en proporción con el tiempo disponible para que los familiares del paciente puedan hacer sus opciones radicales de salvación.¹⁹

C. Iandolo, autor italiano, confirma “el deber de decir la verdad por parte del médico, prestando atención a las variables referentes a la enfermedad, los criterios del diagnóstico y el decurso clínico, así como a la persona enferma. Se deberá seguir con ello una gran “flexibilidad” del comportamiento comunicativo con el enfermo, observando modos y tiempos diversos”. Se mantiene la necesidad de definir mejor “qué” y “cuánta” verdad puede ser comunicada en ciertos casos, considerando la actitud veraz del médico que siempre se debe buscar y salvaguardar, pero el cual puede verse obligado, no obstante, a limitar la información y otros modos de expresión.¹⁹

Es en estos momentos cuando salta a la mente la realización de un *diálogo interdisciplinario* entre las ciencias exactas, las ciencias biológicas y la ética. Esta relación, sumamente compleja, exige una precisión oportuna de los campos de acción, de las respectivas metodologías y de las premisas filosóficas, antropológicas y teológicas subyacentes.

c. Consentimiento informado

Por sencillo que sea este punto, no es correcto dejarlo sin mencionar nuevamente. La Ley General de Salud en materia del control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos, en su artículo 324 establece la necesidad de dejar expreso y por escrito el deseo de la disposición de órganos, ya por parte del disponente originario o de los disponentes secundarios, y valdría la pena agregar en este punto que también se debe respetar que, si en un momento quieren cambiar de opinión, lo podrán hacer sin ninguna responsabilidad.⁹

d. Comités de bioética hospitalarios

La Ley General de Salud establece la solicitud de apoyo en organismos gubernamentales como el Comité Interno de Trasplantes (con el que deben contar todas las instituciones que lleven a cabo trasplantes), señalando que debe estar integrado por el personal médico especializado en la materia y bajo la responsabilidad de la institución; debe contar con la aprobación de la Secretaría de Salud, la cual verificará que la práctica de los trasplantes se realice de conformidad con los requisitos de la Ley

y del Reglamento;⁶ bajo razonable seguridad y utilizar técnicas y procedimientos adecuados, de acuerdo con el protocolo preestablecido por los Comités de Trasplantes y presentando una Licencia Sanitaria, permisos correspondientes del Responsable y Auxiliar y el Registro del comité ante la Secretaria de Salud.¹⁶

En los hospitales de traumatología, en donde se recibirá a nuestros disponetes, es difícil que se lleve a cabo cirugía de trasplantes, aunque es posible la identificación del paciente, el diálogo con los familiares y la comunicación inmediata al Registro Nacional de Donadores y al Instituto Nacional de Trasplantes, a través de los comités de bioética hospitalarios propios de cada institución. De esta manera, los servicios de Terapia Intensiva o Unidad de Cuidados Intensivos con las que si cuentan dichas unidades llevan a cabo la estabilización y manejo del paciente candidato, para posteriormente decidir si la obtención de los órganos se hace en dicho hospital con traslado de la tecnología y personal médico o, en su defecto, el traslado del donador potencial al hospital correspondiente en unidades de Alta Tecnología.²⁰

Los comités de bioética hospitalarios han surgido como respuesta a los graves problemas de índole moral que se manifiestan, cada vez más, en la práctica de la medicina. Son grupos interdisciplinarios que se ocupan de la docencia, investigación y consulta, asociados o relacionados con los dilemas éticos que surgen durante la práctica de la medicina hospitalaria,²¹ proponiéndose en primera instancia un comité deontológico-técnico con una visión personalista para la resolución de los problemas.

La estructuración del comité involucra a un grupo multidisciplinario de profesionales de la salud dentro de una institución de salud, que cumplen la función de dirigir los dilemas éticos que ocurren dentro de la misma. La metodología de análisis del problema moral se desglosa de la siguiente manera:²¹

- I. Análisis del Problema.
- II. Análisis de la Corrección del Acto.
- III. Análisis de la Bondad del Acto (Eticidad).
- IV. Aplicación de principios.
- V. Toma de Decisiones.

Por último, los miembros del comité serán seleccionados de acuerdo a los objetivos del mismo y deberán representar a un amplio marco de

perspectivas y experiencias. Serán multidisciplinarios e incluirán a médicos, enfermeras, administradores, trabajadores sociales, clérigos, síndicos, abogados, bioeticistas y a los representantes del paciente.²¹

Decisión final

Ante la negativa en la obtención de los órganos para trasplante, se procederá a respetar la decisión de la familia y permitir que el organismo del paciente siga su curso natural hasta su deceso, respetando siempre el Principio Terapéutico.

De acuerdo con la literatura, la negativa de disposición de órganos es de un 46% de todos los casos. Se identifica en primer término una falta de información y educación al respecto, de gran impacto social, por ejemplo, la negativa al trasplante por motivos étnicos en la raza negra. Existe además una importante desconfianza en el médico.¹⁴ Los motivos religiosos, sobre todo de algunas sectas, la mayoría de las veces están mal fundamentados por desconocimiento y se aferran al fanatismo. Cabe señalar que el catolicismo lo apoya como una acción de generosidad, aunque presupone ciertos límites.

Algunas soluciones propuestas para la resolución del problema incluyen una sensibilización de la población al problema, mejor educación de los grupos sociales, en este caso adultos jóvenes, y estimular el uso de tarjetas de donante activo.¹⁴

En caso de una respuesta afirmativa se debe, ante todo, cumplir con los principios de respeto a la vida, dignidad del individuo, subsidiariedad y terapéutico. Dejar asentado, en acta constitutiva ante el comité de bioética correspondiente, la decisión tomada por los donantes secundarios. En caso de cambio de decisión, respetarlo como tal indica el artículo 316 de nuestra Ley General de Salud.

Establecer contacto con los Comités de Trasplante de otras Instituciones para la planeación de los procedimientos necesarios para la obtención de órganos. Tiempo después de realizado el trasplante y permitiendo el duelo de la familia del donante, es derecho de los mismos el conocer quién tiene el órgano de su familiar e incluso antes de que esto suceda, el receptor deberá enviar una carta de agradecimiento.

Propuesta de protocolo de estudio y preparación científica del paciente disponente de órganos para trasplantes.^{5,11}

- I. Historia clínica completa.
- II. Registro clínico médico-neurológico completo desde su ingreso a la Unidad de Choque.
 - Sospecha clínica de muerte encefálica.
- III. En U. C. I.
 - Diagnóstico de muerte encefálica.
 - Estudios rutinarios de laboratorio y gabinete correspondientes.
 - Causas y consecuencias. Registro de la evolución clínica.
 - Interpretación diagnóstica de los estudios de gabinete utilizados. (EEG, Potenciales evocados, Angiografía cerebral, etcétera).
- IV. Cuidados homeostáticos-hemodinámicos correspondientes.
 - Cuidados del paciente neurológico en la U.C.I.
- V. Vigilar la presencia de complicaciones.
 - Respiratorias.
 - Coagulopáticas.
 - Infecciosas.
- VI. Identificación de la utilidad y disponibilidad real de los órganos.
- VII. Consentimiento informado para la obtención de órganos.
- VIII. Comunicación Inmediata al Registro Nacional de Donadores e Instituto Nacional de Trasplantes.
- IX. Obtención de órganos correspondientes.
- X. Evaluación del sistema inmune.
 - A. Técnicas de Evaluación de Histocompatibilidad.

- Grupo sanguíneo.
- Prueba de linfotoxicidad (HLA-I).
- Cultivo de linfocitos.
- Mapeo correspondiente. Antígenos de superficie.
- Pruebas Cruzadas.
- B. Protocolo de estudios para evitar rechazo a injerto.
 - Perfil HLA (Haplotipo).
 - Identificación del HLA.
- C. Selección del receptor.
 - Lista de espera.
 - Prelación razonada.

XI. Uso de inmunosupresión (en el paciente receptor).

XII. Realización del trasplante.

- Lista de espera Vs. prelación razonada.
- Bajo razonable seguridad con técnicas y procedimientos adecuados.
- Bajo protocolo de trasplantes preestablecido.

XIII. Seguimiento del caso.

Conclusiones

1. En nuestra Legislación Mexicana se encuentra satisfactoriamente definido el estado de muerte y de muerte encefálica.
2. Es conveniente apoyar el diagnóstico clínico con estudios auxiliares de gabinete, como el electroencefalograma, la angiografía cerebral, la medición del flujo sanguíneo cerebral, etc.
3. Es éticamente lícita la disposición de órganos para trasplante en paciente con diagnóstico de muerte cerebral.
4. El diagnóstico de muerte cerebral deberá realizarse en una Unidad de Cuidados Intensivos, bajo las condiciones de control homeostático-hemodinámicas señaladas, con el uso de la farmacología específica.
5. Es imperativo el respeto a la dignidad de la persona, el respeto al principio de subsidiariedad y al principio terapéutico.

6. La literatura aconseja y sostiene la necesidad de formar comités de bioética para el manejo de los diversos dilemas médicos.

7. La negativa expresa en la literatura para la disposición de órganos es debida a una falta importante de información al respecto, de educación y de una mala interpretación religiosa, llegando al fanatismo religioso mal fundamentado.

8. La Ley Mexicana exige el consentimiento bajo información para la realización del protocolo de trasplante perfectamente requisitado por escrito y respeta incluso su arrepentimiento en último momento sin consecuencias.

9. La realización del trasplante exige razonable seguridad para el receptor y el uso de técnicas y procedimientos adecuados.

Referencias bibliográficas

1. KUTHY PORTER, J. Y DE LA ESCOSURA, G., *Ética y Medicina en México*. Medicina y Ética. Revista Internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica. Universidad Anáhuac. Vol. I No. 2. Octubre-Diciembre 1990. p. 247.
2. VELASCO SUAREZ, M., *Bioética y Derechos Humanos*. Medicina y Ética. Revista Internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica. Universidad Anáhuac. Vol. IV No. 2. Abril-Junio 1993. p. 9.
3. CABRERA, A., *Algunas consideraciones previas sobre los principios, valores y normas de la bioética*. Comunicación Personal. Diplomado en Bioética. Universidad Anáhuac. 1993.
4. POLAINO-LORENTE, A., *Manual de Bioética General*, Ed. Rialp, S.A. Madrid. 1994. p. varias.
5. DILIZ Y BRAVO, *Trasplantes*, Comunicación Personal. Diplomado en Bioética. Universidad Anáhuac. 1994.
6. MARTIN ALONSO, MA. E., *Trasplantes, derechos y Bioética*, Medicina y Ética. Revista Internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica. Universidad Anáhuac. Vol. IV. No. 2. Abril-Junio 1993. p. 67.
7. CASAS LOPEZ, M., *Traumatismo craneoencefálico en pediatría: diagnóstico y tratamiento*. TESIS. Universidad Anáhuac. México, D.F. 1990. p. 14.
8. FARRELL, Mary, and Levin, Daniel L., *Brain death in the pediatric patient: Historical, sociological, medical, religious, cultural, legal and ethical considerations*, Critical Care Medicine. Vol. 21. No. 12. December 1993. p. 1951.
9. *Ley General de Salud*, México. 9na. Edición. Ed. Porrúa. 1993.
10. FACCO, E., MUNARI, M. Y COLS. *I potenziali evocati nella diagnosi di morte cerebrale*. Minerva Anestesiologica. Vol. 59. No. 10. Supp. 3. p. 71.
11. BRAUNWALD, ISSELBACHER, PETERSDORF, WILSON, ET AL. *Harrison: Principios de Medicina Interna*. Undécima Ed. Tomo I. Ed. Interamericana-McGraw Hill. México. 1987.
12. MARX, JOHN, *Alcohol y traumatismos. Clínicas Médicas de Norteamérica. -Aspectos de urgencia del alcoholismo-*, Interamericana-McGraw Hill. Vol. 4. 1990. p. 841.

13. CONCI, F., PROCACCIO, F. E BOSELLI, L., *Trattamento del paziente in morte cerebrales donatore di organi*, Minerva Anestesiologica. Vol. 59. No. 10. Supp 3. p. 91.
14. MACKERSIE, ROBERT C., BRONSTHER, OSCAR L., ET AL. *Organ Procurement in Patients with Fatal Head Injuries. (The Fate of the Potential Donor)*, Annals Surgery. Vol. 213. No. 2. Feb. 1993. p. 143.
15. PACHECO E. ALBERTO, *Los Derechos de la personalidad en particular, en la persona en el Derecho Civil Mexicano*, Ed. Panorama. México. 1992. Cap. 4. p. 92.
16. CASA-MADRID MATA, OCTAVIO R., *Régimen jurídico de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos en el Derecho Mexicano*. Comunicación Personal. IV Simposium de Trabajo Social en México. Diplomado en Bioética. Universidad Anáhuac. 1993.
17. CICCONE, LUCIO, *Aspectos éticos y humanos del trasplante de órganos*, Medicina y Etica. Revista Internacional de Bioética, Deontología y Etica Médica. Universidad Anáhuac. Vol. I. No.2. Octubre-Diciembre. 1990. p. 215.
18. TEO, B., *Organ donation and trasplantation: A Christian viewpoint*. Trasplantation Proceedings. Vol. 24. No. 5. October. 1992. p. 2114.
19. PEGORARO, RENZO, *Comunicación de la verdad al paciente. Reflexiones ético-teológicas*. Medicina y Etica. Revista Internacional de Bioética, Deontología y Etica Médica. Universidad Anáhuac. Vol. IV. No. 2. Abril-Junio 1993. p. 75.
20. CURTONI, E. S., DALL'OMO, A., E AMOROSO, A. *Problemi organizzativi dei trapianti d'organo*, Minerva Anestesiologica. Vol. 59. No. 10. Supp. 3. p. 87.
21. TEALDI, JUAN CARLOS Y MAINETTI, JOSE ALBERTO. *Los comités hospitalarios de ética*. Boletín Oficial de Sanidad Panamericano. Vol. 108. No 5-6. 1990. p. 431.



*San Cosme y San Damián, patrones de los médicos y de los apotecarios,
A. Jsenbrandt, 1540*

Amenaza de parto pretérmino y rechazo del tratamiento

Cuando el principio de autonomía y el principio terapéutico están en conflicto

*Antonio G. Spagnolo**

Resumen

El autor considera el caso clínico de una muchacha soltera, de diecinueve años, embarazada, que ha sido internada en un hospital americano a la semana 26-27 de gestación por amenaza de parto pretérmino, quien, sin embargo, rechaza el tratamiento intravenoso inhibidor de la contracción uterina.

Desde el punto de vista ético son considerados dos aspectos fundamentales en desacuerdo: el respeto a la autonomía de la mujer y la responsabilidad de la madre en relación al feto. En la literatura ética internacional se tiende a considerar el principio de autonomía como prevalente jerárquicamente en la mayoría de los casos. El autor subraya cómo tal principio, incluyendo las consecuencias de posponerlo, debe ser siempre puesto en relación con el principio terapéutico cuando esté en juego la vida o la integridad física de otra persona.

En conclusión se proponen algunas guías con el fin de llegar a un estándar ético y jurídico que acepte intervenir en el tratamiento para el bien del producto, aun contra la voluntad de la madre en las siguientes circunstancias: si el tratamiento recomendado está ya incluido en la práctica ginecológica y es de eficacia comprobada en la situación en que se encuentra el producto; si el tratamiento

* Centro de Bioética, Facultad de Medicina y Cirugía "A. Gemelli", Universidad del Sagrado Corazón, Roma (Director: Prof. Elio Sgreccia).

puede prevenir de modo significativo un daño físico o psíquico irreversible en el feto; si no existen alternativas de tratamiento menos agresivas capaces de prevenir el daño previsto con el mismo resultado; si el procedimiento no representa un peligro serio para la madre.

El caso clínico¹

Se trata de una muchacha de 19 años, madre soltera, embarazada por tercera vez, con una historia de aborto previo a la edad de 15 años y con una hija de 10 meses. Es internada en un hospital americano a la semana 26 ó 27 de embarazo por amenaza de parto pretérmino y es iniciado de inmediato un tratamiento inhibidor de la contracción uterina con sulfato de magnesio por infusión continua.

Dos días después, la muchacha solicita al médico responsable que le suspenda el tratamiento, diciendo que “está cansada de permanecer en el hospital y encuentra pesado y molesto tanto el tratamiento como el embarazo mismo”.

El médico le hace saber cuáles son los riesgos potenciales de un parto prematuro para el feto: inmadurez respiratoria, hemorragia cerebral, alteraciones neurológicas y un verdadero peligro de muerte. Le aconseja, por lo tanto, continuar el tratamiento por 2 ó 3 semanas con objeto de permitir al feto una mayor maduración y un menor riesgo. Tal período, de hecho, aumentaría notablemente las posibilidades de supervivencia del feto (del 50% para el parto pretérmino a la semana 26 al 90% a la semana 30 de gestación) y disminuiría la morbilidad, reduciendo significativamente el riesgo de inmadurez respiratoria y las alteraciones neurológicas.

La joven, pese a estas explicaciones, continúa rechazando el tratamiento y es solicitada una consulta psiquiátrica.

De la valoración se descubre una personalidad extremadamente inmadura, emocionalmente lábil y no realista, sobre ella una situación social extremadamente pobre (y frecuentemente golpeada por miembros de su familia); ha tenido ideas suicidas, ha usado drogas en el pasado

(mas no actualmente). En conclusión, resulta tener una alteración de la personalidad de larga evolución. Mientras, ella continúa rechazando el tratamiento y amenaza con abandonar el hospital.

El servicio médico se encuentra por tanto frente a 3 posibilidades: 1. respetar la “voluntad de la muchacha”, arriesgando el parto prematuro durante el cual el feto podría morir o bien sobrevivir, pero probablemente en grave desventaja; 2. negarse a aceptar pasivamente una decisión tal, pero confiando el cuidado de la muchacha a otros médicos que sean de la opinión de respetar su voluntad y que estén dispuestos a enfrentar el parto pretérmino con todas las consecuencias que de esto derivarían; 3. rechazar tal voluntad solicitando la participación de las autoridades con el fin de que sea ordenado el tratamiento médico obligatorio. ¿Cuál debería ser la elección del médico que pueda decirse más ética y deontológicamente aceptable?

Puntos de reflexión

El caso presentado se sitúa en el ámbito del argumento más general del conflicto entre los intereses del feto y la “decisión autónoma” de la madre, argumento estrechamente conexo con el tema del aborto voluntario que, sobretodo en estos últimos años, se ha hecho muy común en el terreno médico como consecuencia de los progresos mismos de la medicina y de una creciente sensibilidad sobre el plano de la ética.

Mientras que desde el punto de vista teológico, en particular con el advenimiento del Cristianismo, el feto por siempre ha gozado de una individualidad plena y de inviolabilidad sobre el terreno jurídico y filosófico, su identidad, por siglos, ha sido controvertida. Particularmente en el terreno del derecho positivo no ha habido, en el pasado, un reconocimiento específico cuando estaba enlazado al útero materno.

Hoy, el debate jurídico no concierne tanto el momento a partir del cual la vida humana debe ser reconocida subsistente, como la modalidad con la cual se debe manifestar su tutela jurídica en la fase prenatal. De hecho, pese a que ya es reconocido claramente el principio de la susceptibilidad de tutela del niño, todavía no han encontrado formas suficientes de actuación práctica de tal tutela.

Los datos de la embriología y de la genética de un lado y la tecnología biomédica aplicada a la vida prenatal del otro, representan hechos de indiscutible valor científico, que no pueden dejar de llevar a una configuración del que va a nacer como sujeto autónomo respecto a la madre, un verdadero “paciente”.³ Así, el feto es sujeto de investigaciones diagnósticas sofisticadas, otras intervenciones terapéuticas más delicadas y comprometedoras ya en la vida intrauterina y, también, de las atenciones éticas y jurídicas reservadas a cada paciente.

En el caso descrito entran en juego dos aspectos. Por una parte, la exigencia de retrasar el parto al máximo posible para lograr un estado idóneo de desarrollo del feto, aumentar la posibilidad de supervivencia fuera del útero y disminuir el riesgo de graves daños, sometiendo a la madre al tratamiento apropiado. Por otra parte, está el deber general de respetar la decisión de cada paciente de aceptar o rechazar el tratamiento propuesto por los médicos.

Estos dos valores resultan estrechamente relacionados en cuanto que las exigencias terapéuticas con respecto al feto sólo se pueden realizar con una intervención, si bien mínima, en el cuerpo de la madre.

Finalmente, el hecho de que estas intervenciones sean posibles sólo a través del cuerpo materno —lejos de indicar una dependencia intrínseca feto-madre (aun para curar un niño ya nacido, por ejemplo, puede ser necesario que a la madre le sean abastecidos materialmente los medicamentos prescritos por el médico y todas aquellas atenciones que sirven para prevenir las complicaciones)— muestra un delicado “conflicto de intereses”, que surge cuando la razón terapéutica relacionada a la salud fetal es contrarrestada por la voluntad de la madre de no permitir el “acceso” a los médicos, en nombre del derecho de inviolabilidad de la persona. En seguida analizaremos estos dos puntos de reflexión que constituyen los elementos del conflicto, sin excluir que pueden existir otros aspectos igualmente importantes a considerar con los fines de una elección operativa.

1. El respeto de la autonomía de la mujer

Si el médico tratante opta por esta primera alternativa significa, evidentemente, poner el máximo énfasis sobre la autonomía del individuo,

principio básico retenido en la literatura anglosajona, y ciertamente importante en las consideraciones sobre la relación médico/paciente. Por este principio, el paciente adulto, capaz de razonar y querer, tendría el derecho, entre otros, de decidir libremente si acepta o rechaza un tratamiento médico. El manifiesto “desorden de personalidad”, surgido de la consulta psiquiátrica, no parecería mostrar a la muchacha incapaz de dar un consentimiento válido, ni resulta que el médico tratante tenga dudas sobre esa validez. Aun si el médico se da cuenta de que la mujer está tomando una decisión “mala”, a pesar del respeto de su autonomía no admitiría, ni siquiera según Bonnie Steinbock (ver nota 1), utilizar el diagnóstico psiquiátrico para forzar a la mujer a tomar una decisión “buena”.

Dos derechos específicos parecen estar relacionados con el principio de autonomía en el caso general de la maternidad. El primero es el derecho del progenitor a escoger, autónomamente, el mejor cuidado para el propio hijo, derecho que limita toda interferencia por parte de terceros. Sin embargo, este derecho natural “del progenitor”, confirmado por ejemplo en diversas sentencias de tribunales americanos, se funda sobre la hipótesis teórica de que un progenitor actúa siempre en favor de lo mejor para el hijo. Parece evidente que cuando un progenitor se niega a proporcionar al propio hijo las atenciones indicadas y recomendadas por los médicos, el Estado tenga todo el deber de intervenir en favor del niño.

En relación con la situación del niño nacido, y en relación al estatuto biológico y antropológico del producto de la concepción, aun la vida prenatal del feto debería ser tutelada por parte de la sociedad en el caso del rechazo de la madre a proveer las atenciones y cuidados necesarios recomendados por los médicos.

Ahora bien, cuando estos cuidados pasan inevitablemente a través de una intervención en la madre, es que viene invocado el segundo derecho conexo con el principio de autonomía, esto es, el derecho de toda persona a la integridad física y a la inviolabilidad del propio cuerpo.

Efectivamente, este derecho nos coloca plenamente en el ámbito del respeto debido a la persona, para la cual el cuerpo físico representa un valor fundamental, y toda la jurisprudencia ha reconocido el derecho de la persona a no ser sometida a intervenciones injustificadas en el propio cuerpo. Sin embargo, la misma jurisprudencia y la reflexión ética

admiten la posibilidad de someter a las personas lícitamente, contra su voluntad, a determinados tratamientos en el cuerpo físico, cuando de tales tratamientos no resulte un daño sustancial en la persona misma.

Así, no parecería inaceptable una intervención en la madre para llegar al feto cuando el tratamiento no compromete, en modo significativo, la integridad física de esta.

Otro argumento utilizado en defensa de la autonomía de la mujer es aquel relativo al concepto de libre elección, que debe ser puesto en la base de toda realización de elevados valores morales. Suponiendo que el feto tenga el derecho a recibir esos cuidados indispensables y dado que proveerle estos cuidados representa un gesto de alto valor moral, tal gesto debería ser libremente cumplido: toda obligación eliminaría cualquier "mérito".

Este es el argumento tomado del ya famoso artículo de Judith K. Thomson⁴ el cual, sosteniendo la legalidad del aborto en algunos casos, supone una situación en la cual un célebre violinista, afectado de una grave insuficiencia hepática aguda, es conectado por los médicos al hígado de un individuo sano, a fin de que sobreviva y pueda superar la crisis, sin saberlo este último, mientras está durmiendo.

La situación es tal que desconectarlos significaría causar automáticamente la muerte del violinista. L. Thomson cita que, al momento de despertar, el sujeto sano no parece tener ninguna obligación moral de permanecer conectado al violinista para permitirle seguir viviendo; por ser este un gesto humanamente generoso no podría ser lícitamente impuesto.

Existe una analogía entre esta supuesta situación y aquella que se realiza entre la madre y el feto durante la gravidez, por lo que diversos autores continúan utilizándola como argumento en favor del aborto.⁵ Sin embargo, en nuestra opinión es fácilmente invalidable, ya que existe una profunda diferencia entre las dos situaciones. En el caso del violinista, la conexión se lleva a cabo sin conocimiento del individuo sano, por el contrario, en el caso de la madre y el feto la gravidez es el resultado de una actividad sexual libremente elegida, en la mayoría de los casos. Aun en las situaciones en las que la mujer se encuentra embarazada teniendo una relación sexual en modo "violento", la semejanza no es tan simple y existiría, de todas maneras, el hecho objetivo de la supresión directa de un ser humano.

Queriendo esquematizar las características del principio de autonomía se podría decir que se trata del debido respeto para los valores personales del hombre, que se forman en torno a su posibilidad de autodeterminación (*respect of autonomy of other persons*). Es el principio que, jerárquicamente, se afirma como primero en la numerosa literatura americana específica,⁶ en cuanto que es la libre voluntad del paciente la que fomenta la solicitud de la intervención médica y la que autoriza explícita o implícitamente las aplicaciones diagnósticas y terapéuticas.

El principio de autonomía expresaría el hecho que cualquier “autoridad” se reúna para resolver una disputa o un dilema ético en una sociedad pluralista.

Esta puede ser derivada solamente del hecho que cada persona implicada acepta la autodeterminación y la autonomía de las partes, ya que no se podría derivar autoridad de argumentos racionales (podrían tener su racionalidad los diversos argumentos contrapuestos) o de una fe religiosa (las partes pueden tener diferentes tipos de fe). El consentimiento sería, por lo tanto, originado por la autoridad y, al mismo tiempo, la condición necesaria para la posibilidad de una moral común, la gramática mínima para el lenguaje de la moral.

Es evidente el peligro de un argumento de este tipo, que tiende a no reconocer la objetividad de ciertas situaciones y se dirige, más bien, al aspecto subjetivo de este, desconociendo por ejemplo que la existencia físico-objetiva de un individuo y su tutela se pongan previamente al mismo valor de la autonomía (¿como podría autodeterminarse un individuo si no existiera o no le fuese permitido existir físicamente?). Nos parece, por lo tanto, que este principio de autonomía se puede mejor sustituir con el **Principio de libertad y responsabilidad**:⁷ una elección autónoma no puede ser separada de la responsabilidad de las consecuencias de esta elección, sobre todo respecto al tema del valor de la vida.

En otras palabras, cualquier elección autónoma del individuo debe hacerse en función más allá de la vida, propia y de otros, especialmente donde esta dependa directamente de aquella elección y no represente perjuicio sustancial para la vida misma del individuo.

Es necesario insistir en que el punto crucial del problema consiste en querer admitir, a escala teórica primero aún que en sede ética, que el principio de respeto de la vida física precede y prevalece con respecto

a aquel de autonomía. No sería posible un respeto de la autonomía para todos si no fuera garantizado el respeto de la vida para todos.

2. La responsabilidad en relación al feto

Es evidente que en el caso presentado lo mejor para el feto es permanecer aún en el útero, para permitir una óptima maduración y disminuir los posibles daños de un parto prematuro. Los datos en la literatura hablan claro⁸ de las posibles complicaciones de un niño que nace a la semana 26-27 de gestación. Cerca del 80% de las muertes de recién nacidos, no debidas a malformaciones letales, se verifican en los niños que nacen prematuramente, por enfermedad pulmonar crónica, parálisis cerebral, retraso mental, retinopatía e incapacidad para alimentarse entre otras, aunque esta patología es mucho menos frecuente después de la semana 30.

A causa de ser prematuros, cerca del 50% de los niños nacidos antes de la semana 26 se encuentran con hemorragias cerebrales, y el 20-40% de estos desarrollan una grave desventaja con cuadriplejía, ceguera, sordera, marcado retraso mental y necesidad de alimentación artificial continua. En los casos de hemorragia intracraneal el niño puede encontrarse con formas menos graves de parálisis y de todas maneras las funciones cerebrales, la vista y el oído permanecen gravemente dañados.

Otras complicaciones comunes en los prematuros son: infecciones debidas a la inmadurez del sistema inmunológico, trastornos cardíacos, limitaciones en la función hepática, insuficiencia respiratoria. Si bien dos o tres semanas más de gestación pueden parecer un tiempo insignificante con respecto al tiempo de gestación ya transcurrido en el útero, los beneficios que el recién nacido puede recibir son inmensos y vitales.

Para la madre, la hospitalización en sí puede resultar un inconveniente, una especie de restricción de la libertad y los medicamentos que ayudan a disminuir las contracciones uterinas pueden causar malestar general, con bochornos en la cara, sensación de astenia muscular, náuseas, vértigos y ocasionalmente jaquecas,⁹ aunque todo esto es poco en comparación con los beneficios que recibirá el recién nacido. Hay que tener en cuenta, en el caso específico, que el trastorno de la personalidad

identificado en la muchacha puede conducirla a aumentar los efectos colaterales del medicamento o puede interferir en su capacidad de comprender en su totalidad la información relativa a los riesgos para el feto y así contar con un marco de referencia adecuado para tomar una decisión perfectamente responsable, especialmente si el miedo, la ansiedad y el estrés se sobreponen.

Los medicamentos inhibidores de las contracciones uterinas han sido revalorados en el campo clínico como tratamiento de la amenaza de aborto y son eficaces en el 60-80% de los casos. Generalmente, la amenaza de aborto puede ser evitada con el tratamiento en pocos días y la mujer puede dejar el hospital tranquilamente; otras veces necesita permanecer en el hospital todo el tiempo que le falta del embarazo. Hay algunas situaciones que contraindican el tratamiento con estos medicamentos: hipertensión severa, anomalías propias del feto, etc. Con estas eventualidades, el parto prematuro se lleva a cabo inevitablemente, pero ninguna de las situaciones descritas está presente en nuestro caso, por lo cual los medicamentos inhibidores de las contracciones uterinas representan una perfecta indicación médica.¹⁰

En el campo estrictamente científico es de hacer notar que, tal vez, el tratamiento con sulfato de magnesio como agente tocolítico único debería ser cuidadosamente revisado, habiendo sido descritos recientemente algunos trastornos en la osificación del feto debidos a hipermagnesemia.¹¹ Debido a lo anterior, han sido propuestos esquemas terapéuticos que asocian el sulfato de magnesio con otros medicamentos tocolíticos, con el fin de reducir la cantidad respectiva a suministrarse.¹² Es obvio que un rechazo por parte de la madre de aquel tipo de tratamiento, motivado por los posibles efectos sobre el propio feto, tendría otro significado, lo cual no sucede en nuestro caso.

De este resumen descriptivo de los datos clínicos, y ante la existencia de una situación sin unanimidad sobre la moral de acercamiento a la embarazada con amenaza de parto prematuro,¹³ surge la necesidad de intervenir en una situación patológica de este tipo, y subsiste, una obligación moral por parte de la madre de proteger al hijo que lleva en su regazo, amenazado por la posibilidad de un parto prematuro. Si bien la madre tiene el derecho a la inviolabilidad del cuerpo propio, esto no la justifica de rechazar un tratamiento que para ella significa un esfuerzo mínimo, mientras que para el feto resulta sumamente importante.

“Una mujer que no ha elegido interrumpir el embarazo, pudiéndolo hacer, tiene ciertamente obligaciones morales con relación al hijo que ella ha decidido que nazca” es uno de tantos argumentos¹⁴ que hacen distinción entre las diversas fases de desarrollo del feto y que sostienen la posibilidad de individualizar una obligación diversa de comparación entre el feto viable y el feto no viable. En otras ocasiones¹⁶ hemos delineado los términos de la discusión sobre el campo biológico, pero aquí queremos simplemente reanudar el concepto en el que, desde el punto de vista ético, no puede existir una manifestación distinta entre estados de desarrollo sucesivos, ya que todos indican “el fruto, visible o no, de la generación humana”.¹⁷ Hay quien sostiene que la identidad biológica, por objetiva y menos expuesta a interpretaciones personales, no constituye en absoluto un criterio suficiente para sacar las consecuencias sobre el campo ético, y aún menos sobre el plano del derecho. Por lo tanto, queriendo encontrar una justificación del hecho que, en el caso en cuestión, se debe intervenir contra la voluntad de la madre para salvar al feto, el argumento debería ser diferente.

Para Don Marquis (ver nota 1) no existiría un derecho absoluto del feto a ser curado, pero existe un deber de la madre a tener atenciones para el propio hijo. Este hecho implica que sería la viabilidad del feto el elemento discriminante del análisis moral. Desde el momento en que el feto se convierte en viable no existiría más una sola “mera posibilidad” de vida, sino una consciente certeza,^{18,19} y es en este momento que el feto se convierte en “el hijo”, con todos los incontestables derechos del bebé nacido.

Es sólo a este punto (que para nosotros al contrario, por lo que respecta al derecho “fundamental” a la vida y, en los límites posibles también en lo que respecta el derecho a la integridad física, subsisten desde el momento de la concepción) que vienen unidas a la vida prenatal todas aquellas atenciones que, justamente, se deben al niño ya nacido. Así como la opinión pública es golpeada emotivamente por maltrato a los niños, así debería ser golpeada, y tomar oportuna iniciativa, contra el maltrato de los fetos (*fetal abuse and neglect*).²⁰ La madre debería tener todo el interés de que el feto, su hijo, reciba la mejor protección y, eventualmente, responder en el área penal y civil en el caso de ausencia, modificando su estilo de vida y sus decisiones, aun a costa de una pequeña limitación de su libertad.

En los EE.UU., sin embargo, algunos observan con preocupación el fenómeno, que se va afirmando cada vez más, de una especie de coalición entre los médicos y el Estado en forzar a la mujer embarazada a seguir determinados tratamientos médicos para los intereses del feto. Como resultado, de otras partes se solicita que exista un mayor respeto por la libertad de la mujer y que se obstaculice esta tendencia, antes de que se vuelva una medida estándar.²¹

Aquello que resulta más criticado es el hecho que, actuando así, la mujer sería considerada simplemente un contenedor fetal, imagen que no ha faltado en la estimulación de la fantasía de los escritores. En una novela de ciencia ficción americana de hace algunos años²² es imaginado un mundo en el cual los médicos y el Estado se unen para privar a todas las mujeres fértiles de cualquier derecho humano. Así, con el tiempo, las mujeres llegan a ser “úteros con piernas, contenedores sagrados ambulantes”, destinados exclusivamente a la función reproductiva. De hecho, esta imagen de fantasía se puede reconocer ya en algunas situaciones actuales.

Se piensa, por ejemplo, en los contratos estipulados con las madres subrogadas (o mejor, con los úteros subrogados). En estos contratos, la mujer que acepta “el encargo” debe empeñarse en seguir todas las instrucciones médicas, tales como no fumar, no tomar bebidas alcohólicas, no usar drogas, no tomar ningún fármaco fuera de los prescritos por el ginecólogo, etc.

Es obvio que una degeneración de este tipo disminuye irremediablemente el valor de la maternidad, pero no puede ser adoptado como argumento para justificar el rechazo de la madre a tratamientos necesarios para el feto. Por el contrario, se trata de buscar una solución, como se dirá en conclusión, que evite el recurrir a un tratamiento coactivo, teniendo bien firme la responsabilidad en lo que se refiere al recién nacido.

Algunas consideraciones jurídicas y médico-legales

Desde el punto de vista jurídico, un caso relativo a intervenciones comprometidas de tratamiento fetal—por lo tanto indicativo para el nuestro—ha sido ampliamente considerado por Mantovani,²³ el cual, además, sostiene que para la madre configura una situación particular. Por una

parte, ella tiene el derecho a la exclusividad e intangibilidad en relación al feto, por lo que cada intervención puede llevarse a cabo sólo con su consentimiento. Tradicionalmente, continúa Mantovani, la libertad de la gestante ha sido prevalente también en relación al hecho que las diferentes patologías fetales no tenían una clara connotación etiopatogénica y generalmente venían imputados al “caso”. Hoy, con el progreso de la ciencia médica, se individualizan con más frecuencia las causas de aborto “espontáneo”, de malformaciones fetales y en general de sufrimiento fetal, y a veces estas causas pueden residir incluso en comportamientos “normales” de la mujer embarazada (fumar un cigarro, hacer deporte, guiar el auto, usar ciertos productos cosméticos, trabajar en un determinado ambiente, etc.). Por lo tanto, se crea un problema de limitación de la libertad de la mujer embarazada en el interés de la salud del feto y además un problema de responsabilidad jurídica por daños producidos por ella al recién nacido como consecuencia de una determinada acción u omisión.²⁴

A este tradicional derecho de libertad de la mujer sobre el propio cuerpo, observa Mantovani, se viene hoy a contradecir el concepto de “maternidad responsable”, que en el campo “laico” se ha afirmado sobre todo en una perspectiva de libertad-abortiva, pero que no puede dejar de tomar en cuenta el deber de la madre de someterse a las intervenciones necesarias para la salud del feto. Para Mantovani, un deber tal parecería emanar, en el derecho italiano, del Artículo 30 de la Constitución y del Artículo 315 del Código Civil, relativos a la potestad de los padres. En estos artículos es sancionado el derecho-deber para los padres de proveer “el cuidado” de la persona del hijo, y en esto comprende el tratamiento de las enfermedades o la prevención de las mismas. Puesto que a través de la medicina fetal y los progresos de la obstetricia hoy es posible un tratamiento terapéutico y preventivo sobre el feto, no parece aventurado para Mantovani hacer retroactivo el deber respecto al hijo durante la última fase de su vida prenatal.²⁵ Una hipótesis tal no parece diferir del resto, como actualmente vienen conciliados los intereses opuestos de la libertad personal del sujeto, prevista en el Artículo 13 de la Constitución, y la posible imposición por ley de “tratamientos médicos obligatorios”, como admitidos en el Artículo 32, inciso 2, de la misma Constitución. En la práctica, el principio jurídico de la libre disposición del propio cuerpo tiene valor para todos aquellos actos de

una persona que agotan los propios efectos al sujeto mismo y a su salud, teniendo estos el derecho insuprimible, al límite aun de no curarse, de descuidarse, de enfermarse.²⁶ Se trata de todos aquellos actos dispositivos que, a decir del Artículo 5 del Código Civil (y subordinadamente a un consentimiento válido), no causan una disminución permanente de la integridad física (automutilación, suicidio) y no son específicamente prohibidos por la Ley o contrarios al orden público o a las buenas costumbres.

En cambio, la imposición de tratamientos médicos obligatorios es admisible cuando los actos dispositivos del propio cuerpo perjudican intereses ajenos al sujeto mismo, como la salud colectiva o de terceros. Así, es lícito imponer las vacunas obligatorias, el aislamiento, los controles y la curación de sujetos afectados por enfermedades difusas y contagiosas, el tratamiento obligatorio de la tóxicodependencia, etc.

Del mismo modo, Mantovani da por hecho la obligación de la gestante a someterse a las intervenciones médicas que sean en beneficio del feto y a tener interés en tener hijos sanos, y esto, pensamos nosotros, aun si el tratamiento no es inmediatamente necesario, para la gestante y para su salud, con tal de que obviamente el límite sea impuesto por el “respeto a la persona” de la gestante, como se expresa en el 2o. inciso del Artículo 32 de la Constitución.

En el ámbito de este respeto a la persona humana, Mantovani identifica dos límites para la intervención médica obligatoria. Un límite, subjetivo, está representado por el consentimiento de la mujer: admitida la existencia de una obligación de la madre de someterse a un tratamiento en favor del feto, esto no implica que un deber tal pueda ser objeto de ejecución coactiva²⁷ (nosotros pensamos, en cambio, que haría falta moverse justo en esta dirección).

Aún más, continúa Mantovani, podría existir una eventual sanción indirecta en caso de rechazo —disposición actualmente no prevista en el derecho italiano— y de cualquier modo quedaría la eventual responsabilidad civil de la madre por los daños causados al hijo una vez nacido, o aun por la muerte, en consecuencia de la falta de tratamiento en el período prenatal. En la práctica sería difícil probar la relación de causalidad entre omisiones terapéuticas y lesiones o muerte del feto, pero cuando la ciencia médica ofrezca una prueba segura, dice Mantovani, aparece hipotetizable una responsabilidad de la madre por el delito

de lesiones imputables o de homicidio imputable en cuanto recurren los dos extremos del nexo que lo causa (no impedir un evento que se tiene la obligación jurídica de impedir equivale a causarlo, Artículo 40 Código Penal) y la culpa (cuando, a pesar de la información exhaustiva del médico sobre el posible daño fetal, la madre haya rechazado la curación).

El otro límite objetivo, está representado por el hecho que la intervención, aunque es seguramente terapéutica para el feto, no debe comprometer en modo permanente la integridad psicofísica de la madre, por el significado del Artículo 5 Código Civil. En nuestro caso, la suministración de medicamentos que aminoran las contracciones y la limitación física temporal ligada al hecho de tener que permanecer con una venoclisis ciertamente no aparecen riesgosos de la integridad psicofísica.

Sería diferente el caso de intervenciones más riesgosas de tratamiento fetal, en las cuales se impone una valoración más atenta de la proporción riesgo-beneficio, no sólo para el feto, sino también para la madre, ya sea desde el punto de vista jurídico como del ético.

A este propósito, en la jurisprudencia americana ha sido propuesto un estándar²⁸ de intervención jurídica, sea para evitar abusos en la madre, sea para garantizar al feto todos aquellos tratamientos de eficacia comprobada y exentos de riesgo elevado. Este estándar lo incluimos en las conclusiones, en cuanto que nos parece que, además de su valor de indicación jurídica, contiene una significativa orientación ética que puede ayudar a los médicos en la fase decisiva.

Conclusiones

De las consideraciones éticas y de las propuestas jurídicas, avanzadas en situaciones análogas, podemos concluir que compartimos la opción del médico de solicitar la intervención del magistrado en la situación específica descrita. Por otro lado, antes de llegar a la solución drástica de solicitar un tratamiento coactivo, sería recomendable poner en práctica una óptima relación médico-paciente por parte del médico, esto es, preguntarse por qué la muchacha se encuentra mal en el hospital y si tiene otras preocupaciones para el futuro de su hijo que está por nacer.

En un acercamiento psicológico previo y laborioso apunta el comentario de Bonnie Steinbock al caso (ver nota 1), la cual no pretende minimizar la reflexión, por necesaria, sobre los conceptos de autonomía y de terapéutica. Más que amenazar a la mujer de recurrir a la autoridad, continúa, el médico debería confirmar todo el derecho que ella tiene de tomar una decisión con respecto a su “hijo”, pero que sería oportuno retrasar el momento de la decisión definitiva, ya que cada día que se retarde la decisión de interrumpir el tratamiento es ventajoso para el feto. Sería útil, por ejemplo, proponer a la muchacha visitar la unidad de terapia intensiva de los recién nacidos, para darse cuenta de cuáles son los efectos de un parto prematuro o mostrarle, del modo menos traumático posible, todo el empeño que requiere el cuidado de un niño en desventaja, como podría ser el suyo si decide dejar el hospital. Steinbock subraya el importante papel del médico de establecer un diálogo cordial con la paciente, recurriendo eventualmente incluso a otro personal (enfermeras, psicólogos, asistentes sociales) en el caso de que el médico no tenga una preparación en ese campo.

Si la persuasión fallara a pesar de estos intentos se impone, inevitablemente, el recurso de un tratamiento obligatorio. Ninguna doctrina sobre la autonomía del paciente, ni sobre el consentimiento informado, podría autorizar al médico lícitamente a aceptar en forma pasiva el rechazo de la madre, sin protestar o argumentar. En este sentido, la segunda posibilidad descrita al inicio por el médico, aquella de solicitar a otro colega la atención de la muchacha, uno que obedezca su voluntad, representa una sola e hipócrita escapatoria que sirve sólo para aliviar al médico de la responsabilidad moral de las consecuencias.

En conclusión, pensamos que los puntos siguientes, resultado del análisis de la literatura sobre el tema²⁹ y de nuestras reflexiones, puedan representar alguna guía:

1. En forma ordinaria, el derecho del feto a ser curado debe realizarse sólo con el consentimiento de la madre. Esta debe recibir de parte de su médico una información completa de los tratamientos que serán realizados, así como las alternativas existentes en el momento, las consecuencias posibles para el feto y para ella, y las consecuencias de no proporcionar tratamiento al feto.

2. La madre tiene la autoridad de solicitar, lícitamente, todos aquellos tratamientos que podrían salvar o prolongar la vida del feto enfermo,

dejando en claro la proporción entre el riesgo y el beneficio, incluyendo las alternativas.

3. El tratamiento médico obligatorio contra la voluntad de la madre se impone jurídica y éticamente cuando: a. el tratamiento fetal recomendado ya está incluido en la práctica ginecológica y está probado eficazmente para la patología de la cual está afectado el producto; b. el uso de un tratamiento fetal particular puede prevenir, de modo significativo, un daño físico o psíquico irreversible en el feto; c. no existen alternativas de tratamiento médico menos agresivas, capaces de prevenir el daño previsto con el mismo resultado; d. el procedimiento no represente un peligro serio para la madre; e. la intervención terapéutica no puede ser pospuesta sin riesgo para después del nacimiento.

Los lectores que deseen intervenir sobre el particular, considerando los puntos de reflexión no desarrollados o indicando su experiencia clínica personal aun cuando difieran, pueden escribir un texto breve a la redacción de la revista, que analizará la oportunidad de publicación.

Referencias bibliográficas

1. El caso ha sido reportado como *Case Study* en: HASTINGS CENTER REPORT 1989; 19(2): 32-34, con los comentarios de Bonnie Steinbock, Profesor asociado de filosofía y política social en una universidad del Estado de Nueva York; Don Marquis, profesor asociado del departamento de filosofía de la Universidad de Kansas y Sahar Kayata, pediatra en el Colegio Médico de Wisconsin.
2. L. Eusebi pone de manifiesto cómo un concepto jurídico autónomo de vida prenatal "no podría jamás considerarse como proposición, en cuanto que el derecho, instrumento de organización social, caería en una implacable contradicción si quisiera describir, según exigencias preconstituídas, la misma realidad objetiva sobre la cual ha sido llamada a incidir. El concepto de vida humana preexiste a la elaboración normativa. (cfr. *Estatuto jurídico y tutela penal del embrión humano*, Reforma Social 1989; 5:341). Eusebi considera, por el otro lado, que no subsisten razones para que respecto al embrión el derecho cambie el criterio de definición de la vida, siempre sin fondear al dato biológico, a favor de parámetros valorables externos, acuerdos para establecer cómo asignar valor a la vida misma (cfr. EUSEBI, L., *La tutela penal de la vida prenatal*, Medicina y Moral 1988; 5: 603-670).
3. FLETCHER, J.C., *The fetus as patient: ethical issues*. JAMA, 1981, 246(7): 772-773; CALISTI, A., *El feto paciente quirúrgico*, Medicina y Moral 1983; 1: 49-58.
4. THOMSON, J.J., *A defense of abortion*. Philosophy and Public Affairs 1971; 1: 47-66.
5. Recientemente ha sido publicado en el CORREO DE LA TARDE *Vida y aborto, los derechos siempre son dos* de S. MAFFATTONE, en el cual hablando de ética colectiva y de tolerancia social pone un ejemplo entre lo humorístico y lo paradójico sacando a colación al

famoso futbolista Maradona, al que se descubriría afectado por una grave enfermedad hematológica que requiere una conexión continua de transfusión por nueve meses con otra persona. Debido a la rareza del tipo sanguíneo del futbolista sus seguidores no titubean en raptar a una de las pocas personas que poseen el mismo tipo sanguíneo y luego la conectan por la fuerza a Maradona. La misma situación, piensa Maffettone, se verificaría en el caso en que una muchacha fuera violada y concibiera un hijo de esta manera. Pero él supone casos menos extremos también de gravidez "indeseada" como aquella de la muchacha muy joven o de mujeres irresponsables, etc., intentando claramente acumular "todas" aquellas situaciones en donde por el hecho de no desear la gravidez ya en proceso se vendría a realizar una situación de "violencia" en la mujer en caso de que se pensara, en cambio, que el embarazo deba continuar existiendo un derecho a la vida del feto.

6. SOLOMON, W.D., *Reglas y principios*, en REICH, W.T. (ed), Enciclopedia de bioética. Nueva York, Publicación Libre, 1978: 407-412; BEAUCHAMP, T.L. y CHILDRESS, J.P., *Principios de ética biomédica* (2da. ed.) Nueva York, Publicación de la Universidad de Oxford, 1983; ENGELHARDT, H.T. Jr., *Los principios de la bioética*, Nueva York: Publicación de la Universidad de Oxford, 1986.
7. SGRECCIA, E., *Manual de bioética*, Milano: Vida y Pensamiento, 1988: 125-126.
8. Hemos hecho una síntesis de la numerosa literatura médica, sin pretender agotar el argumento, únicamente con la finalidad de indicar cómo los datos confirman la inequívoca correlación entre ser prematuro y una serie de efectos patológicos en el recién nacido. Para un ahondamiento, cfr., per es., KNOBLOCH, H. et al, *Secuelas neuropsiquiátricas del ser prematuro*. JAMA 1956: 161:581; LUBCHENCO, L., *Secuelas de los nacimientos prematuros. Evaluación de niños prematuros con bajo peso de nacimiento a la edad de 10 años*. Am. J. Dis. Child 1963; 106:107; CHURCHILL, J.A. et al, *La etiología de la parálisis cerebral en niños pretérmino*. Dev. Med. Child Neurol, 1974; 16: 143; STEWART, A.L. et al, *Consecuencias de niños nacidos con muy bajo peso; Investigación de la literatura mundial*. The Lancet, 1981; 9; 1038; BENNET, F.C. et al, *Crecimiento y desarrollo de niños pesando menos de 800 gramos al nacimiento*. Pediatrics 1983; 71: 319.
9. GIVENS, S.R., *Lo último en tratamiento tocolítico en la dirección del trabajo pretérmino*. J. Perinat. Neonatal Nurs. 1988; 2(1):21-32. WILKINS, I.A. et al, *Eficacia y efectos colaterales del sulfato de magnesio*.
10. CARETIS, S.N. et al *Tratamiento farmacológico de trabajo pretérmino*. Clin. Obstet. Gynecol., 1988; 31(3): 635-651, Brar I.I.S. et al.
11. Cinco niños, nacidos de madres que habían sido tratadas durante el embarazo con infusiones intravenosas de sulfato de magnesio por amenaza de parto pretérmino han sido seguidos retrospectivamente con el fin de valorar anomalías eventuales radiográficas, clínicas y bioquímicas. Dos de ellos mostraron en la radiografía anomalías óseas; otro mostró claras señas de raquitismo con hipoplasia del esmalte dental; dos más presentaron una hipocalcemia transitoria. Por lo tanto, está avanzada la hipótesis que la infusión prolongada de sulfato de magnesio pueda llevar a un bloqueo de las parótidas fetales con consecuentes anomalías que semejan raquitismo (LAMM, C.I. et al., *Congenital rickets associated with magnesium sulfate infusion for tocolysis*. J. Pediatr. 1988; 113(6): 1078-1082. CUMMING, W.A. y THOMAS, V.J., *Hypermagnesemia: A cause of abnormal metaphyses in the neonate*. Am. J. Roentgenol 1989; 152(5): 1071-1072.
12. FROHLICH, E.P., *Efficacy of combined administration of magnesium and ritodrine in the treatment of premature labor*. Obstet. Gynecol. 1988; 71(2): 283.
13. Una reciente investigación nacional de los ginecólogos americanos en cuanto a la modalidad de acercamiento a la amenaza de parto pretérmino ha mostrado una larga variabilidad

- respecto a los criterios de diagnóstico, la elección de medicamentos tocolíticos, el recurso de amniocentesis, el uso de corticosteroides (TASLIMI, M.M. et al., *A national survey of preterm labor*. Am. J. Obstet. Gynecol. 1989; 160(6): 1352-1357; Discussion 1357-1360.
14. STEINBOCK, *Comentario al Case Study*. Ver nota 1.
 15. CFR. Per es: WALTERS, Leroy, *Ethical issues in intrauterine diagnosis and therapy*. Fetal Therapy 1986; 1: 32-37; BRODNER, R.A. y SHUSTER, E., *Fetal therapy: Ethical and legal implications of prenatal intervention and clinical application*. Fetal Therapy 1987; 2: 57-64.
 16. SPAGNOLO, A.G., SGRECCIA, E., *El feto humano como "donador" de tejidos y órganos*. Medicina y Moral 1988; 6: 853-875.
 17. CONGREGACION PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Instrucción "Donum vitae"*. Imprenta Poliglota del Vaticano 1987: Introducción.
 18. MORI, M., *Fecundación artificial: cuestiones morales en la experiencia jurídica*. Milano: Giuffrè 1988: 279-288, con la correspondiente bibliografía. Véase también el debate sobre el derecho del feto a la vida incluido en Medicina y Moral 1989; 3: 531 ss. Además, MARQUIS, Don, *Hastings Center Report*, ver nota 1, SMITH, H.L., *Intercourse and moral responsibility for the fetus*, en BONDESON, W.B. et al (eds.), *Abortion and the status of the fetus*. Dodrecht: D. Reidel Publishing Co., 1983: 229-245.
 19. Cómo no poner de manifiesto tantas contradicciones como lo hace Marquis, si precisamente en el caso en estudio aparece claramente: en efecto, habiendo establecido arbitrariamente la ciencia que después de la 26a. semana el feto debe ser considerado factible, esto es, capaz de sobrevivir autónomamente fuera del útero, se da cuenta que esta viabilidad es definida en términos de simple posibilidad mínima y no de una sólida probabilidad de supervivencia, tan es así, que se tiende a dejar al feto el mayor tiempo posible dentro del útero para aumentar las posibilidades. Estamos, por lo tanto, frente a una definición arbitraria de la viabilidad - como es arbitraria cada tentativa de actuar de las diferencias entre las diversas fases de desarrollo del embrión- que en definitiva no puede fundar la elección de permitir el parto pretérmino.
 20. LANDWIRTH, J., *Fetal abuse and neglect: An emerging controversy*, Pediatrics 1987; 79(7): 508-514.
 21. ANNAS, G.J., *Protecting the liberty of pregnant patients*. N. Engl. J. Med. 1987; 316(19): 1213-1214.
 22. ATWOOD, M., *The handmaid's tale*. Boston: Houghton Mifflin, 1986.
 23. MANTOVANI, F., *El derecho del feto a nacer sano (problemas médico-legales del diagnóstico y tratamiento del feto en el útero)*. Revista Italiana de Medicina Legal 1980: 237-248.
 24. En nuestra tesis de especialización en Medicina Legal y de las Garantías, hemos afrontado con más detalle el tema del daño a la persona en la vida prenatal, analizando algunas orientaciones jurídicas y las implicaciones médico-abogado del tema de responsabilidad por daño al producto por nacer. Tal tesis parte de la consideración que las atenciones jurídicas y médico-abogado del tema al daño a la persona no pueden ser distintas de aquellas reservadas al individuo ya nacido, respetando un preconcepto del bien mismo. El derecho americano, en particular, ha estado reacio por mucho tiempo a otorgar derechos subjetivos a quien no ha nacido todavía, excepto en situaciones perfectamente definidas y cuando los derechos están subordinados al nacimiento de un feto vivo. Efectivamente, la regla tradicional de los *terts* hasta hace 40 años no admitía emprender alguna acción legal a favor de un niño que hubiera nacido afectado de una patología a causa de lesiones prenatales causadas por la negligencia de terceras personas. Los motivos que negaban una indemnización

- por este tipo de daños eran diversos: el concepto de que el niño que no había nacido era una parte de la madre al momento del daño y que cada daño indemnizable lo era solamente con respecto a la madre; la dificultad para asegurar una correlación de causa entre la acción prenatal ilícita y el daño al niño nacido; el peligro de falsas y fraudulentas reivindicaciones; la posibilidad de que el permitir una indemnización de este tipo abriría el camino a acciones legales sucesivas por parte del nacido, aun en contra de su misma madre, por algún comportamiento negligente eventual durante su embarazo (cfr. FLEISCHER, L.D. *Wrongful births, when is there liability for prenatal injury?* Am. J. Dis. Child 1987; 141: 1260-1265). Con una sentencia, pensada la más espectacular de toda la jurisprudencia americana con tema de ilícito indemnizable, el proceso *Bonbrest v. Kotz* (65 F Supp 138, 142, DDC 1946), se cree en cambio que era “expresión de justicia natural permitir que un niño nacido vivo y sano, emprendiera un proceso jurídico por lesiones causadas mientras estaba en el útero de su madre”. La base de este reconocimiento jurídico de daño prenatal ha venido a apoyarse aun en las numerosas sentencias sucesivas sobre el hecho de que la lesión producida en la vida prenatal reduce el derecho del niño a nacer sano (cfr. *Smith v. Brennan* 31 NJ 353, 364, 157 a2d 497, 503, 1960). Hoy, la abolición de inmunidad intrafamiliar está llevando a pensar a muchos jueces en la responsabilidad de los padres por los daños prenatales causados al producto por nacer, aumentando el conflicto entre la autonomía materna y la necesidad de proteger al feto (cfr. BLANK, R.H., *Emerging notions of women's rights and responsibilities during gestation*. J. Legal Med. 1986; 7(4): 441-469).
25. Según algunos juristas sería sólo una retroactividad de la tutela de los intereses del nacido, más que una actualización de la adquisición de derechos del concebido, a constituir, en el terreno jurídico, el fundamento de la tutela de la vida prenatal (como OPPO, G., *El inicio de la vida humana*. Riv. Dir. Civ. 1982; I: 502). Para otros juristas, la tutela de la persona humana, constituyendo un valor objetivo no postula, necesariamente, un tema jurídico, ni se agota en un número más o menos definido de situaciones subjetivas. Esto sería evidente en diversos Artículos del Código Civil que, si bien con referencia a derechos de naturaleza patrimoniales, es prevista una especie de tutela anticipada del producto (a favor del concebido puede ser hecha la donación -Art. 784; el producto es llamado capaz de heredar -Art. 462; el padre representa al hijo nacido y administra sus bienes -Art. 320), devolviendo por eso configurables centros de imputaciones objetivas, no personificadas jurídicamente (cfr. CAFERRA, V.M., *Comentario a la sentencia Cass. 28 de diciembre 1973, N. 3467, Foro IT 1974; I: 668; Id., Derecho de la persona y estado social*. Bologna: Zanichelli, 1986, 41 SS). Con respecto a esto hay que decir que todo argumento jurídico que se funde en el derecho patrimonial para mantener la tutela del producto es superfluo y es más ambiguo en cuanto que parecería que el derecho a la vida es el fruto de una elaboración normativa (cfr. Nota 2). El derecho a la vida al contrario, en cuanto que el derecho subjetivo no es susceptible al albedrío. Por esto estamos de acuerdo con Caferra, quien cree que “en tal manera el jurista positivo, si no quiere alejarse de la realidad humana del problema con fórmulas abstractas, debe renunciar a sus técnicas de derecho patrimonial y pedir luz a la filosofía del derecho (para conocer los límites ontológicos de su acción) y, *de iure condendo*, a la bioética” (Ibidem, p. 164).
26. Desde el punto de vista ético, sin embargo, aun aquellos actos puestos a disposición del propio cuerpo, irrelevantes en el área penal, que comprenden negligencia, rechazo a curarse o a prevenir las enfermedades, realizar un comportamiento riesgos (como en el caso del SIDA o el uso de droga), implican obligaciones morales, las cuales nacen de la consideración que la vida y la integridad físicas son bienes objetivos fundamentales: “El hombre, en verdad, no es el propietario, el señor absoluto de su cuerpo, sino únicamente el usufructuario”

(Pío XII, Discurso en la reunión italiana médico-biológica “S LUCA” el 12/11/1944, en *Discursos y radiomensajes*. vol. VI. Tipografía Políglota Vaticana 1960:181-196). Esta noción de “humanización” de la persona humana, de vida como un don, es con base en la concepción cristiana, pero se encuentra fácilmente en todas aquellas antropologías que admiten trascendencia del hombre.

27. En otros países, el derecho del producto a ser curado, y por lo tanto la emergencia de responsabilidad con respecto a él por parte del país, ha tenido frecuentemente la preferencia sobre el principio de autonomía de la madre. Han sido indicados tratamientos médicos obligatorios para mujeres embarazadas que usaban opio, con el fin de desintoxicarlas, reconociendo el derecho del feto a “nacer sano”, o para mujeres embarazadas que rechazaban el tratamiento fetal necesario por diversos motivos; cfr. SOLOFF, P.H. et al., *Civil commitment and the rights of the unborn*. Am. J. Psychiatry 1979; 139(1): 114-115. En los EE.UU., el tratamiento médico obligatorio se ha avanzado hasta ordenar, por parte de los tribunales, la cesárea, con el fin de llegar al feto que necesitaba el tratamiento inaplazable para después del nacimiento y rechazado por la madre; cfr. KLUGE, E.W., *When cesarian section operations imposed by a court are justified*. J. Med. Ethics 1988, 14: 206-211. KOLDER, V.E.B. et al., *Court-ordered obstetrical interventions*. N. Engl. J. Med. 1987; 316: 1192-1196. BOWES, W.A. y SELGESTAD, B., *Fetal versus maternal rights: medical and legal perspectives*. Obstetrics & Gynecology 1981; 58: 209-214. La intervención obligatoria ha sido motivada por el deber de asegurar protección del producto aun contra la voluntad de la madre, ya que el producto se debe considerar como una persona que se está desarrollando y que tiene el derecho a la protección en nombre de la doctrina del *parens patriae*, esto es, el interés del Estado de proteger a las personas incapaces de hacerlo por sí mismos (cfr. SOLOFF et al, *Civil Commitment...*)
28. HALLISEY, P.L., *The fetal patient and the unwilling mother: A standard for judicial intervention*. Pacific Law Journal 1983: 1065-1094.
29. HALLISEY, P.L., *The fetal patient...*; MANTOVANI, *Il C.D. diritto del feto...*; SGRECCIA, E., *Ethical issues in prenatal diagnosis and fetal therapy, a catholic perspective*. Fetal therapy, supplement (en prensa).

El secreto profesional

*Dr. Víctor M. Espinosa de los Reyes**

Resumen

El autor realiza una reflexión sobre las implicaciones éticas de la relación médico-paciente. Enfatiza que el respeto al secreto profesional es un valor primordial del vínculo establecido con el paciente. Mediante ejemplos prácticos profundiza en las repercusiones de este compromiso y revisa los conceptos de secreto natural prometido y confiado.

Mucho se ha publicado sobre moral médica, sin embargo, actualmente en las revistas científicas y de divulgación no son frecuentes los artículos sobre ética profesional que traten aspectos teórico-prácticos de aplicación útil en la vida diaria. Por otro lado, al hacer una encuesta entre colegas, amigos y alumnos, el sentir general fue que se debería escribir más sobre el tema, con mayor profundidad y adecuando algunos conceptos a la época; que en Academias, Sociedades y Asociaciones se tratara la materia con mayor frecuencia y amplitud; que se estableciera en forma obligatoria la bioética en escuelas y facultades de medicina para beneficio de los futuros galenos y de la sociedad y, finalmente, que sería muy deseable que el cine, la radio, y sobre todo la televisión, fueran

* Miembro titular de la Academia Nacional de Medicina, México.

medios de verdadera utilidad para los fines que persigue la moral universal.

Inquieto por lo anterior, me atrevo a escribir unas notas sobre un problema difícil y complicado de la moral médica: el secreto profesional. Lo difícil está especificado desde los tiempos de Hipócrates, el cual pregonaba que el secreto constituía una obligación moral; lo complicado procede de que el médico ve, oye o descubre cosas, unas veces por razón de sus funciones y otras con ocasión de las mismas.

Antes de entrar en materia, considero adecuado el reflexionar cómo ha de catalogarse este comportamiento que debe guardar el médico ante sus pacientes, es decir, dentro de la ética, de la deontología o de la bioética.

La ética es la parte de la filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre en forma individual y social; su origen Griego significa conducta, carácter o modo de ser. La ética se identifica con la moral en cuanto que ambas se ocupan de los hábitos y costumbres. Ahora bien, en cuanto al concepto de ética médica R. Guillón, filósofo inglés, ha escrito en forma clara y precisa a lo que se refiere y dice: "las decisiones médico-morales relacionadas con las normas o los valores, el beneficio o el perjuicio, lo justo o lo injusto y lo que debe llevarse a cabo o no, en el contexto de la atención médica. En cierto sentido, el propósito de la ética médica es que las decisiones se piensen más y sean rigurosas intelectualmente; su finalidad es construir y apoyar una teoría integral y coherente para la atención médica basada en principios universales que se apliquen a todo tipo de situaciones y justifiquen, idóneamente, líneas particulares de conducta en casos individuales.

En relación a la deontología, vocablo que según Dechambre fue creado por Max Simón, deriva del griego *Deon* (deber) y *logos* (tratado o discurso) y significa, literalmente, la ciencia de lo que se debe hacer, del deber, de la obligación moral. Lo valioso fue que Dechambre no sólo lo dio a conocer, sino que lo unió al término medicina en su célebre tratado *Deontologie Medicale*, publicado en París en el año de 1845. Desde esa fecha se acepta que la deontología médica es la ciencia de los deberes, a los que corresponden ciertos derechos, y que para cumplirlos como es debido se requiere de ciertas cualidades o virtudes.

Finalmente, desde 1971 es muy utilizado en el lenguaje médico el término bioética. Este neologismo compuesto, cuyo responsable es

Potter, resulta de la unión de dos conceptos *bios* (vida) y *ethos* (ética) y en un principio sólo se ocupó para los aspectos éticos relacionados con la reproducción humana. En el momento actual existe un buen número de definiciones y a continuación reproduzco la de Hoffe, que dice: “la bioética se interesa por las cuestiones éticas del nacimiento, de la vida y de la muerte, en particular por lo relativo a los desarrollos recientes y a las posibilidades de investigación y terapia biológicas y médicas. Estudia, entre otras cosas, la problemática moral relativa al aborto, a la esterilización, al control natal, a la manipulación genética, a la eutanasia y a la experimentación sobre seres humanos”.

En 1978, la *Encyclopedia of Bioethics* la definió como el “estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de la ciencia de la vida y de la atención de la salud, en cuanto a que esta conducta es examinada a la luz de los valores humanos y de sus principios.

Una definición más precisa es la presentada por E. Screccia “la bioética puede concebirse como aquella parte de la filosofía moral que considera lo lícito de los actos relacionados con la vida del hombre y particularmente de aquellos actos relacionados con la práctica y desarrollo de las ciencias médicas y biológicas”.

Después de meditar sobre lo expuesto, no tendría duda en ubicar dentro de cualquiera de los tres conceptos al secreto profesional, uno de los problemas más complejos, delicados y olvidados de los deberes del médico (sobre todo desde el advenimiento de la medicina institucional como expondré más adelante). Lo anterior lo fundo en que, en el fondo, las tres se ocupan de la moral y de las obligaciones del hombre, sin embargo, tomando en cuenta el contenido de las dos últimas definiciones sobre bioética citadas y la tendencia que existe en la actualidad de agrupar a todo lo referente a moral médica dentro de la bioética, aceptada por un gran número de autoridades en la materia, colocaremos el objeto de nuestra inquietud dentro de ella.

Hablar sobre el secreto profesional es tratar un tema apasionante y siempre de actualidad, pues atañe prácticamente a todo profesional a quien, directa o indirectamente, se hacen de su conocimiento hechos o acciones cuya revelación podría causar un perjuicio real o un justificado disgusto a la persona misma o a sus familiares.

Desde la más remota antigüedad es reconocido, e Hipócrates proclamaba en su célebre juramento, que el secreto constituía para el

médico una obligación moral. Así, en el punto sexto del citado juramento se lee textualmente: “todo cuanto, en el trato con los demás, tanto en el ejercicio de la profesión como fuera del mismo, viere u oyere, que no deba divulgarse, lo consideraré absolutamente como un secreto”.

El Dr. Hubert en su traducción interpreta la versión que se considera original y dice “Todo cuanto en la sociedad viere u oyere, que no deba divulgarse, lo callará, al igual que los secretos que me han sido confiados”. Otro investigador, el Dr. Brouardel, traduce el sexto punto del juramento como sigue: “De todo cuanto yo viere u oyere en la sociedad, durante el ejercicio de mi profesión, callaré lo que no es necesario divulgar, considerando en tal caso la discreción como un deber”.

Como se ve, tanto en la que se conoce como la traducción clásica como en las otras dos, se marca en forma importante el deber y la obligación de guardar en secreto los hechos y acciones que se conocen a través del trato con los enfermos y el medio que los rodea.

Los moralistas distinguen tres clases de secreto: el secreto natural, el secreto prometido y el secreto confiado.

El *secreto natural* es independiente de todo contrato. Se extiende a todo cuanto, ya sea descubierto por casualidad, por investigación personal o por confidencia, no puede divulgarse. Aunque el depositario del secreto no haya prometido guardar sigilo, ni antes ni después de habersele manifestado el hecho o de haberlo descubierto, está obligado a callar, en virtud del precepto moral que prohíbe perjudicar o disgustar a los demás sin motivo razonable.

Un caso podría ejemplificar lo dicho... los padres que llevan a consultar a su hija, que suponen doncella y que tiene un embarazo, ¿tienen derecho a saber su verdadero estado? Sólo que lo autorice la paciente. En caso negativo, el médico tratará de convencerla de lo inútil y desfavorable de la ocultación y ante la insistencia de no revelar su estado, el médico no podrá delatar el secreto y su tacto sabrá encontrar una respuesta satisfactoria, sin faltar a su secreto y sin falsear la verdad.

El *secreto prometido* nace de un contrato, a saber, de la promesa de guardar silencio hecha gratuitamente después de haber conocido el hecho, ya sea por casualidad, por investigación personal o por confidencia espontánea o provocada. Como se ve, un mismo secreto puede ser a la vez natural y prometido. Será natural cuando la cosa de suyo requiera

sigilo, pero si además va acompañado de una promesa, también será prometido.

Por último el *secreto confiado*, que también dimana de una promesa explícita o tácita, pero onerosa, es decir, hecha antes de recibir la confidencia de lo que se oculta. Se le comunica que previamente ha prometido, expresa o tácitamente, por la razón de su oficio o al menos de las circunstancias, guardar silencio, y le es participado lo que se mantenía oculto, añadiendo que se le revela confiando en su promesa bajo el sello del secreto. El secreto pasa entonces a ser estrictamente confidencial o profesional; confidencial, cuando la confidencia se ha hecho a un hombre que está obligado por razón de su oficio a prestar ayuda o a dar consejo. Profesional cuando se ha confiado, ya de palabra ya en sus acciones, a un hombre a quien su profesión obliga a asistir a los demás con sus consejos o cuidados, por ejemplo, a un contador, a un abogado, a un médico; en una palabra, a cualquier consejero de oficio.

Hasta el momento he presentado algunos aspectos que llamaremos doctrinarios y derivado de ellos trataré de llevarlos a un terreno práctico, aplicados naturalmente al aspecto médico.

Desde luego estaremos de acuerdo en que, en las confidencias hechas al médico, casi nunca se hace una petición expresa de secreto. El paciente refiere una serie de aspectos en relación a su enfermedad, algunas veces en forma espontánea y otras por el interrogatorio intencionado. También es frecuente que dé a conocer situaciones, hechos y acciones que no tienen relación con su padecimiento, pero que siente la necesidad de que el médico las conozca, ya sea porque lo considera como confidente y consejero, porque piensa que pueden tener relación con su enfermedad o bien porque se siente aliviado al darlas a conocer. Por su parte, el médico al escucharlas puede adoptar las siguientes actitudes: de indiferencia, por no encontrarles una relación de causa-efecto con lo que trata de encontrar. Vgr. *¿Dr. no tendrá que ver con mi padecimiento que soy cleptómano?*; vgr. *Dr. soy casada y sostengo relaciones extramaritales frecuentemente*, de interés por la relación directa o indirecta con el padecimiento; vgr. *Dr. soy homosexual*.

En lo expresado no ha existido un contrato tácito de secreto entre médico y paciente sobre los diferentes aspectos que este último ha dado a conocer, sin embargo, podemos decir que la revelación de ciertos hechos, muy de la persona, origina una obligación de justicia sin ne-

cesidad de contrato expreso. Bastaría con señalar para mayor abundamiento el hecho lícito y voluntario del paciente que expresó su secreto, y sin haber verdadero convenio se establece la obligación. La obligación por parte del médico a guardar el secreto se funda por entero en un doble hecho, completamente legítimo: en primer lugar, el haber abrazado la profesión de la medicina, la cual exige, en nombre del bien particular de los enfermos y en general de la sociedad, el secreto más riguroso; y en segundo, el ejercer su profesión en beneficio de determinado enfermo, ejercicio que implica esencialmente la promesa tácita de guardar reserva.

Sin embargo, la obligación tiene límites. En el secreto natural, es lícito a veces, y aun puede ser moralmente necesario, manifestar las faltas secretas, los defectos ocultos que constituyen, las más de las veces, el objeto del secreto natural. Esta manifestación puede ser, a veces, no sólo legitimada sino exigida por el bien público, e incluso por el bien particular. En una palabra, se está obligado a guardar el secreto a menos que una causa justa permita descubrirlo. En el secreto prometido, los límites de la obligación o las causas excusantes habrá que buscarlas en la misma naturaleza de la simple promesa, la cual es gratuita y cuyo objeto debe ser, según hemos dicho, lícito y posible. Si se descubre que el hecho que se prometió guardar no es lícito, la promesa es nula. Por otra parte, si por la razón de las circunstancias su depositario no puede guardarlo sin exponerse personalmente a un grave perjuicio, deja ordinariamente de obligarlo a guardar el secreto. Por último, deja de obligar el secreto prometido, e incluso se convierte en ilícito, cuando su revelación es exigida por el bien común o por el bien de una tercera persona.

Pongamos el ejemplo de una enfermedad hasta el momento incurable y que está ocasionando, por su facilidad de transmisión, un problema de salud pública importante, el SIDA. ¿Debe un médico respetar el secreto profesional sabiendo que un paciente seropositivo hace correr el riesgo a su cónyuge de contraer el virus? ¿o bien, que va a ser operado y el cirujano debe conocer que está infectado? Definitivamente sí pues, antes que revelar la condición, es deber del médico el explicar al paciente los riesgos que corre y que hace correr a su pareja o al cirujano, y explicarle la actitud y las precauciones que debe tomar, es decir, hacer un llamado a la responsabilidad individual. Ahora bien, si el médico descubre, sabe

o se le informa que el paciente no está dispuesto a someterse a las normas indicadas, el secreto deja de obligar por el bien común o el de una o varias personas.

Como se ve, los límites de la obligación son ordinariamente los mismos para el secreto natural y el prometido.

La obligación de guardar silencio en el secreto confiado, y sobre todo en el profesional, es particularmente riguroso, sin embargo, no se infiera de lo dicho que el secreto confiado, o al menos el secreto profesional sean, desde el punto de vista de la bioética, completamente absolutos hasta el punto de no admitir ninguna excepción. El secreto profesional tiene asignados sus límites por el derecho natural, mismos que trataré de fijar. Su obligación cesa, en primer lugar, por dispensa del que lo ha confiado. Cesa, así mismo, cuando se hace imposible guardarlo sin muy grave o al menos grave perjuicio, que puede ser para la sociedad entera, para una tercera persona inocente (contra la cual el autor del secreto maquina una injusticia de gran trascendencia); para el mismo que lo ha confiado (cuando resultaría víctima de su propio secreto), o para el depositario del secreto (el cual, ciertamente, no ha podido comprometerse a soportar una carga tan pesada).

Pienso que es de especial interés práctico el haber señalado los conceptos anteriores, especialmente el que se refiere al secreto profesional, ya que algunas personas piensan que no es posible su quebrantamiento. Pongamos un ejemplo. Un hombre rico se vio acusado de haber violado a una niña, la cual fue conducida al hospital. El médico efectivamente descubrió lesiones en los genitales de la niña, pero también ciertos titubeos y contradicciones entre ella y su madre al interrogarlas, por lo que sospeché y posteriormente obtuvo, por parte de la niña, la confesión de que las lesiones le habían sido producidas por su madre. *“Entre el secreto profesional”, pensó el médico, “que podría amparar a una bribona, y la protección que se le debe a un hombre honrado, no hay duda posible. A pesar de mi calidad de médico no me creo desligado del deber social de evitar una maquinación criminal, denunciándola a la sociedad, si es menester, para salvar a un inocente”*. Aquel hombre, vilmente calumniado, de buena se libró; si llega a encontrarse con un médico de criterio pobre, y por lo tanto partidario de la inviolabilidad absoluta del secreto profesional, se habría visto difamado para toda su vida. A propósito de lo anterior viene a mi mente lo que

decía Richet: “El secreto profesional es un ídolo muy hermoso, a condición de no inmolarle muchas vidas humanas”.

Pasemos ahora a otro capítulo, que es el de las maneras de violar el secreto. La ley del secreto prohíbe en todas formas averiguar, por medios ilícitos, los secretos ajenos; manifestar sin justa causa los que se han conocido casualmente, ya sea por investigación personal o por confidencias recibidas; y utilizar injustamente los secretos ajenos, especialmente cuando se usan sin causa suficiente contra los intereses del que nos ha hecho depositario de sus intimidades.

El facultativo puede faltar al secreto que debe a sus clientes de cuatro maneras: por averiguación indiscreta, por revelación directa, por revelación indirecta y por utilización injustificada del conocimiento adquirido.

Averiguación indiscreta. El médico puede y debe informarse, por todos los conductos lícitos y con gran prudencia, de los antecedentes de sus enfermos, y especialmente de los que considera importantes. Sin embargo, puede hacer averiguaciones indiscretas, imprudentes, y/o ilícitas de los antecedentes personales o patológicos del paciente, que descubren a un tercero un pasado que había que mantener en secreto, o hacen que otros entren en sospecha sin necesidad. Así, un médico, pensando que un hombre ha sufrido gonorrea y que de ella deriva su problema de esterilidad, ante la negativa del paciente pregunta a un pariente si no conoce que su familiar haya sufrido la enfermedad porque él está casi seguro de que la ha padecido, o bien, pregunta a la madre de una enferma si no ha sospechado que su hija ya no es señorita.

Revelación directa. Existe revelación directa y culpable cuando el médico, aún sin tener intención de perjudicar sino solamente la de revelar el caso, da a conocer voluntariamente un hecho de carácter médico cuya revelación puede ser nociva, es decir, puede causar perjuicio moral, material o una justificada molestia a los interesados. Esta revelación se hace en la práctica de diversas maneras -todas ellas reprobables. Se hace por los excesos en el hablar con los colegas que no tienen a su cuidado al enfermo (“*estoy tratando a la paciente de la cama No. 8 que tiene lesiones en genitales que corresponden a enfermedad venérea*”); a cualquier persona para facilitar un servicio en el hospital (“*a ver si le dan cama a esta señora que tiene un sangrado por aborto provocado*”); a los amigos e incluso a los periódicos mediante indiscretas

noticias o partes: (“claro que la frecuencia del SIDA va en aumento”, responde un médico a un periodista, “si no, vea esa sala del hospital que está llena de pacientes con SIDA y próximos a morirse muchos de ellos, y en particular el del cuarto 14, conocido y famoso personaje del medio artístico que me perdona no le dé su nombre”!); a un grupo de alumnos a quienes el maestro explica en presencia del paciente, con detalles de una cruel precisión, un caso clínico (“vean”, dice el indiscreto maestro, “a este pobre hombre con un cuadro avanzado de neurosífilis con muy mal pronóstico”, el afán de enseñar hizo que ese profesor olvidara su deber primordial de médico, esto es, de ser discreto, proteger, ayudar y tranquilizar a sus enfermos); y por último a su esposa, familiares, amigos o conocidos circunstanciales, que por vanidad o por darse importancia, pone en su conocimiento que atendió a la esposa de un conocido político o funcionario de tal o cual padecimiento. El médico se expone a veces a pagar muy caro las indiscreciones cometidas, inclusive en su propia casa. El Dr. Le Gendre cita sobre este particular lo ocurrido a un eminente médico inglés. En 1896, el célebre partero de la Reina, Playfair, fue llamado a consulta para ver a una señora a la que le practicó un legrado. De vuelta a su casa dijo a su esposa, “¿sabes querida? La señora fulana que es una de tus amistades, acaba de tener un aborto y eso que su marido está ausente desde hace tiempo. ¡Qué escándalo!” Lady Playfair divulgó este incidente entre sus amigas íntimas, las cuales juraron y perjuraron no revelarlo, sin embargo la noticia pronto se difundió. La dama, al verse difamada, entabló juicio contra el galeno, el cual fue condenado a pagar 30,000 libras por concepto de daños y perjuicios. El Dr. Playfair pagó la multa jurando no explicar a su mujer, nunca más, historias de su clientela.

Revelación indirecta. La revelación es indirecta cuando, sin mencionar explícitamente el nombre del enfermo, se le expone a ser identificado, con gran perjuicio o disgusto por su parte. En nuestro medio esto frecuentemente, sobre todo en pláticas de sociedad, al decir: “no les digo el nombre porque a lo mejor la conocen, pero vi a una paciente que por cierto es familiar de nuestro amigo fulano, que tenía tal cosa”. Aunque no se mencionó el nombre, la descripción contenía ciertos detalles, que permitieron que todos los presentes descubrieran la identidad de la paciente.

Una revelación indirecta frecuente, que casi a diario se escucha en los hospitales es, por ejemplo, cuando al juntarse médicos, comúnmente jóvenes, comentan el caso del paciente de la cama 10, o el percance quirúrgico o el fallecimiento que denota responsabilidad médica o institucional en un elevador del nosocomio junto con pacientes y visitantes, lo que muchas veces permite que una de las personas se dé cuenta o infiera que se trata de su amigo o familiar. Su actitud y respuesta será siempre desfavorable para el prestigio de la profesión y sus practicantes, además de que se ha faltado al secreto profesional que obliga.

Por último, la *utilización injustificada*, en la cual se viola el secreto profesional cuando, sin manifestar el hecho de carácter médico o personal del enfermo, se sirve indebidamente del conocimiento para ir contra los intereses de su cliente, con buena o mala fe. El derecho del cliente no sólo implica que el médico no descubra su secreto, sino que no se sirva del mismo contra sus intereses.

Resulta interesante recordar, pues el hecho no deja de ser frecuente en nuestra profesión, la actitud y conducta que debe seguir el facultativo que ha sido llamado como consultor, ya sea por el médico de cabecera o bien por los familiares, con o sin la autorización del galeno tratante.

El consultor tiene dos deberes, uno de justicia tendiente a procurar los intereses del enfermo y otro de obligación de velar por el prestigio del médico de cabecera, por lo que deberá esforzarse cuanto le sea posible, para salvaguardarlo.

Si el facultativo consultor coincide con la opinión de su colega, debe manifestar sin reserva su parecer y retirarse. Si no está de acuerdo o descubre un error, profesionalmente debe guardar silencio ante los familiares y el enfermo y a solas, sin la presencia de nadie, hacerle ver al colega el desacuerdo o desacierto, así como insinuar la conducta que recomienda seguir, para luego entrar en una franca y sincera discusión. De otra forma, si expresa su opinión contraria a los familiares o al paciente o les da a entender por su actitud o gestos su incredulidad o reprobación, está faltando a un deber de guardar discreción, un secreto, el cual no estará obligado a guardar, si el colega insiste en sostener su actitud a pesar de no tener la razón y habiéndole sugerido la opinión de un tercero que no aceptó.

El médico que así actúa, gana mucho con no desprestigiar al compañero y con y con hacerle ver que guardó en secreto la discrepancia, en

beneficio del paciente, de ellos y del prestigio de la profesión que ejercen y que ante una situación egoísta, de vanidad y no científica actuó razonable y adecuadamente.

Una posición contraria llevaría a pensar que su deseo es quedarse con el paciente, criterio mercantilista, inmoral, de prepotencia y vanidad porque fue llamado como consultor, actitud que a futuro no le producirá beneficios, pues el médico que no se respeta a sí mismo, dominando sus pasiones y debilidades y guiándose por la luz de la razón y de los principios básicos de la moral profesional, no sabrá tampoco respetar a los demás ni hacer honor a su misión.

Para finalizar, unas palabras sobre la medicina socializada, situación que ha comprometido en forma muy importante el secreto médico, pues con este tipo de medicina se han presentado problemas de moral profesional que no han sido resueltas, y es tan difícil su solución que pienso que hasta los moralistas se han tornado indiferentes.

La medicina institucional, y en particular la de la seguridad social, requiere, para prestar servicios en caso de enfermedad, para cubrir indemnizaciones, invalidez, jubilaciones, pensiones, seguros de muerte, etc., de información amplia y verídica de sus médicos, los cuales se valen del estudio clínico y de los recursos conocidos como auxiliares de diagnóstico para fundar la opinión solicitada o más bien exigida. Así, el secreto profesional queda quebrantado, hecho añicos, pues decía Clement: secreto que se socializa, se volatiliza. El Seguro Social tiene sus razones para saberlo todo, porque sin control riguroso no podría asumir sus grandes responsabilidades económicas; el enfermo tiene también sus buenas razones para no dar a conocer todos sus secretos, ni permitir que pasen de mano en mano por todas las oficinas en la tramitación de su ayuda, y entre los dos está el médico solicitado por dos urgencias: la del informe y la del secreto. Es de pensarse que hay veces en que sus dos deberes entren en conflicto. En tales casos, ¿quién decide dónde está su obligación moral?, ¿con el seguro?, ¿con el enfermo?

Para hacer más difíciles estos aspectos, algunas oficinas gubernamentales, como las encargadas de los impuestos, están exigiendo a los directores de hospitales particulares el nombre del médico que practicó la operación, el tipo de operación y el nombre del paciente, invocando que al conocer el número de operaciones que realizó durante el año

pueden controlar los ingresos del médico, pero al unísono conocen de qué fue operada la persona y su nombre ¿en dónde queda el secreto?

Además, debido a que en la actualidad se registran en computadora los datos de los expedientes clínicos, y que son muy numerosos tanto los pacientes que solicitan cuidados como los médicos que intervienen en la atención de un paciente, etc., el secreto profesional en los servicios de seguridad social y atención pública, es prácticamente una utopía. Esta masificación de la atención en la seguridad social y en los servicios médicos oficiales ha sido una de las causas por las que los médicos, enfermeras, técnicos, administrativos y hasta el enfermo, hayan perdido su individualidad, para transformarse en un equipo que trabaja y se apoya en forma generalmente eficiente pero despersonalizada, lo que motiva poco o nada de trato humano, quedando sólo el ajuste de una cédula de registro de asistencia médica o quirúrgica. Estoy de acuerdo en que es lo que se está viviendo desde hace años, pero difiero en que deba aceptarse y menos conformarse y no poner medidas para lograr un trato más humano. ¿Qué no es posible que las instituciones establezcan medidas para educar, orientar y hacer reflexionar al equipo, y muy especialmente al médico, que uno de los puntos más importantes para un paciente, aparte de ser atendido correctamente, con comprensión y afabilidad de su padecimiento, muy frecuentemente tiene gran interés en que su dolencia, y el origen, no sean difundidas o conocidas por personas ajenas o cercanas, sin su autorización? Pienso que es posible, con voluntad y con empeño por parte de las autoridades médicas no administrativas. La atención de volúmenes importantes de enfermos no es fácil, pero no está reñida con la educación, la ética, el trato, la caridad bien entendida y la discreción, cualidades que deben caracterizar a quien está en contacto con el ser que sufre y que busca en el médico y su equipo comprensión, alivio y consuelo.

Desearía, para no pecar de pesimismo en relación al secreto profesional, transcribir íntegramente lo escrito por el gran pensador y médico mexicano, el maestro Don Ignacio Chávez: "Los puntos de vista parecen ahora irreconciliables, sólo se concibe el secreto médico completo, tradicional, en la medicina privada, como es la del consultorio y la del médico de familia. Ese sigue como secreto cabal. Pasa a ser secreto relativo en el caso de los enfermos de hospital particular o semiprivado, en los datos que son conocidos por médicos residentes e internos, por

estudiantes y enfermeras, pero como todos ellos son parte de la familia médica, acostumbrada a relatar y discutir públicamente los casos clínicos, pero sin mencionar el nombre de los enfermos, y como en esos hospitales no hay obligación, casi nunca, de rendir informes burocráticos, el secreto se conserva en parte en ámbito restringido. Si no es secreto, es cuando menos discreción obligada, profesional, que basta para proteger al enfermo”. Hasta aquí esta profunda y veraz reflexión del maestro.

Mucho más podríamos hablar sobre este interesante tema, baste decir que una de las cualidades más respetadas del médico es su discreción, la cual, con pena, hemos visto que cada día está más ausente, y uno de sus deberes más reconocidos es el ayudar a sufrir lo menos posible al paciente, curar a veces, mejorar en otras y siempre dar ánimo y apoyo.

No podría terminar sin recomendar que en las escuelas y facultades de medicina se imparta la cátedra de bioética en forma obligatoria, pero como dice el Dr. Kuthy Porter que en forma textual vierto a continuación: “como materia exclusiva la bioética puede constituir un entorno difícil, seguramente pesado para los alumnos si no se les asocia con vivencias estrechas en el mundo de la medicina. La exclusiva teoría filosófica, sobre todo en nuestro mundo de tecnología, resulta pesada al estudiante, mientras que aunada a la cátedra de historia de la medicina, o bien, como materia a discutir por el profesor de cada asignatura en el curso de preparación de pregrado o posgrado, resulta que es más atractiva porque es más vivencial y tiene aplicación práctica”.

El fin a perseguir será que se le enseñe e inculque al alumno y se le recuerde al graduado los aspectos morales, conducta y deberes del médico, fundamentalmente a través de sus profesores. Especialmente los que imparten materias clínicas es de recomendarse que enseñen y demuestren a sus alumnos conceptos y actitudes, que los formen, que los orienten al conocimiento de la ética en la rama que profesan y muy especialmente infundirles que gran parte del prestigio de un médico se debe a su seriedad, a su discreción y actitud honesta y ponderada ante un problema de carácter profesional. También deben recalcar que el secreto en el ejercicio de la medicina garantiza la confianza que debe inspirar la profesión y quien la ejerce, y asegura el honor y la tranquilidad de los enfermos y sus familiares.

Referencias Bibliográficas

1. PAYEN, G., S.J. *Deontología médica*, Sucesores de Juan Gili, S.A., Barcelona, España, 1944.
2. SORDO NORIEGA, A., *Algunos problemas de ética en Gineco Obstetricia*, Ginecología y Obstetricia vol. XXII, Jul-Ago, 1957, México.
3. BANDERA, B., *Problemas deontológicos y éticos en Ginecología*, Ginecología y Obstetricia año VII(3), Mayo-Junio, 1952, México.
4. KUTHY PORTER, J., *La enseñanza de la bioética en la formación del médico*, Marzo 1993. Pend. Public.
5. VILLALPANDO GUTIERREZ, J., *Etica médica*, Rev. Med. IMSS 1991.29:5, México.
6. FAJARDO ORTIZ, G., *El legado, el saldo y los modelos de la ética de la atención médica*, Rev. Med. IMSS, 1991.29:55, México.
7. PIMENTEL, E., *Ingeniería genética y medicina*, Acta Med. Colombiana vol. 10(2) 1985.
8. GARCIA CARRIZOSA, R., *Filosofía del ejercicio de la medicina*, Cirugía y Cirujanos vol. 57(2), 1990.
9. KUTHY PORTER, J., *El panorama ético y humano de la medicina en México*, Memorias Primer Congreso Internacional sobre Humanismo en Medicina 1990, Universidad Anáhuac, pag. 63.
10. CHAVEZ, I., *Los rápidos avances de la medicina y la lenta, implacable, deshumanización de su ejercicio*, Conferencia sustentada en Septiembre, 1976.
11. WINSLADE, W., Ph. D.J.D., *Ideales éticos y aspectos legales en la práctica médica. Temas selectos sobre humanismo en la medicina*. Memorias Primer Congreso Internacional sobre Humanismo en Medicina 1990, Universidad Anáhuac, pag. 26 a 29.
12. El debate en Francia sobre el secreto médico con los enfermos de SIDA, Periódico Excelsior, Marzo 7, 1993.

La bioética en la investigación del ser humano

*Prof. Gonzalo Herranz**

Resumen

La ética de la experimentación sobre el hombre es un campo de contenido muy amplio y diverso. De ella se pueden analizar muchos temas con profundidad, pero aquí sólo estudiaremos el consentimiento informado del sujeto experimental y la ética de la publicación de los trabajos de investigación.

Algunas ideas generales

La *ética de la investigación* en el ser humano tiene, para empezar, una historia fascinante. En ella, la rectitud moral y el altruismo de los investigadores han escrito páginas espléndidas, pero es también una historia muy humana, quizá demasiado humana, de flaquezas y miserias ocasionales, de médicos que han sucumbido a la tentación de cosificar al hombre y de convertirlo en animal de laboratorio. Es, sobre todo, la historia de una creciente preocupación por el respeto a la dignidad del hombre en cuanto sujeto de experimentación. A lo largo de esta historia, la comunidad científica ha demostrado poseer una espléndida capacidad de enmienda y rectificación.

* Profesor del Departamento de Bioética. Universidad de Navarra. España

La *ética de la investigación* tiene un panorama inmenso y variadísimo de problemas que estudiar: nuestra ignorancia en medicina es todavía masiva. Ignorar la solución de un problema, la llamada hipótesis nula, es el requisito ético esencial para cualquier ensayo clínico. Y aunque es poco ético hacer investigación meramente repetitiva, también hay cierta obligación moral de investigar en aquellos problemas pendientes de clarificación y que no sean una trivialidad. Ciertamente somos libres para escoger nuestro campo de trabajo, pero debemos hacerlo, de preferencia, en áreas prioritarias de las que puedan derivarse más beneficios para el hombre.

Creo que, al planear la investigación, conviene no soslayar la cuestión verdaderamente esencial de que nos habla Juan Pablo II en el punto 15 de *Redemptor Hominis*, que cuestiona si el hombre, en el contexto del avance científico que se contempla, de verdad se hace mejor, más maduro espiritualmente, más consciente de la dignidad de la humanidad, más responsable y abierto a los demás.

Hay, por tanto, una obligación ética de ensanchar las fronteras de la ciencia. Hay un deber de investigar, de manera activa, para el investigador, que ha de procurar disipar la ignorancia, y de manera pasiva para el sujeto, que por solidaridad y amor a la ciencia ha de colaborar en esa ganancia de conocimiento. La investigación redundante, con frecuencia, en servicios inmediatos y directos al hombre, en forma de tecnologías que hacen más amable y digna la existencia. Pero el saber no necesita ser útil para ser bueno. La ciencia pura es también un bien digno de gran aprecio, es un bien universal. De cualquier modo, la experimentación humana se nos aparece así como un ejercicio de solidaridad. A todo sujeto de experimentación debería informársele de este aspecto *grande* de la investigación.

La ética impone a la investigación en el hombre unas exigencias metodológicas indeclinables. El investigador se sirve de una infinidad de procedimientos: unos apenas rozan la humanidad de los pacientes; otros requieren técnicas invasivas que someten al cuerpo y al alma del hombre a riesgos no siempre fáciles de calcular. Por ello, la competencia del investigador, en cuanto diseñador y realizador material de su proyecto experimental, es otro de sus requisitos éticos. Podemos afirmar que es antiética, por su propia naturaleza, la experimentación superficial, mal diseñada, ejecutada sin competencia técnica ni control riguroso de

los detalles, la que descuida la anotación escrupulosa y puntual de los hallazgos o la que es presentada de modo deficiente.

Para ser científico, el conocimiento ganado mediante la experimentación ha de ser generalizable. Por ello, es una exigencia ética fundamental prestar una atención seria a las estrechas relaciones que se dan entre la estadística y la ética. Ahí se juega, en muchas ocasiones, la calidad de los experimentos biomédicos. Es esencial el trabajo preparatorio de estimar el tamaño de la muestra. El experimentador nunca puede olvidarse que está trabajando con seres humanos cuando calcula el número de pacientes o de voluntarios sanos que ha de incluir en el ensayo que proyecta para lograr que las conclusiones de este sean significativas estadísticamente y posean fuerza probatoria. Son inéticas las investigaciones realizadas sobre un número insuficiente de sujetos experimentales, ya que en sus conclusiones carecen de fuerza probatoria, y es igualmente incorrecto el comportamiento del experimentador que utiliza un número excesivo de sujetos, ya que sus conclusiones no adquieren mayor validez, pero su error de cálculo no sólo somete a una parte de sus propios sujetos experimentales a riesgos innecesarios, sino que, al retrasar la publicación de sus resultados, priva a los demás del beneficio potencial de su investigación. Además, gasta dinero inútilmente.

Sobre todo, la ética impone al experimentador un *fuerte compromiso de respeto al hombre*, a su vida y a su integridad física y moral. No puede, por tanto, planear o ejecutar su experimentación con ligereza. La ética del respeto obliga a hacer una estimación razonable de los riesgos y beneficios de la investigación, a calcularlos, describirlos y sopesarlos. Obliga a optimizar el cociente riesgo/beneficio en la medida de lo posible y a tomar las medidas preventivas o de auxilio necesarias para impedir que los accidentes o eventos imprevisibles puedan causar daño grave a los sujetos de la experimentación o, en el caso de que esos daños se produjeran, para compensarlos.

En medicina hay una regla de gran valor moral que es el principio de *no discriminar*, el médico debe dar el mismo trato a todos sus pacientes. Este mandato admite, sin embargo, una excepción, que es la de mostrar un respeto que sea proporcional, en su intensidad, a la debilidad o indefensión del paciente. El buen experimentador clínico tiene la clara noción de que no son iguales los sujetos que estudia, de que existen *importantes diferencias entre ellos*. Unas veces investiga en pacientes

que podrían beneficiarse directamente del procedimiento (diagnóstico, terapéutico o preventivo) ensayado. La investigación se integra, de algún modo, en la atención médica del paciente. Aquí hay un fuerte riesgo de abuso cuando el médico investigador actúa sobre pacientes que confían sumisamente en él. Otras veces, lo hace sobre sujetos, sanos o enfermos, que de la experimentación no van a derivar ningún beneficio, fuera de la satisfacción moral de contribuir al bien de la humanidad.

Unas veces, la experimentación se hace sobre adultos que están en plena posesión de su capacidad de juzgar y decidir sobre la experimentación y su participación en ella; otras, sobre sujetos que, por distintas razones, carecen de la capacidad de juzgar y de decidir libremente. Estos sujetos no deben quedar marginados de los beneficios potenciales de la experimentación, pero la participación en ella de los sujetos que forman parte de los llamados grupos vulnerables debe estar rodeada de ciertas precauciones especiales, para impedir cualquier abuso posible.

Esta circunstancia ha promovido el desarrollo de uno de los más interesantes capítulos de la *ética de la experimentación* humana, que atiende a los problemas específicos de la investigación en sujetos incompetentes o vulnerables, tales como menores de edad, enfermos mentales, ciertos ancianos, presos, mujeres gestantes, embriones y fetos humanos, o personas que de algún modo tengan una relación de dependencia ante el experimentador.

La *ética de la experimentación* tiene, para la protección de los sujetos humanos, un cuerpo de doctrina de gran riqueza acerca de la *obtención del consentimiento informado*. Este requisito tiene una sólida fundamentación legal, pero es, sobre todo, un gesto ético. Si dejara de serlo para convertirse en un simple formalismo, en una rutina administrativa, la experimentación humana se degradaría para convertirse en ensayo veterinario. De este punto capital, trataré más adelante.

La *ética de la experimentación* ha de estar presente como luz esclarecedora, desde el primer momento, en la génesis y desarrollo de los ensayos sobre seres humanos. Ha de estarlo en el pensamiento y en la acción del responsable de la experiencia, pero, también, en los órganos específicos que, según los lugares, tiempos y circunstancias, se llaman *Comités Institucionales de Ética para la Investigación Biomédica*, *Comités de Ensayos Clínicos*, *Comités Institucionales de Revisión*.

Estos son de composición y atribuciones diversas, tienen siempre una función consultiva, pero también a veces tienen con poderes discrecionales muy amplios.

Una buena parte del enriquecimiento doctrinal y práctico de la *ética de la experimentación* humana se debe a la reflexión y al trabajo de estos comités, encargados de hacer un examen serio de la naturaleza, objetivos y métodos de los proyectos de investigación que son sometidos a su dictamen, aprobación y supervisión. Esos comités han de discernir si una investigación es original y busca ensanchar nuestros conocimientos, o si es repetitiva y motivada, en el autor, por intereses prevalentemente personales o comerciales. Deben actuar en forma ecuaníme en su doble abogacía en favor de la ciencia y del paciente, para lo que han de escrutar a fondo si los riesgos e inconvenientes del ensayo superan razonablemente los beneficios calculados. Más aún, han de tratar que los riesgos se reduzcan ofreciendo, si existen, modos alternativos de investigación, modificando la composición de los grupos, o proponiendo condiciones más favorables de inclusión/exclusión de los sujetos experimentales. Sobre todo, los comités han de ser guardianes de la dignidad humana e impedir cualquier abuso moral, psicológico o físico sobre los pacientes o sujetos estudiados.

Un aspecto importante de la *ética de la investigación* tiene que ver con la *custodia de la intimidad* de los pacientes. En primer lugar, cuidando del secreto profesional. No puede, por ejemplo, hacerse un uso cualquiera de las historias clínicas en investigaciones epidemiológicas, sino que han de aplicarse métodos que hagan imposible la identificación de cada paciente individual, para lo que convendrá utilizar procedimientos de codificación o de encriptación.

En segundo lugar, respetando a cada paciente en su individualidad específica. No se le puede tratar como si él mismo fuera un elemento carente de identidad personal, un número en el grupo. Hay un riesgo, siempre presente en la aplicación del tratamiento experimental, de perder de vista la identidad personal del sujeto. Conviene tener siempre presente que los métodos de cegamiento, simple o doble, buscan la máxima objetivación de los resultados, no la anulación del paciente como ser personal; en el ensayo hay que llamar a cada uno por su propio nombre. Un procedimiento investigador nunca puede privar del trato humano o de la terapéutica válida a un paciente.

Vatch ha desarrollado una teoría de la investigación clínica en la primera parte de su obra *The Patient as pather*, en la que desarrolla la idea de que el sujeto de investigación es un igual, un par, que amistosamente acepta la invitación del médico para participar en la empresa común de extender el campo de nuestros conocimientos.

Se comprende, desde esa perspectiva, que las *relaciones investigador/sujeto de experimentación* han de tener la gentileza y dignidad de las relaciones entre un anfitrión y su invitado, no las de un dueño y un siervo. Esta idea del paciente como un voluntario que acepta cooperar proporciona una excelente base para respetar su libertad; una indicación suya sobre la conveniencia de no continuar el experimento equivale a una orden, pues se supone que sólo por graves razones el invitado desea terminar la relación. El invitado que libremente acepta la invitación tiene la obligación moral de no portarse caprichosamente, pues en el momento en que se le propone participar en el experimento el investigador habrá sabido comunicarle la importancia y valor moral de la investigación en la que va a colaborar. El investigador no puede convertir al invitado en un cautivo ni puede el invitado portarse caprichosamente.

La *ética de la experimentación* tiene algunos *problemas pendientes todavía de estudio y clarificación*, tales como la legitimación ética de la distribución aleatoria de los sujetos entre los grupos experimentales y el de control y la elección de los mejores modelos para realizarla; la justificación ética de instaurar grupos de control sin tratamiento o con tratamiento de placebo; el uso de la mentira o de la ocultación total o parcial de la verdad como parte del procedimiento experimental; los principios éticos de la política de investigación; la existencia de áreas prohibidas a la indagación científica y muchas más.

Hay, por último, un extenso capítulo sobre la *ética de la publicación* de los trabajos de experimentación. La publicación es la fase final de la tarea investigadora: sin ella no hay propiamente investigación. Como cosa muy práctica, que a todos nos concierne, me referiré a la publicación al final de este artículo.

Después de esta somera enumeración de algunos puntos de relieve de la *ética de la experimentación* sobre el hombre, entraremos al análisis de dos cuestiones de interés más inmediato, esto es, la obtención del consentimiento informado, por un lado, y la *ética de la publicación*, por el otro.

De la obtención del consentimiento informado y de la instauración de los Comités de Ética de investigación

En la historia de la experimentación sobre el hombre, los grandes avances se produjeron como reacción a grandes errores o fracasos. La ética, de forma rudimentaria pero efectiva, estuvo presente al comienzo de la experimentación científica sobre el hombre. Claude Bernard, en el comienzo mismo de la medicina experimental, habló con precisión de sus requisitos éticos. No sabemos mucho de lo que ocurrió en el largo tiempo anterior a la Segunda Guerra Mundial. Está por hacer su historia. No eran muchas las oportunidades de hacer ensayos ni se había formalizado la técnica de la investigación experimental en el hombre, y tampoco se había despertado la sensibilidad de médicos y público sobre el tema. Algunos episodios que conocemos no dejan muy bien parados a los pioneros de la cirugía y la medicina experimental. Fue, sin duda, un tiempo marcado por el paternalismo duro o la indiferencia.

El comienzo de la *ética de la experimentación* está perfectamente señalado: es un largo fragmento de la sentencia del Juicio de Nüremberg contra los criminales de guerra del nazismo, entre los cuales se contaban algunos médicos al servicio de la SS, acusados y convictos de haber realizado atroces experimentos en prisioneros de campos de concentración. A ese fragmento de la sentencia le llamamos hoy el Código de Nüremberg. El Código viene a decir, de una vez para siempre, que no es suficiente la ciencia, ni siquiera la buena ciencia, para garantizar la rectitud moral de la investigación. La ciencia natural por sí sola es incapaz de resolver la cuestión ética. Toda experimentación ha de someterse a la norma universal del respeto al hombre.

A todos nos conviene profundizar en esta idea, pues con frecuencia la olvidamos. Para ello es bueno reconsiderar el texto fuerte del Código: *“El consentimiento voluntario de los sujetos humanos es absolutamente esencial. Esto significa que la persona afectada deberá tener capacidad legal de consentir; deberá estar en situación tal que pueda ejercer plena libertad de elección, sin impedimento alguno de fuerza, fraude, engaño, intimidación, promesa o cualquier otra forma de coacción o amenaza; y deberá tener información y conocimiento suficiente de los elementos del experimento, de modo que pueda entender lo que decide. Este último*

*elemento exige que, antes de aceptar una respuesta afirmativa por parte del sujeto experimental, el investigador tiene que haberle dado a conocer la naturaleza, duración y propósito del experimento; los métodos y medios conforme a los que se llevará a cabo; los inconvenientes y riesgos que razonablemente pueden esperarse; y los efectos que para su salud o personalidad podrían derivarse de su participación en el experimento. El deber y la responsabilidad de evaluar la calidad del consentimiento corren por cuenta de **todos y cada uno** de los individuos que inician o dirigen el experimento o que colaboran en él. **Es una obligación personal que no puede delegarse impunemente en otro.***” Son palabras exigentes. El experimentador ha de tomar en serio a los sujetos que va a estudiar y también, de manera muy significativa, ha de tomarse en serio a sí mismo. Ningún participante en los experimentos —ya sea el promotor, el director o un simple auxiliar— puede afirmar que la ética del experimento no es cosa suya, ya que a todos incumbe por igual esa responsabilidad. Nüremberg dejó establecido para siempre que no es válido, ni legal ni éticamente, aligerar la propia conciencia de culpa invocando que uno actuó en cumplimiento de órdenes de los superiores. En la *ética de la experimentación* humana, todo experimentador, cualquiera que sea el lugar que ocupa en la escala organizativa, es plenamente responsable de los sujetos a los que trata, es el protector de su dignidad humana.

Se ha dicho que esta regla fundamental del Código de Nüremberg es casi imposible de cumplir en muchas situaciones experimentales que se tienen por éticamente aceptables y, por tanto, que debería de modificarse. Creo que no, pues a la hora de enumerar principios, es preferible que sobren y no que falten. La rutina se encarga de desgastar las agudas aristas de las normas. La firmeza de las fórmulas es necesaria para volver a poner las cosas en su sitio. La doctrina básica de Nüremberg es válida y debe seguir formulada en su intensidad original.

De hecho el Código de Nüremberg fue insuficiente para erradicar la experimentación abusiva. A los veinte años de su promulgación, a fines de los años 60, se hicieron públicas algunas denuncias de experimentación salvaje que mostraban que el espíritu de Nüremberg había sido olvidado. El artículo de Beecher *Ethics and Clinical Research*, de 1986 y el libro de Pappoworth *Human guinea pigs: experimentation in man*, aparecido al año siguiente, provocaron una fuerte reacción en la opinión científica.

La Asociación Médica Mundial que había promulgado, en 1964, la suave *Declaración de Helsinki* para guiar a los médicos en la investigación sobre sujetos humanos, le dio un nuevo vigor once años después, en Tokio, al incluir en ella el requisito de la intervención de un comité independiente para evaluar y aprobar los proyectos de investigación. Dice así su Principio básico 2: El proyecto y el modo de realización de todo principio experimental sobre sujetos humanos deberían quedar claramente formulados en el protocolo del experimento, el cual ha de entregarse a un comité independiente y específicamente nombrado al efecto, para que lo estudie, lo comente y ofrezca directrices acerca de él.

Lo esencial en la experimentación humana, nos viene a decir la *Declaración de Helsinki*, es cumplir los requisitos éticos, con independencia de los procedimientos jurídico-administrativos que se exijan en cada país. Pero, en realidad, ¿se cumplen esos requisitos? ¿Se respeta sinceramente la frontera del consentimiento libre e informado, que es una línea moral que no deberíamos traspasar nunca? ¿Actúan de hecho los comités? ¿Su presencia es real y activa, esto es, gozan sus dictámenes de autoridad y están fundamentados racionalmente? A juzgar por lo que se publica (puedo afirmarlo con respecto a España) no parecen gozar de mucha vigencia ni el respeto a la persona del sujeto experimental ni la función reguladora de los Comités de Ética de Investigación. Para dar un poco de realismo a mis afirmaciones, he hecho una elemental cata de la bibliografía mexicana, he revisado los trabajos de investigación clínica publicados en la *Revista Médica* del Instituto Mexicano de la Seguridad Social, la primera que me ofreció la bibliotecaria. Revisé el volumen 29, del año 1991. La situación aquí no parece muy diferente a la de España, pues en los artículos de investigación publicados apenas se menciona la intervención del Comité de Ética de Investigación en la aprobación y control del protocolo experimental (lo hace un artículo entre 16). Se describen, a veces y con minuciosidad, los criterios de inclusión y exclusión de los sujetos experimentales y muchos otros pormenores metodológicos, lo cual es digno de alabanza. pero pocas veces (3 de 16) se menciona la obtención del consentimiento informado, y nunca con detalle; como si ese elemento del procedimiento experimental tuviera nulo interés o fuera intrínsecamente incapaz de innovaciones o adaptaciones a situaciones específicas. No pongo en duda (quiero aclararlo: no estoy acusando a nadie) que se cumplan las

normas administrativas y que los pacientes y los voluntarios sanos firmen el formulario de consentimiento que se les presenta. Mis dudas se refieren a si el delicado y humano proceso de obtención del consentimiento libre e informado tiene toda la intensidad ética que exige; si es persistente el esfuerzo por hacer inteligible la información que se ofrece. Eso es esencial para respetar la dignidad de los participantes en el experimento, dignidad humana que tiene por igual el que posee un título universitario y un campesino analfabeto.

A juzgar por lo publicado, los comités parecen reducidos a instancias decorativas de aprobación rutinaria. Hay razones para pensar que los mecanismos de seguridad ética funcionan rutinariamente o no funcionan. Los experimentos quedan diluidos en la atención médica ordinaria, disfrazados de tratamiento ordinario.

Así parece proclamarlo ese silencio de las publicaciones. No es razonable pensar que los autores se olvidan de la *ética de la experimentación* sólo y casualmente a la hora de publicar. El buen investigador no omite, al describir los métodos o relatar sus observaciones, ninguna parte de su trabajo que, además de ser parte esencial del proceso investigador, le ha exigido bastante tiempo y esfuerzo. El modo de obtener el consentimiento no puede considerarse como algo sin relieve. No mencionarlo en los artículos publicados se debe probablemente a que no se le ha prestado la debida atención o a que se ha omitido. Y lo grave del caso es que no sucede sólo en la fase de realización del trabajo, sino que ocurre también en la fase de su evaluación editorial.

Doy por descontado que todos los miembros del consejo editorial de una revista biomédica sería y todos los expertos capaces de evaluar trabajos de investigación, así como los lectores de esas revistas, conocen la norma del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (el llamado Grupo de Vancouver) incluida en los *Requisitos de uniformidad para los originales enviados a las revistas biomédicas*, que dice: "Cuando se publica sobre experiencias en seres humanos hay que declarar si los protocolos aplicados han seguido las normas éticas del Comité de Investigación Clínica de la institución donde se hicieron o las directrices de la *Declaración de Helsinki*". Sin ese requisito ningún trabajo debería ser aceptado para su publicación.

La Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social repite casi textualmente esa misma norma y, por si fuera poco, recuerda que es

también una obligación legal. Dice así una de sus instrucciones para los autores: “Cuando se informen los resultados de experimentos en el hombre, indique si los procedimientos se ajustaron a las normas del Comité sobre Experimentación Humana de la Institución en que se efectuaron, a la *Declaración de Helsinki* de 1875 o al Acuerdo de la Secretaría de Salubridad y Asistencia publicado en el *Diario Oficial* del martes 26 de enero de 1982, páginas 16 y 17”.

En adelante, debe prestarse más atención al procedimiento de obtención del consentimiento informado y a su mención en los trabajos publicados. Lo que importa, en el fondo, no es tanto cumplir unas normas legales o de procedimiento editorial, cuanto de practicar el principio ético del respeto por las personas.

Nos queda mucho camino por recorrer hasta que todos los investigadores estén imbuidos de la idea que, en la investigación sobre el hombre, el respeto por las personas es el valor prevalente, ya que, como reitera la *Declaración de Helsinki*, “jamás los intereses de la ciencia y de la sociedad deberán tener precedencia sobre los intereses de la persona”.

No parece que puedan tenerla los intereses del investigador, o su falta de tiempo, o su empeño por alargar la lista de sus publicaciones, o su convicción de que el valor del ensayo que realiza puede atropellar los derechos humanos del paciente.

Es de esperar que, por un efecto sinérgico de la ética y la ley, muchos investigadores biomédicos superen la mentalidad de que sólo la ciencia dura importa, y se abran a los imperativos éticos y no sólo a los administrativos de la investigación, a saber, que investigador y sujeto son personas morales que, persuadidas del valor de la ciencia, responden libremente (y casi siempre afirmativamente) al cumplimiento del deber general de investigar y de prestarse voluntariamente a ser sujeto de investigación.

Debe formar parte del trabajo y vocación del investigador la tarea de ser un educador y no sólo un experimentador. La investigación debería ejercer, a través de la práctica del respeto a las personas, un efecto humanizante en las relaciones médico paciente y en el ambiente general del hospital. Es necesario que desaparezca de nuestras instituciones de cuidados la más mínima traza de cobayismo humano.

La ética de la publicación

La publicación biomédica es una actividad intrínsecamente ética. No existe fase alguna de su desarrollo—desde la decisión inicial de publicar y de fijar la lista de los coautores, hasta la culminación del proceso editorial y la corrección de pruebas— en las que no se tenga que responder a determinados, y a veces complejos, interrogantes éticos.

Es lógico que sea así, pues la publicación biomédica ha cumplido siempre dos funciones muy cargadas de responsabilidad. Por un lado, cada trabajo publicado es un elemento que se añade al acervo de la ciencia médica y se divulga entre los profesionales. Así, termina influyendo, en mayor o en menor medida, en la opinión y en la conducta profesional. Por otro lado, el artículo publicado es fruto de un esfuerzo personal del autor y es muestra de su calidad científica o profesional, la cual contribuye a su prestigio y a determinar el lugar que ocupa en la escala profesional o académica.

La *ética de la publicación* nunca ha preocupado tanto como ahora, pues en los últimos años unos pocos casos de fraude científico, muy notorios, han puesto en carne viva la conciencia de la comunidad investigadora y nos han enseñado mucho de las malas artes de la publicación biomédica, de la criminalidad específica de los autores perversos.

Voy a referirme principalmente a la ética del autor, dejando a un lado la ética del proceso editorial.

Hay tres niveles en los que se pone a prueba la calidad moral del autor. Primero, un estrato inferior, en el que se cuidan o se descuidan cosas pequeñas pero significativas: es lo que se puede llamar la deontología del estilo. Después, el plano medio de la *ética de la rectitud*, que induce al autor a interrogarse sobre los motivos que le llevan a publicar: si su artículo tiene en realidad algo valioso y digno de ser comunicado. Finalmente, el estrato superior de la *ética de la veracidad*, que prohíbe las diferentes formas de fraude científico.

La deontología del estilo

La deontología es la doctrina de las normas razonables. Lo primero que ha de hacer quien se prepara a escribir un artículo es consultar las normas

para los autores de la revista en la que proyecta publicar. En este contexto, las revistas biomédicas están obligadas a promulgar unas normas de publicación que estén informadas de racionalidad y que sean respetuosas con los autores. Esas normas son minuciosas y regulan muchos detalles, sin embargo, se aceptan con agrado porque, en el fondo, son el resultado de una liberación muy madura y decantada acerca de cómo hacer las cosas bien y con la mayor sencillez. Es un deber ético del autor conocer con detalle las normas, porque son otras tantas de las manifestaciones de respeto ético hacia las personas que componen el Comité Editorial y hacia los lectores. Suele exigirse, por ejemplo, que el manuscrito sea mecanografiado, a doble espacio, en hojas de tamaño DIN A4, numeradas correlativamente en el ángulo superior derecho. Esto puede parecer un puro formalismo, pero el autor no puede ignorar que un manuscrito presentado en buen papel, en un tipo de letra limpio y neto, no es simplemente más elegante (lo que es, en cierto modo, una ética manifestación de respeto): un manuscrito pulcro es, sobre todo, más fácil de leer y, por tanto, de comprender y de criticar. El espaciado doble y la anchura de los márgenes son una necesidad para que quienes evalúan o revisan el trabajo puedan hacer correcciones y recomendaciones; facilitar la tarea a los evaluadores es un acto moralmente bueno. Nadie puede estudiar con comodidad un manuscrito si no suelta sus hojas, pero si el autor se olvida de numerarlas obligará al revisor o al impresor a una laboriosa tarea de reconstrucción en caso de que se desordenaran. El incumplimiento de normas, tan sencillas y fáciles de cumplir, es razón suficiente para devolver el manuscrito al autor para que subsane las omisiones. Todas estas obligaciones de cuidar las formas son, en el fondo, otros tantos deberes de proteger la sustancia. No hay nada éticamente indiferente en la página de *Información para los autores*.

En realidad, la ética del estilo tiene que ver, sobre todo, con el modo de transmitir el mensaje del artículo. El autor sensible a la *ética del estilo* procura que en su escrito estén presentes los rasgos propios de la redacción científica, esto es, claridad, concisión, orden, precisión, fundamentación, razonabilidad y sucesión lógica de oraciones, párrafos y secciones. El buen autor se siente obligado a ofrecer a sus lectores un texto comprensible a la primera lectura, porque ha ido eliminando de él, a lo largo del imprescindible proceso de revisarlo repetidamente, las

frases oscuras, las palabras sobrantes, las expresiones ambiguas, la calificación exagerada, las sentencias vacías, la monotonía estructural, la debilidad argumentativa.

El autor va descubriendo, poco a poco, que el esfuerzo por ajustarse a las instrucciones le ayuda a ser más ordenado, más crítico consigo mismo, a dar mayor precisión a sus conceptos, le da la fuerza justa a su expresión, el debido rigor a su pensamiento. Desechará algunas ideas porque descubre que eran simples intuiciones indemostrables que no se tienen de pie. Modificará tablas o gráficos para hacerlos más demostrativos y realistas, libres de sesgos en favor de sus propios deseos. La sección de Resultados del artículo: “relata, no interpreta, las observaciones efectuadas”.

La ética de la rectitud

El impulso para investigar proviene idealmente del deseo de buscar la verdad; de verificar o falsear una hipótesis original; de contribuir a elevar la existencia del hombre o, sencillamente, de aportar un grano de arena más al acervo de la ciencia. En la realidad cotidiana, el investigador suele moverse por impulsos que, aunque aceptables, son de inferior categoría ética, como serían cumplir con la obligación contractual de investigar, mantener el propio rango académico, ascender en la carrera profesional u obtener beneficios económicos. Cuando la necesidad de publicar se agudiza por efecto de la presión, a veces terriblemente perturbadora, de la encarnizada lucha por ascender en el escalafón, se produce una situación de riesgo.

Cuando los móviles para publicar son egoístas, el investigador se expone al peligro de publicar investigación ficticia o rutinaria, sin ambición ni originalidad. Cuando se publica para alargar la propia lista de publicaciones es fácil caer en ciertos errores éticos: el artículo sin interés y sin resultados, la autoría falsificada, el plagio y la publicación repetida.

Los artículos sin originalidad, sin interés, sin resultados son una plaga de la bibliografía biomédica. El número de las revistas biomédicas que se publican en el mundo sigue creciendo, en especial las que sirven de soporte para la publicidad médico-farmacéutica, que ofrecen a los

autores miles y miles de páginas en donde verter sus escritos. Es posible publicar hoy artículos que a nadie interesan ni nadie lee, por lo que sus autores pueden dispensarse de cualquier esfuerzo por darle cantidad y contenido. Y, lo que es más grave, nadie los lee tampoco cuando son presentados como prueba de méritos en concurso de méritos, ya que, por desgracia, los jueces que los juzgan suelen seguir el criterio, perezoso y simplista, de equiparar mayor mérito a mayor número de publicaciones. Esa es la razón de que se publique tanto y tan rutinariamente. Los modos más modernos de evaluar méritos, como, por ejemplo, el índice de impacto de los artículos publicados, tampoco son absolutamente fiables.

No conocemos la extensión del fenómeno de la *autoría ficticia*, aunque sabemos que toma tres formas principales. La *publicación fragmentada*, que incrementa el número de los trabajos publicados recurriendo al truco de dar a la prensa un artículo en forma de unidades mínimas publicables. La *publicación repetida*, en la que se vuelven a publicar las mismas observaciones, con o sin la adición de datos nuevos o de nuevas y rebuscadas interpretaciones. La *inflación de autoría*, que consiste en dar plaza de coautor a quien no ha contribuido de modo sustancial a la creación del artículo. Esta conducta responde a una noción mercantil de lo que es del autor, donde la condición de autor se compra, se vende, se intercambia. Ante la ligereza con que se evalúan los méritos, muchos han llegado a la conclusión de que el mérito es extensible y no disminuye cuando crece el número de los que firman un artículo. Así, hacer a alguien coautor puede ser un modo de compensar servicios o daños, o de aliviar tensiones entre los componentes de un grupo. Sobre todo es el procedimiento de crear méritos: basta construir grupos cuyos miembros se vinculan entre sí por el compromiso de firmar, cada uno de ellos, en los trabajos producidos por todos.

El *plagio* es sumamente difícil de detectar, a no ser que sea masiva la cantidad de material copiado que contenga un artículo. El plagio en pequeña escala es indetectable, a no ser que se disponga de sistemas informáticos para la comparación de textos y es imposible ser original siempre. En nuestra vida ordinaria se dan mimetismos más o menos deliberados, ya que todos hablamos un mismo lenguaje, profesamos nociones comunes, prestamos ideas y las tomamos en préstamo. Pero, en el artículo científico, cuando estamos refiriendo las ideas de otro, hemos de reconocer, por medio de la cita entrecorillada o la referencia

bibliográfica, que al otro, no a nosotros, pertenecen esas palabras o esas ideas. En todo escrito científico es inevitable que haya un cierto grado de copia textual de expresiones acertadas, de arquitectura temática, pero lo inadmisibles es copiar períodos enteros o imitar, párrafo por párrafo, la arquitectura de un artículo; en una palabra, plagiar.

Para cortar ese tipo de abusos los editores, en especial el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, vienen desarrollando normas que tratan de impedirlos o, al menos de dificultarlos. Han establecido criterios para aceptar la condición de coautor para dignificar la sección de agradecimientos y para evaluar el carácter original o repetitivo de cada artículo de una serie de temática común. El Comité Internacional ha hecho mucho por definir la ética, y no sólo el estilo, de las publicaciones biomédicas. Sus *requisitos de uniformidad* son una lectura obligada.

La ética de la veracidad

La *ética de la publicación* impone al investigador el deber de comunicar sinceramente los datos obtenidos y de evitar cuidadosamente su ocultación o falseamiento. La inmensa mayoría de los investigadores cumplen fielmente ese compromiso de veracidad y contribuyen con ello a crear el ambiente limpio y confiado en que se desenvuelve la comunicación científica. La veracidad es en ciencia un valor no negociable. Por fuertes que sean las rivalidades entre individuos o grupos, por tensa que sea la pugna entre unos y otros por llegar antes y más lejos, la investigación científica es un deporte caballeresco, en el que se compite en creatividad, laboriosidad y crítica, pero del que está radicalmente excluido el juego sucio del fraude o la falsificación. Se ha dicho que hacer trampa en ciencia es como intentar construir un edificio usando dinamita: la cosa no da resultado.

Sin embargo, en los últimos 20 años la comunidad científica se ha visto sorprendida por una epidemia de fraudes de publicación. Los nombres Summerling, Long, Alsabti, Soman, Strauss, Darsee, Slutsky y Berger forman parte de la lista de los investigadores falsarios, a los que se ha acusado de “traidores de la verdad” o de “profetas de la mentira”. En ciencia hacer trampas puede dar una notoriedad fugaz, pero la mis-

tificación no puede durar. Los traidores, cuando son descubiertos, son desterrados de la comunidad científica, y sus artículos, retractados por ellos mismos o denunciados como falsos por sus colegas, forman una bibliografía maldita que no se puede citar.

Las faltas contra la veracidad de la publicación forman un espectro amplio y variado. Sus formas veniales, los errores por descuido o negligencia, no son fáciles de distinguir del error inadvertido o involuntario. A la hora de escribir, se pueden cometer errores al copiar datos o caer en ambigüedades al expresar juicios. No es fácil decir, en el laboratorio o en la clínica, hasta dónde llega la familiaridad con el problema investigado y dónde empieza el descuido o la negligencia. Hay muchas graduaciones entre el juicio erróneo, condicionado por una visión inexperta o benignamente sesgada del problema, y la deformación grave y deliberada del juicio científico que lleva a falsificar o fabricar datos.

La redacción del artículo científico contiene en su propia estructura puntos éticos de menor resistencia, porque en algún momento de su trabajo, el investigador ha de transformar sus datos crudos —no puede publicarlos todos— en expresiones abreviadas. Tiene que resumirlos en tablas, traducirlos al lenguaje abstracto de la estadística o representarlos gráficamente. Todo artículo de investigación conlleva una cierta medida de refinamiento de los datos observados. Un investigador con mucha ambición y pocos escrúpulos puede caer en la tentación de suprimir, cambiar o inventar datos para hacer posibles, o simplemente más elegantes o más convincentes, sus conclusiones. Hay defectos en el diseño del experimento que se pueden encontrar si se buscan (controles inadecuados, subgrupos con un número de casos demasiado pequeño, métodos estadísticos inapropiados, escalas mal elegidas para medir las diferencias entre los grupos), pero sólo puede sospecharse de modo indirecto que el autor ha manipulado los datos o los presenta de modo selectivo.

El Ethos de la publicación científica

Es necesario dar vigor ético al ambiente en el que la ciencia biomédica se cultiva y se publica; un ambiente limpio en el que se ponga más énfasis en la honradez y la objetividad que en la obtención de resultados

brillantes. Es necesario que, en la promoción académica y profesional, el número de los trabajos publicados pese menos, dando ese peso a su calidad.

El buen investigador sólo ha de sentirse presionado por la justedad y precisión de sus hallazgos. Desea y agradece que, antes de publicarlos, sus colegas los critiquen. Su compromiso es estudiar los fenómenos, no obtener resultados que gratifiquen su ego. Los hechos son sagrados; el cuaderno de laboratorio un libro santo cuyas páginas, numeradas como las de una escritura notarial, podrán tener manchas de reactivos, pero jamás pueden estar amañadas. Los resultados negativos, si son resultados verdaderos, son tan buena ciencia y tan dignos de ser publicados como los de signo contrario, pues son un pedazo de verdad. Hacer una contribución a la ciencia no consiste en demostrar que uno es superior o más afortunado que los demás.

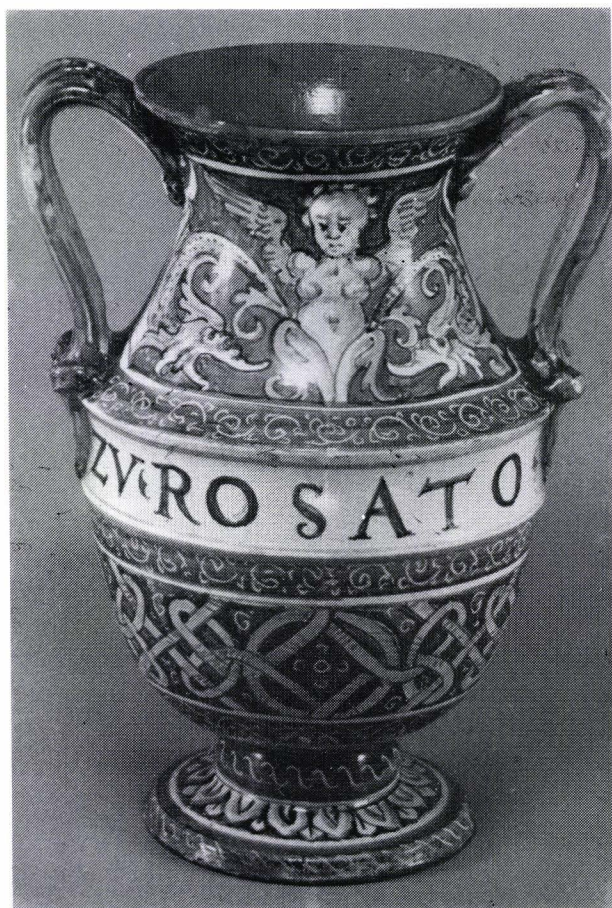
Aun con el máximo de cuidado es imposible no cometer ocasionalmente algún error al observar, anotar, transcribir o refinar los datos. Por suerte, los errores involuntarios son poco frecuentes y de poco relieve. Tampoco tienen demasiada importancia los errores de interpretación. “Un científico —decía Medawar— que sea razonablemente inventivo y con imaginación cometerá, casi seguro, errores en asuntos de interpretación... Si sus errores se limitan simplemente a ese campo, nunca causará mucho daño ni tiene porqué perder el sueño. Eso es cosa ordinaria de la administración en ciencia. La cosa no tiene mucha importancia, porque donde uno imagina equivocadamente, otro imaginará con acierto. Pero si el error es sobre un hecho —si el científico dice que el papel de tornasol ha virado al azul cuando, en realidad, había virado al rojo, entonces tiene buenas razones para perder el sueño... Porque un error de ese tipo hace muy difícil, incluso imposible, que los demás puedan interpretar correctamente los hallazgos del científico falaz, es decir, no podrán diseñar una hipótesis razonable para acomodarlos”.

Cuando en los resultados publicados se haya deslizado un error que el autor descubre más tarde el arreglo es fácil, basta comunicarlo a la revista lo antes posible. La comunidad científica lo agradece. Más aún, la confesión pública del error no sólo perdona el pecado, sino que reconduce al equivocado al estado de gracia, le hace ganar prestigio y su honradez es alabada. La investigación, ha escrito Relman, “está cargada de errores. En el curso ordinario de las cosas, los errores más importantes

se descubren en trabajos posteriores. En cierto modo, una buena parte del progreso en investigación biomédica consiste en descubrir y rectificar errores, a medida que nuevas teorías y métodos mejores permiten a los investigadores reanalizar las conclusiones precedentes. No hay nada reprehensible en el error de buena fe, si esta se acompaña de la buena voluntad de buscarlo y confesarlo”.

Ese es el *ethos* genuino de la ciencia, el que viven la inmensa mayoría de los que la cultivan. Los pocos que recurren a las diversas formas de publicación inética, además de degradarse a sí mismos, manchan la ciencia y la ponen en peligro. La comunidad científica no puede defraudar la confianza del público, que es condición para que los logros de la investigación sean acogidos sin reticencia, y para que la empresa científica siga recibiendo de la sociedad la ayuda necesaria para su ulterior desarrollo y expansión. Sobre los patrocinadores de la investigación y los directores de las publicaciones científicas sigue gravitando la importantísima responsabilidad de mantener puro el *ethos* de la ciencia.

La epidemia de publicaciones científicas fraudulentas han tenido, hasta ahora, un efecto salúfero. Se ha dicho que es mayor el servicio a la ciencia que han hecho los falsificadores con sus errores, que el que hubieran prestado dedicando toda su vida a la investigación honrada, pues han puesto en carne viva la sensibilidad de todos hacia las exigencias éticas de la publicación. No hay mal que por bien no venga.



Vasija para apotecario, Viena, siglo XVI

Tendencias y corrientes filosóficas en Bioética

*Dra. Martha Tarasco Michel**

Resumen

El artículo explica los fundamentos científicos de la Bioética, analizados desde cuatro perspectivas filosóficas: el naturalismo sociobiologista, el modelo liberal radical, el pragmático utilitarista y el personalismo. Expone las consecuencias de la diferente jerarquización de valores que propone cada una de ellas. Concluye que la principal tarea de la Bioética es buscar el bien integral del paciente.

Nos acercamos al siglo XXI y nunca como ahora el hombre ha estado más seguro de dominar la naturaleza. Los avances obtenidos en la ciencia y en la técnica en todas las áreas eran impensables hace algunas décadas. El hombre de nuestra era se siente cada vez más capaz de superar todos los retos que la investigación le va suscitando, y es tal el grado de entusiasmo y seguridad que siente en sí mismo que a veces parece que no contempla la posibilidad de tropezar con dificultades insalvables.

Desde que el hombre se ha preocupado por cuidar de la salud de sí mismo y de sus semejantes, ha ido descubriendo diferentes caminos para resolver las diversas patologías que le aquejan.

* Médico foniatra. Coordinadora Académica del Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud, Universidad Anáhuac, México.

En el horizonte se han perfilado multitud de posibilidades... la ciencia, con el tiempo, ha aceptado algunas y rechazado otras que, tal vez en su inicio, hasta habían llegado a ser aplaudidas por quienes las preconizaban.

Desde que la conciencia histórica renacentista puso en primer plano de todo conocimiento y de toda reflexión la centralidad del hombre en el drama cósmico de la concurrencia de todas las culturas, prácticamente cada generación ha producido una aportación que multiplicaba o potenciaba el conjunto de los conocimientos y de las capacidades humanas alcanzadas en la generación anterior.

Y este hombre, que llamamos médico, ha caminado por senderos desconocidos intentando siempre encontrar nuevas soluciones para ayudar a sus semejantes, pero el científico no es sólo un explorador de nuevos mundos, porque su motivación inicial es la de descubrir la mejor solución para aliviar los sufrimientos de sus semejantes en el área de la salud.

Todas las ramas de la ciencia se han transformado muchas veces durante estos siglos y cada una de ellas ha influido en las demás. Las últimas generaciones han sido testigo de cómo el conocimiento de las más infinitesimales partículas de materia ha conducido a la fantástica liberación de la energía capaz de henchir las redes de distribución eléctrica, pero también de destruir en instantes toda la vida contenida en el radio alcanzado por una explosión nuclear. Han sido testigos también del descubrimiento de los códigos genéticos y de la variación que, a través de la biotecnología, se puede introducir en los seres vivos.

Sin embargo, el más profundo y trascendental de los efectos de la biotecnología consiste en poner al conjunto de la Humanidad, y desde luego a grandes grupos de científicos y de expertos, frente a una responsabilidad tan concreta, enorme y global que requería el surgimiento de una nueva dimensión de conciencia moral; una conciencia moral cuyo objeto no es solamente la suerte de cada individuo ni el destino de los diferentes países, sino la orientación consciente del destino humano en toda su amplitud y en todas sus dimensiones.

Por ello, frente al inmenso laberinto de posibilidades, siempre, desde el fondo de su ser, se cuestiona cuál es el BIEN de su paciente, de la familia de este, de la comunidad en la que vive...

Tal vez se haya dedicado a estudiar la apoenzima que acelera la síntesis de un péptido, pero su preocupación se gesta en encontrar el bien integral del paciente.

Y así, al verse forzado a seleccionar entre la diversidad de medios y de acciones terapéuticas, ha tenido que delimitar su acción. Encontramos desde tiempos muy remotos pruebas de ello en los diversos códigos deontológicos.

El rápido avance del progreso científico y tecnológico delinea escenarios inéditos y levanta nuevas cuestiones éticas. Suscita la pregunta sobre los límites de licitud de la intervención del hombre sobre la vida y la nueva relación del médico con su paciente.

Al profundizar en la búsqueda de la verdad sobre el bien integral del paciente y la posibilidad de potencializar todos los elementos de la persona surge una nueva ciencia: la bioética.

La bioética se fundamenta en la ética y en la deontología médica, aunque no se trata de la misma disciplina. La ética médica tiene un ámbito más estrecho porque sólo tiene que ver con la práctica de la medicina, mientras que la bioética no se limita a esta práctica.

La bioética propone una metodología filosófica para encontrar la verdad sobre cuestiones del actuar en la vida del hombre relacionadas con las ciencias de la salud. Cada día hay más avances científicos y tecnológicas que afectan no sólo la vida del hombre, sino también su concepción sobre sí mismo y el valor que le da a su propia esencia.

La bioética nace en los Estados Unidos tanto por el uso del término como por la reflexión sistemática “sobre la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y del cuidado del hombre”.

El título del primer capítulo del libro de Potter *Bioethics: the science of survival* expresa la inquietud del hombre por las posibles consecuencias negativas del mismo desarrollo científico. Surge la exigencia de discernir entre posibilidad técnica y licitud ética y, como lo expresa Potter, de adquirir la sabiduría para utilizar el conocimiento (*knowledge how to use knowlegde*).

La bioética no es sólo un código de derechos y obligaciones, sino que propone un camino para llegar a la meta de ayudar a nuestros semejantes, desde las ciencias de la salud, a realizarse plenamente como personas.

Desde luego, este camino tiene fronteras y límites precisos, no cambia de sentido o trayectoria y, ante todo, conoce la meta a la que conduce, es decir, a la persona.

En el desenvolvimiento de nuestro quehacer cotidiano nos enfrentamos diariamente con pacientes de ambos sexos, de todas las edades, con patología aguda o crónica, curable o incurable, orgánica o mental. Nos enfrentamos a enfermedades que no dejarán huella y a otras que son incapacitantes. Tenemos que resolver problemas que van desde la neonatología hasta la terapia intensiva y tenemos que enfrentar a la muerte. Ahí nos sobrevienen dudas sobre nuestro actuar, sobre nuestra función al alargar esos instantes de existencia de la persona que tenemos frente a nosotros, y perseguimos la intención de proporcionar una muerte digna al paciente. O bien, nos encontramos en el lado opuesto de la balanza, cuestionándonos sobre la dignidad que poseerá nuestro futuro paciente en su nacimiento, en su gestación o, gracias a la avanzada tecnología, nos remontamos incluso a la capacidad de cuestionarnos e intervenir en su concepción.

Otras veces el dilema se presenta no al visualizar, escuchar, palpar, relacionarnos y entender al paciente que tenemos frente a nosotros, sino al tratar de proporcionar a la humanidad entera soluciones a sus problemas de salud, pero desde el ámbito de un laboratorio en una institución de investigación. Así, hoy en día nos encontramos frente a frente con una persona en su expresión molecular, en su código de vida y nos preguntamos hasta dónde llegar en la terapia genética, hasta qué punto podemos cambiar el patrimonio genético de futuras generaciones.

Cuando elegimos esta profesión, tal vez no éramos muy conscientes de que no sólo íbamos a estudiar medicina, sino que teníamos que llegar a ser médicos. Que surgiría un cambio en nuestro comportamiento, porque como médicos anhelamos servir a otros, aliviar su sufrimiento, proporcionarles una calidad de vida mejor y sabemos que para ello tenemos que adquirir conocimientos y crearlos. Nuestros satisfactores se vuelven entonces no sólo emotivos y espirituales, por conocer nuestra posibilidad de ayudar al enfermo, sino también intelectuales y lúdicos por el placer del conocimiento. Pero, como científicos que somos, tenemos la obligación de evaluar periódicamente nuestras acciones no sólo desde el punto de vista metodológico y técnico, sino sobre todo en sus consecuencias sobre la persona que es nuestro paciente.

Porque es justamente en esto que estriba la diferencia entre ser médicos o ser técnicos de la medicina. Los primeros tenemos obligación de proporcionar un bienestar, que llamamos salud, a un ser que es una

persona y que debe incluir a la totalidad de la misma, mientras que el técnico enfocará su atención a la resolución de problemas concretos que aquejan a sólo una parte de la persona.

La persona posee cuatro dimensiones: la biológica o física; la psicológica, en la cual se engloban nuestras emociones, inteligencia y capacidad de pensamiento; la social, por la que nos interrelacionamos con nuestros congéneres y adquirimos roles que moldearán nuestro comportamiento y que influirán en la dinámica misma de la sociedad; y la dimensión trascendental o espiritual, que es la que nos permite ejercer nuestra naturaleza.

Es justamente esta dimensión espiritual la que nos diferencia de otras especies. Es esta dimensión trascendente la que proporciona al hombre una identidad de persona, sin importar las limitaciones que puedan existir a nivel físico, (por ejemplo fisiológicas cuando la persona depende físicamente de otro organismo; patológicas, como sería un paciente en estado de inconsciencia; psicológicas, que van desde la debilidad mental hasta una patología psiquiátrica severa; o sociales, que puede ir desde la marginación hasta la improductividad y peso económico. Ontológicamente, sin importar las eventualidades externas, el hombre es persona, y por esa cualidad es capaz de trascender a su naturaleza limitada y finita.

Naturalmente, todas estas dimensiones tienen una íntima relación entre sí, de tal forma que la persona *es* desde que es concebida; desde que dejan de existir los genomas de sus progenitores y aparece un nuevo código genético, y sólo así puede adquirir las otras tres dimensiones.

Por ejemplo la libertad, aún siendo un valor muy elevado, no puede existir ni ejercerse si la persona no está viva. Por lo tanto, aunque el valor supremo no es la corporeidad, es un requisito indispensable para que la persona sea, para que exista...

En el terreno jurídico, ser persona quiere decir ser reconocido por los demás en cuanto que constituyen una unidad social. Para la ley el carácter de persona es conferido por el sistema jurídico y social. Esta configuración social del carácter de persona, que el Derecho Romano formaliza de manera muy específica, está presente en la mayoría de las culturas, aunque con diversas variaciones. Con esta configuración social del carácter de persona se relacionan, en conciencia, la mayoría

de los estudios realizados desde la sociología o la antropología cultural e incluso desde la psicología.

Sin embargo para la ética, que es fundamento de los Derechos Humanos, y desde luego la bioética, ser persona no es una cualidad externa o conferida al hombre; no es un atributo que se gane por algún tipo de mérito. Ser persona es una cualidad intrínseca, es decir, ontológica al hombre y a todos los hombres. Al ser personas se designa la singularidad de cada ser humano y la igualdad de todos ellos. La persona se concibe como un absoluto, en sí y por sí, más allá de toda relación jurídica y de cualquier condición social. La persona y su característica, la dignidad, aparecen como un cierto absoluto, más allá de cualquier sistema social y desde el cual se puede juzgar cualquier sociedad. Afortunadamente, reconocemos la primacía ontológica de la persona sobre la sociedad a la que pertenece. Para todo ser humano, ser hombre significa ser sujeto, ser persona, ser yo y ser "sí mismo"

La necesidad de saber quién es el hombre para esclarecer el modo correcto de tratarlo es incuestionable.

La bioética en realidad se identifica más con la ética de la ciencia que con el conjunto de leyes que regulan el uso de la razón, es decir, los criterios para discernir un proceso racional científico de uno no científico.

La respuesta a esta interrogante es posible mediante una distinción epistemológica entre el conocimiento entendido como saber experimental y como saber axiológico.

La ciencia, en cuanto saber experimental, se limita metodológicamente a la indagación del aspecto cuantitativo de la realidad, capaz de ser medido y objetivizado. Sin embargo, el saber experimental, la observación y la verificación empírica no agotan el conocimiento total de la realidad.

Existe la necesidad de conocer la esencia y el valor de la realidad de la vida, y la de saber cómo usar el saber científico en su aplicación, metodología o proyección, lo que compete a la reflexión filosófica y ética. El conocer cuantitativo exige una integración cualitativa que escapa al análisis empírico experimental.

La alusión a los valores en la ciencia ha sido lúcidamente expresada por Jaspers, científico y filósofo, que advierte los límites de la exploración cuantitativa de la realidad y la necesidad de reavivar los fines de la actividad científica. Popper y Eccles subrayan el vínculo entre la ciencia

y la ética como una exigencia intrínseca del mismo proceder y del progreso de la ciencia, superándose así el mito del siglo XIX del progreso fundado sobre la confianza ciega e indiscriminada en el avance tecnológico, exigiéndose ahora una reflexión moral que establezca los confines de licitud de la búsqueda y de la aplicación de los resultados.

La bioética va más allá, ya que su objetivo es el conocimiento científico del actuar frente a la vida y el empleo de este conocimiento. Su acción es aplicar principios generales de la ética a los nuevos problemas de la acción humana en el reino de la vida.

El estatuto epistemológico de la ética en la ciencia justifica el nacimiento de la bioética como nueva disciplina. W.T. Reich, en la definición aparecida en 1978 en la *Encyclopedia of Bioethics*, evidencia la sistematización del estudio sobre la conducta humana en el campo biomédico, en cuya reflexión conviven una exigencia de justificación y profundización de los contenidos, conducida con rigor científico.

Así, se puede establecer que la bioética comprende:

- a) todos los problemas éticos de los profesionistas de la salud;
- b) los problemas éticos emergentes en el ámbito de las investigaciones sobre el hombre, aunque no sean directamente terapéuticos, por ejemplo los comportamentales;
- c) los problemas sociales relacionados con las políticas sanitarias, con la medicina del trabajo y con las políticas de control demográfico;
- d) los problemas del ambiente en general y el equilibrio del ecosistema.

Ahora bien, si la bioética trata de fundar un criterio último de referencia en el plano valorativo y normativo para discernir los confines de la licitud de la intervención del hombre sobre la vida, debe existir una fundamentación ética para la bioética.

La cultura está intrínsecamente caracterizada por el pluralismo y la secularización. En el plano moral hay diversidad de ideologías, creencias y concepciones filosóficas. Por ello, es oportuno delinear una reseña de las diversas posiciones presentes en la literatura para evidenciar la complejidad y la dificultad del debate actual sobre la fundación ética de la bioética.

Son cuatro las orientaciones filosóficas que pueden influir en la bioética:

El *naturalismo sociobiologista* propone una ética basada en el evolucionismo. Para este pensamiento los valores presentes en un cierto grupo social, en un determinado momento histórico, constituyen la respuesta de los individuos seleccionada naturalmente para la adaptación al ambiente.

Está basado en dos principios: la prioridad de la especie respecto al individuo por el principio de selección y la coincidencia evolutiva del comportamiento con los valores morales reconocidos, por los cuales el “es” resulta igual al “debe ser” (*is=ought to be*), falacia naturalística de Hume. Por ello, se cree suficiente describir y observar empíricamente los comportamientos de un grupo social para extraer de ahí normas de conducta para la colectividad, lo cual desemboca inevitablemente en el relativismo historicista.

En el campo biomédico esto se traduce al eugenismo buscando al “niño perfecto”, en forma tanto negativa, destruyendo niños malformados, como positiva, con la intervención sobre el genoma. Deseo hacer aquí un pequeño paréntesis al explicar que la intervención en el patrimonio genético con fines terapéuticos no tiene la misma fundamentación de selección de la especie. Esta sucede sólo cuando la acción tiene como objetivo mejorar selectivamente la especie manipulando los cromosomas germinales. Esta orientación es contraria al principio de igualdad de los hombres y no respeta la dignidad de la persona. De hecho, de este modelo filosófico nació el nazismo.

El modelo *liberal radical* o no cognitivista es opuesto al naturalista porque afirma que los juicios sólo pueden ser medidos con los hechos, pero que es imposible pasar de los hechos a los valores y a las normas éticas. Propone, entonces, una fundación subjetivista de los valores y de las normas, ya que para estos autores si las normas y los valores no son deducibles de los hechos, entonces son originadas por el sujeto.

Esta orientación de pensamiento subjetivista conceptualiza a la libertad y a la autodeterminación como fundamento de las elecciones morales. Se trata de una propuesta individualista que se extiende al campo de la bioética desde la liberalización de la sexualidad y de la procreación, hasta la actitud favorable para la eutanasia o el suicidio asistido.

La fundamentación del juicio ético reconoce como base de todo juicio moral el principio de autonomía y de autodeterminación, desligado

de la verdad objetiva y vinculante, e independiente de toda referencia al bien objetivo de la persona, es decir, que la opción ética no tiene necesidad de justificaciones, sino sólo de motivaciones subjetivas como las emociones, las situaciones subjetivas que da la moral de la situación y la intencionalidad de la acción.

En bioética, esta posición individualista ha sido sostenida en el campo de la sexualidad y de la procreática, así como del aborto y de la contracepción, pero hoy se tiende a justificar también la determinación, por parte del sujeto, del momento de su muerte mediante un testamento de vida o *living will*.

El pensador más radical en Europa ha sido H. Marcuse, quien en su obra *Eros e Civiltà* sostiene que la humanidad debe liberarse de tres ataduras para conquistar la libertad:

- la libertad del trabajo dependiente, porque ata las manos;
- la libertad de la familia, porque es una prisión y el matrimonio es una represión, esto es, que la familia ata los sentimientos;
- la libertad de la moral, porque ata las ideas.

La falacia de este sistema ético se encuentra en que la libertad no es el primer valor de la persona —ya que la vida es el fundamento de la libertad misma y, por consiguiente, el valor primario— y por otro lado, en que la libertad no puede ser válida sin la responsabilidad.

La tercera orientación filosófica es la *pragmática utilitarista*, que propone la categoría de utilidad social como valor de referencia. La elección moral debe ser basada en la obtención del mayor bienestar, de apoyar las preferencias y de minimizar los sufrimientos para el mayor número posible de individuos. Este pensamiento logra instaurar el concepto de calidad de la vida que se contrapone a la sacralidad de la vida.

En el ámbito moral, para esta tendencia se considera como un deber el respetar el bienestar y el deseo de bienestar individual y social, y concluye con el cálculo COSTO/BENEFICIO como marco de referencia para una decisión ética. La orientación pragmática utilitarista tiene tres vertientes:

- a) deontología *prima facie*
- b) contractualismo
- c) principialismo

Se entiende por deontología *prima facie* la proposición que dice que todos los valores reconocidos son valores en sentido general, pero que no son valores absolutos. Estos autores admiten como indiscutibles algunos valores tales como el respeto a la vida y el no matar, pero estos no constituyen una jerarquía absoluta, sino que han de ser sopesados en una escala gradual y en función de las circunstancias de la situación concreta. Se habla, por lo tanto, de deberes, pero no absolutos sino relativos, que admiten excepciones.

Por otra parte, la orientación *ética contractualista* señala la necesidad de estipular un acuerdo entre algunos individuos que constituyan la "comunidad moral". Busca un consenso en el plano colectivo acerca de normas y procedimientos que regulen la convivencia social. Se nota el progresivo desplazamiento de la reflexión moral desde el subjetivismo radical hacia la búsqueda de soluciones más amplias.

La posición del principialismo de Beauchamp y Childress elabora el sistema de la fundación de la bioética según los siguientes principios:

- a) no maleficencia y beneficencia, que es el principio de la medicina hipocrática;
- b) de autonomía, que es el principio de la filosofía liberal y moderna;
- c) de justicia, que es el principio de la medicina contemporánea (socialismo-liberalismo) en relación a la economía sanitaria.

Los tres principios, óptimos en la formulación abstracta, son utilizados sin una jerarquía o subordinación entre ellos. Por tanto, la aplicación lleva el riesgo de desbocar un relativismo ético.

Finalmente, para el *personalismo* el principio de no maleficencia-beneficencia subordina a los otros dos.

En todas estas orientaciones se puede observar que falta la proposición del problema central de la persona y de la dignidad de la misma. ¿Quién determina la utilidad?, por ejemplo, o ¿se puede hablar de medidas útiles para todos, o sólo de algunos? De hecho, no podemos olvidar que los regímenes políticos opresivos siempre han buscado la utilidad.

El modelo personalista pone la atención de la fundamentación moral en la persona, tomándola como centro de la historia y como fundadora de la sociedad. La persona, en cuanto ser subsistente, determinado y de naturaleza racional, es el criterio de juicio de la bioética.

Se reconoce la dignidad de la persona por su esencia y no solamente por su capacidad de ejercer su autonomía. El personalismo acepta la indivisibilidad de una unidad física, psíquica y espiritual o trascendente, desde el momento de la concepción hasta la muerte.

La persona se expresa en actos múltiples autoconscientes y autodeterminados que el personalismo considera como unificados por la sustancia y la esencia de la persona que permanece inmutable.

La persona encuentra inscrita en su ser la “ley moral natural” que capta al bien como inclinación fundamental. La ley natural es la referencia de la función moral; es el último criterio de referencia para el discernimiento del bien y del mal, de lo verdadero y de lo falso en el ámbito moral.

Esta fundamentación ética exige el respeto a la vida humana como valor primario, así como el ejercicio de una libertad responsable y de solidaridad.

El personalismo piensa que debe ser puesta como prioritaria la referencia al valor de la persona fundado en su dignidad esencial y en la realización plenaria de esta.

Tal referencia funda el auténtico respeto recíproco en el plano social, como plenitud de toda la persona y de todas las personas.

Para algunos autores como Maritain, Mounier o Gilson es importante el aspecto comunitario y de diálogo entre las personas.

Asimismo, el personalismo propone el respeto a los seres no humanos propiciando la responsabilidad plenaria con la biósfera, para proteger así a las futuras generaciones.

La intervención de la ciencia y de la tecnología influye sobre el equilibrio del ecosistema. El personalismo, aún poniendo al hombre en el vértice de la jerarquía ontológica, reconoce la relevancia de la obligatoriedad de respeto a los seres animales y vegetales, aunque subordinadamente respecto al sumo bien del valor de la persona.

Las consecuencias del análisis personalista y realista se sintetizan en cinco principios:

a) El valor de la corporeidad para el personalismo. La persona recibe en el cuerpo su individualidad y diferenciación; en el cuerpo y con el cuerpo se manifiesta y comunica en la sociedad; en el cuerpo la persona encuentra sus límites, como el dolor o la muerte, en los que está impli-

cada la participación de todo el ser personal. La persona es más rica que su propia corporeidad, pero vive una unidad sustancial con el mismo.

Estas reflexiones sobre el cuerpo tienen consecuencias inmediatas en el plano de la medicina: el médico, a través del propio cuerpo y de la técnica, actúa sobre la corporeidad del paciente, pero este acto médico es totalmente personalizado porque intervienen en la totalidad de la persona.

b) El valor fundamental de la vida física. Aunque la vida física no es toda la persona, es el fundamento de todos los demás valores de la persona, porque todos los demás bienes y valores, incluida la libertad, la conciencia y la socialidad, presuponen la existencia física del hombre. Por ello, el suprimir la vida física es privar a la persona de su bien fundamental.

c) El principio de libertad y responsabilidad. El cuerpo es de la persona y ante toda la persona es responsable de él: toda la ética médica se funda sobre el consentimiento del paciente y sobre la relación de alianza entre paciente y médico. No se hace nada si no es respetando la libertad del paciente, pero este a su vez es responsable del bien que administra y que no le pertenece como un objeto disponible, sino que constituye un valor objetivo y que precede a su libre elección, condición fundamental para el ejercicio mismo de la libertad.

El médico a su vez es persona libre y responsable, llamado a prestar un servicio calificado, profesional en ciencia y conciencia, y no puede ser reducido a un mero instrumento de la voluntad del paciente. Es competente y responsable del bienestar del paciente desde el momento en que este, por libre elección, le ha confiado al médico el encargo de curarlo.

El personalismo presupone un modelo para entender esta relación recurriendo a la imagen del triángulo: en el vértice está el bien intangible y trascendente de la persona, es decir, el bien fundamental de la vida. Hacia ese vértice deben referirse tanto la elección del paciente, primer responsable, como la decisión del médico, responsable segundo, pero responsable calificado. El médico, por ejemplo, no podrá quitar la vida ni siquiera si el paciente se lo pidiese, ni tampoco el paciente puede pedir que se le quite la vida, porque hay un bien intangible que sobrepasa a ambos.

Tampoco la sociedad puede, ni por la ley ni por los comités de ética, invertir este triángulo de responsabilidad, sino solamente facilitar su aplicación correcta.

Este principio no puede estar basado en un contractualismo en caso de que coincidan los criterios del paciente y del médico, porque en ello no se basa la ética, sino en un verdadero coloquio del ejercicio de la libertad, responsabilidad cuyo fin sea la promoción de la vida y de la salud del paciente.

d) el principio terapéutico se basa en la unidad total de la persona y propone que es lícito intervenir sobre el cuerpo de una persona que ha otorgado su consentimiento explícito o presunto, solamente si hay una justificación terapéutica, es decir, si la intervención sobre la "parte" va en beneficio del "todo", relativo al organismo sobre el cual se interviene. Para ello tienen que excluirse otras alternativas menos lesivas de la integridad personal y tener una cierta garantía de éxito proporcionado y de ventaja sobre el tratamiento.

En los casos de experimentación y donación de órganos, este principio se complementa con el de la socialidad.

e) el principio de socialidad/subsidiariedad implica la necesidad que tiene la persona de sus congéneres para ayudarse mutuamente, reconociendo entre sí la misma dignidad para todos.

Este principio, al ser aplicado al campo médico y al de la asistencia sanitaria, conlleva a que se preste más ayuda a quien esté más enfermo, pero a su vez, que quien recibe la oportunidad de los servicios de salud tienen la obligación de ser responsable del bien recibido cuidando del mismo.

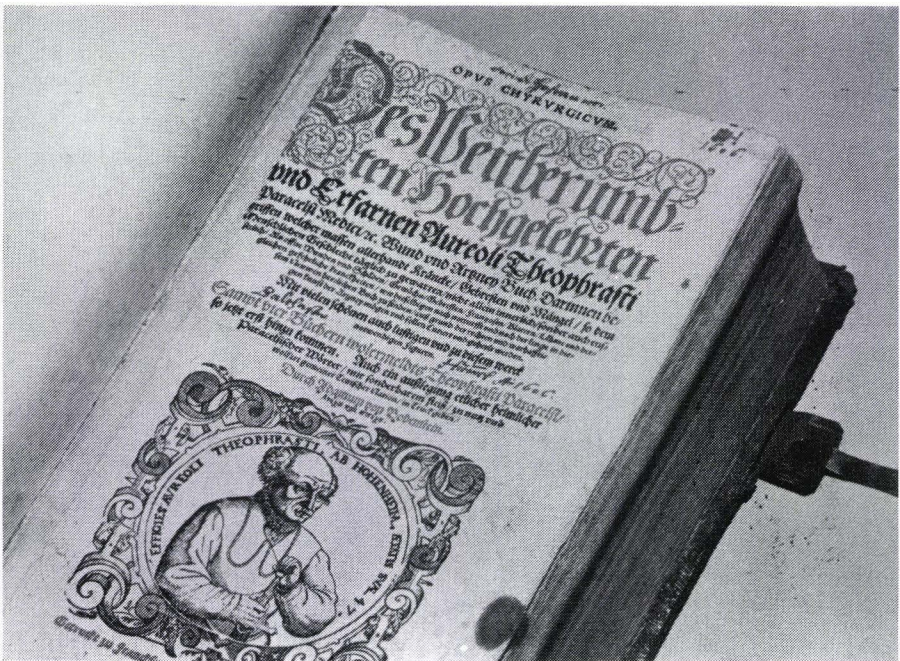
La aplicación de esta doble vertiente ayuda en el juicio ético al distribuir los recursos para la salud.

La síntesis panorámica de las diversas posiciones éticas en bioética muestra la complejidad del debate actual sobre cuestiones de la vida.

Tal complejidad se presenta con particular urgencia en la sociedad contemporánea, en la exigencia de una reglamentación jurídica en el plano social, para lo cual se requiere encontrar bases comunes de ética. Sin embargo, a nivel personal es indispensable hacer una opción fundamental y elegir una posición basada en la sólida fundamentación filosófica de la misma.

Referencias bibliográficas

1. POTTER, V.R., *Bioethics: bridge to the future*, Englewood Cliffs, N.Y., Prentice Hall, 1971.
2. SGRECCIA, E., *Manuale di bioetica I y II*, Milán, Vita e Pensiero, 1991.
3. REICH, W.T. (ed.) *Encyclopedia of bioethics*, N.Y., The Free Press 1978, vol. I, p XIX.
4. TETTAMANZI, D., *Bioetica, nuove frontiere per l'uomo*, Ed. Piemme, 1991.
5. PALAZZANI, L., *Bioetica dei principi e bioetica delle virtù: il dibattito attuale negli Stati Uniti*, Revista Medicina e Morale, Istituto di Bioetica della Facoltà di Medicina e Chirurgia "A. Gemelli", Roma, I/1992.



Portada del libro de Paracelso sobre tratamiento de heridas, 1566

La ética en la toma de decisiones médicas

*Dr. Mauricio García Sainz**

Resumen

Se presenta un breve análisis del problema ético en la toma de decisiones médicas, y se propone a la axiología o teoría de los valores como un sistema que permite resolverlo a satisfacción.

Introducción

Es necesario precisar el lugar que ocupa la ética en la filosofía y esbozar someramente las aplicaciones que tiene en la vida humana, para poder examinar cómo puede y debe participar en la toma de decisiones médicas.

La filosofía tiene cuatro elementos fundamentales, a saber, que es un *sistema racional de verdades* acerca del *ser*. Vale decir, en este momento, que hay muchos sistemas filosóficos, pero todos tienen estos cuatro elementos.

La ética es la parte de la filosofía que considera las voliciones libres o actos librevolantes, es decir, los actos cometidos por nuestra propia voluntad, en cuanto a su ser moral, en cuanto encaminados a realizar el bien.

De lo anterior se podría pensar que hay tantas éticas como sistemas filosóficos, sin embargo, cuando se pasa de la *ética como sistema* a la *ética aplicada* se encuentran pocas divergencias en los códigos de conducta prescritos para cada uno de estos sistemas.

Este hecho se explica afirmando que la intuición natural del humano le permite, en la mayoría de los casos, distinguir el bien del mal, aun cuando su libre voluntad le permita escoger uno u otro. También es necesario reconocer que el consenso social orienta y constriñe al individuo para que obre honestamente.

Nótese que en este planteamiento no se invoca una moral religiosa ni un cuerpo jurídico como bases o fundamentos de la ética. Esta posición, que pudiéramos llamar filosófica, tiene la ventaja de que el sistema que propone puede ser aceptado, en principio, por cualquier persona razonable y de buena voluntad, sin involucrar sus creencias religiosas ni las leyes vigentes de su nación.

Propuesta de un sistema filosófico operante

Dejando de lado la historia comparada de la ética, expondré un sistema que, en mi opinión, permite resolver satisfactoriamente los problemas éticos de la toma de decisiones en casos de duda o dificultad, tal y como se dan, con alguna frecuencia, en la práctica de la medicina.

A partir de 1928 se ha desarrollado la *axiología objetiva* o *teoría de los valores*, cuya exposición sistemática se desarrolla a partir de la definición de valor como la cualidad por la que un objeto se impone como valioso, como preferible.

Siguiendo los principios de la *axiología objetiva* podemos afirmar que: *a)* la existencia del valor es indudable; *b)* el valor es una cualidad irreal pero objetiva, a diferencia de un objeto ideal y de una cualidad real; *c)* a las cosas valiosas se les llama bienes.

La *axiología* es, pues, una ciencia óntica, que se ocupa del valor como sujeto de conocimiento y del valor del ser como base de la ética aplicada. Así, en su parte ética investiga la esencia del valor moral y las posibilidades y condiciones de su realización.

En este momento baste decir que la libertad de la persona humana, sin la cual no se concibe el acto moral, es la condición esencial de todo sistema ético.

Se entiende que todo acto moral se basa en el deber ético ideal, universal e inmutable, pero se concreta en los deberes aplicados, que pueden variar indefinidamente y que pertenecen propiamente a la esfera

de la moral, o mejor dicho, de las morales. He aquí la diferencia sustancial entre ética y moral.

Veamos ahora cuáles son las propiedades del valor en oposición a las propiedades del ser y del bien. El valor es polar, positivo y negativo (bueno y malo, justo e injusto, hermoso y feo), el ser y el bien no lo son. El valor es relativo a la persona humana, cuando el ser y el bien son absolutos. Finalmente, el valor es jerárquico (de hecho, se han propuesto muchos esquemas de jerarquización que no mencionaré), pero el ser y el bien no lo son.

El reconocimiento de estas propiedades del valor nos permite aplicar la ética axiológica a la solución de los problemas morales que plantea la práctica de la medicina en todos sus aspectos.

Nos interesan en particular los valores vitales, como la salud y la enfermedad; los valores sociales, como la integración y la segregación, y los valores económicos, como el costo y el beneficio.

Etica médica

Dando por sentado que el sistema filosófico propuesto es aceptable, podemos construir una ética con los valores propios de los actos médicos en su condición moral, por lo tanto, libres y dirigidos al bien.

La primera tarea es *establecer la jerarquía de valores* propios de esta aplicación de la ética. En la cúspide tenemos el contraste vida-muerte, y en el segundo nivel salud-enfermedad, pero en las posiciones inferiores hay diferencias casuísticas que hacen necesario puntualizar cada caso, por ejemplo, integridad-mutilación en un problema quirúrgico, o tolerancia-toxicidad en un tratamiento médico.

La segunda tarea es *cuantificar los valores relativos* desde el punto de vista del paciente con objeto de reconocer el más valioso. Esta cuantificación es compleja por las siguientes razones: *a)* las pruebas diagnósticas y los tratamientos pueden tener desenlaces muy diversos; *b)* cuando el valor de todos los desenlaces puede ser medido en una misma unidad tenemos un caso simple, sin embargo, en medicina los desenlaces son complejos, por lo que, frecuentemente, se hace necesario usar valores multidimensionales; *c)* en la cuantificación de los valores deben participar, y en su caso decidir, el paciente a quien está dirigido

el acto médico, y su familia, que se ve afectada por el mismo en forma directa o indirecta.

El *análisis de las decisiones* nos permite hacer formal y explícito nuestro juicio ético respecto al acto médico a elegir. Por lo general, el juicio ético es intuitivo y empírico y el acto médico elegido, al ser el más valioso, es moralmente bueno.

Tomemos el caso de una mutilación. Cuando decimos que está indicada una amputación estamos declarando, en forma implícita, que es moralmente buena, porque afirmamos su valor para restituir la salud, de jerarquía superior a la integridad corporal. Si además consideramos que puede salvar la vida, que es el valor supremo de este árbol jerárquico particular, tenemos todo lo necesario para demostrar, en forma explícita, el valor moral de esta amputación. Sin embargo, esta afirmación sólo es válida bajo las condiciones específicas de restitución de la salud y preservación de la vida, sin las cuales la misma amputación sería moralmente mala.

La ética en la toma de decisiones médicas

El análisis de decisiones médicas, a diferencia del seguimiento esclavizante de protocolos, exige al médico ejercer un juicio crítico de todos los factores que intervienen en los procesos de diagnóstico y tratamiento. Este método de toma de decisiones complementa y fortalece la capacidad intuitiva del médico para elegir correctamente los actos a realizar ante un paciente o un grupo de pacientes con características similares.

En este método formal se requiere, desde luego, identificar con claridad cada una de las opciones que se consideran apropiadas para resolver un problema específico.

Ahora bien, dado que las decisiones médicas siempre se toman con un cierto grado de incertidumbre, se hace necesario calcular la probabilidad de que se observe cada uno de los desenlaces posibles para las opciones consideradas. Esta asignación de probabilidades es responsabilidad del médico, que debe conocerlas por propia experiencia o por la literatura al respecto.

El *valor relativo específico* de cada decisión es el producto de la probabilidad de que se obtenga el resultado esperado y el valor que le

hayan asignado el paciente y su familia, en estrecha colaboración con el médico.

El método generalmente usado para hacer este tipo de análisis es la construcción de un árbol de decisiones, que permite el cálculo del valor relativo específico de cada decisión, mismo que será usado para elegir la más valiosa y, por tanto, aquella que se manifiesta como moralmente buena.

Es precisamente esta ponderación de los resultados probables de los actos médicos, donde la ética axiológica entra, por mérito propio, en la toma de decisiones médicas.

Bibliografía

- ¹ MARTINEZ DEL CAMPO, R., *Etica*, Ed. JUS, México, 1955.
- ² PAUKER, S.G., KASSIRER, J.P., *Therapeutic decision making: a cost-benefit analysis*, New England Journal of Med. 1975, 293: 229-234.
- ³ KASSIRER, J.P., *The principles of clinical decision making: an introduction to decision analysis*, Yale Jour. Biol. Med. 1976, 49: 149-164.
- ⁴ PAUKER, S.G., KASSIRER, J.P., *The threshold approach to clinical decision making*, New England Journal Med. 1980, 302: 1109-1117.



Cáliz medicinal, Basilea, siglo XVIII

Algunas consideraciones concernientes a la respuesta a propuestas de ley sobre no-discriminación de las personas homosexuales

*Documento de la Santa Sede**

Premisa

Recientemente, en diversos lugares, se ha propuesto una legislación que haría ilegal una discriminación con base en la tendencia sexual. En algunas ciudades las autoridades municipales han puesto a disposición de parejas homosexuales (y heterosexuales no casadas) un edificio público, reservado por lo demás para familias. Tales iniciativas, incluso donde parecen más dirigidas a ofrecer un apoyo a derechos fundamentales, que no indulgencia respecto de la actividad o de un estilo de vida homosexual, pueden tener de hecho un impacto negativo sobre las familias y sobre la sociedad. Por ejemplo, están a menudo implicados problemas como la adopción de niños, la contratación de profesores, la necesidad de vivienda por parte de auténticas familias y legítimas preocupaciones de los propietarios de casas al seleccionar arrendatarios potenciales.

Mientras que sería imposible hacer hipótesis sobre cualquier posible consecuencia de propuestas legislativas en este sector, las siguientes observaciones tratarán de señalar algunos principios y distinciones de naturaleza general que deberán ser tomados en cuenta por el legislador consciente, por el elector o por la autoridad eclesial que se encuentre ante tales problemas.

La primera sección recordará pasajes significativos de la «Carta a los Obispos de la Iglesia católica sobre el cuidado pastoral de las personas

* Documento de la Santa Sede tomado de *L'Osservatore Romano*, 24/VII/92.

homosexuales» publicada en 1986 por la Congregación para la Doctrina de la Fe. La segunda sección tratará de su aplicación.

I. Pasajes significativos de la «Carta» de la Congregación para la Doctrina de la Fe

1. La Carta recuerda que la «Declaración sobre algunas cuestiones de ética sexual», publicada en 1975 por la Congregación para la Doctrina de la Fe, «tenía en cuenta la distinción comúnmente hecha entre condición o tendencia homosexual y actos homosexuales». Estos últimos son «intrínsecamente desordenados» y «no pueden ser aprobados en ningún caso» (n. 3).

2. Desde el momento en que «en la discusión que siguió a la publicación de la citada Declaración se propusieron interpretaciones excesivamente benévolas de la condición homosexual misma, de tal manera que alguno llegó incluso a definirla como indiferente o incluso buena», la Carta continúa precisando que la particular inclinación de la persona homosexual «aun cuando no sea en sí pecado, constituye una tendencia, más o menos fuerte, hacia un comportamiento intrínsecamente malo desde el punto de vista moral. Por este motivo, la inclinación misma debe ser considerada como objetivamente desordenada. Así, quienes se encuentran en esta condición deberían ser objeto de una particular solicitud pastoral para que no sean inducidos a creer que la actuación de tal tendencia en las relaciones homosexuales es una opción moralmente aceptable» (n. 3).

3. «Como ocurre con cualquier otro desorden moral, la actividad homosexual impide la realización y felicidad propias porque es contraria a la sabiduría creadora de Dios. Cuando rechaza las doctrinas erróneas referentes a la homosexualidad, la Iglesia no limita, sino que más bien defiende la libertad y la dignidad de la persona, entendidas de manera realista y auténtica» (n. 7).

4. Refiriéndose al movimiento de los homosexuales, la Carta afirma: «Una de las tácticas utilizadas es la de afirmar, en tono de protesta, que cualquier crítica o reserva hacia las personas homosexuales, su actividad y su estilo de vida, es simplemente una forma de discriminación injusta» (n. 9).

5. «En algunos países está en marcha un auténtico intento por manipular a la Iglesia, granjeándose el apoyo, a menudo de buena fe, de sus pastores, en un esfuerzo por cambiar las normas de la legislación civil. El fin de una acción semejante es conformar esta legislación a la concepción propia de estos grupos de presión, según los cuales la homosexualidad es, por lo menos, una realidad perfectamente inocua, cuando no totalmente buena. Aun cuando la práctica de la homosexualidad amenaza seriamente a la vida y al bienestar de un gran número de personas, los que propician esta tendencia no desisten en su acción y se rehusan a tomar en consideración las proporciones del riesgo que en ella está implicado» (n. 9).

6. «La Iglesia es consciente de que la opinión según la cual la actividad homosexual sería equivalente, o por lo menos igualmente aceptable, que la expresión sexual del amor conyugal, tiene una incidencia directa en la concepción que la sociedad tiene de la naturaleza y de los derechos de la familia, y los pone seriamente en peligro» (n. 9).

7. «Hay que lamentar con firmeza que las personas homosexuales hayan sido, y sean todavía, objeto de expresiones malévolas y de acciones violentas. Tales comportamientos merecen la condena de los pastores de la Iglesia dondequiera se manifiesten, pues revelan una falta de respeto para los demás, lo que lesiona los principios elementales en los que se basa una sana convivencia civil. La dignidad propia de toda persona debe ser siempre respetada en las palabras, en las acciones y en las legislaciones.

Sin embargo, la reacción obligada ante las injusticias cometidas contra las personas homosexuales no puede llevar, en modo alguno, a la afirmación de que la condición homosexual no es desordenada. Cuando esa afirmación es acogida y, consecuentemente, la actividad homosexual es aceptada como buena, o bien, cuando se introduce una legislación civil para proteger un comportamiento del cual nadie puede reivindicar derecho alguno. Ni la Iglesia ni la sociedad en su conjunto deberían luego sorprenderse si también otras opiniones y prácticas distorsionadas ganan terreno y si aumentan los comportamientos irracionales y violentos» (n. 10).

8. «Debe evitarse, de todos modos, la presunción infundada y humillante de que el comportamiento homosexual de las personas está

siempre y totalmente sometido a coacción y por tanto no es culpable. En realidad, incluso en las personas con tendencia homosexual debe reconocerse esa libertad fundamental que caracteriza a la persona humana y le confiere su particular dignidad» (n. 11).

9. «Al evaluar eventuales proyectos legislativos, se deberá poner en primer plano el compromiso de defender y promover la vida de la familia» (n. 17).

II. Aplicaciones

10. La «tendencia sexual» no constituye una cualidad comparable a la raza, al origen étnico, etcétera, respecto de la no discriminación. Al contrario de estas, la tendencia homosexual es un desorden objetivo (cfr. «Carta», n. 3) y debe suscitar una preocupación moral.

11. Se dan ámbitos en los cuales no es “injusta discriminación” tener en cuenta la tendencia sexual, por ejemplo, en la entrega de niños para adopción o cuidado, en la contratación de profesores o entrenadores deportivos y en el servicio militar.

12. Las personas homosexuales, en cuanto seres humanos, tienen los mismos derechos que todas las demás personas, incluso el derecho de no ser tratadas de manera que ofenda a su dignidad personal (cfr. n. 10). Entre otros derechos, todas las personas tienen el derecho al trabajo, a la vivienda, etcétera, pero no por eso tales derechos son absolutos. Pueden ser legítimamente limitados con motivo de un comportamiento externo desordenado. Esto es a veces no sólo lícito sino obligatorio, y además se impondrá tanto en el caso de comportamiento culpable como en el caso de acciones de personas física o mentalmente enfermas. Así, está aceptado que el Estado puede restringir el ejercicio de derechos, por ejemplo, en el caso de personas contagiosas o mentalmente enfermas, a fin de proteger el bien común.

13. Incluir la «tendencia homosexual» entre las consideraciones con base en las cuales es ilegal la discriminación puede llevar fácilmente a considerar la homosexualidad como fuente positiva de derechos humanos, por ejemplo, en lo referente a la llamada «*affirmative action*» o tratamiento preferencial en las prácticas de contratación de personal. Esto es tanto más deletéreo desde el momento en que no existe un derecho a la

homosexualidad (cfr. n. 10), que por tanto no debería constituir la base para reivindicaciones judiciales. El paso del reconocimiento de la homosexualidad como factor con base en el cual es ilegal discriminar puede llevar fácilmente, cuando no automáticamente, a la protección legislativa y a la promoción de la homosexualidad. La homosexualidad de una persona se invocaría en oposición a una discriminación afirmada y, así, el ejercicio de los derechos sería defendido precisamente mediante la afirmación de la condición homosexual, en vez de en los términos de una violación de derechos humanos fundamentales.

14. La «tendencia sexual» de una persona no se puede parangonar a la raza, al sexo, a la edad, etcétera, también por otra razón que merece atención, además de la antes mencionada. La tendencia sexual de un individuo no es en general conocida por los demás a menos que él se identifique públicamente a sí mismo como poseedor de esta tendencia, o a menos que algún comportamiento externo lo manifieste. Normalmente la mayoría de las personas con tendencia homosexual que buscan llevar una vida casta no hacen pública su tendencia sexual. Por consiguiente, el problema de la discriminación en términos de empleo, alojamiento, etcétera, generalmente no se plantea.

Las personas homosexuales que declaran su homosexualidad son en general precisamente las que consideran que el comportamiento o el estilo de vida homosexual es «indiferente o incluso bueno» (cfr. n. 3) y por tanto digno de aprobación pública. Es al interior de este grupo de personas donde se pueden encontrar más fácilmente a quienes buscan «manipular a la Iglesia granjeándose el apoyo, a menudo de buena fe, de sus pastores, en un esfuerzo encaminado a cambiar las normas de la legislación civil» (cfr. n. 9); aquellos que usan la táctica de afirmar en tono de protesta que «cualquier crítica o reserva respecto de las personas homosexuales... es simplemente una forma de injusta discriminación» (cfr. n. 9).

Por otra parte, existe el peligro de que una legislación que haga de la homosexualidad una base para adquirir derechos pueda, de hecho, alentar a una persona con tendencia homosexual a declarar su homosexualidad o incluso a buscar una pareja a fin de explotar las disposiciones de la ley.

15. Desde el momento en que en la evaluación de una propuesta de legislación se habría de poner sumo cuidado en la responsabilidad de

defender y de promover la vida de la familia (cfr. n. 17), deberá prestarse gran atención a cada uno de los procedimientos de las intervenciones propuestas. ¿Cómo influirán en la adopción o la custodia? ¿Constituirán una defensa de los actos homosexuales, públicos o privados? ¿Conferirán un estado equivalente al de una familia a uniones homosexuales, por ejemplo, respecto de las viviendas de interés social o dando a la pareja homosexual ventajas contractuales que podrían incluir elementos como la participación de la «familia» en las indemnizaciones de salud dadas a quien trabaja (cfr. n. 9)?

16. Finalmente, cuando está en juego una cuestión de bien común no es oportuno que las autoridades eclesiales apoyen o permanezcan neutrales ante una legislación negativa, aun cuando conceda excepciones a las organizaciones y a las instituciones de la Iglesia. La Iglesia tiene la responsabilidad de promover la vida de la familia y la moralidad pública de toda la sociedad civil con base en los valores fundamentales, y no sólo de protegerse a sí misma de las consecuencias de leyes perniciosas (cfr. n. 17).

Del «L'Osservatore Romano» del 24-7-92

Nuevos horizontes del utilitarismo hedonista

*Angelo Fiori**

Resumen

La reacción que existe frente a las opciones sociales, que proponen una alternativa fácil a los conflictos éticos, tiene consecuencias peligrosas en relación al respeto de la dignidad de la persona. El autor señala varios ejemplos de esta conducta relacionados con la Bioética.

Las noticias que llegan de EE.UU. sobre las acciones del nuevo Presidente y sobre sus opciones programáticas nos dejan perplejos y preocupados. Tal vez la lista de las iniciativas no sea completa y algunas de ellas sean herencia de la presidencia anterior, pero lo cierto es que no podemos compartir la liberalización y el fomento del aborto en las estructuras sanitarias públicas, privadas y militares; la facultad de utilizar tejidos de fetos abortados voluntariamente y tal vez a propósito, ni tampoco la recomendación de solicitar la difusión de la Ru486, la píldora abortiva «del mes después», y no del día después como se ha dicho erróneamente, y que es capaz de interrumpir la vida del feto hasta el día 45 de edad gestacional.

El mundo europeo no reacciona ante ello ni se opone, sino que, más bien, concuerda fácilmente tanto en el terreno de las iniciativas político-

* Director del Instituto de Medicina Legal y de Aseguraciones, Universidad Católica del Sagrado Corazón de Roma.

militares como en las estrategias científicas y, en particular, en los caminos de la «liberalización». Basta pensar, por ejemplo, que la libertad de experimentar en embriones y en fetos está vigente en Inglaterra, donde nos hemos enterado de que existe una clínica que practica la selección de sexo a solicitud de las parejas que para ello se someten a la procreación artificial (¡perdón, «asistida»!). Y basta pensar, también, que en Francia se hacen leyes en cuyo preámbulo se condena el eugenismo subrayando los temores ante la experimentación, pero luego permiten casi todo lo permisible, esto es, la procreación homóloga y heteróloga tanto con las técnicas de la inseminación como con la fecundación *in vitro*, con la única excepción de la madre alquilada.

Si esto no es hacer realidad el eugenismo y la experimentación... En algunos países del norte de Europa se piensa reconocer jurídicamente cualquier unión «matrimonial», sea hétero u homosexual, con el único requisito de la firma del notario; así se proyecta superar la institución familiar.

Habrará algún laico «neoiluminista» que nos acuse de terrorismo y de que utilizamos la pluma para asustar con suspicacias ante el progreso científico y para desacreditar a la sociedad pluralista.

En realidad, otras son las fuerzas que con diversos medios practican el terrorismo, y creemos que el pluralismo no debe comportar el exterminio de quien no puede defenderse.

Si hemos referido estos hechos —por lo demás de todos conocidos, es porque queremos preguntarnos con toda modestia y sinceridad cuál es la visión del hombre y de la sociedad que subyace bajo estas opciones y estas «liberalizaciones», capaces de establecer la instrumentalización del hombre débil a manos del más fuerte.

A decir verdad, parece difícil reducir todo a una mera opción «filosófica» precisa o a una visión que se inspira en valores claramente presentables como propuesta a las generaciones futuras.

Nos parece —y desearíamos que se nos desmintiera— que en el fondo de todas estas opciones desesperadas está siempre una visión utilitarista —y del peor de los utilitarismos— tanto a nivel de la vida privada como a nivel de la llamada «ética pública».

El utilitarismo, ya claramente esbozado por Bentham, es retomado en Norteamérica y en Europa según el triple principio de maximizar el

placer, minimizar el dolor y extender todo esto al mayor número posible de personas.

Ningún principio trascendente, pues, ni cristiano ni kantiano, sino la opción de los más capaces de tomar decisiones, constituidos en la «comunidad ética» que sanciona en cada circunstancia lo que para la mayoría de las personas resulta más ventajoso y menos gravoso y, más aún, establece cuáles son los derechos y quién «no es aún persona» (fetos y embriones) o quién no podrá expresarse ya como tal (enfermos mentales irrecuperables, enfermos graves en coma irreversible).

Esta visión está apoyada por obras filosóficas que no citamos porque no queremos hacerles publicidad, filones de cultura anglosajona y sobre todo estadounidense, que invaden el mundo europeo y latinoamericano, que a menudo los recibe pasivamente, olvidado de su pasado humanista. Y es esa visión la base ideológica para la supresión de los débiles, de los que habrían de nacer o de los recién nacidos, de los moribundos o de los enfermos graves; es la base jurídica para la intervención armada con fines mercantilistas y de predominio y no ya por ayuda humanitaria; es la legitimación, finalmente, de una nueva visión discriminatoria en la sociedad y en el mundo científico.

Nos parece que hay que volver a fundamentar la ética pública y la ética que debe imperar en la investigación científica —la bioética— así como la ética privada sobre el respeto de la persona humana, de toda persona humana y en todo momento de su existencia.

Hay que fundamentar en la misma persona humana el criterio o juicio ético sobre la dignidad o naturaleza del hombre y, por esto, sobre la ley natural, entendidas en el sentido planetario y no reductivo.

Esta es la base sobre la que se habrá de reconstruir el sentido de los límites en la experimentación científica y el sentido de la solidaridad entre los pueblos.

El uso de la fuerza deberá ser considerado legítimo, e incluso obligado, cuando se trata de defender al débil y cuando se trata de la dignidad de cada pueblo, después de haber hecho todos los esfuerzos posibles para el arreglo pacífico de los conflictos y recurriendo a todos los medios no violentos.

Hay que poner atención a que, aboliendo este fundamento ínsito en todo hombre, no se abra un nuevo abismo en el que todos los valores se vean trastocados por la utilidad del más fuerte o por la insensibilidad del hedonismo individualista.

En particular, dos piedras angulares deberán mantenerse sólidas en la vida social y protegidas por la ley: la vida de todo ser humano, desde la concepción hasta la muerte natural, y la familia estable, heterosexual e indisoluble, abierta a la vida y a la sociabilidad.

Este mismo mensaje surgió en la Reunión Nacional de la Familia y Fecundación Artificial: Aspectos Científicos, Sociológicos y Etico-Jurídicos, celebrada los días 6 y 7 de noviembre de 1992 y promovida por el Instituto de Bioética de la Universidad Católica del Sagrado Corazón y por la revista «La Famiglia», de la Editorial La Scuola, atenta desde siempre a los problemas de la familia con una finalidad pedagógica.



La disputa entre los homeópatas y los alópatas, Dürer, 1842

Calidad de vida: consideraciones filosóficas

*Laura Palazzani**

Resumen

Desde que las expectativas de vida dejaron de ser precarias y surgió la posibilidad de aumentar los años de vida, se ha pensado en la importancia de la calidad de la vida.

Sin embargo, el término se emplea para conceptos diferentes. La autora describe la fundamentación filosófica de los diferentes significados de este término, así como las implicaciones que estos tienen.

1. Es a partir de la segunda mitad de este siglo cuando el tema de la calidad de la vida humana ha entrado a formar parte del lenguaje cotidiano,¹ volviéndose, sobre todo en estos últimos años, tema «de moda». Si bien los antiguos poseían ya su concepto (recuérdese la distinción entre *zen* y *euzen* de los griegos y entre *vivir* y *bien vivir* de los latinos), la fórmula «calidad de la vida» es peculiar de la modernidad. La frecuencia y la intensidad del uso de esta nueva expresión está estrechamente vinculada con el cambio socioeconómico en el ámbito de la cultura occidental como consecuencia de la resolución del segundo conflicto mundial, del proceso de industrialización y saneamiento

* Centro de Bioética, Facultad de Medicina y Cirugía A. Gemelli, Universidad del Sagrado Corazón de Roma (Director: Prof. Elio Sgreccia).

económico, además del progreso de las ciencias y de la tecnología en el campo sanitario. Gracias a nuevos descubrimientos técnicos y farmacológicos ha sido posible controlar epidemias y curar patologías hasta hace pocos decenios incurables, reduciendo considerablemente la mortalidad infantil y aumentando la duración media de la vida.² Sólo en el momento en que la *cantidad* de la vida dejó de ser precaria se comenzó a hablar de la *calidad* de la vida.

Sin embargo, se asiste en el debate actual a una situación paradójica o por lo menos ambigua: se da un acuerdo casi unánime sobre el hecho «de que» la calidad de la vida debe ser objeto de particular consideración, pero no se sabe con precisión «en qué» consiste.³ Por un lado, la fórmula de la calidad de la vida se ha aplicado operativamente en el ámbito de la sociología, de la economía, de la política, de la ecología y de la biomedicina,⁴ pero por el otro, se advierte en la literatura una escasa teorización. Incluso cuando esa expresión se hace objeto de reflexión específica (las cuestiones de bioética representan un ejemplo significativo de ello) se ponen de relieve frecuentemente tomas de posición «a favor» y «en contra» de la calidad de la vida (configurada en contraposición con la «sacralidad» y la «santidad» de la vida), sin justificaciones explícitas.⁵

Precisamente en esta dirección es cuando la *filosofía* puede aportar mucho, asumiendo la tarea de tematizar, racionalmente, el *significado* del concepto de calidad de la vida, intentando aclarar su equívocidad.

Para reflexionar cabalmente sobre el sentido de tal expresión es necesario, metodológicamente, distinguir dos momentos: un momento *teórico*, encaminado a definir descriptivamente *qué* es la calidad de la vida (tal investigación remite en primera instancia a la concepción antropológica de la vida, ya que no se puede saber qué es la calidad de la vida si no se sabe qué es la vida humana) y un sucesivo momento *práctico* (prescriptivo y valorativo), que reconoce moralmente *cuál* vida es *digna/indigna* de ser vivida y jurídicamente *cuál* vida es *merecedora/no merecedora* de protección.

La individualización de una vida «con» calidad coincide (unánimemente) con el reconocimiento o la atribución de una valencia ética y jurídica.⁶ Si la vida posee determinadas cualidades «vale» la pena ser vivida y «merece» ser protegida, pero ¿*cuándo* es la vida cualitativamente digna y merecida? La respuesta a esta pregunta supone la definición de los términos «vida» y «calidad». A menudo tal definición,

como se ha dicho, queda implícita en el debate actual y esto hace arbitraria toda toma de posición en el plano práctico.

2. A nivel de la *reflexión teórica* pueden localizarse dos concepciones de la vida humana y de la calidad de la vida (de las cuales se siguen diversas implicaciones morales y jurídicas), esto es, una concepción fenoménica-reduccionista y otra concepción metafísica-ontológica.

Conforme a la perspectiva *reduccionista-fenomenológica*, la vida es auténticamente humana si (y sólo si) se manifiestan determinadas cualidades.⁷ Se trata de una concepción «fenoménica» en cuanto que la atribución de la humanidad a la vida depende exclusivamente de lo que aparece y se manifiesta (por tanto del fenómeno), y *reduccionista* en cuanto que no cualquier manifestación de la vida biológicamente humana es considerada suficientemente humana, sino sólo aquella que manifiesta cualidades específicas. Se sigue de esto que de la presencia/ausencia (empíricamente percibida) de determinadas cualidades se deduce el ser/no ser vida humana auténtica.

En esta perspectiva surge la *prioridad* (cuando no incluso la absolutización) *de la calidad* sobre la vida, donde la calidad se vuelve el elemento *constitutivo*, el fundamento imprescindible e irrenunciable de la vida humana auténtica. Como ha observado G. Herranz: «la calidad es elevada a la condición de sustancia»,⁸ en otras palabras, si no hay calidad, no hay vida verdaderamente humana. En este sentido sería más correcto hablar de «vida cualitativa», más que de «calidad de la vida»; la calidad no especifica, sino que estructura a la vida misma. O la vida es cualitativa o no es vida.

En esta perspectiva las calidades son los «indicadores de humanidad»⁹ más que indicadores de la «autenticidad humana», y se individualizan en la manifestación de determinados caracteres psicofísicos, en el ejercicio actual de capacidades específicas y funciones, en la actuación de determinados comportamientos. Pero, ¿qué caracteres, qué capacidades y qué comportamientos indican la presencia de la autenticidad humana?

No existe una respuesta unívoca a la pregunta. Los autores que comparten el enfoque conceptual fenomenista-reduccionista señalan diversos criterios para distinguir la vida humana biológica de la vida humana auténtica o cualitativa. Tales criterios pueden resumirse, sinté-

ticamente, en cuatro categorías: la categoría sensitiva (la calidad coincide con la manifestación de la capacidad de percibir el placer y el dolor, más concretamente, de preferir el primero al segundo);¹⁰ la categoría racional (la calidad se identifica con la autoconciencia, el ejercicio de la función intelectual, abstractiva, simbólica, lingüística y memorativa);¹¹ la categoría de la voluntad (la calidad se localiza en los sujetos autónomos, libres y capaces de autodeterminarse, de elegir y de realizar un proyecto);¹² finalmente la categoría relacional (la calidad se manifiesta en la capacidad mínima de interesarse por los demás y de interactuar socialmente).¹³ En una palabra, la autenticidad humana se reduce, fenoménicamente, a la manifestación de determinadas capacidades, funciones o actos a los cuales se atribuye una valencia cualitativa.

Aunque sea con este breve análisis surgen algunos aspectos problemáticos, por ejemplo, ¿quién establece las calidades relevantes y constitutivas de lo humano?¹⁴ ¿Qué calidades son relevantes? ¿Por qué no se consideran como indicadores de la autenticidad humana también la «capacidad de amar», la «curiosidad» o el «sentido del espacio» añadido al del tiempo?¹⁵ Son interrogantes que quedan sin respuesta en esta perspectiva; si la autenticidad no coincide con la humanidad el nivel cualitativo (auténtico) escapa a la lógica natural (biológica) para volverse atributo convencional, establecido según criterios subjetivos y, por tanto, arbitrarios.

En el ámbito de la concepción *metafísica-ontológica* la vida es humana «por naturaleza». Toda vida biológicamente humana es vida auténticamente humana. Se trata de una concepción «metafísica» en cuanto que el reconocimiento de la humanidad de la vida es independiente de lo que aparece (está «más allá» de lo que se manifiesta exteriormente), y «ontológica» en cuanto que la naturaleza humana es el modo fundamental del ser, el fundamento y la condición de lo que aparece. Se sigue de ello que la vida humana no se reduce a la manifestación de determinadas calidades, sino que es su razón de ser y su condición de posibilidad (inteligible).

En este sentido, la *vida* tiene una *prioridad* y una precedencia sobre la calidad. La calidad es el *carácter específico* de la vida; la calidad no se antepone a la vida, sino que es un atributo específico suyo que la califica. Este, por lo demás, es el sentido propio de la expresión «calidad de la vida».¹⁶ La calidad es una determinación y una propiedad (en el

lenguaje tomístico, una «disposición»¹⁷ de la sustancia. La calidad es «de la» y está «en la» sustancia, es inherente a la sustancia, determinando uno de sus modos de manifestarse. Sin embargo, es la sustancia la que «sostiene» a la calidad, es el fundamento (de su manifestación) y se distingue realmente de ella.¹⁸ La sustancia unifica a la multiplicidad y se mantiene al sucederse las manifestaciones cualitativas, trascendiéndolas.

En tal perspectiva, la calidad o disposición *primaria*, y por tanto el atributo esencial de lo humano (o también, el «indicador primario de lo humano»), es la capacidad de raciocinio o racionalidad. El hombre es un «animal racional», «una sustancia individualizada de naturaleza racional».¹⁹ El estar dotado de razón por naturaleza, esto es, el tener la *posibilidad* «en principio» (o potencial, en el sentido aristotélico) de pensar y de ejercer la libertad (aun cuando esto no se concrete en el ejercicio actual «de hecho») es lo que cualifica estructuralmente al hombre.²⁰ Las cualidades *secundarias* son, en cambio, los atributos accidentales de la vida humana.²¹ Determinados caracteres psicofísicos, funciones y comportamientos específicos son calificaciones contingentes que ponen en acto (o mejor, pueden poner en acto) lo que es en potencia. Las capacidades de percibir, razonar, elegir y comunicar son manifestaciones de la naturaleza humana, pero tales manifestaciones no son necesarias para la individualización de lo humano, además de ser inevitablemente parciales e incompletas (siendo la naturaleza humana estructuralmente inagotable e inobjetable en virtud de su trascendencia). La presencia o la ausencia de las calidades secundarias (precisamente porque son accidentales) no modifica la naturaleza sustancial. Si algunos «obstáculos externos» (como la aparición de enfermedades o la verificación de accidentes) impiden a la vida manifestarse según ciertas calidades (permanente, congénita o irreversiblemente, o incluso sólo transitoriamente), no por esto falta la autenticidad humana. La vida es humana porque es racional (en potencia) y no porque manifiesta (actualmente) determinados caracteres, capacidades o actos.

3. Las *implicaciones prácticas* (morales y jurídicas) de las dos concepciones teóricas anteriormente delineadas presentan facetas en las cuestiones bioéticas que merecen una atenta consideración.

En el ámbito de la perspectiva reduccionista-fenoménica sólo la «vida cualitativa» es *digna* de ser vivida y *merecedora* de protección.

Por tanto, la vida humana sin calidad es «disponible» y «tangible» (en cuanto *indigna y no merecedora*). Pagan su precio más alto «los extremos» de la vida humana: la vida inicial, que no manifiesta *aún* determinadas calidades (piénsese en los embriones, en los fetos, pero también en los recién nacidos y en los infantes); la vida terminal, que no es *ya* cualitativamente auténtica (es el caso de los ancianos, de los lesionados del cerebro, de los comatosos); la vida marginal, que no ha tenido y/o no tendrá *nunca* las calidades (es la condición de los discapacitados, de los dementes, de los anencefálicos).

La vida humana tiene por tanto un valor *relativo y desigual*, funcional y condicionado (gradualmente) por la manifestación de ciertas calidades:²² por tanto, no la vida en sí, sino la calidad de la vida adquiere un valor absoluto (acabando por negar el valor de la vida sin calidad). Tiene menos valor una vida de sufrimiento, enferma, demente o dependiente, que una vida sana, más aún, la vida gravemente comprometida acaba por volverse un dis-valor. Sólo algunas vidas (las que han alcanzado un cierto grado de calidad) son respetadas y protegidas; el deber de respeto de la vida humana es, por tanto, un deber *prima facie*, que admite excepciones según las circunstancias concretas.²³

Es esta la (*bio*)ética de la calidad de la vida, que acaba por negar el mismo estatuto etimológico-epistemológico de la bioética. En ese sentido, el objeto de la reflexión moral no es la vida en general (*bios*), sino más bien se restringe a la sola *calidad* de la vida. La calidad de la vida se constituye en *criterio de control y selección* para eliminar las vidas carentes de calidad; se vuelve una especie de «coartada para autorizar la acción de dominación».²⁴ La mitificación y la idolatría de la calidad de la vida lleva al peligroso resultado de codificar un nuevo concepto de «normalidad social» «fuertemente discriminatoria».²⁵ Ante el riesgo de hacer nacer un feto con graves (e irreversibles) malformaciones, el diagnóstico prenatal se vuelve a menudo una premisa de la interrupción del embarazo. Los sujetos no autosuficientes, con escasas o nulas posibilidades de ser recuperados como fuerzas sociales productivas, acaban por ser marginados y, a través de formas de eutanasia más o menos enmascaradas, eliminados. Más aún, son los mismos individuos los que, no sintiéndose aceptados, acaban paradójicamente por reivindicar el «derecho a morir», pidiendo la garantía (y el control social de los procedimientos) de «ser eliminados» si alguna

vez se encuentran en condiciones de tener que vivir una vida sin calidad. Son los mismos padres que reivindican el «derecho a un hijo sano» y solicitan la supresión «preventiva» en el caso de que no se hiciera realidad su deseo.

Los avances de una mentalidad eugenésica acaban por negar el significado mismo intrínseco del derecho, constitutivamente «relacional».²⁶ La reivindicación de un *derecho a la calidad de la vida* anula el derecho a la vida (proclamado y universalmente aceptado en la Declaración de los Derechos Humanos de 1948). La vida no tiene derechos en sí, sino sólo en virtud de su calidad: no todo individuo, pues, es *sujeto de derechos*, titular de derechos y destinatario de deberes. Se llegaría, así, a negar la paridad ontológica y la coexistencia (simétrica y recíproca) de los hombres, dando paso a indebidas e injustificadas pretensiones arbitrarias y subjetivistas de los más fuertes contra los más débiles.

Es la perspectiva metafísica-ontológica la que justifica, de manera rigurosa y sistemática, la *dignidad* de la vida humana en sentido *absoluto*.²⁷ La obligatoriedad del respeto moral y de la protección jurídica abarca, sin excepciones, a todo el ámbito «natural» de la vida biológicamente humana. La vida humana, como lugar (incluso sólo potencial) de la emergencia de sentido, es un bien *indispensable e intangible*, en cuanto condición de cualquier otro bien moral y espiritual.²⁸ La vida humana, en virtud de su racionalidad (que la cualifica primariamente), tiene un valor *en sí y por sí*, independientemente de la manifestación exterior de determinadas cualidades secundarias.²⁹

La *(bio)ética de la sacralidad/santidad de la vida* afirma la inviolabilidad de la vida humana; la norma (negativa) «no matar la vida inocente» y la norma (positiva) «respetar y promover la vida humana» están justificadas en su obligatoriedad de modo absoluto, en cuanto que constituyen la condición de posibilidad de la existencia y de la coexistencia.³⁰ La intervención sobre la vida humana está justificada solamente si es terapéutica (este es, por lo demás, el fin de la misma profesión médica), es decir, en el mismo sujeto sobre el que se actúa.³¹ En este sentido se considera ilícito el embrionicidio, el aborto, el infanticidio y la eutanasia neonatal y terminal, en el supuesto pasivo y activo, con y sin consentimiento, en cuanto que son actos que niegan el reconocimiento de la dignidad connatural a la misma vida humana.

Con esto se pone de relieve que esa perspectiva no niega la calidad de la vida. Si la calidad se entiende en sentido primario (la racionalidad como propiedad esencial de lo humano), la calidad de la vida coincide con la sacralidad de la vida: toda vida humana es cualitativa (en cuanto potencialmente razonable) y, por tanto, digna de respeto. Si la calidad, o mejor, las cualidades se entienden en sentido secundario (refiriéndose a los atributos contingentes como la capacidad de percibir, razonar, querer y relacionarse), estas proporcionan un *criterio suplementario y auxiliar* respecto del criterio fundamental del respeto de la vida.

Es en esta perspectiva como adquiere todo su valor el significado yusnaturalista del *derecho a la vida*. El hombre, en virtud de su misma naturaleza humana, es un *sujeto de derechos*, esto es, el derecho a la vida, reconocido a todo hombre, es el «derecho a tener derechos»,³² o sea, la condición de posibilidad de cualquier ulterior derecho (reconocido, proporcionalmente al estado de desarrollo psicofísico). El reconocimiento del derecho a la vida y la tematización (mínima) de las expectativas objetivas de todo hombre en cuanto hombre, es la condición irrenunciable de la justicia, enraizada estructuralmente en la igualdad ontológica, reconocida simétrica y recíprocamente a todo ser humano.

4. Pasando de la reflexión filosófica teórica y práctica sobre la calidad de la vida al nivel *operativo-de aplicación* del ámbito *biomédico*, no se puede dejar de notar una proliferación de criterios para la determinación de la calidad de la vida.³³ A la luz de todo lo que hemos venido diciendo, resulta evidente que el *significado* de tales criterios se puede advertir dentro del horizonte conceptual en el cual se elaboran. No basta con *aplicar* un índice de calidad de la vida para garantizar una vida cualitativa; es importante remontarse a la *teoría* que lo ha elaborado para captar su *sentido* y, por tanto, su razón y finalidad.³⁴

En el ámbito de la teoría fenoménica-reduccionista, el criterio de la calidad de la vida cobra dos significados principales. El primero, en referencia a los pacientes conscientes,³⁵ amplía la esfera de las preferencias subjetivas hasta afirmar la *primacía del principio de autonomía* (en el sentido de autodeterminación) del paciente respecto del principio terapéutico (o principio de beneficiabilidad) del médico.³⁶ El segundo, con referencia a los pacientes incapaces de querer o de expresar su voluntad (es el caso de los fetos, de los infantes, de los dementes, de los

discapacitados, de los comatosos) se hace *criterio selectivo*. En este último caso, es la voluntad del médico (o de quien elabora el criterio selectivo) la que «sustituye» a la voluntad del paciente.

Se conocen por la literatura algunos intentos de «medir» la calidad o la autenticidad de la vida humana. A. Shaw³⁷ ha propuesto la fórmula:

$$\frac{\text{Dotes naturales físicos y mentales} \times \text{Recursos familiares y sociales}}{\text{costos}} = \text{vida significativa}$$

que deriva la «vida significativa» (*meaningful life*) del cálculo algebraico que multiplica la cantidad de dotes naturales físicas y mentales (*Natural Endowment*) de un individuo por la suma de la disponibilidad de recursos familiares (*Home*) y sociales, dividiendo los costos en conjunto. Es evidente que, aplicando esta fórmula a un sujeto con una grave patología (por tanto con muchos defectos físicos o psíquicos), con escasos recursos familiares y sociales y altos costos de los cuidados, resulta de ello una vida «insignificante», y por tanto, indigna y no merecedora. T. H. Engelhardt³⁸ considera obligado el tratamiento terapéutico («deber de beneficiencia») sólo si es positivo el resultado del algoritmo «posibilidad de éxito x calidad de la vida x duración de la vida ÷ costos». Se justifica, por tanto, el «rechazo terapéutico» de las vidas humanas en el caso en que las posibilidades de éxito se reduzcan y los costos aumenten. P. Singer³⁹ calcula la calidad de la vida sumando los sufrimientos, con referencia tanto al sujeto enfermo como a los parientes o amigos que lo rodean, y dividiendo los costos, de tal manera que si los sufrimientos y los costos son altos es lícito no intervenir terapéuticamente, o incluso «dejar morir».

Las fórmulas presentadas, aunque diferentes entre sí, tienen una intención común, que es «calcular» la calidad de la vida, comprobar las características y las capacidades psicopsíquicas, medir el sufrimiento y cuantificar las cargas económicas (familiares y sociales). Se advierte un primer «error» metodológico: ¿cómo «cuantificar» la «calidad»? La calidad es constitutivamente inconmensurable e inobjetivable, irreducible a fórmulas matemáticas.⁴⁰ Por otra parte, ¿quién establece los grados de «significatividad» de la vida humana? ¿Qué «defectos» se toman en consideración y en qué orden de importancia? ¿Qué características y qué capacidades físicas y psíquicas son relevantes? ¿Cómo objetivar la

subjetividad de la experiencia del dolor? ¿Por qué no se toman en consideración igualmente los recursos humanos y afectivos de la familia y la sociedad, además de los recursos económicos? ¿Por qué no está considerado el sentido existencial de la vida humana? Es evidente que el fixismo de las fórmulas no abarca la complejidad de lo real y la riqueza de lo humano.⁴¹

En el ámbito de la teoría metafísica-ontológica, el parámetro de la calidad de la vida tiene un papel auxiliar en cuanto al respeto de la vida. La aplicación de los índices de la calidad de la vida no tiene una función selectiva, sino más bien *humanizante*. La búsqueda de la calidad es «para» el paciente; tiene por finalidad su servicio y la mejora de sus condiciones; no es una búsqueda «contra» el paciente con el propósito de su eliminación selectiva.

Si el paciente está consciente, la calidad de la vida resulta del equilibrio entre el *principio terapéutico* y el *principio de libertad*, es decir, *el médico debe cuidar del enfermo, respetando sus preferencias subjetivas. La calidad de la vida tiene, así, un elemento objetivo*, indicado en el respeto del bien fundamental de la vida, y un elemento *subjetivo*, que coincide con las aspiraciones y los deseos individuales.⁴² En otras palabras, la «beneficialidad» del médico, aunque prioritaria, no puede prescindir del «consentimiento informado» del paciente. En este sentido no se replantea el paternalismo tradicional, sino que se equilibra el deber deontológico terapéutico del médico con las exigencias subjetivas del paciente.

Precisamente el equilibrio entre el principio terapéutico y el principio de libertad permite comprender el equilibrio necesario entre cantidad y calidad de la vida. Intervenir terapéuticamente no significa «encarnizamiento» para prolongar la vida «a toda costa» (esta es la posición extrema del vitalismo biológico), sino cuidar al enfermo dejando espacio a sus exigencias (el único límite a la libertad es el respeto del valor de la vida). Así, la calidad de la vida puede amplificar la sensibilidad del médico y del agente sanitario, permitiendo la humanización de la asistencia. En el caso en que el paciente no pudiera expresar sus preferencias subjetivas hay que reconocer, en todo caso, la primacía del principio terapéutico, si bien proporcionado.

5. La reflexión filosófica sobre el significado de la calidad de la vida permite aclarar algunas ambigüedades que pueden plantearse en torno

al concepto. De este breve análisis surge la necesidad, además de la urgencia, de superar los equívocos: no podemos contentarnos con aplicar los criterios o declararnos favorables a la calidad de la vida para defender en sentido propio la vida. Hoy en particular, frente al progreso de la ciencia y de la técnica, es importante justificar con claridad los límites de licitud de las nuevas posibilidades de intervención en la vida humana. La calidad de la vida puede ofrecer una aportación relevante, con tal que se defina antes qué es y con qué finalidad se utiliza. Sólo el concepto de la calidad de la vida en el horizonte del respeto de la vida constituye una orientación válida contra el eugenismo, el mito selectivo de lo «sano» y de lo «perfecto», a favor y al servicio de la persona humana.

Referencias bibliográficas

1. La introducción del término en el lenguaje común se hace remontar al discurso pronunciado por Lyndon B. Johnson en el Madison Square Garden el 31 de octubre de 1964. La noticia la refiere D. BLONDEAU, *La qualité de la vie éthique. La vie en question*, 1992, 5, p. 85. Hay que precisar también que el uso de la expresión “calidad de la vida” se refiere implícitamente a la vida humana.
2. S. LEONE, *La qualità della vita*, voz en S. LEONE, S. PRIVITERA (a cargo de), *Dizionario di bioetica*, Dehoniane, Bologna: Istituto Siciliano di Bioetica, Catania, 1994, pp. 811 ss.; S. LEONE, *La riflessione bioetica sulla «qualità della vita»*, *Bioetica e Cultura*, 1992, 2, pp. 137-148; M. HONECKER, *Qualität des Lebens*, voz en *Lexikon Medizin Ethik Recht*, Herder, Friburgo-Basilea-Viena, 1992, pp. 873-880.
3. MCCALL, S., *What is quality of life?*, *Clinics in Oncology*, 1985, 4 (1), pp. 161-176; BOYLE, J., *Quality of life: an ambiguous expression*, *Ethics and Medics*, 1990, 15 (1), pp. 1-2.
4. Para una síntesis panorámica del uso aplicado del concepto en los diversos sectores, véase SGRECCIA, E., *Manuale di bioetica II. Aspetti medico sociali*, Vita e Pensiero, Milán, 1991, pp. 24 ss.; CARDINI, L. DE, *Per un'educazione alla qualità della vita*, *Aggiornamenti Sociali*, 1986, 1, pp. 23-34.
5. Es una aguda observación de D. BLONDEAU, *La qualité de la vie*, op. cit., p. 84.
6. La doble valencia descriptiva y prescriptiva de la calidad de la vida la aclara S. SPINSANTI, *Qualità della vita o santità della vita? Oltre il dilemma*, en C. VIAFORA (a cargo de), *Centri di bioetica in Italia, Orientamenti a confronto*, Gregoriana, Padua, 1993, pp. 231 ss. Sobre el tema véase también: A. C. MICHALOS, *Measuring the quality of life*, en W. R. SHEA, J. KING-FARLOW (eds.), *Values and the quality of life*, Science History Publications, Nueva York 1976, pp. 24-37.
7. Sobre la distinción entre fenomenismo y sustancialismo véase VANNI-ROVIGHI, S., *Elementi di filosofia*, La Scuola, Brescia 1983, vol. II, p. 39 ss.
8. HERRANZ, G., *Scienze biomediche e qualità della vita*, en AA. VV., *Persona, verità e morale*, Actas del Congreso Internacional de Teología Moral (Roma 7-12 de abril de 1986), Città Nuova, Roma 1986, p. 85.

9. La expresión «indicadores de “humanidad”» es utilizada en repetidas ocasiones por los autores antes citados. En especial véase FLETCHER, J., *Four indicators of humanhood*, Hastings Center Report 1975, 4, pp. 4-7.
10. SINGER, F., *Practical ethics*, Cambridge University Press, Cambridge 1979. Sobre el tema específico véase también del mismo autor *Sanctity of life or quality of life?*, Pediatrics 1983, vol. 72, n. 1, pp. 128-129.
11. ENGELHARDT, T. H., *The foundations of bioethics*, Oxford University Press, Oxford 1986.
12. COHEN, C., *On the quality of life: some philosophical reflexions*, Circulation 1982, vol. 66 (supl. III), pp. 29-33. El autor insiste en el requisito del vigor y de la movilidad en el hombre para realizar un «proyecto» propuesto.
13. THOMAS, C., «*Potential for personhood?*»: *a measure for life. The severe defective newborn, legal implications of a social dilemma*, Bioethics Quarterly 1980, 2 (3), pp. 164-193; MCCORMICK, R., *A proposal for «quality of life» criteria for sustaining life*, Hospital Progress 1975, 56, p. 77.
14. MALHERBE, J. F., *Qualité de la vie, oui! mais définie par qui?*, Bioethica, Revue d'Étique et de Philosophie de la Médecine, 1990, 5, pp. 5-8; HORNQUIST, J. O., *The concept of quality of life*, Scandinavian Journal of Social Medicine, 1982, 10, pp. 57-61; HARRIS, J., *Qualifying the value of life*, Journal of Medical Ethics, 1987, 13, pp. 117-123.
15. LEONE, S., *La qualità della vita*, op. cit., p. 812.
16. Incluso el sentido común y la experiencia cotidiana ofrecen una noción intuitiva y pre-reflexiva de la calidad de la vida. Si, frente a algunos objetos puestos sobre una mesa, se pide cuantificarlos, se contarán; si se pide calificarlos, se describirán los caracteres específicos, como el color, el tipo de material, el olor, etcétera. Hay calidad, porque hay objeto; hay calidad de la vida, porque hay vida.
17. STO. TOMAS, *Summa Theologica*, I, q. 28, a. 2.
18. VANNI ROVIGHI, S., *Elementi di filosofia*, op. cit., p. 43.
19. Es la definición de S. Boecio (*De duabus naturis et una persona Christi*, c. 3), retomada por Santo Tomás (*Summa Theologica*, I, q. 29, a. 3 ad 2).
20. D'AGOSTINO, F. D., *Filosofía del diritto*, Giappichelli, Turín 1993, p. 254.
21. Es el significado de cualidad en la acepción aristotélica. Aristóteles considera la cualidad como una categoría accidental de la sustancia (la que responde a la pregunta «cómo») y la define como «lo que pertenece a cada cosa por sí, pero no entra en su esencia» (*Metafísica*, v 30, 1025a 30-32). Las cualidades accidentales son para Aristóteles: las características, las capacidades, las disposiciones y las figuras.
22. REICH, W. T., *Quality of life*, en REICH, W. T. (ed.), *Encyclopedia of bioethics*, The Free Press, Nueva York 1982, vol. II, pp. 831-832; RAWLER, J., RAWLER, K., *The quality of life argument: a physician's and a philosopher's view*, Journal of Medical Ethics 1990, 16, pp. 93-94.
23. Este es el principio argumentado en MORI, M., *La bioetica: la risposta della cultura contemporanea alle questioni morali relative alla vita*, en VIANO, C. A. (*a cargo de*), *Teorie etiche contemporanee*, Boringhieri, Turín 1990, pp. 186 ss.
24. HERRANZ, G., *Scienze biomediche e qualità della vita*, op. cit., p. 85.
25. BOMPIANI, A., *Bioetica in Italia. Lineamenti e tendenze*, Dehoniane, Bolonia 1992, pp. 81-82; TAYLOR, S. G., *The effect of quality of life and sanctity of life on clinical decision making*, Aorn Journal 1985, 41 (5), pp. 924-929.
26. D'AGOSTINO, F., *L'eutanasia come problema giuridico*, en AA.VV., *Eutanasia. Il senso del vivere e del morire umano*, Dehoniane, Bolonia 1987, p. 57.
27. Por lo que se refiere al reconocimiento del valor absoluto de la vida humana hay que precisar

- algo: la vida humana es bien absoluto en cuanto que es un bien fundamental, pero puede ser sacrificado ante un bien mayor (ejemplo de ello es el martirio o el acto heroico de quien sacrifica su vida para salvar la vida ajena en condiciones de grave peligro).
28. MELE, V., *La priorità del bene della vita e i criteri oggettivi della sua qualità*, en C. VIAFORA (a cargo de), *Centri di bioetica in Italia*, op. cit., pp. 57-66; SGRECCIA, E., *Manual de Bioética*. Fundamentos y ética biomédica, Diana, México (en prensa).
 29. CATTORINI, P., *Qualità della vita negli ultimi istanti*, Medicina e Morale 1989, 2, pp. 273-294; ID., *Valore della vita, qualità della vita, persona*, en C. VIAFORA (a cargo de), *Centri di bioetica in Italia*, op. cit., pp. 145-157; LAMAU, M. L., *La notion de qualité de la vie dans le champ de la santé*, Bioetica e cultura 1992, 1, pp. 47 ss.
 30. COTTA, S., *Giustificazione ed obbligatorietà delle norme*, Giuffrè, Milán 1981.
 31. SGRECCIA, E., *Manual de Bioética I*, op. cit.
 32. D'AGOSTINO, F., *Filosofía del diritto*, Giappichelli, Turín 1993, p. 192.
 33. No es este el lugar para examinar las «escalas» de la calidad de la vida aplicadas en la práctica médica. Las más conocidas son: Karnofsky Performance Status Scale y QL Index. Para una reseña, véase CLARK, A., FALLOWFIELD, L. J., *Quality of life measurements in patients with malignant disease: a review*, Journal of the Royal Society of Medicine 1986, March, pp. 165-169; HORNQUIST, J. Q., *Quality of life: concept and assessment*, Scandinavian Journal of Social Medicine 1990, 18 (1), pp. 69-79; EGLI, K., *What constitutes quality of life? Methodological considerations and suggestions for clinical practice*, Scandinavian Journal of Gastroenterology 1989, 22 (supl.) 133, pp. 87-89; MALCOM, W., *Measuring a patient's quality of life*, New Zeland Medical Journal 1984, 97 (756), pp. 329-330.
 34. La necesidad de remontarse a una teoría de la calidad de la vida la subraya BECKMANN, J., DITLEV, G., *Conceptual views on quality of life: an impossible task or a necessary challenge?*, Scandinavian Journal of Gastroenterology 1987, 22 (supl. 133), pp. 83-86.
 35. Es la distinción que en la literatura anglosajona se hace entre *competent* e *incompetent*. Véase sobre el tema HAAVI, MORREIM, E., *Computing the quality of life*, en G. J. AGICH, C. E. BEGLEY (eds.), *The price of health*, D. Reidel, Dordrecht 1986, pp. 45-69.
 36. Sobre la relación entre principio de beneficiabilidad y principio de autonomía, refiriéndose a la calidad de la vida, véase PELLEGRINO, E. D., THOMASMA, D. C., *For the patient's good*, Oxford University Press, Oxford-Nueva York 1988.
 37. SHAW, A., *QL revisted*, Hastings Center Report 1988, April-May, pp. 1012.
 38. ENGELHARDT, T. H., *Manuale di bioetica*, op. cit., p. 266.
 39. SINGER, P., *Etica pratica*, op. cit., pp. 130 ss.
 40. Hay que recordar que el nacimiento del método de la ciencia experimental con Galileo Galilei está precisamente vinculada con la distinción entre «cualidades primarias» cuantificables (extensión y movimiento local) y las «cualidades secundarias» no cuantificables porque son subjetivas.
 41. Para una crítica a la arbitrariedad de las fórmulas de la calidad de la vida, véase GAFNI, A., *The quality of Qalys (quality-adjusted-life-years): do Qalys measure what they at least intend to measure?*, Health Policy 1989, 13, pp. 81-83; LOUGHLIN, M., *The illusion of quality*, Health Care Analysis 1993, 1, pp. 69-73.
 42. El elemento subjetivo de la calidad de la vida se refiere, además de a las aspiraciones individuales, también al contexto social y cultural del paciente. Véase HOFSTEDE, G., *The cultural relativity of the quality of life concept*, Academy of Management Review 1984, 9 (3), pp. 389-398; CHAMBERLAIN, K., *Value dimensions, cultural differences and the prediction of perceived quality of live*, Social Indicators Research 1985, 17, pp. 345-401.



*Fragmento del relieve dedicado a Asclepio,
deidad con poderes curativos, 330 a.C.*

REVISTA MEDICINA Y ETICA
PERIODICIDAD: TRIMESTRAL

COSTOS:

México: N\$ 150.00 por cuatro ejemplares al año.

América Latina: \$ 75 U.S. dlls.

Otros países: \$ 85 U.S. dlls.

NÚMEROS ANTERIORES

México: N\$ 50.00

América Latina: \$ 25 U.S. dlls.

Otros países: \$ 30 U.S. dlls.

Deseo recibir la revista Medicina y Etica

Nombre: _____

Dirección: _____

Col.: _____

Del. Pol.: _____

Ciudad: _____

País: _____

Código Postal: _____

Teléfono(s): _____

Fax: _____

Por favor enviar cheque a nombre de:

**INVESTIGACIONES Y
ESTUDIOS SUPERIORES S.C.**

Cheque N° _____

Banco: _____

Cantidad: _____

a la siguiente dirección:
**Instituto de Humanismo en
Ciencias de la Salud
Universidad Anáhuac
Lomas Anáhuac s/n
Apdo. Postal 10 844
11 000 México D.F.**