

MEDICINA Y ETICA

Revista Internacional de Bioética, Deontología y Etica Médica

1995/3

**Etica, ciencia y medicina - La distorsión
en la información médica. "El papel de los
avances tecnológicos médicos en la relación
médico-paciente" La enfermedad y el
sentido del sufrimiento - Eutanasia,
derecho a la vida y derecho penal**



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

Distribución
Investigaciones y Estudios Superiores, S.C.
Escuela de Medicina de la Universidad Anáhuac

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.

3

VOLUMEN VI NUMERO 3 JULIO-SEPTIEMBRE DE 1995

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	281
Etica, ciencia y medicina.	
<i>Alejandro Serani Merlo</i>	283
La distorsión en la información médica. “El papel de los avances tecnológicos médicos en la relación médico-paciente”.	
<i>Raúl Garza Garza</i>	311
La enfermedad y el sentido del sufrimiento.	
<i>J. García-Campayo, C. Sanz-Carrillo, G. Lasa Labaca</i>	333
Eutanasia, derecho a la vida y derecho penal.	
<i>Antonio Tarantino</i>	347
DOCUMENTACION	
De la literatura internacional.	
<i>Antonio G. Spagnolo</i>	385

EDITORIAL

La necesidad de la reflexión sobre la persona humana, quién es, de dónde proviene y a dónde va, es un acto que debería ser no sólo cotidiano, sino fundamental en nuestra existencia.

Su ausencia nos lleva a severos problemas, que sólo pueden resolverse cuando retornamos a este cauce.

Es necesario, por consiguiente, reencontrar los orígenes de la bioética y su finalidad auténtica, para no caer en el peligro de desnaturalización al servicio de legislación de cualquier nuevo "producto" biotecnológico, o de promoción para los intereses políticos o económicos que se deriven de ello.

La bioética nació como una disciplina para defender y salvaguardar a la humanidad y al mundo, por lo que no se puede concebir una bioética promotora de ninguna propuesta biotecnológica.

La bioética nos proporciona una metodología para llegar a conocer la verdad sobre el actuar de la persona en relación con el valor de la vida y de la corporeidad.

Una de las características propias de la persona, entre todos los demás seres de la tierra, es la libertad. Con ella el hombre emerge de la necesidad en la que están inmersos los vegetales y los animales que sólo actúan por instinto o por aprendizaje, mientras que en la persona intervienen el entendimiento y la libertad, incluso en sus necesidades materiales.

Si no se considera el actuar humano de esta manera, nuestra libertad estaría desligada de toda responsabilidad y, por consiguiente, de una implicación ética. Las consecuencias no se hacen esperar: con este tipo de concepto se pueden replantear, como la sexualidad, el reconocimiento de la persona en cualquier etapa de su vida, la familia, la concepción, el ejercicio de la sexualidad, la finalidad de las ciencias médicas, etc. E in-

cluso pretender que los gobiernos de cualquier país legitimen la acción que se proponga por una decisión democrática, e incluso designen parte del presupuesto para ello.

Por tal motivo, es necesario reflexionar profundamente sobre el concepto de persona, sobre su finalidad, sobre su naturaleza ontológica y sobre sus características, para poder tener elementos de juicio que acrediten nuestra opinión como libre y adecuada a la naturaleza y fin del hombre.

Queremos en este número hacer un público reconocimiento al Profesor Francisco Javier León Correa, director del Grupo de Investigación de Bioética de Galicia, y secretario de la Asociación Española de Bioética, con quien nos une una relación estrecha de colaboración, tanto de amistad como académica, en la difusión de la bioética personalista, y en quien reconocemos su gran labor organizativa y capacidad para conjuntar esfuerzos a nivel internacional. A él queremos agradecer su apoyo a esta Revista y a la Universidad Anáhuac, y felicitarlo por su intervención en la proyección de esta disciplina.



Francisco Javier León Correa, Director del Grupo de Investigación de Bioética de Galicia, Secretario de la Asociación Española de Bioética

Ética, ciencia y medicina

*Alejandro Serani Merlo**

Resumen

En el artículo se hace patente que el desarrollo científico y técnico moderno en el campo biomédico lleva inscrita una dinámica potencialmente peligrosa. Esta se analiza desde la perspectiva antropológica, iniciando con una descripción de la cosmovisión científicista, continuando con un estudio del fenómeno moderno de la técnica y sus aplicaciones en la medicina, para terminar con algunas propuestas para hacer frente a los desafíos que enfrenta la cultura por el desarrollo de la ciencia y de la tecnología en el ámbito biomédico.

Los problemas éticos que suscitan el desarrollo de la ciencia biológica y de la medicina moderna son tan variados, dramáticos y evidentes, que ya casi va siendo un tópico el hacer referencia a ellos. Manipulación genética y embrionaria, intervención técnica de la sexualidad y de la procreación, encarnizamiento terapéutico, eugenesia, eutanasia, aborto, infanticidio son sólo algunas de las situaciones a las que se suele aludir, para asombrarse o lamentarse.

No obstante lo anterior, y sin negar que se hayan hecho nobles intentos encaminados a paliar esta situación, es un hecho —en este trabajo me esforzaré por hacerlo patente— que el desarrollo científico

* Facultad de medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

y técnico moderno en el campo biomédico lleva inscrito en él una dinámica al menos potencialmente peligrosa, cuyas virtualidades de daño no han dejado de actualizarse y están todavía muy lejos de haber agotado su poder destructor. Estas virtualidades difícilmente podrán ser contenidas si antes no son bien comprendidas, por lo que se profundizará en las raíces de este fenómeno de tan indigente envergadura y graves consecuencias.

Sin pretender agotar los innumerables aspectos del problema, el punto central será el antropológico y articularé mi proposición en tres partes.

En la primera me abocaré a la descripción de lo que hemos dado en llamar la crisis de la cosmovisión científicista; en la segunda estudiaremos el fenómeno moderno de la técnica y los problemas que suscita su aplicación en la medicina y, por último, explicitaré algunas proposiciones que podrían contribuir a enfrentar exitosamente algunos de los grandes desafíos planteados a la cultura por el desarrollo explosivo de la ciencia y de la técnica en el ámbito biomédico.

I

La crisis de la cosmovisión científicista

De los filósofos contemporáneos es quizá Hans Jonas el que con mayor clarividencia percibió que en la base de los problemas bioéticos modernos se encuentra una conceptualización inadecuada de la naturaleza física inorgánica, de los seres vivos y, por ende, del hombre. Jonas denunció con fuerza y lucidez el desinterés del mundo científico y filosófico de nuestro siglo por desarrollar una filosofía de los seres vivos a la altura de los tiempos y se explayó, en ocasiones con profética intuición, sobre algunas de sus deletéreas consecuencias.¹

Para entender el planteamiento de Jonas y poder ver con claridad cómo es posible que de la carencia de una cosa tan abstracta como una filosofía se puedan desprender consecuencias tan concretas como las que he mencionado al comenzar, debemos hacer algunas consideraciones generales acerca del desarrollo del pensamiento humano.

Existen ciertas nociones fundamentales de las cuales en la vida humana concreta no es posible prescindir. En efecto, nociones como: ser

humano, vida, muerte, conocimiento, verdad se encuentran de tal modo involucradas en la trama cotidiana del existir que la ignorancia completa de su sentido, por parte de un grupo humano, haría imposible el lenguaje e impediría la comunicación y todo operar propiamente inteligentes.

Evidentemente que el estado en que se encuentran estas nociones en la mente del hombre de la calle dista mucho del estado que alcanzan o debieran alcanzar en la mente del filósofo. Se trata, podríamos decir, de nociones de sentido común, preñadas de virtualidades filosóficas. Estas nociones, que en su estado más elemental e implícito en la persona no pueden ser ignoradas, y ni siquiera tergiversadas, pueden ser, sin embargo, deformadas en cuanto al modo de explicitarse, generalizarse y aplicarse en el despliegue de la conducta libre y en el construirse de la cultura. La antropología y la historia muestran que las culturas humanas son, en efecto, particularmente vulnerables a esta deriva aberrante de los significados. Sólo una vida comunitaria impregnada de una reflexión crítica y sana puede constituirse en antídoto eficaz para este tipo de deformaciones.

Desgraciadamente, cuando la calidad espiritual de una cultura decae es fácil que se apodere de ella la superficialidad o el error. Esta decadencia o perversión de los significados viene a ser tanto más evidente cuanto más compleja y perfeccionada había sido la elaboración intelectual precedente. Algo semejante es lo que ha ocurrido, y sigue ocurriendo, en la cultura moderna con relación a nuestra visión de la naturaleza en general, y de los seres vivos y del hombre en particular.

En nuestra época, el eclipse de una sana filosofía se ha hecho sobre el telón de fondo de un prestigio creciente e incontestado de la ciencia experimental. Aun cuando esta, por sí misma, no puede aspirar a convertirse en filosofía, en nuestra época el declinar de la filosofía —y en particular de la filosofía de la naturaleza— ha permitido que ese fenómeno se haya producido en buena medida. Efectivamente, en ausencia de una visión propiamente filosófica de la naturaleza, el necesario y legítimo reduccionismo metodológico de la ciencia experimental ha terminado por convertirse, en la mente de muchos científicos, en reduccionismo filosófico, y el mecanismo epistemológico de la ciencia empírico-matemática se ha trocado en mecanismo radical.

Algunos ejemplos me permitirán ilustrar de modo concreto lo que he expresado abstractamente. ¿Qué es lo que aprende actualmente un estu-

dante promedio acerca del mundo natural, de los seres vivos y del hombre, desde su más tierna infancia hasta la educación media y universitaria?

En sus libros de física, química, biología, en las revistas científicas y repetidamente a través de sus profesores, escuchará un discurso que puede ser esquemáticamente resumido del modo siguiente:

El mundo visible y tangible que estudia la ciencia, y que es el único real, comenzó su historia hace algunos miles de millones de años con lo que puede ser analogado a una gran explosión. No podemos descartar que, previamente a esa explosión, hubiesen existido otras expansiones y contracciones. Lo claro es que, por lo menos, la versión actual del universo físico tuvo su comienzo ahí.

Lo que en un comienzo eran casi exclusivamente partículas elementales fue transformándose, poco a poco, en una nebulosa compleja de partículas y átomos simples que, por diversos y no muy bien conocidos procesos de condensación, fue generando espontáneamente átomos más complejos, moléculas, y más tarde nebulosas, estrellas, planetas, sistemas solares y galaxias.

Todo este proceso deberá ser explicable, algún día, por causas puramente físicas, aunque sea forzoso reconocer que todavía no somos capaces de explicarlo. De todo él debe excluirse la intervención de una casualidad extrínseca y de toda intencionalidad general más allá de la que proporciona el operar de las leyes físicas inmanentes.²

↪La casualidad determinó que surgiera un planeta que llamamos Tierra, en el cual, circunstancialmente, se dieron las condiciones para que surgiera la vida en forma espontánea. La vida no es algo radicalmente distinto de los fenómenos físicos y químicos que la originaron, es solamente un modo original de organización de la realidad físico-química que produce manifestaciones especiales.³ A lo más, podríamos decir que la vida es una propiedad “emergente” de la materia —sin que se sepa mucho lo que se quiere decir con este término—, pero en todo caso, dependiente de ella.

Un proceso llamado “evolución”, que para algunos es inherente a toda materia y que para otros es sólo inherente a las unidades vivas, fue descrito por los ingleses Darwin y Spencer. Este proceso determina, por medio de un mecanismo completamente azaroso, cómo se han diferenciado y hecho más complejos los seres vivos; la aparición del ser humano en el planeta debe ser tenida por otro más de los efectos improbables de la historia del universo.

Desde esta perspectiva, la complejidad de la conducta humana se encuentra en estricta dependencia de la complejidad de su cerebro, no siendo la inteligencia

humana más que una prolongación admirable de un fenómeno que no difiere en sustancia de lo que encontramos en los animales. La libertad humana deriva de la multiplicidad de los determinismos que se encuentran involucrados en la conducta, lo que la hace, en términos prácticos, im-predecible, aún cuando en principio no deja de ser un fenómeno tan determinístico como el caer de una piedra o el nutrirse de una bacteria.

Los fenómenos conscientes son diversamente interpretados al interior de esta cosmovisión científicista, diversificándose aquí las explicaciones entre concepciones dualistas, paralelistas, mecanicistas o subjetivistas según los diversos autores. Predomina en la práctica una suerte de dualismo cartesiano en el cual el cuerpo es una máquina (*res extensa*) y el espíritu es el yo consciente (*res cogitans*).

Esta especie de caricatura de la historia del hombre y del universo, con todos los aderezos experimentales que se quiera, sería completamente inocua, y hasta en partes legítima, si acaso no intentara transformarse en explicación, como lo hace; pretensión para la cual el pensamiento filosófico de este siglo, de manera incomprensible, parece haberle dejado el terreno completamente libre mediante una cosmovisión científicista.

Sin pretender desarrollar aquí toda una filosofía de la naturaleza, podríamos hacer al menos un pequeño análisis de las interrogantes que esta fenomenología científica⁴ deja fuera cuando intenta transformarse en explicación.

En efecto, ¿qué son en esencia esos determinismos físicos —esas leyes científicas que de ellos derivan y que los expresan—, a los cuales se les atribuye un poder explicativo de casi todo lo que ocurre en el universo? ¿No muestran acaso esos mismos determinismos la existencia de una direccionalidad, tendencialidad o intencionalidad en el operar de cada una de las realidades físicas que la ciencia empírica describe, y sin la cual no sería posible ni siquiera una mínima descripción? ¿Por qué desconocer la originalidad e irreductibilidad de los fenómenos biológicos, cuando de hecho son lógicamente mucho más evidentes que los oscuros fenómenos físicos? ¿No es acaso a partir de la toma de conciencia del ser y del operar del mundo macrofísico que concebimos la posibilidad de un ser y un operar de un mundo microfísico? ¿Cómo podría entonces ese ser y ese operar de un mundo microfísico, por lo demás sumamente enigmático, tener una prioridad gnoseológica y ontológica sobre el universo de lo vivo y de lo humano, cuyas formalidades aparecen delineadas de un modo mucho más primario y transparente? ¿Cómo negar el hecho

evidente de que no existe nada esencial en los entes naturales que no tenga significado; significado que preferimos negar sólo porque no somos lo suficientemente inteligentes como para descubrirlo? ¿Qué sentido puede tener el atribuir un rol causal al azar, cuando justamente su ser y su inteligibilidad descansan en una causalidad determinista e intencional de la cual el azar depende, pero de la que él mismo carece? ¿Por qué oculta razón podría surgir la vida de la materia inanimada, si la materia en sí misma carece de todas sus propiedades? ¿Cómo aceptar que el complejo proceso de aparición de formas vivientes en el planeta—incluida la humana— pueda reducirse al simplismo de la mutación y de la selección, para el cual no existe suficiente prueba racional ni experimental? ¿Qué olvido del progreso cultural pudo habernos llevado a concebir la inteligencia humana según el modelo de los animales de laboratorio, llegando a concebir al hombre casi como un ratón hiper-complejo? ¿Por qué negar la realidad más que evidente de los fenómenos irreductiblemente inmateriales como el conocimiento y la afectividad sensibles e intelectuales, la libertad y lo ético?

Estas son sólo algunas de las casi infinitas interrogantes que surgen de la observación de la naturaleza y del examen de los datos que la misma ciencia natural moderna nos aporta, y que una cosmovisión simplista y rudimentaria pretende dar por solucionadas. ¿Cómo extrañarse, entonces, de que el modo de posicionarnos frente a la realidad natural en el mundo moderno sea inevitablemente desequilibrado?

Examinemos esta situación más de cerca. La consideración moderna de la naturaleza como una totalidad radicalmente difusa y confusa—agitada por un dinamismo primigenio y carente de otra direccionalidad y sentido que no sea la que le proporcionan un contexto de leyes básicas (inengendradas e intemporales y cuyo contenido reviste la máxima generalidad e inespecificidad)— ha tenido sobre la cultura moderna enormes consecuencias.

En efecto, una consideración de este tipo hace de la naturaleza una especie de plasta amorfa y modelable, en la cual no podemos descubrir otro sentido más allá del que el hombre le introduce. Ahora bien, esta introducción de sentido puede hacerse de dos maneras: por medio del conocimiento o por medio de la acción.

En la primera de estas dos variantes se considera que toda la inteligibilidad de la naturaleza no es más que el modo como un grupo de per-

sonas ha optado por concebir la realidad en un momento y en un lugar determinados. El modo actual de pensar e imaginar la realidad es el producto de la sustitución verificada por esta cosmovisión sobre la inmediatamente anterior, y a su vez será reemplazada por la que le siga. No existiría un modo objetivo de poder comparar la una con la otra en términos de jerarquía. La cosmovisión maya —por ejemplo— sería tan válida para los mayas como lo sería hoy para nosotros la visión que sustenta la ciencia moderna occidental, sin que podamos pronunciarnos acerca de una supuesta superioridad de la una sobre la otra. El modelo atómico de la materia sería válido sólo en el contexto de nuestra ciencia, y mientras estemos en esta cultura debemos operar necesariamente en torno a él, sin pretender —de modo alguno— que este pueda ser en algún sentido verdadero.

El segundo modo de concebir la presencia de sentido en la naturaleza depende, en cierto grado aunque no totalmente, del anterior. En esta perspectiva, la argamasa informe de lo natural cobra hechura y dignidad sólo en función de la actividad poiética del artesano y del técnico. La jerarquía ontológica de lo transformado se ordena de acuerdo a la jerarquía de la complejidad de la intervención. Mientras más científico y elaborado es el conocimiento que se encuentra en la base de la intervención, se debe tener más consideración por la obra producida. Una muestra de esto es, por ejemplo, en la construcción y en la vida diaria, el desprecio no siempre justificado de los materiales naturales en beneficio de los materiales elaborados o sintéticos, los cuales aportan sin duda grandes beneficios, pero poseen a la vez grandes limitaciones, entre ellas su difícil degradación. En la medicina también se observa este fenómeno de la idolatría por lo artificial, hecho que se manifiesta, por ejemplo, en la confianza excesiva o ilusoria en el poder de los medicamentos y de los aparatos, en desmedro de los cambios en los hábitos de vida o de las intervenciones médicas carentes de artificios.

La obra producida en el mundo tecnificado viene a ser una suerte de espejo donde el artífice se refleja y se contempla, y es en este sentido de autocomplacencia antropocéntrica que, en cierta medida, esta postura se asemeja a la anterior. En esta vertiente, empero, el acento está dado más en la voluntad que en la inteligencia. El máximo sometimiento del magma informe de la naturaleza a la acción cuasi omnipotente del yo constituiría para la naturaleza su mayor dignidad. Desde este punto de vista,

el sentido o la verdad de la naturaleza, si es que puede tener alguno, no consiste en otra cosa más que en el completo sometimiento al yo transformador. El valor de la acción simple, del conocimiento de sentido común de la técnica multiseccular, del producto no transformado resulta, *a priori*, menospreciado y minimizado frente al prestigio incontestado de lo nuevo, lo complejo, lo tecnificado, lo industrialmente elaborado.

Sobre el trasfondo de esta interpretación acerca de algunas consecuencias que la cosmovisión científicista ha tenido en el modo de concebir la naturaleza y de entender sus significados, parece que es posible entender mejor ciertas tendencias presentes en grupos de científicos y, en particular, en algunos biólogos contemporáneos. Estos elementos dinamizadores del actuar en algunos biólogos modernos suelen pasar desapercibidos, al público en general y a los analistas, debido al desconocimiento casi completo y a la subestimación que nuestra cultura tiene de la vida y de las motivaciones de los científicos en particular de los científicos puros.

Se comprende poco y mal la existencia de una vasta comunidad de personas que viven en nuestro mundo —frecuentemente a costa de gran sacrificio personal— movidos casi exclusivamente por genuinas motivaciones intelectuales. La búsqueda obsesiva del bienestar económico, de la salud, de la belleza, de la fama y del poder por parte de sectores inmensos de la población hacen casi imposible comprender el existir de estos individuos casi incógnitos que, no obstante, tienen una importancia determinante en la cultura.

La nobleza objetiva de las motivaciones intelectuales de los científicos, sin embargo —y en esto tampoco se trata de pecar de ingenuos— no es siempre capaz de exorcizar todo peligro de desviaciones. Es necesario, en consecuencia, examinar con espíritu crítico el dinamismo intelectual subyacente a muchas de las investigaciones biológicas modernas para poder comprender los riesgos que ellas vehiculan. La idea bucólica del naturalista contemplativo de la verdad debe ser pasada por los correspondientes tamices discriminatorios. También se necesita tomar en cuenta que no pocas veces, hoy en día, los científicos parecen adoptar y acomodarse a jugar un rol cuasi sacerdotal al interior de una gran religión cuya ortodoxia viene dada por la ciencia.

Si el contenido de inteligibilidad de la naturaleza ya no nos es dado por la naturaleza misma, como en la visión clásica, sino que es introyectado

en ella por vía de interpretación, es fácil comprender que para muchos biólogos modernos no existan límites naturales al desarrollo de sus investigaciones. Para ellos, el intento de limitar sus actividades investigativas sólo puede proceder del temor, de la arbitrariedad o del autoritarismo. La posibilidad de introducir inteligibilidad y, luego, dominio sobre la naturaleza, no tiene, para ellos, parámetros reguladores extrínsecos a la actividad científica misma.

Dicho en otros términos, la actividad científica se autojustifica. La investigación científica como actividad propia y manifestadora del espíritu humano es capaz de juzgar a los demás, pero ella misma no admite ser juzgada. En definitiva, los científicos ven toda regulación que se intente sobre su actividad como una cortapisa, sobre todo las regulaciones de tipo ético, ya que no se ve qué criterio objetivo pudiese ser utilizado para justificar una regulación tal.

Lo anterior proyecta una luz para comprender mejor la poca o nula disposición que manifiestan muchos científicos para someterse honestamente, y de buena gana, a un juicio crítico en lo que se refiere a la legitimidad de sus investigaciones y la soberbia con la cual, en ocasiones, descalifican el valor de otro conocimiento que no se derive de la ciencia experimental.

Del mismo modo, lo anterior permite entender mejor la inoperancia de muchos comités de ética de la investigación científica en orden a impedir que se realicen investigaciones contrarias a toda racionalidad moral. En efecto, no resulta difícil imaginar que la mayor parte de los comités de ética están formados por personas que comparten la misma cosmovisión científicista de los científicos y de buena parte de la cultura en general. ¿Dónde podrían encontrar estas personas elementos de juicio para oponerse a ciertas investigaciones? El único límite concreto termina siendo el hecho que algunas acciones se plantean en extremo chocantes para la sensibilidad; magro y efímero límite, ya que la ley de la sensibilidad es la adaptación: lo que chocaba ayer, lo hace menos hoy y ya no lo hará mañana.

Además, otro de los subproductos de algunos comités de ética es que se transforman en equipos especializados en hacer aceptables, para la sensibilidad general, acciones que van en contra de todo sentido ético. Así, en la medida que el protocolo experimental sea lógicamente consistente, cumpla todas las normas administrativas, sea financiable y que

las acciones se cometan con materiales estériles y consentimiento informado, prácticamente no existe investigación que no pueda recibir el aval de un comité.

Ciertamente, la proliferación de comités de ética de la investigación científica debe ser valorada en los elementos de positividad que ella contiene. Esta consideración positiva, empero, no debe ocultar las tremendas limitaciones culturales existentes para que estos comités puedan tener una conformación óptima y puedan responder verdaderamente a la magna tarea que se les impone.

Por lo demás, la solución a largo plazo no vendrá del trabajo interno de los comités de ética, sino de una transformación desde el interior del mundo científico, lo cual pasa inevitablemente por una crítica en profundidad de la cosmovisión y de la antropología implícitas en el operar de la ciencia experimental moderna. Los comités de ética tendrán un impacto, a largo plazo, en la medida en que se transformen en instancias educadoras o transmisoras de una visión del mundo y del hombre más real y equilibrada.

Es importante señalar, para completar este acápite acerca de la crisis moderna de la cosmovisión y la antropología científicista, algunos otros elementos que conforman nuestro panorama cultural en relación al progreso de la ciencia.

Resulta interesante constatar en muchos científicos una corriente ideológica de signo distinto, aunque curiosamente muchas veces coexistente en la misma persona, con las ideas antes expuestas. Se trata de una disposición reverencial, entre supersticiosa y mística, frente a la naturaleza en cuanto totalidad intocada, intocable o virgen de toda intervención humana. Las aves, los árboles, los ríos, las montañas, incluso los grupos humanos más antiguos no deben ser interferidos por el hombre moderno. Se diría que en esta visión el ideal estaría dado por una coexistencia planetaria de comunidades humanas aisladas que se ignoran mutuamente y que tendrían territorios fijos de posible expansión e intervención.

Las proposiciones de este tipo, que no dejan de tener aspectos muy razonables y defendibles son emitidas, con frecuencia, sin mayor fundamentación, sin profundización ni matices. Con esto de la ausencia de matices queremos decir, por ejemplo, que en ellas el pájaro de siete colores se presenta a ser defendido igual —y a veces más— que un an-

ciano enfermo, un niño en el vientre de su madre o un minusválido, y esto simplemente porque sí. Sostener la existencia de una jerarquía ontológica entre los seres vivos —que no tiene por qué incluir un menosprecio a las especies ontológicamente inferiores— sería inaceptable para esta corriente de opinión, ya que no existirían criterios objetivos para afirmar tal jerarquía.

Se trata, en el fondo, de un genuino aprecio por la naturaleza, pero empapado de anti-intelectualismo que tiene todas las características de un fenómeno reactivo y hasta muy comprensible, aunque no justificable. Si, en primer lugar, el cientifismo moderno, desde Galileo y Descartes, se ha negado a ver en la naturaleza corpórea cualquier referencia a un sentido inmanente a ella misma, capaz de ser descubierto y comprendido por la inteligencia. Si, en segundo lugar, toda inteligibilidad posible procede del ser y del hacer del hombre. Y si, en tercer lugar, el resultado de la aplicación del hacer científico, técnico, económico y político del hombre en la naturaleza en los últimos siglos parece haber tenido resultados desastrosos, no es difícil entender la reacción espontánea de aquel que aprecia genuinamente la naturaleza. Si queremos preservar todavía algo del beneficio y de la belleza de la naturaleza, debemos preservarla a toda costa de la intervención de la inteligencia humana sobre todo aquella inteligencia revestida de las ideas científicas, técnicas y económicas del mundo moderno. El silogismo es, en realidad, casi perfecto, y lo que falla en él no es la lógica, sino la falsedad en sus premisas y el sesgo en las constataciones.

¿Cómo es posible —podemos preguntarnos— que a pesar de toda la violencia hecha a la inteligibilidad de la naturaleza en los últimos siglos, queden todavía individuos dispuestos a reconocer su bondad, su verdad y su belleza, al punto —como se ha visto en algunos valientes ecologistas— de arriesgar hasta la vida por querer preservarla? No es difícil encontrar para esto una interpretación.

Decíamos al comenzar que el ser humano adquiere en su desarrollo ciertos conocimientos o nociones básicas que no es dable ignorar, ni siquiera tergiversar. Bien podría Malebranche patear a su perro, como se dice que lo hacía, y decir, al oírlo gritar, que esto no era más que ruido de engranajes —imbuído como estaba de la idea de que los seres vivos no eran sino máquinas—; no obstante lo anterior, lo alimentaría, lo protegería y quizá hasta lo acariciaría, como cualquier niño haría con su

perro, aunque el niño con la conciencia más lúcida que Malebranche de que su perro no es una máquina. En vano puede un filósofo tratar de autoconvencerse de que su cuerpo no es sino una creación de su mente; el hecho es que al necesitar dormir y alimentarse en forma cotidiana, lo que guía su actuar —por fortuna— no es su filosofía, sino ese conocimiento implícito, pero certero, de que su cuerpo es tanto o más real que las elaboraciones de su mente.

Ahora bien, en vano ciertas filosofías intentarán hacer desaparecer el misterio, el encanto, la verdad, la bondad y la belleza de la contemplación de la naturaleza: el corazón terminará siempre encontrando el camino de vuelta hacia esas realidades... aún cuando tenga que emprender el absurdo camino contra la inteligencia. Este es —nos parece— el meollo explicativo de una cierta veneración ciega, intransable, irracional y hasta supersticiosa con la cual mucha gente hoy en día y por doquier, se vuelve hacia la naturaleza para ensalzarla y protegerla.

Entiéndase que no estoy afirmando, ni mucho menos, que la antedicha sea la única manera de volverse hacia la naturaleza para admirarla y protegerla. Existen sobradas razones, explicables y defendibles, para temer por el futuro de nuestro planeta y para trabajar en su preservación. Lo que nos parece pernicioso no es la tarea en sí, sino algunos elementos irracionistas que se entremezclan en esta acción, que pueden llevar justamente a que se malogre todo lo de noble que un accionar semejante puede tener en nuestro tiempo. En síntesis, el hombre moderno tiene una nostalgia entrañable de aquella naturaleza verdadera, buena y bella que una cosmovisión y una antropología científicas en vano le han tratado de ocultar.

II

Hasta aquí hemos examinado algunos de los elementos que se encuentran en la base de una cierta visión del hombre y del mundo —muy difundida en el ambiente científico actual— y que dificulta una adecuada percepción del desafío ético que se nos impone, como consecuencia del desarrollo científico y técnico en el ambiente biomédico.

Para entender mejor la complejidad, amplitud y significado de este desafío ético es importante tener presente una segunda clave de inteligibilidad. Esta se refiere a la comprensión del significado y las moti-

vaciones que dinamizan el explosivo, colosal y omnipresente desarrollo de la técnica en nuestros días, y su aplicación cada vez más extensa a todos los ámbitos de la vida humana, en particular, la ciencia biomédica y la práctica clínica.

Antes de entrar de lleno en los problemas que suscita la aplicación técnica en el campo biomédico, haré algunas consideraciones generales acerca de la técnica como realidad, que espero contribuyan a una comprensión más profunda de las cuestiones en juego en nuestra cultura.

Debemos, en primer lugar, distinguir en la técnica dos aspectos. Una dimensión cognitiva o técnica en cuanto *saber hacer* y una dimensión operativa o técnica en cuanto *producción efectiva* de una obra o de un efecto.

Los griegos dedicaron parte de sus mejores esfuerzos a la comprensión del primer aspecto, la reflexión moderna, en cambio, parece haber centrado su interés más bien en la dimensión productiva de la técnica. En forma consistente con el interés moderno, este examen se centra en el aspecto productivo.

La técnica, en cuanto esfuerzo cognitivo y operativo sistematizado, se orienta a lograr que ciertas metas que son para el hombre deseables y realizables, pero cuya obtención no le es actualmente posible, o que sólo lo es a costa de ingentes y penosos esfuerzos, le sean cada vez más accesibles. De este modo, y gracias a la técnica, la comunidad humana accede, por una parte, a metas anteriormente inalcanzables o, aquellas que ya habían sido alcanzadas, lo van siendo de un modo cada vez más seguro, más rápido y a costa de menos esfuerzos. La técnica lleva inscrita en ella misma, en consecuencia, una dinámica superadora de límites, la cual, considerada por relación al hombre entero y a su dependencia de las condiciones físicas en las que vive, adquiere el carácter de liberadora. Podemos decir, sin temor a equivocarnos, que la técnica, en principio, está llamada a proveer al ser humano de nuevos y más amplios espacios de libertad.

Esta última consideración debe ser suficientemente aquilatada en lo que implica y significa. En efecto, dada la naturaleza a la vez espiritual y corporal de la persona humana, lo que ocurra en ella en el plano puramente físico no deja de tener repercusiones en el orden propiamente espiritual o personal. Es así que la técnica, cuyo punto de aplicación se restringe a la realidad física, adquiere una dimensión propiamente

espiritual o ética, en razón de proceder de un sujeto corpóreo-personal y de incidir en su destino. La técnica, a pesar de su productividad puramente material, se encuentra siempre traspasada por un dinamismo que, en definitiva, es ético, que la explica y la supera. Esta consideración debería hacernos ver por qué el debate acerca de la técnica suscita las pasiones que suscita. Lo que hay detrás de toda discusión sobre la técnica es siempre una toma de posición sobre la ética. En sentido último y radical resulta una ilusión el creer que puedan existir cuestiones pura y exclusivamente técnicas. Negarse *a priori* al escrutinio ético de la aplicación de una técnica supone, en quien lo hace, una postura filosófica en relación a la bondad ética irrestricta de cualquier aplicación.

Ahora bien, si es cierto que en la naturaleza propia de la técnica se encuentra ínsita su vocación a la superación de límites, esto no quiere decir, en ningún caso, que ella no los tenga; ella los tiene y desde varias perspectivas.

Cuando delimitamos el campo de acción de la técnica a todo lo deseable y realizable, se sugería que existen metas que pueden ser deseadas o deseables, pero que la técnica es incapaz de realizar. Percibir esto con claridad requiere asumir algunos presupuestos.

El primero es que existen en el universo otros ámbitos de realidad, además de lo puramente físico o corpóreo. Si se niega esta evidencia es claro que se concebirá a la técnica como carente de límites. En efecto, si toda la realidad es corpórea, y el punto de aplicación de la técnica es la realidad corpórea, se sigue con toda lógica que la técnica opera en *toda* la realidad.

El segundo presupuesto que es necesario tener en cuenta para percibir las limitaciones intrínsecas de la técnica —y que es casi un corolario de la anterior— deriva del hecho de la complejidad ontológica de muchas de las realidades sobre las cuales la técnica se aplica. Lo anterior es máximamente válido y evidente para el caso del ser humano, en el cual se escalonan y se integran los diversos planos de lo corpóreo, lo biológico, lo psicológico y lo espiritual. Esto significa que la técnica incidirá *directamente* sobre los aspectos físicamente corpóreos de estas realidades y sólo *indirectamente* sobre los demás.

Con todo esto se concluye que, mientras mayor sea el grado de inmaterialidad de las realidades en juego, menor será el grado de intervención posible de la técnica en ellas, hasta llegar al punto de lo

propiamente espiritual, en el cual la técnica no tiene, por sí misma, ninguna posibilidad de intervenir o interferir directamente. Podré tener a mi disposición todas las técnicas que quiera y jamás podré conseguir que, mediante su aplicación y por sí mismas, me quiera una persona que ha decidido no quererme, o que se transforme en buen hijo alguien que se encuentra empeñado en no serlo.

Un tercer presupuesto necesario para el reconocimiento de las limitaciones intrínsecas de la técnica proviene del tomar conciencia que la intervención técnica de ciertos procesos naturales supone la existencia previa de esos procesos sobre los que interviene. La técnica, en rigor, no crea nuevos procesos, a lo más interviene sobre los existentes para que estos produzcan resultados inesperados. Tomar nota de este hecho —que admitimos no es de suyo fácilmente evidente— permite ahorrarse el esfuerzo de andar en busca de ficciones.⁵ La naturaleza humana, por ejemplo, se arregla o se des-regla por el uso de la técnica, pero en ningún caso se perfecciona, salvo de modo meramente circunstancial.

El límite intrínseco de la técnica, en consecuencia, tiene que ver con el límite de lo realizable, mientras que lo deseable es mucho más amplio, ya que responde al límite de lo concebible. De lo dicho se desprende una exigencia de sabiduría, es decir, lo primero que se debe tener claro por relación a la técnica es saber qué es lo que la técnica puede y qué es lo que no puede hacer. Y dentro de lo que no puede hacer, qué es lo que nunca podrá alcanzar y qué es lo que posiblemente alcance algún día. Está de más decir que, en muchas discusiones actuales acerca de la técnica, la conciencia de estos límites se encuentra muy difuminada.

Además de lo hasta aquí considerado, es necesario tomar nota de que la técnica, como fenómeno humano, posee otra característica digna de ser meditada, esto es, la que hunde sus raíces en la misma naturaleza humana. La técnica, en su afán de alcanzar aquello que, siendo deseado y realizable, no nos es actualmente posible,⁶ no sólo aumenta el número de acciones a nuestro alcance, sino que también persigue —y a veces consigue— que aquellas acciones que nos son lentas, erráticas y penibles, lleguen a sernos, algún día, rápidas, fáciles y seguras.⁷

La técnica no sólo posee una lógica interna —que ya hemos descrito someramente—, sino que, en su rápido desarrollo, ella misma genera una segunda “lógica” a nivel individual y colectivo, que no es sino la *transposición de la dinámica interna de la técnica a la psicología de los*

individuos y de las comunidades. Es decir, lo que la técnica consigue en ella misma —alcanzar más cosas, de la manera más rápida, permanente, segura, barata y confortable posible—, pasa a convertirse en el “*desideratum*” de los individuos y de las masas. Rapidez, seguridad, estabilidad, facilidad y confort serán las características de todo producto a ofrecer en este gran mercado en que se ha transformado nuestra cultura. La medicina, en cuando producto transable, no se encontrará ajena a esta exigencia.⁸

Por otra parte, y no obstante los enormes e indiscutibles logros objetivos alcanzados por el desarrollo científico-técnico contemporáneo, este, como toda realidad humana, no está exento de miserias e imperfecciones. *En tanto que existe en la mente humana*, la técnica reviste sólo cualidades positivas, desgraciadamente, en su existencia se encuentra sometida a una multitud de vicisitudes, muchas de ellas imposibles de predecir.

Toda técnica, antes de ser aplicada en la realidad, es concebida y diseñada en la mente del artífice a través de un trabajo de inteligencia y de imaginación. Ahora bien, cuando del diseño se pasa a su aplicación en la realidad, toda transformación, modificación o intervención efectuada sobre la materia —campo específico de aplicación de la técnica— da inicio a una multitud de líneas causales que desbordan, con mucho, la sola línea causal que el agente pretendía desencadenar. A su vez, estas influyen en otra pluralidad de líneas causales más o menos libres. De esto se sigue que el efecto de nuestra intervención normalmente va mucho más allá que el efecto que vislumbrábamos y deseábamos alcanzar por la sola técnica.

Cuando estos efectos no intentados, secundarios o colaterales, resultan globalmente beneficiosos no hay ningún motivo de preocupación, no obstante, cuando la magnitud de los efectos colaterales dañinos provocados por la intervención técnica comienza a equipararse con los efectos benéficos intentados, la persistencia en su empleo comienza a responder cada vez más a motivaciones subalternas y, en ocasiones, muy poco razonables.

Entre estas motivaciones accesorias o adventicias podemos mencionar: - un irrealismo que se niega a reconocer las limitaciones objetivas del empleo de una técnica; - una fascinación por las proezas posibles de realizar; — un provecho personal derivado del sólo empleo de la técnica

aun con independencia de la calidad de sus resultados; - la dificultad de destinar a otras finalidades una inversión realizada o a personal entrenado.

Desgraciadamente, por estas razones ha sido necesario que, en nuestra sociedad tecnificada, hayan debido acumularse una gran cantidad de efectos colaterales negativos antes que nos decidiéramos a reflexionar un poco más. Esta reflexión, todavía incipiente, debería llevarnos paulatinamente a sentirnos más libres para juzgar acerca de la conveniencia de seguir con la aplicación de una técnica que ya no es capaz de justificar su beneficio y que, por otra parte, nos está conduciendo a ser un poco más críticos a la hora de proponer la implementación de una técnica nueva.

Otro problema real se refiere al hecho que la implementación de cualquier técnica sofisticada moderna supone la canalización de recursos cada vez más ingentes, en orden a su concepción, construcción, aplicación y manutención. La vertiginosa escalada de costos de la medicina de las últimas dos a tres décadas es un reflejo fiel de esta realidad. Ahora bien, para ordenar una inteligente utilización de recursos que son escasos por relación a las necesidades que tienen que satisfacer, existe en nuestra sociedad una ciencia que ha adquirido en los últimos tiempos una importancia desmedida, esta es, la economía. Su vocación es determinar las maneras más eficientes de asignar recursos que son siempre escasos para satisfacer las necesidades y aspiraciones de la sociedad. Sin embargo, si es claro que la economía parece funcionar bien cuando las necesidades a satisfacer se encuentran predeterminadas: ¿quién determina cuáles son las necesidades que deben ser satisfechas en primer lugar? La economía, como tal, ciertamente que no da para esto.

No es necesario profundizar demasiado para darse cuenta que esta es una cuestión en la que se ven comprometidos ciertos bienes o principios éticos fundamentales que regulan la convivencia humana como son la justicia, la solidaridad, la cultura, la prudencia individual y la colectiva. Este también es un elemento que ha contribuido al interés renovado por la ética.

Existe un último elemento a considerar, que es más difícil de percibir, pero es quizá el más fundamental y de más importantes proyecciones. Hasta hace poco las técnicas humanas se limitaban a permitirnos alcanzar metas externas que hasta ese momento nos eran inaccesibles, o su acceso era lento, difícil e inseguro. De un tiempo a esta parte, sin em-

bargo, el ser humano ha comenzado a ser no sólo el sujeto sino también el objeto de la intervención técnica. Ahora bien, más allá del problema de los posibles daños colaterales y de la asignación de recursos, que ya hemos esbozado, surge una pregunta de fondo: ¿hasta dónde es legítimo manipular a un semejante, o incluso a uno mismo, en cuanto objeto de acción técnica?

El problema no se refiere a la intervención modificadora como tal; es claro que desde siempre, y de una manera u otra, la intervención médica siempre fue una intervención modificadora.⁹ No obstante también es claro que esa acción siempre intentó *restituir* la naturaleza. Hoy en día la cuestión ya no parece ser solamente el repararla o curarla, sino lisa y llanamente, transformarla, utilizarla, programarla, seleccionarla, mejorarla o suprimirla.

En consecuencia, la pregunta acerca de la legitimidad ética de la aplicación de una determinada técnica en un momento dado poco a poco va ganando terreno, aunque debemos reconocer que para muchas mentes todavía sigue siendo considerada como una interrogante irreverente, frente a la cuasi divinización del progreso científico-técnico en la cultura actual.

Hemos considerado con alguna detención el problema de los límites intrínsecos de la técnica; corresponde que analicemos a continuación lo que se refiere al tema de los límites extrínsecos de la técnica, es decir, no ya de la técnica en cuanto capacidad de producir efectos, sino en cuanto que ella se inserta en un contexto humano más amplio que le da sentido y que la orienta. Este marco es el de la naturaleza humana, desde donde ella surge, y el del operar propio por medio del cual esa naturaleza se completa, dicho en breve, el marco de la antropología y de la ética.

En el ámbito específico de la técnica biomédica el tema del marco antropológico es doblemente pertinente, ya que a diferencia de la mayor parte de los otros campos de aplicación de la técnica, aquí ella no sólo surge como actividad de la naturaleza humana, sino que además se puede decir que vuelve sobre ella para aplicarse directamente sobre sí misma.

Ahora bien, el marco antropológico y ético adecuado para el desarrollo armónico de la técnica no es otro que su subordinación a la realización plena de la naturaleza humana desde donde ella surge y donde termina, en conformidad con lo que ella es y con lo que aspira.

En este punto es donde nuestra reflexión sobre la técnica se reencuentra con la reflexión acerca de la cosmovisión y de la antropología que la ciencia y la técnica vehiculan hoy en día, por la manera como son ejercidas. En efecto, el modo preciso de concebir el uso de la técnica y su subordinación a la ética se encuentra en estricta dependencia del modo como se conciba la naturaleza humana y su realización.

Si se concibe la naturaleza humana según la cosmovisión científicista ya descrita, veremos que no hay nada en la naturaleza biológica del ser humano —objetivada como mera instrumentalidad mecánica— que pueda servir a ese núcleo cognitivo y volitivo conciente al que se suele reducir la persona humana en esta visión, para orientarse en relación a la aplicación de la técnica.

Reducido el sujeto humano al yo conciente, es comprensible que la realización de una naturaleza humana así concebida se identifique con el equilibrio o bienestar psicológico. Será legítima, en consecuencia, toda aplicación de la técnica que redunde en mi equilibrio y bienestar psicológico —ojalá también en el de los demás—, y no lo será toda aplicación que lo contrarie. Tomando en consideración lo señalado, no resulta difícil entender cómo en ese contexto, por ejemplo, la eutanasia, la eugenesia, la contracepción y el aborto aparecen perfectamente explicables y aceptables. Mientras no haya frente a un yo otro yo conciente que se oponga, el yo que toma las decisiones es el que sustenta el poder, y lo ejercerá, obviamente, en orden a su propio equilibrio y bienestar psicológico.

Los argumentos se articulan, por ejemplo, como el siguiente: ¿quién podría ser tan insensible como para permitir que una joven violada se vea obligada a recibir un hijo que nunca quiso? En estas discusiones, el que se pronuncia a favor de la vida del niño suele aparecer como tanto o más perverso que el mismo violador.

La potencial amenaza al equilibrio y al bienestar psíquico del yo, fin último de la ética en cuestión, debe ser erradicada lo más pronto posible; no vaya a ser que la aparición de otro yo complique la cuestión. No es que esto vaya a impedir que se tome la decisión de abortar, ya que sabemos que la decisión la toma el que tiene el poder; el problema es que tomar la decisión con conciencia de atentar contra otro yo podrá hacer surgir en el sujeto uno de los males más temidos por la antropología moderna: el sentimiento de culpa. Debido a esto, al que defiende el

derecho del niño se le considera de entrada un agresor, ya que es conceptualizado en esta perspectiva como un culpabilizador.

El anterior es sólo un ejemplo entre muchos que se podrían dar acerca de cómo opera esta dinámica que articula la aplicación de la técnica moderna en el trasfondo de una antropología reduccionista.

Si es cierto que la situación crítica en la que se encuentra la ética biomédica contemporánea deriva de una distorsionada visión del hombre y del mundo, y de los criterios empleados para el desarrollo y aplicación de la técnica, la vía de solución no puede ser otra más que el retorno a una cosmología y a una antropología integrales, que posibiliten un replanteamiento del sentido y de la orientación del desarrollo científico-técnico contemporáneo. Sin duda que una tarea de esta naturaleza posee dimensiones colosales, no obstante, no podemos desalentarnos., por tanto, me permito hacer algunas modestas proposiciones.

Hacia una cosmovisión y una antropología integrales

Es urgente recuperar el sentido legítimo y propio de la noción de naturaleza. Esta no es el caos informe de fuerzas ciegas para la cual toda inteligibilidad posible es la extrínseca. Naturaleza es, en primer lugar, esencia, lo que la cosa es y la hace distinta de otra cosa. Una cosa existe para mí, en cuanto conocida, en la medida en que sé que existe y sé algo de lo que es, por ínfimo que sea. Sé qué es y algo de lo que es, es decir, de su naturaleza. Naturaleza, existencia e inteligibilidad son realidades coextensivas, y quien dice inteligibilidad dice también sentido, significado.

En síntesis, nada más contrario y antitético a la idea de la naturaleza que el no tener sentido o no poseer una inteligibilidad propia y no impuesta, intrínseca y no extrínseca. Cada cosa tiene su naturaleza propia y su sentido, aquello que la hace ser lo que es. Siempre habrá cosas cuya naturaleza se me escape, se me oculte, que sean para mí un enigma o un misterio, pero renunciar *a priori* a la posibilidad de descubrir, aunque sólo sea un atisbo de su inteligibilidad, resulta un contrasentido, una declaración anticipada de fracaso, un rehuir a la honestidad de declararse ignorante.

En segundo lugar, en los entes naturales, es decir, los seres que actúan y que padecen, que se generan y se corrompen, la naturaleza específica

o individual es principio de operación, esto es, tendencia, orientación, predeterminación, inclinación intencional hacia un permanecer en el ser, orden a alcanzar su estado óptimo o pleno.

Las máquinas como tales no poseen inteligibilidad propia ni tendencia. La inteligibilidad les es impuesta desde fuera en función de las necesidades del artífice, y su tendencia no es otra que la de sus componentes aislados. De aquí que pensar las cosas o entes naturales como si fueran máquinas es la mejor manera de equivocarse.

El ser humano, como todo ente natural, también tiene una naturaleza y, junto con ella, inteligibilidad, ordenación y sentido. La medicina hipocrática nació y creció al alero de esta convicción que hoy nuestra medicina parece haber perdido.

La naturaleza individual y específica de los seres naturales se escalona en grados o niveles ontológicos, irreductibles entre sí. De lo inferior a lo superior: 1. el mundo de lo inanimado o puramente corpóreo, estudiado desde el punto de vista empírico por nuestra química y física; 2. el mundo de los seres vivientes, escalonado a su vez en tres niveles, jerárquicamente ordenados. *i.* Los seres vivos puramente vegetativos: bacterias, hongos, plantas (en sus más variadas especies), en los cuales ya se expresa el accionar desde sí mismos y una automanutencción en el ser, propio a todos los seres vivos. *ii.* Los seres vivos animales, que conocen, apetecen y se desplazan, con consentimiento y apetitividad sensibles. *iii.* Un animal *sui generis*, que conociendo y amando, más allá de lo concreto sensible, es capaz de gobernar sus acciones y orientarlas hacia lo que trasciende la inmediatez del aquí y del ahora.

Ahora bien, entre todos los seres de la realidad visible, el ser humano aparece a la vez como su coronación y su síntesis. No hay manifestación de la realidad, por modesta y rudimentaria que parezca, que no encuentre, de algún modo, su representación en él. El ser humano viene a ser, por constitución ontológica, solidario de todo el universo material, un universo que en él toma conciencia de su propia existencia y que se proyecta a través de él a un más allá de lo visible. ¿Cómo podría el ser humano—sin pecar contra sí mismo—serle hostil a ese mundo?

Lo que es necesario afirmar sobremanera es la unidad sustancial de la síntesis humana en todos sus niveles, de tal modo que una reacción química, una contracción intestinal, una tristeza pasajera o un consejo de

hermano, son todas ellas realidades igualmente humanas, en tanto que procede de un único e indivisible sujeto. Ciertamente que una fosforilación oxidativa no es *per se* un acto libre; en ese sentido diría Tomás de Aquino: “se trata de un acto del hombre, pero no de un acto humano en el sentido propio y específico de acción libre”. No obstante esta válida precisión, debe tenerse en cuenta que si esa fosforilación oxidativa se encuentra formando parte de aquella contracción muscular que se da al acariciar la mano de un hijo, debemos aceptar que esa reacción química es un elemento constitutivo de la acción libre. Como diría también Tomás de Aquino “se trata de un acto humano por participación”, la cual es real y no una pura forma de decir.

Lo anterior quiere decir que el cuerpo no es en ningún caso un instrumento del yo, porque también *soy mi cuerpo*, por mucho que esa parte de mí no sea autoconsciente. Cuando alguien me da un beso o una bofetada en la mejilla, es a mí que me la da, y no a ese cuerpo adosado a mi yo, como pretende Descartes. Lo que se haga en mi cuerpo es en mí que se realiza, lo que en él materialmente se realiza no deja de tener influencia, aún en lo más incorporal de la persona. El cuerpo es —como se ha dicho— signo, lugar y manifestación de la persona.

Esa inyección que el médico pone en la vena del paciente constituye la concretización física del servicio prestado al enfermo, que se decidió en el interior de la conciencia. La inyección es lugar del acto de servicio porque lo hace real, es signo de lo que se decidió y es manifestación de las disposiciones interiores del sujeto que la realiza.

Esa misma inyección podría también haber sido parte de un acto de eutanasia, si acaso el acto interior del cual depende hubiese sido de otra naturaleza y en virtud de otras disposiciones interiores. Este ejemplo muestra bien que el acto exterior, la inyección, es parte material y no formal del acto moral, pero no por eso menos real.

Un examen de diagnóstico prenatal hecho con la intención de ofrecer un beneficio médico a la madre o al niño realiza una noble acción médica; esa misma acción externa llevada a cabo con la intención de eliminar al niño, en caso de venir enfermo, ya no es una acción médica, sino una acción criminal.

Congelar un embrión descubierto por azar en una operación abdominal puede ser un noble acto médico de salvataje, en cambio congelar embriones en el contexto de una manipulación ilícita constituye un abuso irresponsable e injusto.

Una correcta antropología debe mantener inquebrantables estas dos evidencias: 1. que la acción externa no es sino la parte material de una acción humana que toma su plena inteligibilidad y sentido en forma dependiente del acto interior; 2. que la acción externa es un componente esencial de la acción propiamente humana, por lo que cualquier interferencia en ella lo es en toda la persona.

Esto es consecuencia de la unidad sustancial en la persona humana, de sus diversos planos o niveles ontológicos. Por lo tanto, la licitud o ilicitud de toda acción a realizar sobre la persona humana debe ser juzgada de acuerdo al sentido de esta acción en el contexto integral de la persona, más allá de su pura materialidad o de su sólo impacto consciente.

Ahora bien, dado que la técnica biomédica incide de modo propio y próximo en la inmaterialidad del sujeto humano, su significado antropológico y ético tendrá que ser juzgado en cada caso en el contexto global de la persona.

Supongamos, por ejemplo, que debo ingresar a una casa, pero me obstruye el paso la presencia de una persona. Puedo lanzarle un dardo con una sustancia paralizante y echarla a tierra o solicitarle que me deje libre el paso. Con ambos métodos obtengo el resultado buscado. Si se tratara de un problema de eficacia habría que elegir el método del dardo envenenado, ya que no tengo ninguna seguridad de obtener el paso luego de solicitarlo; además, puede ser que me tome mucho más tiempo o que, para obtenerlo, tenga que sacrificar algún beneficio. Desde el punto de vista técnico no hay dónde perderse, sin embargo, ¿por qué esta aplicación de la técnica no es legítima desde el punto de vista ético?

Simplemente, porque ese cuerpo humano que obstruye el paso no es un cuerpo inerte o un bulto, sino que es un cuerpo libre. A los bultos se les desplaza a la fuerza, mientras que los cuerpos libres, vivos, con conocimiento y con voluntad, están hechos para desplazarse ellos mismos, desde sí mismos, por el ejercicio de su libertad. Si se trata de un enfermo puede pedir que lo desplacen y, en ese caso, son los otros los que se ponen a disposición de su libertad y no él a disposición de los otros. En síntesis, toda posible transformación técnica operada sobre un cuerpo personal debe ordenarse a la libertad del sujeto que es ese cuerpo. ¿Por qué? Porque el obrar y el padecer libres es lo que corresponde a un ser que posee una naturaleza capaz de obrar de esa manera. En definitiva, la

aplicación de la técnica se deja orientar o guiar de acuerdo a la inteligibilidad y al sentido propio de la naturaleza sobre la cual se aplica. Eso es lo legítimo o, si se quiere, lo natural para la técnica.

Pero así como las características ontológicas del ser sobre el que la técnica se aplica orientan el modo y proporcionan los límites de su aplicación, en el caso de la naturaleza humana la técnica debe tomar en cuenta, además, las exigencias éticas internas propias de esa naturaleza y de ese individuo. No basta entonces que lo que se haga sobre el cuerpo personal sea libremente consentido por el sujeto, es necesario que la técnica no contrarie el orden ético exigido a esa naturaleza. ¿Cuál es entonces el orden ético para la persona humana, en lo que respecta a la aplicación de la técnica sobre ella? Sólo nos corresponde hacer aquí algunas consideraciones muy generales.

En principio, la técnica está llamada a ampliar los márgenes del ejercicio de la libertad humana y no a restringirlos. Por ejemplo, la psicofarmacología tiene por objeto permitir que la persona opere con libertad, en dominios donde algún determinismo patológico se ha convertido en obstáculo. Cuando, por ejemplo, la administración de sustancias psicoactivas se hace en la exclusiva búsqueda de experiencias placenteras que privan de la libertad, alterando el normal funcionamiento de las potencias prehensivas y afectivas del individuo, la técnica pierde su sentido y vocación, transformándose en una amenaza. Algunos artículos médicos de proveniencia anglosajona han comenzado a utilizar la expresión "drogas recreacionales" para referirse a sustancias como la cocaína y análogos. Si con ello se pretende sólo describir no habría inconveniente, a condición de que se demuestre psicológicamente que lo recreacional sea lo que mejor describe su uso, cosa que pongo en duda. Sin embargo, si con el uso de estas expresiones se pretende afirmar, implícita o explícitamente, que no existen criterios objetivos para la valoración moral de ese uso, la expresión me parece equivocada. En efecto, una cosa es el sano y legítimo esparcimiento que el ser humano busca por el ejercicio de sus facultades; otra cosa muy distinta es el absurdo entretenerse en humillar y estropear la propia naturaleza. El verdadero esparcimiento se hace en orden a la salud, la libertad y la virtud, y no en su desmedro.

Un segundo y último aspecto que quisiera señalar en relación al uso y al abuso de la técnica biomédica tiene que ver con un aspecto

antropológico y ético de muy difícil comprensión para la mentalidad moderna. Me refiero a la posible intervención de la técnica en acciones de hondo sentido personal.

Veámoslo por medio de un ejemplo. Se nos invita a una cena de camaradería de la cual somos el invitado de honor. Cenar es alimentarse, aunque una cena de camaradería es mucho más que alimentación. Puede haber camaradería sin cena y también cena que sea pura o casi pura alimentación, sin embargo, una cena de camaradería no es lo uno sin lo otro, sino lo uno y lo otro. Esto que es válido para un acto social o culturalmente construido es válido, a mucho mayor título, para una acción natural del hombre que es la única que tiene un sentido intrínsecamente social: la generación humana.

En efecto, el hecho que mi hígado funcione bien o no puede tener, indirectamente, una repercusión social, sin embargo, el ejercicio de la función generativa tiene un sentido social directo, intrínseco y obvio. Por lo pronto, se trata de la única función natural que debe ser necesariamente ejercida entre dos. Ahora bien, y de modo análogo a la cena de camaradería, podríamos decir que el ejercicio de la sexualidad humana, requerida para la generación, es reproducción, pero a la vez es mucho más que eso. La generación humana supone un amor total, fiel e indisoluble como marco antropológico y ético para el ejercicio de la sexualidad. Puede haber reproducción sin amor conyugal y amor conyugal sin reproducción, sin embargo, el acto personal de generación humana es lo uno y lo otro. Y así como no puedo pagarle a otro para que me reemplace en la cena de camaradería, de modo análogo pero mucho más profundo, la generación humana supone un acto y una presencia personal para la cual los cónyuges son insustituibles. Se trata, ni más ni menos, del acto en el cual y por el cual los esposos se constituyen o pueden constituirse en padres. Ni el esposo ni la esposa son sustituibles en ese acto, como ninguno de ellos puede ser sustituido, por ejemplo, en el consentimiento o en la consumación del matrimonio. En este caso de la generación humana, la técnica puede ayudar en la realización del acto, pero en ningún caso pretender reemplazarlo o sustituirlo, sin desnaturalizarlo.

Es cierto que el acto generativo humano posee una serie de características que lo hacen único, y que ninguna analogía es capaz de homologar. Por ejemplo nadie es consciente del instante a partir del cual

uno se convierte en padre o madre; se toma conciencia de ello de manera mediata y *a posteriori*. Ahora bien, para una antropología dualista, el momento propiamente generativo no sería un acto humano, ya que se trata de un fenómeno en apariencia puramente biológico y del cual no se tiene conocimiento introspectivo. En cambio, desde el punto de vista de una antropología integral, la conciencia actual del acto no agrega ni quita nada esencial a la acción generativa, la que sigue siendo una acción profundamente personal y humana. Para una mentalidad dualista y tecnicista podría decirse que una fertilización *in vitro* sería una forma más propiamente humana de engendrar que la oscura forma tradicional, ya que en la fertilización *in vitro* se tiene un conocimiento que, si bien no es una experiencia subjetiva del yo consciente, al menos es un conocimiento sensible concomitante del proceso generativo. Además, en el modo clásico el proceso escapa al control humano, mientras que en el proceso *in vitro* casi todo se encuentra bajo control.

Desde la perspectiva que he venido desarrollando diría que aun reconociendo que la generación humana tecnificada se encuentra impregnada de intervención humana, me atravesaría a decir que se trata de una intervención o intromisión concomitante. De todos los fenómenos naturales que la inteligencia humana es capaz de constatar, desde el abrirse de una flor hasta el morir de una estrella, no existe realidad más singular y admirable que el inaugurarse de una existencia humana. Cada nuevo ser humano que viene a la existencia agrega un suplemento invaluable de realidad espiritual al universo visible, realidad por relación a la cual la contribución de la acción humana no es sino pobre realidad instrumental.

La grandeza objetiva y la intimidad del complejo y personalísimo proceso del cual surge una nueva existencia impone, a mi modo de ver, uno de los más grandes desafíos a la inteligencia transformadora del hombre moderno y constituye la prueba de fuego para la sabiduría y la madurez ética de nuestra cultura. O el hombre moderno, alzándose en ambición prometeica, se autodestruye al pretender desvelar todo misterio, apoderándose no sólo del proceso generativo, sino hasta incluso de su mismo significado, o es lo suficientemente sabio y humilde para inclinarse de modo admirado y reverente frente a una realidad que por todos lados lo sobrepasa. En la intimidad y el calor del seno materno, oculta bajo la pequeñez de las apariencias, la naturaleza todavía tiene algo que enseñar a quien quiera tener la delicada docilidad de escucharla.

Referencias bibliográficas

¹ Cf. JONAS, Hans, *The phenomenon of life: toward a philosophical biology*, The University of Chicago Press (Chicago), 1966, *Philosophical essays: from ancient creed to technological man*, The University of Chicago Press, 1974.

² Cf. AA.VV., *Life in the universe*, Scientific American (special issue) Octubre 1994.

³ VILLEE, Claude A., et al., *Biología*, Interamericana-McGraw Hill, México, D.F. 1992, p.5: "En la actualidad... se ha llegado a comprender que no existe ninguna sustancia simple o fuerza que sea propia de los seres vivos".

⁴ Como ya dije, parcialmente válida dentro de sus límites.

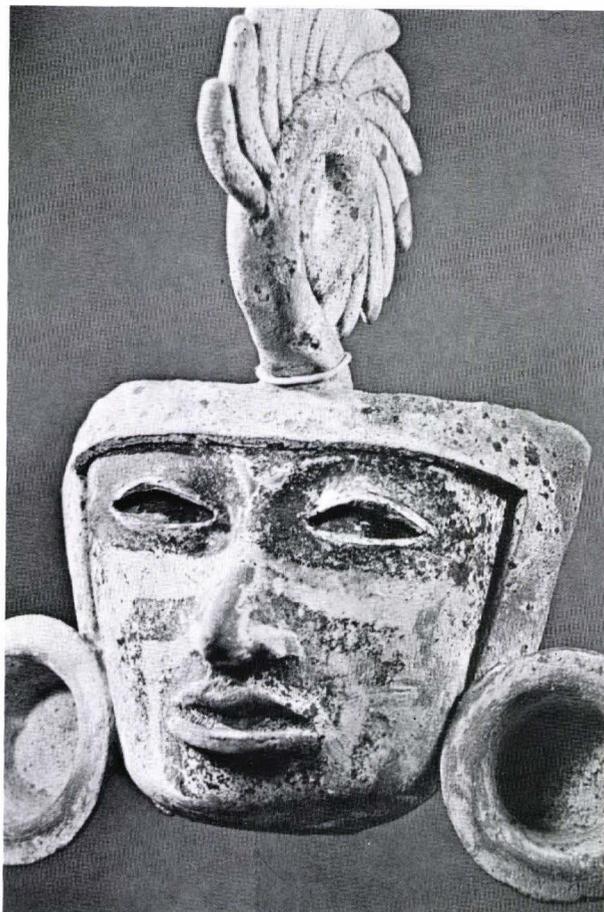
⁵ Las limitaciones de la exposición impiden detallar todas las evidencias que hacen plenamente inteligibles estas afirmaciones.

⁶ SERANI, A., *El médico frente al impacto cultural producido por las técnicas actuales en reproducción humana*, en LAVADOS, M., MONGE, J.I., QUINTANA, C., SERANI, A., *Problemas contemporáneos en bioética*, Ed. Universidad Católica (Santiago de Chile) 1990, pp. 209-224.

⁷ SERANI, A., *La lógica de la técnica y la lógica de la ética en la procreación humana*, en: CAFFARRA, C., et al., (ed) *Atti del II Congresso Internazionale di Teologia Morale*, Edizioni Ares (Milano) 1990.

⁸ SERANI, A., *Desafíos éticos de la técnica biomédica contemporánea*, Revista Chilena de Cardiología 1994, 13 (1):21-27.

⁹ SERANI, A., *Medicina moderna: un desafío entre naturaleza y técnica*, Educación Médica 1992, 10:83-90.



Máscara con pintura facial, cultura teotihuacana

La distorsión en la información médica. “El papel de los avances tecnológicos médicos en la relación médico-paciente”

Raúl Garza Garza*

Resumen

Se analiza el impacto de la tecnología médica de avanzada en el quehacer del médico, enfatizando su papel en la información que se maneja en toda relación médico-paciente; en especial la distorsión informativa que técnicas diagnósticas de imagen, como la tomografía axial computarizada, la resonancia magnética nuclear y el ultrasonido pueden causar en la decisión médica con respecto al diagnóstico y al tratamiento de los enfermos.

Se discute la influencia de la bioética en el discernir moral de las actitudes médicas en relación a estas técnicas científicas, concluyendo que su aplicación adecuada les permite ser auxiliares esenciales en la integración de la comunicación entre el médico y el paciente, siempre y cuando se profundice en su conocimiento y se fundamente su uso en el respeto a la dignidad del hombre.

Introducción

Uno de los pilares fundamentales de la relación médico-paciente es el manejo de la información que el médico debe exponer al enfermo y a sus

* Jefe del Departamento de Patología y Presidente del Comité de Tejidos y Ética Médica del Hospital “José A. Muguerza, S.A.”, Monterrey, N.L., México. Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud, Universidad Anáhuac, México.

familiares para dar una idea exacta de los problemas que presenta el paciente, analizarlos en común y plantear las alternativas de su tratamiento adecuado. Para llegar a un diagnóstico correcto, se requiere del previo análisis de la historia clínica, del examen físico, de los estudios de gabinete paraclínicos y de las interconsultas que hayan sido requeridas.

De esta información depende lo que prosigue en cuanto a terapéutica, evolución, pronóstico y desenlace dentro del arte de tratar y curar, hasta donde sea posible, la enfermedad que el paciente presenta.

Usualmente estamos acostumbrados a pensar de una manera organizada y sistemática en cuanto a los pasos a seguir y los elementos a considerar, para cumplir el objetivo antedicho, de acuerdo a los cánones científicos de la medicina y ayudados por el sentimiento humanístico de nuestro quehacer como médicos.

Desgraciadamente, la medicina moderna nos ha hecho olvidar la imperiosa necesidad de una correcta estructura de pensamientos concretos y elementos, indispensables para la realización de tal efecto. La vida actual, con su vertiginosa actividad y su comodismo en el desempeño de las obligaciones, nos ha puesto en una realidad muy lejana a la que antaño, las anteriores generaciones de los médicos, nos mostraban con su actuar tranquilo, olvidado del tiempo transcurrido, lleno de suspicacias clínicas que permitían, con los recursos entonces a la mano, llegar a los mismos diagnósticos que en la actualidad detentamos orgullosos. Sin embargo, nosotros llegamos a un diagnóstico después de tres, cuatro o más citas en nuestra oficina, innumerables exámenes paraclínicos y escasos cinco a diez minutos de atención al paciente para interrogar atrozmente (no comentar ni dialogar) acerca de su problema, si es que no lo hicimos llenar papeles y más papeles, un cuestionario completísimo, pero carente de la personalización que individualiza a nuestro enfermo y que lo hace pensar que eso es, un enfermo y no una enfermedad.

A esto le agregamos el que habitualmente, como médicos, estamos esperanzados en que otros nos hagan los diagnósticos, ya sea los radiólogos, los patólogos, los neurofisiólogos, los endoscopistas, etc., y les exigimos que se dediquen a eso, que sean muy finos y exactos con sus reportes, que nos digan —además en términos que entendamos— los diagnósticos que queremos oír. Tomamos al pie de la letra lo que leemos en sus reportes para así transmitirlo al enfermo, esperando no ser

interrogados al respecto, para no evidenciar nuestra falta de conocimientos o nuestro desinterés por ahondar en lo que estamos diagnosticando o, aún más, nuestra falta de tiempo para dedicar al paciente.

Con esto quiero dar un panorama de lo que la consulta médica y la relación médico-paciente representan en la actualidad para una buena cantidad de médicos (espero que no la mayoría). Estos, alentados y escudados en la imagen de la tecnología médica moderna, la anteponen a lo que tiene no sólo una mayor importancia, sino un valor fundamental, que es el contacto con el enfermo, escucharlo, explorarlo, orientarlo y esclarecerle sus dudas con respecto al mal que lo aqueja, para emprender juntos el camino del combate contra la enfermedad, ayudando al paciente a sobreponerse a su enfermedad y acompañarlo en su larga o corta travesía hasta el desenlace final de su lucha —nuestra lucha más bien— contra la agresión que sufre.

La ciencia y el progreso tecnológico, con su desarrollo explosivo en la biología celular y las bases de la enfermedad, están aportando una nueva visión del cuerpo humano. Los avances científicos están desarrollando nuevas herramientas diagnósticas y terapéuticas, que están cambiando el ejercicio de la medicina y la percepción que de ella tiene la sociedad.¹

No decimos que anteriormente no hubiera progreso tecnológico en el campo de la salud, sin embargo, ha sido opacado y puesto en la penumbra por la brillantez de los descubrimientos de las últimas cuatro décadas y la promesa de lo que vendrá en el futuro. Este está cada vez más cercano en cuanto a la tecnología, pues los avances son no sólo sorprendentes, sino tan constantes y rápidos que ya nos acostumbramos, no a esperarlos, sino a exigirlos en demasía; de no ser así, desecharnos a tal o cual científico o institución porque su desempeño no cumple con nuestras expectativas y exigencias. Parece que los tuviéramos para abrumarnos con sus adelantos tecnológicos, para que nos ahorren tiempo que usamos en pensar en los frutos económicos y materiales, olvidando nuestras responsabilidades y deberes morales con los enfermos, para los que hemos sido preparados en afán de servicio y de solución posible a sus problemas.

La eficacia y la rentabilidad se han convertido en los valores supremos; ya no son los fines los que determinan los medios, sino que los medios técnicos deciden y justifican por sí mismos.

La técnica no soporta un enjuiciamiento moral ni acepta limitación; se sitúa más allá del bien y del mal. El hombre, que se ha convertido en producto y creatura de la técnica, ha pasado de señor a esclavo, configurando su personalidad por la influencia de dicha cultura, pasando esta a ser una nueva religión; dirigiéndonos a un pasivismo absoluto y un consumismo constante, donde la publicidad se encarga de crear nuevas exigencias arbitrarias que no es posible dejar insatisfechas.²

Esta tecnología que nos ha dejado muy atrás en nuestro nivel de actualización de conocimientos, nos ha permitido avanzar a pasos gigantes en muchos campos de la medicina, por no decir en todos, obligándonos a cambiar nuestra forma de proceder en cuanto a innumerables problemas clínico-patológicos, modificando el enfoque del diagnóstico terapéutico o de pronóstico en su comprensión. Sin embargo, nos hemos quedado enanos y con pasos de niño ante las implicaciones ético-morales: nuestro proceder como médicos en la relación personal con los enfermos, nuestra actitud para con nosotros mismos, nuestro papel ante la sociedad y ante la imagen de nuestros pacientes, que no sólo requieren tecnología de punta, sino médicos con valores y responsabilidad, que velen por la integridad de su persona y la dignidad de su vida, que los respeten.

En nuestro días, la medicina se halla dominada por el modelo occidental de la alta tecnología, con el supuesto popular de que la medicina de “alta calidad” equivale a medicina de “alta tecnología”. Esto es fomentado por el entusiasmo y la exigencia de médicos formados en las recientes tecnologías y dependientes de estas, así como por los intereses de poderosas compañías fabricantes de la tecnología y su publicidad de la esperanza de los “milagros médicos” que aumenta la angustia de los “máximos” que literalmente ponen en juego la vida de las personas.³

El presente trabajo es un intento de describir actitudes médicas ante la creciente tecnología, que distorsionan de algún modo la información dentro de la relación médico-paciente, ya sea por ignorancia, ya sea por comodidad, pero a veces por afán de consumismo, o peor, por intereses personales utilitaristas que van más allá de la ética de los valores médicos esenciales.

El propósito es tratar de informar de los posibles peligros que el abuso de estas tecnologías pueden hacer recaer sobre nuestros pacientes y sobre todo el tratar de reencontrar nuestro camino de servicio a los

demás y de apoyo a los enfermos. Esto último se puede alcanzar a través del establecimiento de una escala de valores que sea congruente con nuestra actividad como profesionistas de la medicina, con énfasis en la relación médico-paciente, lo cual debe ser esencial en el desempeño de la medicina moderna en los albores del siglo XXI.

Quisiera enfatizar que los avances tecnológicos de los que comentaré no son negativos por sí mismos y eso lo verificamos con los incontables beneficios que dichas técnicas nos brindan en relación al diagnóstico o a la terapéutica, sin embargo, hay que tomarlos como lo que son: una gran ayuda al diagnóstico clínico. Este se ha fortalecido y enriquecido con ellos y no representan *el diagnóstico por sí mismo*, pues entonces se transforman en un enemigo, tanto del paciente como del médico que no sabe utilizarlos como una ayuda, que abusa de ellos y que propicia sobretratamientos innecesarios.

Tomografía axial computarizada (TAC)

Es indudable que el avance diagnóstico de la medicina, sobre todo en el área de la radiología diagnóstica, puede dividirse en antes y después de la tomografía axial computarizada. Este parteaguas es histórico y los beneficios se palpan día a día en los consultorios médicos y en los hospitales, donde los médicos, con la ayuda de esta tecnología, se han socorrido, no sólo en el diagnóstico, sino en la localización, características y efectos de lesiones de muy distinto tipo en el cuerpo humano, ya que prácticamente no hay sitio impenetrable a este método.

Las neurociencias, la neurología y la neurocirugía en particular, han cambiado radicalmente de los años setentas a la fecha y su avance soportado en la TAC ha sido extraordinario. Por ejemplo, su uso ha permitido a los neurólogos precisar con gran exactitud su diagnóstico, apoyar sus hallazgos clínicos con imágenes morfológicas y valorar la respuesta a los tratamientos y la evolución de sus pacientes. Para lograr esto, los médicos basan su diagnóstico en un conocimiento de la neuroanatomía y la neurofisiología aplicadas a la exploración física y al interrogatorio, permitiendo así mapear clínicamente, con gran exactitud, la topografía de las lesiones en sus pacientes.

¿Pero, qué sucede cuando estos médicos hacen no solamente imprescindible, sino condicionante a la valoración clínica de su paciente, la existencia de una TAC; llegando incluso al extremo de ordenarlo antes de consultar al paciente y negándose a escucharlo o explorarlo si no se acompaña del estudio al momento de la consulta? De esta manera se está relegando el trato personalizado, el primer contacto en la relación médico-paciente, a un mero observar en el negatoscopio las imágenes, a elaborar sobre ellas toda la enfermedad sin haber siquiera dirigido la palabra o explorado al paciente, y lo que es peor, a someter al enfermo a cirugía sin haberlo visto hasta que ya está anestesiado en el quirófano.

Esto conlleva a que cada vez con más displicencia, tanto en las escuelas de medicina como en los hospitales, se muestre esta actitud a los estudiantes de pregrado y postgrado, de manera que resulta natural que la establezcan como correcta cuando, a su vez, ellos sean los responsables de los enfermos. ¿No es esto lo que han aprendido?

El problema se hace más complejo cuando estos médicos de la era de la TAC descubren en los reportes radiológicos lesiones que no habían sospechado, elementos ajenos al problema original y están dispuestos a “tratar” a las radiografías, no a los pacientes.

Tal es el caso de un paciente de 2 años de edad que inició con trastornos de conducta de tipo místico y fue llevado con el neurólogo, el cual no le encontró alteraciones en el aspecto clínico. En la TAC apareció un quiste aracnoideo fronto-temporal grande, que desplazaba y atrofiaba el cerebro, pero con francos datos de cronicidad. El médico pensó que esa no era la causa del problema y le administró un tratamiento sintomático. Sin embargo, el fin de semana siguiente, estando el neurólogo fuera de la ciudad, el paciente tuvo una recurrencia de su sintomatología por lo que fue llevado de urgencia al hospital, donde fue atendido por un neurocirujano que, al enterarse del cuadro clínico y ver la TAC, dispone operar al paciente.

El cirujano, tajante, les informa a los padres que el quiste aracnoideo es el causante de todo el problema de su hijo y que es necesario operar inmediatamente, a lo cual los padres acceden ante las circunstancias. El paciente es intervenido con extirpación del quiste. Obviamente la lesión era muy antigua, no pudiendo researse completamente y el cerebro no se re-expandió como se esperaba. Al día siguiente la sorpresa fue para el neurólogo original, quien pasando a visita se dio cuenta de que su

paciente estaba en cuidados intensivos, recién operado. Así, decidió seguir el caso a distancia sólo para ver empeorar al enfermo, pues desarrolló un higroma agudo secundario a la cirugía, con llenado del mismo espacio dejado y con datos de hipertensión intercraneal, por lo que al cuarto día postoperatorio tuvo que ser intervenido nuevamente. En la actualidad el paciente está controlado y recibe tratamiento psiquiátrico, el cual ha disminuido notablemente su neurosis con delirio místico.⁵ *Es notable el ensañamiento terapéutico, pues no está indicado el tratamiento quirúrgico de los quistes aracnoideos y menos los crónicos, a menos que manifiesten signos agudos de hipertensión intracraneal, con franca compresión cerebral reciente. El neurocirujano trató a la imagen radiológica y se aprovechó de la angustia de los padres.*

La utilización de la TAC inició en el cerebro y pronto se extendió al resto del cuerpo, donde es de gran utilidad, sobre todo en ciertas áreas. En la etapa de aprendizaje, se tuvo que pagar la inexperiencia con cirugías innecesarias, las más en el retroperitoneo, en lesiones de la glándula suprarrenal. Se operaba por “tumores” asintomáticos, que resultaban hematomas postraumáticos antiguos, por lo que esto llegó a ser muy conocido.^{6,7} Debido a lo anterior, es inadecuado que hoy sigan existiendo reportes con diagnóstico de TAC de “tumor suprarrenal”⁸ y que los pacientes se sometan a cirugía en ausencia de sintomatología. ¿Será que no es importante?

Otra área especial es la pancreática, como se ejemplifica en el caso de una paciente de 52 años, con síntomas abdominales vagos de cuatro meses de duración, tratada por varios médicos sin mejoría. Acude con su cardiólogo, que la controla por una cardiopatía isquémica y este le ordena una TAC de abdomen, donde se encuentra una vesícula grande con aparentes cálculos y llama la atención una lesión quística redondeada con aparente líquido en su interior, intrapancreática, en la unión del cuerpo con la cabeza del órgano. Se le ordena un ultrasonido abdominal que corrobora la colecistolitiasis y el “quiste pancreático”.⁹ El cardiólogo la refiere con un cirujano general, el cual le da más importancia a la lesión del páncreas, diciéndole que puede tratarse de un “cáncer quístico”,¹⁰ que es necesaria la cirugía y que aprovechará para extirpar la vesícula biliar enferma.

La opera y se encuentra un páncreas levemente crecido, pero regular, sin adherencias, y en la cola datos de necrosis grasa antigua (esto a decir del patólogo que es llamado al quirófano y trata de convencer al cirujano de que no es necesario extirpar el páncreas, que mejor lo puncione y se estudie lo que obtenga).¹¹ El cirujano persiste en su actitud y llama de nuevo al patólogo entregándole una pancreatectomía subtotal (75%), para que busque el “cáncer”.

El quiste era viejo, secundario o pancreatitis crónica y la paciente desarrolló una diabetes secundaria a la pancreatectomía. *Otro ensañamiento terapéutico, a pesar del consejo del patólogo. Se practicó una cirugía innecesaria con resultado de una insuficiencia endócrina donde el reconocimiento de un quiste benigno, por alguna de las formas mencionadas, hubiera eliminado la idea de cáncer en la imagen quística.*

Analizando una revisión de diez trabajos sobre aplicaciones de la TAC, se observó que sólo la mitad mencionaban el número de estudios con resultados no satisfactorios, condición básica para definir la eficacia de un método o procedimiento científico, pues es totalmente diferente hablar de sensibilidad del procedimiento si tomamos en cuenta los estudios no satisfactorios, sumándolos a los resultados falsos negativos.¹²

En los últimos años, los radiólogos han tomado la iniciativa de aportar diagnósticos semejantes a los histológicos en sus reportes. No es que esto deje de ser ético en el sentido estricto, realmente son médicos y no sólo pueden sino deben orientar al clínico en su afán por llegar a un diagnóstico, sin embargo, es necesario conocer las limitaciones de los métodos que usamos, pues en ocasiones esto puede ser la diferencia entre un tratamiento y otro; en la mejoría o en el empeoramiento de nuestros enfermos y a veces la diferencia entre la vida y la muerte.

Valgan de muestra los siguientes tres casos para enfatizar lo dicho.

Primero: “*Es que el reporte del radiólogo es el de un absceso amigdalino y por eso operé a la paciente...*” es la explicación de un otorrinolaringólogo ante el comité de ética de nuestro hospital, por un citatorio relacionado con una cirugía de urgencia, practicada a las 4.00 A.M. de un sábado en una paciente de 24 años a la que, además de una amigdalectomía bilateral, le practicó una cirugía de seno maxilar por un pólipo y sinusitis. El reporte del radiólogo decía: “hallazgo típico de un absceso amigdalino bacteriano agudo (flegmón)”. El estudio anatomo-

patológico reportó: amigdalitis crónica leve y sinusitis crónica de tipo alérgico. *El otorrinolaringólogo trató una imagen radiológica “con mucha prisa”, la paciente carecía de síntomas o signos de un absceso amigdalino, el cual tampoco se demostró histológicamente; además, si hubiera sido aquél el caso, la cirugía de seno paranasal simultánea estaba contraindicada por la infección.*¹³

Segundo: El hermano de un médico, de 25 años de edad, es traído al hospital inconsciente y con crisis convulsivas de instalación súbita; el médico llama a un amigo neurólogo, el cual por teléfono ordena una TAC y se dirige al hospital. Al llegar a este, se dirige a Rayos X y el radiólogo le comenta que el caso está difícil, que hay destrucción ósea frontonasal y que se trata de una mucormicosis rinocerebral que, dadas las características del paciente, podría ser causada por el virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH). Esto alarma al neurólogo y sobre todo al hermano, el cual no sabe qué decir, pero estabilizan al paciente y solicitan los estudios.

La determinación de anticuerpos para VIH es negativa con repetición, por lo que el neurólogo sugiere que se mande suero a otro hospital, por si no se hizo bien la prueba; llaman a un otorrinolaringólogo, el cual aconseja tomar una muestra nasosinusal para corroborar la impresión del radiólogo y demostrar el germen, lo cual resulta negativo, pero lo inicia en antimicóticos sintéticos. Se acerca un neurocirujano, conocido del hermano del paciente y sugiere una cirugía “descompresiva”, para lo cual necesita una resonancia magnética nuclear; ésta se practica al día siguiente y el reporte del radiólogo dice: “osteosarcoma del hueso frontal con invasión intracraneal”.

En este momento se me comenta el caso clínico como patólogo y al ver los estudios radiológicos me doy cuenta que ambos están reportados por el mismo radiólogo; me dirijo a él, se los enseño, lo cuestiono y su respuesta es: “no sabía que se trataba del mismo paciente”.

Al paciente se le resecó un condrosarcoma grado II, del esfenoides con extensión al hueso frontal y a los senos paranasales. *Un claro ejemplo de sobrediagnóstico de imágenes radiológicas con una situación grave de suposición diagnóstica, que alteró la relación médico-paciente y creó angustia importante en la familia y, sobre esto, un doble diagnóstico radiológico sobre la misma lesión y por el mismo radiólogo.*

Tercero: El neumólogo, molesto con el diagnóstico de reacción inflamatoria crónica fibrosa con eosinofilia tisular en las biopsias transbronquiales de su paciente de 53 años, con diagnóstico clínico de carcinoma broncogénico, le solicita una TAC del tórax, encontrando una masa irregular, parahiliar del pulmón derecho, con cierta retracción parenquimatosa y pleural. El reporte radiológico es de “carcinoma broncogénico del tipo de células avenciales”. El neumólogo, asistido por el radiólogo, toma una biopsia por punción y el resultado es similar al ya dado por patología; el material es adecuado y se le sugiere al neumólogo un tratamiento de prueba con esteroides, pero él decide que se practique una toracotomía, realizándose una lobectomía, con el resultado histológico de un “granuloma eosinofílico del pulmón”. *De nuevo un diagnóstico radiológico contundente, que afirma el diagnóstico clínico y conduce a una cirugía excesiva, dejando de lado un diagnóstico histológico y una sugerencia terapéutica basada en la experiencia del patólogo.*

Resonancia magnética nuclear (RMN)

Este avance tecnológico, también dentro de la radiología diagnóstica pero sin el inconveniente de la radiación, crea imágenes iguales o mejores que la TAC y descubre lesiones que alteran la composición química de las células en los tejidos, a través de la resonancia de iones. En corto tiempo ha demostrado que es un adyuvante diagnóstico esencial para un sinnúmero de enfermedades y promete ser todavía mejor a medida que se descubren nuevas aplicaciones: las dinámicas de flujo sanguíneo cerebral o del flujo de líquido cefalorraquídeo, entre muchas otras.^{14,15}

La dinámica del flujo sanguíneo cerebral, por ejemplo, está cambiando el concepto diagnóstico de muerte cerebral,¹⁶ y lo ha llevado a mayores niveles de exactitud clínica que lo usado hasta ahora, sin embargo, es necesario investigar y ahondar más en este y otros criterios para mantener un nivel de confiabilidad tal que sea digno del respeto a la vida humana y a la dignidad en el morir.

Uno de los campos clínicos donde la RMN ha transformado la acuciosidad diagnóstica y sobre todo ha mejorado increíblemente la

protección al paciente, haciéndolo el método no invasivo por excelencia, es en los trastornos compresivos medulares en las regiones lumbosacra y cervical. La finura con la que este método nos muestra imágenes de compresión raquídea y de herniación discal intervertebral son extraordinarias, viniendo a convertirse en el mejor procedimiento paraclínico, adyuvante al diagnóstico, en este campo de la ortopedia y de la neurología-neurocirugía.¹⁷

Clínicamente estos enfermos son difíciles de evaluar por lo subjetivo de su sintomatología dolorosa, por lo común que es la lumbalgia, por lo incapacitante que resulta y por el tiempo de recuperación, usualmente prolongado.

Estudios de imagen con RMN han probado ser muy útiles para separar estas categorías de pacientes y para definir, con exactitud objetiva, la subjetividad del dolor lumbar, siendo crítica su ayuda a los clínicos y sobre todo una prueba eficaz para los departamentos de Medicina del Trabajo, en cuanto a la definición justa de incapacidad.¹⁸

Por otro lado, estos estudios han demostrado que la inmensa mayoría de la población, por encima de los 20 ó 25 años, muestran datos de degeneración de la sustancia discal, y no pocos presentan protrusiones discales que por sí mismas no producen compresión medular o radicular, como es comprobado por la ausencia total de síntomas.¹⁹

Este hecho ha llevado a una exageración, donde los reportes de protrusiones discales y sobre todo las imágenes que lo demuestran, inducen a sobretratamiento médico y exponen a los pacientes a complicaciones quirúrgicas que aumentan la morbilidad en esta entidad. El médico trata más a las imágenes que a los enfermos, escudado tanto en los reportes como en las mismas imágenes para justificar actitudes, dejando a un lado los síntomas y la exploración neurológica que, sin duda, es indispensable para identificar a los candidatos a cirugía descompresiva y estabilizadora.²⁰

En el Hospital Muguerza iniciamos un estudio prospectivo de pacientes sometidos a cirugía lumbosacra por el diagnóstico de hernia de disco. A la fecha tenemos cerca de cien casos en los cuales, estudiando la historia clínica, la RMN y el espécimen quirúrgico, tratamos de definir la severidad de la lesión y demostrar la necesidad del procedimiento.

Este estudio lo propició la presentación de dos casos ante el Comité de Ética del hospital, en los cuales había serias dudas a la justificación

quirúrgica. En ellos, la historia clínica era muy corta, dos semanas y un mes de evolución de dolor, en pacientes de 26 y 29 años de edad, los cuales no presentaban datos de lesión neurológica a la exploración; las RMN mostraban protrusión discal, sin evidencia de compresión radicular y con canal medular amplio. Los especímenes quirúrgicos mostraban degeneración de un 10 al 20% de la matriz fibrocartilaginosa discal enviada.

En ambos casos, los especialistas nombrados peritos por el comité, después de la revisión exhaustiva de la información y de la comparecencia de los médicos tratantes, convinieron en que las cirugías no estaban indicadas y que los pacientes se sobretrataron, exponiéndolos a morbilidad importante.²¹

El estudio, incompleto aún, ha mostrado que en cerca de un 30% de los casos operados no hay una precisión clara en cuanto a las indicaciones quirúrgicas; que en más del 40% de los casos el hallazgo radiológico por RMN muestra una protrusión discal sin compresión y en muchos casos esta fue reportada como “hernia de disco” y no como protrusión discal sin compresión raquídea o medular (la mayoría diagnosticados fuera del hospital, pues hay más de seis equipos de RMN en nuestra ciudad).²²

Otras de las indicaciones de la RMN es el estudio dinámico del flujo sanguíneo arterial y la visualización —mejor que con el ultrasonido de flujo (*echo flow*)—²³ de las alteraciones obstructivas de las arterias, sobre todo del cuello y de la cabeza. Esto ha llevado a mayor minuciosidad en el diagnóstico de las obstrucciones arteriales y su repercusión en el flujo sanguíneo intracerebral y, por lo tanto, a una mejor indicación quirúrgica de endarterectomía carotídea o de otras arterias.²⁴ También se ha observado lo opuesto, es decir, la “oportunidad” de intervenir a pacientes que no lo ameritan, por el hecho de tener obstrucción arterial por resonancia, pero carecer de síntomas clínicos de enfermedad obstructiva y que no se beneficiarán con el procedimiento.²⁵

Esto ha llegado al extremo de intervenir a pacientes que de ninguna manera deberían ser sometidos a ese tratamiento, pues puede ser un serio perjuicio para ellos. Esto sucedió en un paciente de 46 años con trastornos del ritmo cardíaco que desarrolló un embolismo carotídeo izquierdo y los estudios de flujo demostraron buena circulación compensatoria intercerebral, del lado derecho al izquierdo, cubriendo un 80% del territorio arterial ocluido. Sin embargo, es operado para “eliminar” el

émbolo carotídeo, en el afán de restablecer el flujo sanguíneo —cuando esto ya no era necesario—, causando además el empeoramiento de su sintomatología neurológica y la pérdida del lenguaje oral. *En este ejemplo, el neurocirujano practica la cirugía, a pesar de que los estudios de RMN le muestran buena circulación colateral y a pesar de que 24 horas son muchas para intentar un restablecimiento circulatorio postembólico.*^{26,27}

En una recopilación de 56 estudios sobre RMN, y usando criterios bien definidos, se observó que en el 70% de ellos la prueba de precisión diagnóstica se basó en algún otro método de imagen usado. Sólo un 7% estableció sus resultados o impresiones diagnósticas en la corroboración a través de hallazgos de patología quirúrgica o de autopsia.

En aproximadamente la mitad de los trabajos, los términos de sensibilidad, especificidad, falso positivo y valor predictivo tuvieron un uso inadecuado.²⁸

Ultrasonido (ecografía)

El ultrasonido se inició dentro de la radiología diagnóstica y ahora se ha extendido a otras áreas médicas, no sabemos si como una expresión de la ciencia y la investigación científica o más bien como un pretexto para lograr regalías económicas, olvidando a los pacientes y pensando en los médicos y en sus propios intereses.

La ausencia de radiación y la comprobación de su inocuidad para el feto en la mujer embarazada lo han colocado como el avance más importante en la imagenología obstétrica. Fue diseñado para tal efecto tomando el principio del sonar de los submarinos y la formación de ecos al choque de las ondas sonoras de alta frecuencia, lo que permite tener imágenes que, con el “tiempo real” de los nuevos equipos, han llegado a mostrarnos al feto y al contenido uterino en forma excepcional.

Esto ha logrado, con el pretexto del campo obstétrico, la ampliación comercial de la zona de cobertura de los fabricantes a la ginecología, y ha equipado a un sinnúmero de médicos con aparatos en sus oficinas, los cuales vienen incluso con instructivos de autoenseñanza y confieren una sensación de falsa seguridad en el manejo del equipo y en el diagnóstico de las alteraciones del útero, del feto, de la placenta, etc.²⁹

Como se comprenderá, la consecuencia ha sido un abuso en las indicaciones para la práctica de este estudio, siendo común ver a las futuras madres salir sonrientes de la consulta prenatal, cargando el video donde, una vez más, se ha grabado imagen y sonido de su bebé “*in útero*”, para el deleite de la familia en casa; esto se repite a veces en cada consulta, sin importar el sobreprecio.

Es triste constatar que, en no pocas ocasiones, para el médico es más importante practicar el ultrasonido con video que realizar la consulta prenatal en forma adecuada, y que lo que propició morbilidad y/o mortalidad fetal estaba ya presente en las imágenes del video y no se supo evaluar, porque no se conocía o no se pensó en ello al momento de practicar el estudio.³⁰

Algo similar está ocurriendo con la ecografía prostática, pues comercialmente el advenimiento de los transductores especializados —como el transvaginal y el transrectal— han ampliado el mercado de las empresas fabricantes. Los especialistas están aprendiendo, “sobre la marcha” y superficialmente, los parámetros a usar, dejando de lado la experiencia que da el practicar con un buen número de pacientes y así desarrollar una seguridad diagnóstica, que con su práctica personal difícilmente obtendrán.³¹

Estamos llegando a ser tan sofisticados que la publicidad nos obliga a modificar nuestros criterios y así, en nuestro paciente diabético de 62 años, al cual vamos a valorar por el laboratorio, le agregamos a sus exámenes un antígeno prostático específico,^{32,33} aunque esté asintomático; al recibir el resultado está ligeramente elevado por lo que lo enviamos al urólogo, sin tener la precaución de repetir el estudio en uno o dos meses.

El urólogo lo somete a un ultrasonido prostático transrectal donde encuentra una glándula crecida con un área “sospechosa”,^{34,35} le toma una biopsia por punción, la cual se reporta como negativa para neoplasia, y le sugiere una prostatectomía transuretral con láser (porque no tarda en ocluirse).³⁶ El tejido se evapora y al cabo de seis meses el antígeno prostático es normal y el médico le dice que está curado. ¿No hubiera estado curado si, al mes siguiente, la repetición del estudio hubiese salido menor o negativa con respecto a la primera, sin toda la molestia y potencial morbilidad, además del ahorro del gasto incurrido?^{37,38,39,40}

Esta influencia tecnológica, desarrollada en una mercadotecnia que satisface al ego, además de prometer mayores ingresos, hace que el médico se olvide de su paciente como tal y lo vea como negocio; fuente de ingresos que no tiene que repartir. Abusando del enfermo, pierde el sentido de la medicina como servicio, antepone el negocio y a veces hasta la corrupción, forza tratos comerciales con otros proveedores de servicios clínicos o paraclínicos, muestra la "propiedad" del paciente y exige regalías a cambio del envío o de la interconsulta del enfermo.

De esta manera, la inexperiencia conlleva al error y este se escuda en el mismo médico, quien lo desaparece, lo cambia o simplemente lo olvida y se evita explicaciones, desviando, si es posible, la culpabilidad a un tercero.

En las clínicas o centros que ofrecen "exámenes médicos ejecutivos" (*check-ups*) tienen a la mano equipos radiológicos sofisticados, manejados a veces por un solo radiólogo, el cual puede no tener experiencia en todos los procedimientos, pero está obligado a manejar los equipos y a reportar resultados, a justificar administrativamente su presencia, así como a hacerlos rentables, promoviéndolos con excusas o pretextos para usarlos, con cargo extra a los pacientes que se someten a dichos exámenes ejecutivos. En comparación burda, es semejante a cuando uno lleva su auto al taller para una revisión casi sin costo y le reportan desperfectos no cubiertos, que abultan el total a pagar.

Algo similar me sucedió con un familiar que entró a una clínica para un examen ejecutivo, de lo que me enteré al recibir su llamada angustiante diciendo que el radiólogo le informó que en un ultrasonido le había detectado un "tumor" en el riñón⁴¹ y que tendrían que hacerle una TAC para precisar sus características. Su médico de cabecera no estaba y no lo localizaban, según ellos. Ya lo tenían en la sala de tomografía, sólo que en un descuido del personal tomó el teléfono y pudo llamarme.

Le pedí que se tranquilizara y me trasladé a la clínica; a mi llegada estaba mi familiar saliendo del estudio por lo que acudí con el radiólogo, el cual se sorprendió al verme y más al preguntarle del caso. De inmediato me comunicó que era un quiste renal simple en la TAC a lo que pedí me enseñara el ultrasonido, viendo con claridad el mismo quiste. Titubeando objetó que era irregular y con "ecos imprecisos",^{42,43} lo cual me pareció falso aún sin ser radiólogo. Es obvio decir que el precio de la TAC fue mayor que el del examen médico ejecutivo.

Ante épocas económicamente difíciles, nos planteamos el diversificar nuestras aptitudes y las de nuestros equipos, tratando de “venderlos” más adecuadamente. La ecografía no ha escapado a este proceso, pues es promovida para un sinnúmero de lesiones y cuadros clínicos. De uso reciente es el estudio sonográfico de pacientes con vientre agudo para demostrar apendicitis aguda, respecto a lo cual dicen los radiólogos tener criterios precisos para su diagnóstico.^{44,45}

A partir del presente año iniciamos un estudio de correlación sonográfico-histológico. A la fecha, de los 14 casos observados con imágenes de apendicitis aguda, 4 han sido corroborados histológicamente. Esto nos lleva a la necesidad de revisar los “criterios diagnósticos”,⁴⁶ pues parecen no ser los adecuados a nuestra realidad, o no estar siendo usados correctamente.

Discusión y conclusiones

Es posible seguir dando ejemplos o mencionando hechos relativos a la tecnología de estos u otros campos clínicos, como la endoscopia, la perinatología, la laparoscopia, la medicina de laboratorio, la patología, etc., pero no es posible mencionarlas en el presente trabajo pues sería muy extenso.

Estos avances hacen de la medicina actual un baluarte en el diagnóstico, la atención, el cuidado y el seguimiento de los enfermos, por la inmensa ayuda que brindan al médico tratante al apoyar sus juicios clínicos y al facilitar mayor información a sus pacientes, estableciendo una relación médico-paciente más estrecha y de alto provecho para ambos.

Es importante reconocer este hecho porque de ninguna manera deseo, con este trabajo, desacreditar los avances tecnológicos, antes bien quiero mostrar algunos de los contrastes que se suscitan cuando, lejos de buscar los beneficios que nos ofrecen, nos valemos de ellos para evitar nuestro trabajo de diagnóstico clínico en el enfermo. Esto lo hacemos a veces por ignorancia o por exceso de confianza en sus resultados, pero otras veces para alimentar nuestro ego o el afán de comercio, con lo que traicionamos nuestros ideales de practicar una medicina por el enfermo, para el enfermo y al lado del enfermo y sus necesidades.

Así, la tecnología nos empuja a la necesidad de entender el proceso patológico que el enfermo desarrolla y la forma en que su organismo

reacciona, con la idea de que es más importante ayudarlo a combatir la enfermedad por sí mismo, que a combatirla desde fuera.

Mientras la tecnología de avanzada nos ayude a entender mejor la enfermedad y sus efectos en la persona de nuestro paciente, será capaz de producir cambios históricos en la medicina, pero si sólo nos objetiviza algo de la subjetividad de este fenómeno y no ayuda a nuestro enfermo, el paciente seguirá pasando desapercibido ante los embates de la comercialización tecnológica. Mientras el utilitarismo que emana de la tecnología sea la principal razón para su uso o más bien su abuso, caerá por su propio peso ante el surgimiento de nuevos avances que se levantarán para continuar la carrera ascendente del consumismo y la mercadotecnia. Esta carrera sería buena si no conllevara a la despersonalización de la medicina y a la materialización de nuestro pensamiento y acción en detrimento del servicio a nuestros pacientes.

De ninguna manera es ético ir contra los principios de la medicina, que ante todo es un arte —arte científico si bien decimos—, donde la artesanía del médico debe amoldar los conocimientos científicos y darles la debida importancia, de acuerdo a los enfermos y no a las enfermedades.

¿No estaremos utilizando la tecnología como pretexto para someter a nuestros pacientes a un sinnúmero de estudios con la conciencia de tratar de ayudarlos, pero sin la certeza de estar haciendo lo más adecuado para ellos? ¿No será que, en el fondo, queremos encontrar algo más allá de la enfermedad del paciente, para tener motivos de permanencia del enfermo bajo nuestra tutela y no tratamos de ayudarlo a resolver su situación, derivada de la enfermedad que padece y ya identificamos? ¿No estaremos estirando al máximo las posibilidades diagnósticas para justificarnos ante el enfermo y sus familiares, por nuestro trabajo, para hacer más natural el cobro de nuestros servicios prestados? ¿No estaremos buscando copiar la costumbre generada en países donde es común el sobreuso de la tecnología médica diagnóstica, dada la necesidad de protección contra acciones médico-legales justas o injustas? Con estas actitudes, ¿no estaremos provocando un rechazo cada vez más enérgico a la medicina y a los médicos, por parte de los pacientes, que no siendo fáciles de engañar, se dan cuenta de que nuestra actitud es más materialista que de servicio a ellos? ¿No estaremos provocando con estas actitudes un caos personal, cuando nos enfrentemos a la realidad de que en un

futuro cercano nosotros seremos los enfermos y la enseñanza y el ejemplo que dimos a los nuevos médicos con nuestro proceder la usarán en nuestra enfermedad con los mismos propósitos? Y lo que es más importante ¿estamos practicando la medicina o estamos negociando con la medicina?

La bioética puede revisar los avances tecnológicos en relación con la autonomía del paciente, estudiar el beneficio real y el posible daño al enfermo, encontrar la justicia distributiva, buscando el respeto a la opinión del paciente, en suma, que el paciente no sea dañado y reciba el beneficio real de las acciones del médico.⁴⁷

En el momento de la información médica hay que ser claros y exhaustivos, el paciente no puede ser tratado como simple usuario, sino como protagonista, como sujeto activo y copartícipe en las decisiones que le conciernen y que por competencia le han sido delegadas al médico.

Es el médico quien debe ser capaz de orientar al enfermo; le compete determinar la oportunidad de la tecnología a usar y ser guía de la conciencia del paciente desorientado entre los medios de comunicación, las revistas de salud, los consejos de los familiares y las experiencias de los amigos. El médico de hoy no debe permitir que se le adelanten, recordando que siempre, por encima de la tecnología, está un hombre que sufre y que la evaluación última de la bondad de una tecnología debe ser el *bien total del hombre*.⁴⁸

La decisión racional sería entonces aquella en la que, analizando las consecuencias de cada acción, se elige la que conduce al resultado preferido o la que, en situaciones de incertidumbre, lleva al resultado menos malo.

Lo que parece absurdo e incongruente es llegar a la conclusión de que cualquier conocimiento o avance tecnológico-científico es inocuo y que en el campo de la investigación todo es válido y aceptable. Lo importante no es saber cada vez más, sino tener en cuenta hacia dónde se dirigen esos conocimientos, qué fines se pretenden con ellos, cuáles son sus efectos y con qué procedimientos se consiguen.

Sin embargo, hay un motivo profundo de esperanza, estamos asistiendo a un renacimiento de la preocupación ética. Los mismos científicos son los primeros en reconocer la urgencia de esta tarea, si no queremos proseguir hacia un mundo cada vez más irracional.

El primer paso para la humanización de la técnica consiste en recuperar la dimensión teleológica, o sea, buscar la finalidad de nuestros actos, pues lo importante no es avanzar sino saber a dónde nos dirigimos, qué metas pretendemos y cuáles son sus efectos y consecuencias.

En función de un determinada antropología, no queremos un médico autómatas, drogado por la tecnología, sin autonomía ni responsabilidad, pasivo y obediente a lo que se le presenta; con un ansia por tener que le roba su paz y felicidad interiores, indiferente al porvenir, con la mirada puesta sólo en el beneficio personal e inmediato, así como ciego e insensible a la dimensión de la vida humana.⁴⁹

La misma medicina, en algunos sectores, se presta a realizar estos actos contra la persona, deformando así su rostro, contradiciéndose a sí misma y degradando la dignidad de quienes la ejercen. La profesión del médico le exige ser custodio y servidor de la vida humana, sin embargo, en el contexto cultural y social actual, en que la ciencia y la medicina corren el riesgo de perder su dimensión ética original, los médicos pueden ser tentados a convertirse en manipuladores de la vida, olvidándose del deber de respetarla en forma absoluta.⁵⁰

Debemos valorar la importancia de la tecnología y pensar que su papel en el curar humano no desaparecerá; ella merece respeto ya que refleja logros profundamente humanos y revela de modo impresionante los dones de la creación de Dios. Dondequiera que los recursos de la medicina actual existan, deben utilizarse digna y éticamente.³

Debemos pensar y actuar de acuerdo a los parámetros de Rosso y Giaconi: 1. la eficacia de nuevas tecnologías debe ser evaluada científicamente y en el medio donde será aplicada; 2. los estudiantes y profesionales de la medicina deberán recibir una formación que les enseñe a usar la tecnología y a no hacerse dependientes de ella; 3. la introducción de tecnología en un sistema de salud deberá proceder paso a paso, progresando desde el equipamiento y los procedimientos menos sofisticados a aquellos más complejos; 4. la tecnología que puede ser adquirida debería ubicarse en pocos lugares estratégicos y 5. los gobiernos deben continuar enfatizando la atención primaria y la medicina preventiva, a la par que la modernización tecnológica, cuando esta última sea asequible.¹

Existe la imperiosa necesidad de sentirse ante todo médicos, tratando de usar la clínica como base para la fundamentación del diagnóstico,

lograr la comunicación con el enfermo y así transmitir la información precisa y adecuada a sus necesidades.

Esto adquiere mayor importancia cuando estamos ante el uso de tecnología avanzada, pues no sólo hay que obtener la autorización del paciente sino hacerlo comprender el porqué de su aplicación, ya que tiene derecho a saber qué está sucediendo y cuáles son las expectativas.

Una vez que obtenemos resultados es indispensable discutirlos con los pacientes y experimentar la sensación de alivio al haberles esclarecido sus dudas y ellos planteado sus realidades en vista a un tratamiento adecuado. Entonces se puede reconocer que la medicina es trabajo de equipo del médico y del enfermo y que este no está desamparado ante los embates de la enfermedad que padece, y sobre todo, que hay quién se preocupa por su vida y por la dignidad y el respeto a su integridad humana.

Referencias bibliográficas

- ¹ ROSSO, P., GIACONI, G.J., *Tecnología médica en países industrializados y en vías de desarrollo. Política de salud y valores*, Medicina y Etica 1991, 3:309-316.
- ² LOPEZ AZPITARTE, E., *Ética y vida: desafíos actuales*. Ediciones Paulinas, 1990, 2da. Ed. pp. 53-58.
- ³ HUG, J.E., *Avances tecnológicos en la ciencias de la salud y sus repercusiones ético-teológicas*. Medicina y Etica 1991, 3:287-307.
- ⁴ GOLAZ, J., BOURAS, C., *Frontal arachnoid cyst. A case of bilateral frontal arachnoid cyst without clinical signs*, Clin. Neuroropathol 1993, 12(2):73-78.
- ⁵ GEWIRTZ, G., SQUIRES-WHEELER, E., SHARIF, Z., HONER, W.G., *Results of computerized tomography during first admission for psychosis*, Br. J. Psychiatry 1994, 164:789-795.
- ⁶ HOEFFEL, C., LEGMANN, P., LUTON, J.P., et al, *Spontaneous unilateral adrenal hematomas. 10 cases*, Press Med. 1994, 23 (22):1023-1026.
- ⁷ LEWIS, J.V., *Bilateral adrenal hemorrhage after Blunt Trauma: Diagnosis by computerized tomography*. South Med. J., 1994, 87 (12):1269-1271.
- ⁸ MCLOUGHLIN, R.F., BILBEY, J.H., *Tumors of the adrenal gland: findings on CT and MR imaging*, Am J. Roentgenol 1994, 153 (6):1413-1418.
- ⁹ GRIESHOP, N.A., WIEBKE, E.A., et al, *Cystic neoplasms of the pancreas*, Am. Surg. 1994, 60 (7):509-514.
- ¹⁰ SOYER, P., RABENANDRASANA, A., VAN BEERS, B., *Cystic tumors of the pancreas: dynamic CT studies*, J Comput Assist Tomogr 1994, 18 (3):420-426.
- ¹¹ SPERTI, C., PASQUALI, C., DI PRIMA, F., et al, *Percutaneous CT-guided fine needle aspiration cytology in the differential diagnosis of pancreatic lesions*, Ital J. Gastroenterol 1994, 26 (3):126-131.

- ¹² ABRAMS, H.L., MCNEIL, B.J., *Computed tomography: cost and efficacy implications*. AJR 1978, 131:81-87.
- ¹³ COMITE DE TEJIDOS Y ETICA MEDICA DEL HOSPITAL JOSE A. MUGUERZA, Reunión del comité del día 22 de abril de 1994.
- ¹⁴ EDELMAN, R.R., WARACH, S., *Magnetic resonance imaging I*. N Engl J Med 1993, 328 (10):708-716.
- ¹⁵ EDELMAN, R.R., WARACH, S., *Magnetic resonance imaging II*. N Engl J Med 1993, 328 (11):785-791.
- ¹⁶ AICHNER, F., FELBER, S., BIRBAMER, G., et al, *Magnetic resonance: a noninvasive approach to metabolism, circulation and morphology in human brain death*, Ann Neurol 1992, 32 (4):507-511.
- ¹⁷ MODIC, M.T., MASARYK, T., BOUMPHREY, F., et al, *Lumbar herniated disk disease and canal stenosis: prospective evaluation by surface coil MR, CT and myelography*, Am J Roentgenol 1986, 147:757-765.
- ¹⁸ THORNBURY, J.R., FRYBACK, D.G., TURSKI, P.A. et al, *Disk-caused nerve compression in patients with acute low back pain, diagnosis with MR, CT myelography and plain CT*, Radiology 1993, 186:731-738.
- ¹⁹ JENSEN, M.C., BRANT-ZAWADZKI, M.N., OBUCHOWSKI, N., et al, *Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain*, N Engl J Med 1994:331 (2):69-73.
- ²⁰ BODEN, S.D., DAVIS, D.O., DINA, T.S., et al *Abnormal magnetic resonance scans of the lumbar spine in asymptomatic subjects: a prospective investigation*, J Bone Joint Surg (Am) 1990, 72:403-408.
- ²¹ COMITE DE TEJIDOS Y ETICA MEDICA DEL HOSPITAL JOSE A. MUGUERZA, Reunión del día 3 de noviembre de 1994.
- ²² GARZA, R., SOTO, Z., *Análisis y correlación clinicopatológica en cirugía descompresiva lumbosacra. Valoración de los hallazgos de resonancia magnética nuclear y comparación con la sintomatología clínica con los datos histopatológicos del tejido intervertebral extirpado*. (Trabajo en proceso).
- ²³ MÜLLER, M., HERMES, M., BRÜCKMAN, H., et al, *Transcranial Doppler ultrasound in the evaluation of collateral blood flow in patients with internal carotid artery occlusion: correlation with cerebral angiography*, Am J Neuroradiol 1995; 16:195-202.
- ²⁴ ROSS, J.S., MASARYK, T.J., MODIE, M.T., et al, *Magnetic resonance angiography of the extracranial carotid arteries and intracranial vessels, a review*, Neurology 1989; 39:1369-1376.
- ²⁵ GRILLO, P., PATTERSON, R.H., *Occlusion of the carotid artery: prognosis (natural history) and the possibilities of surgical revascularization*. Stroke 1975; 6:17-20.
- ²⁶ KLEISER, B., WIDDER, B., *Course of carotid artery occlusion with impaired cerebrovascular reactivity*, Stroke 1975; 23:171-174.
- ²⁷ HIGGINS, C.B., *The potential role of magnetic resonance imaging in ischemic vascular disease*, Editorial. N Engl J Med 1992; 326 (24):1624-1626.
- ²⁸ COOPER, L.S., CHALMERS, T.C., MCCALLY, M., *Magnetic resonance imaging (MRI) (NMR). Poor quality of published evaluation in diagnostic precision*, Clin Res 1985; 33:597-605.
- ²⁹ LEE, W., AULT, H., KIRK, J.S., COMSTOCK, C.H., *Interactive multimedia for prenatal ultrasound training*, Obstet Gynecol 1995; 85 (1):135-140.
- ³⁰ GARMEL, S.H., D'ALTON, M.E., *Diagnostic ultrasound in pregnancy: an overview*, Semin Perinatol 1994; 18 (3):117-132.
- ³¹ AL-RIMAWI, M., GRIFFITHS, D.J., BOAKE, R.C., et al., *Transrectal ultrasound versus*

- mangetic resonance imaging in the estimation of prostatic volume, *Br J Urol* 1994; 74 (5):596-600.
- ³² LEPOR, H., WANG, B., SHAPIRO, E., *Relationship between prostatic epithelial volume and serum prostatic-specific antigen levels*, *Urology* 1994; 44 (2):199-205.
- ³³ CHU, T.M., *Prostate-specific antigen in screening of prostate cancer*, *J Clin Lab Anal* 1994; 8 (5):323-326.
- ³⁴ SEMJONOW, A., HAMM, M., RATHERT, P., HERTLE, L., *Prostate-specific antigen corrected for prostate volume improves differentiation of benign prostatic hyperplasia and organ-confined prostatic cancer*, *Br J Urol* 1994; 73 (5):538-543.
- ³⁵ KIRBY, R.S., *BPH: when to rule carcinoma of the prostate*, *Prog Clin Biol Res* 1994; 386:333-343.
- ³⁶ WASSON, J.H., REDA, D.J., BRUSKEWITZ, R.C., et al., *A comparison of transurethral surgery with watchful waiting for moderate symptoms of benign prostatic hyperplasia*, *N Engl J Med* 1995; 332 (2):75-79.
- ³⁷ BRETTON, P.R., EVANS, W.P., BORDEN, J.D., CASTELLANOS, R.D., *The use of prostatic-specific antigen density to improve the sensitivity of prostate-specific antigen in detecting prostate carcinoma*, *Cancer* 1994; 74 (11):2991-2995.
- ³⁸ ELLIS, W.J., CHETNER, M.P., PRESTON, S.D., BRAWER, M.K., *Diagnosis of prostatic carcinoma: the yield of serum prostate-specific antigen, digital rectal examination and transrectal ultrasonography*, *J Urol* 1994; 152:1520-1525.
- ³⁹ METTLIN, C., LITTRUP, P.J., JANE, R.A. et al, *Relative sensibility and specificity of serum prostate-specific antigen (PSA) level compared with age-referenced PSA, PSA density and PSA change*, *Cancer* 1994; 75 (5):1615-1620.
- ⁴⁰ OESTERLING, J.E., JACOBSEN, S.J. CHUTE, C.G., et al., *Serum prostate-specific antigen in a community-based population of healthy men: establishment of age-specific reference ranges*, *JAMA* 1993; 270:860-864.
- ⁴¹ LEVY, P., HELENON, O., MELKI, P., et al, *Kystes atypiques benins du rein. Aspects IRM*. *J Radiol* 1994; 75 (10):543-552.
- ⁴² YAMASHITA, Y., WATANABE, O., MIYAZAKI, T., et al., *Cystic renal cell carcinoma. Imaging findings with pathological correlation*, *Acta Radiol* 1994; 35 (1):19-24.
- ⁴³ BOSNIAK, M.A., *How does one deal with renal cyst that appears to be Bosniak class II on a CT scan but has sonographic features suggestive of malignancy?*, *Am J Roentgenol* 1994; 163 (1):216.
- ⁴⁴ WONG, M.L., CASEY, S.O., LEONIDAS, J.C., et al., *Sonographic diagnosis of acute appendicitis in children*, *J Pediatr Surg* 1994; 29 (10):1356-1360.
- ⁴⁵ MOENNE, K., FERNANDEZ, M., PALMA, R., y otros, *Utilidad de la ultrasonografía de alta resolución en el diagnóstico de apendicitis aguda*, *Rec Med Chil* 1992; 120 (12):1383-1387.
- ⁴⁶ FORD, R.D. PASSINAULT, W.J., MORSE, M.E., *Diagnostic ultrasound for suspected appendicitis: does the added cost produce a better outcome?*, *Am Surg* 1994; 60 (11):895-898.
- ⁴⁷ GARCIA ROMERO, H., *Etica, medicina y biotecnología aplicada*, *Bol Comis Nac Bioet, México* 1994, 1:10-11.
- ⁴⁸ LEONE, S., *Etica de las tecnologías instrumentales en medicina*, *Medicina y Etica* 1992; 4:473-483.
- ⁴⁹ LOPEZ AZPITARTE, E., *Etica y vida: desafíos actuales*, Ediciones Paulinas 1990, 2a. Ed. pp 60-66.
- ⁵⁰ S.S. JUAN PABLO II, *Carta encíclica Evangelium Vitae*, Documentos Pontificios 44. 25 de marzo de 1995.

La enfermedad y el sentido del sufrimiento

J. García-Campayo*, C. Sanz-Carrillo**, G. Lasa Labaca***

Resumen

En este artículo se hace repaso de las diferentes interpretaciones que la humanidad ha dado al sufrimiento a través de los tiempos.

El hombre actual, dada su frecuente pérdida de valores morales, tiene gran dificultad para dar sentido al sufrimiento, llegando a la postura infantil y regresiva de negar la realidad, en vez de enfrentarla con la dignidad y ecuanimidad que el ser humano posee en forma innata.

“El único modo de sobrellevar la desdicha es interpretarla”.

Elias Canetti

Introducción

El sufrimiento ha sido una constante en la vida del hombre desde el principio de los tiempos y está considerado como aquello que el ser humano no quiere, que nadie desea para uno mismo. La dificultad para poder explicar el sentido de algo que tememos profundamente pero que, sin embargo, es consubstancial a nuestra existencia, ha sido uno de los temas predilectos de la filosofía y, para algunos autores se encuentra en el origen de las religiones.¹

* Psiquiatra. Servicio de Psiquiatría. Hospital Miguel Servet, Zaragoza

** Psiquiatra. Hospital neuropsiquiátrico Ntra. Sra. del Carmen, Zaragoza

***ATS. Profesor enfermería, Universidad del país Vasco. San Sebastián, España.

Actualmente se realiza una clara distinción entre dolor, con una connotación somática y biológica, y sufrimiento, como una experiencia psicológica; aunque no siempre ha sido así. En la mayoría de las culturas, el lenguaje de los sentimientos se inició, hace milenios, con términos vagos como “malestar” o “pena”, que englobaban todo tipo de quejas. A partir del nacimiento de la filosofía, con la distinción entre cuerpo y psique, surgen términos que diferencian el padecimiento físico o dolor del sufrimiento psicológico. Por último, a raíz del desarrollo de la psicología, el lenguaje realiza la última evolución que permite identificar distintos estados psíquicos, como ansiedad o depresión.²

El término “sufrimiento”, en la mayoría de los idiomas occidentales, presenta un doble sentido: en la acepción más frecuente significa tristeza, infelicidad o desagrado, pero existe otra utilización más antigua que implica pasividad o frustración. Desde el punto de vista etimológico, por tanto, el sufrimiento implica una disposición pasiva de aquel que lo padece.¹

El sentido del sufrimiento

Aunque la humanidad ha realizado a lo largo de la historia miles de interpretaciones sobre la naturaleza del sufrimiento, consideramos que pueden ser resumidas en cinco, en un orden cronológico aproximado (Tabla I).

Tabla I

Interpretación de la humanidad sobre el sentido del sufrimiento

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none">1. Arcaicas o culpabilizantes<ol style="list-style-type: none">a. Como castigob. Como culpa2. Humanistas o totalizadoras<ol style="list-style-type: none">a. Como algo consubstancial a la naturaleza humanab. Como perfeccionamiento espiritual3. Actuales o regresivas<ol style="list-style-type: none">a. Como fracaso de la ciencia |
|---|

a) *El sufrimiento como castigo*

La visión de la enfermedad y el sufrimiento como castigo por algún pecado cometido es la más antigua, elemental y frecuente desde el inicio de la humanidad. En las religiones primitivas el castigo era la única interpretación del sufrimiento, y el temor el principal resorte de la vida moral.³

Los pueblos primitivos interpretaban la enfermedad de dos formas básicas:⁴ las que resultaban inmediatamente comprensibles, como las heridas de combate y los traumatismos, que se consideraban fruto del azar y no se concedía al enfermo una atención especial. Por el contrario, aquellas no inmediatamente comprensibles, es decir, todas las demás, se consideraban castigo de los dioses. Como ejemplo, en la cultura asiria esta idea estaba tan arraigada que una misma palabra, *shertu*, significaba a la vez pecado, impureza moral, cólera de los dioses, castigo y enfermedad.⁴

También en el Antiguo Testamento ésta es la interpretación predominante (Isaías 3:10-11; Proverbios 12:21). Sin embargo, mientras que en las religiones no cristianas el castigo presenta una finalidad vengativa por parte de la divinidad, en el cristianismo el sufrimiento adquiere una función disciplinaria, de forma que prevalezca el principio de justicia universal. Esta concepción es omnipresente en el Antiguo Testamento y se encuentra profundamente arraigada en la religión judía. Aunque el Nuevo Testamento no rechaza totalmente el concepto de sufrimiento como castigo, Jesús repudia expresamente que sea una consecuencia directa del pecado (Juan 9:1-3).

En todo este contexto subyace un profundo sentimiento de culpa. En la mayoría de las religiones el hombre, al principio de la creación del mundo, cometió un pecado de desobediencia contra la divinidad (comer la manzana en el cristianismo, abrir la caja de Pandora en la mitología griega, etc), y esta acción condicionó negativamente su futuro.

Interpretar el sufrimiento como castigo convierte al individuo en responsable de su enfermedad y equivale a considerar que él mismo la ha causado. La consecuencia es una visión poco empática del enfermo, lo que produce escasos deseos de ayudarlo. En algunas ocasiones, junto al sufrimiento producido por la enfermedad se suma el producido por el rechazo social y los sentimientos de culpabilidad inducidos.

b) El sufrimiento como prueba

La interpretación del sufrimiento como una prueba fue la evolución lógica de la etapa anterior. Si el sufrimiento era un castigo, ¿qué ocurría cuando afectaba, de forma brutal, a las personas reconocidas públicamente como justas?

Dentro del Antiguo Testamento la primera ocasión en que nos encontramos con esta paradoja es en el Libro de Job. Ahí leemos el caso, aparentemente incomprensible, de un hombre justo atezado por el sufrimiento enviado directamente por Dios. El dilema de Job surge ante la necesidad de reconciliar contradicciones aparentemente tan obvias como el sufrimiento inmerecido, con un Dios que se supone justo. Esta discordancia es tan intensa que está a punto de hacerle perder la fe.

El mismo proceso ocurre en nuestros días. Jung⁵ dedica todo un libro a analizar la dificultad de un hombre moderno de educación cristiana para aceptar esa situación, que explica con base en el conflicto de los arquetipos, esto es, la imposibilidad de incluir el concepto de injusticia en el arquetipo que la humanidad posee de la divinidad.

El argumento que se ofrece desde la óptica cristiana en la Biblia es que, aunque todos los hombres pueden verse sometidos a la experiencia del sufrimiento, el bueno es capaz de superarlo, resultando posteriormente recompensado, mientras que el injusto, por el contrario, se rebela y es castigado. El sufrimiento tiene, por tanto, un propósito: diferenciar a justos de injustos. A menudo existe una recompensa inmediata en este mundo, como le ocurrió a Job (Job 42:19) pero, por supuesto, se parte de la base de que la verdadera recompensa se encuentra más allá de este mundo.

Entender el sufrimiento como una prueba es una visión extraordinariamente primitiva. Dios mantiene una relación unipersonal y directa con el hombre, sometiéndole a prueba de forma arbitraria, exigiéndole fidelidad absoluta. Esta relación con la divinidad es muy asimétrica, de tipo emperador-súbdito, reflejando el entorno político y cultural en que se genera.

c) Como característica inmanente a la naturaleza humana

Esta visión del sufrimiento supone una ruptura con todo lo anterior. En su base se encuentra la ausencia del concepto de pecado, que permite la

aceptación de la imperfección de este mundo, sin necesidad de una interpretación autorreferente culpabilizante. En general, está más extendida en culturas orientales, donde no existe la figura de un Dios Creador.

En el budismo, religión paradigmática en este sentido, la Primera Noble Verdad afirma que nuestra existencia es, básicamente, sufrimiento. En la Segunda Noble Verdad se asegura que la causa del sufrimiento es el apego hacia los objetos de este mundo; apego que es producto de nuestra ignorancia.⁶ La causa del sufrimiento, por tanto, no es el castigo divino, sino la ignorancia del hombre. En este contexto, las enfermedades no se asocian a rechazo social sino a compasión, ya que el individuo que la padece no es culpable, sólo ignorante.

En Occidente, esta postura se inicia en la Grecia clásica. Los héroes de Homero padecen grandes tribulaciones, pero no se les ocurre preguntar qué sentido tiene tanto sufrimiento. Todo es producto de la necesidad, el "*fatum*" o el destino, contra el que nadie, ni siquiera los dioses, pueden luchar.¹

Dentro de la tradición judeocristiana, el sufrimiento como una experiencia consubstancial a la existencia humana se encuentra ya en el Génesis (Génesis 3:16-18). En el cristianismo, sin embargo, existe una gran dificultad filosófica para conciliar el hecho de que Dios, el Creador de todas las cosas, es también la causa de todo mal (Isaías 45:7). Para algunos filósofos como Leibniz, la única explicación es que este es "el mejor de los mundos posibles", porque dirige al hombre hacia su fin, hacia la contemplación de Dios.⁷

d) Como maduración y liberación

La visión anterior puede hacer al sufrimiento difícil de soportar porque parece no servir a ningún propósito. En un intento de convertirlo en algo valioso, las religiones consideran que forma parte de un gran plan divino. Para el cristianismo, el camino de la salvación debe pasar, necesariamente, por el sufrimiento, y este hecho es enfatizado en el Nuevo Testamento a través de la Pasión de Cristo, ya que la esencia de su misión es sufrir y morir por todos nosotros (Pedro 2:19-23). Esto se refleja en la creencia de que las personas que más sufren en la tierra alcanzarán mayores recompensas en el otro mundo.

La finalidad del sufrimiento es, por tanto, la maduración del individuo, su perfeccionamiento espiritual. De esta forma el sufrimiento es acepta-

ble, tiene un papel legítimo en la vida del ser humano: el aprendizaje. En el caso de la enfermedad, tanto el paciente como su familia pueden aprender lecciones de humildad, compasión, fortaleza, etc. Esta asociación entre sufrimiento y aprendizaje personal está aceptada incluso en el psicoanálisis. Freud afirma que uno de los presupuestos de la curación a través de la psicoterapia es que una situación se experimente como sufrimiento.¹

En esta línea, una concepción que es axial en el cristianismo es el sufrimiento vicario, el del que padece por otros. El ejemplo paradigmático es, de nuevo, la Pasión de Cristo; Él vino al mundo a sufrir, para redimir a la humanidad y, de ese modo, muestra el sentido más elevado, el de sufrir para salvar a otros. Esta es la máxima expresión de generosidad y altruísmo en todas las religiones.

e) Como fracaso de la ciencia

Por último, nos encontraríamos con la interpretación más habitual en la actualidad, es decir, con el sufrimiento como fracaso de la ciencia. A partir de la Revolución Industrial, el desarrollo tecnológico ha sido espectacular. En los países del primer mundo, la esperanza de vida del ser humano se empieza a acercar al límite máximo biológico.

Como consecuencia, en la sociedad actual predomina la idea de que la ciencia será capaz de convertir nuestro mundo en un lugar sin sufrimiento, en una especie de “tierra de Jauja”. De hecho, los pacientes asumen esta visión y, en los casos en que la medicina se encuentra impotente ante la enfermedad, preguntan asombrados “¿aún no se ha descubierto nada contra esto?”.

Junto a esta concepción de la enfermedad, los cambios sociales en las últimas décadas han conformado una cultura que presenta dos características específicas.

a) Escasa capacidad de sufrimiento. Nuestra sociedad es presa de un creciente infantilismo que impulsa sin cesar una inmediata satisfacción y que incapacita para soportar situaciones en las que no se obtiene un placer inmediato. Actualmente se utilizan psicofármacos de manera sistemática para suprimir las molestias normales de la vida, para disminuir todo temor o nerviosismo.

b) Pasividad y falta de sentido. Las sociedades primitivas no podían ofertar soluciones a la enfermedad o la muerte, por el contrario, eran

capaces de ofrecer un sentido global; todas las situaciones estaban ritualizadas y los individuos tenían un rol que representar. De esta forma, el sufrimiento no se encontraba asociado con la idea de pasividad. En el duelo, por ejemplo, a la viuda le correspondía vestir una ropa y representar un papel determinado, que estaba reconocido socialmente. El morir pertenecía a la sociedad y, al acabar las ceremonias fúnebres, el individuo se sentía completo porque consideraba que había hecho lo que tenía que hacer.

Sin embargo, el hombre actual se encuentra desahuciado; no posee instintos biológicos como los animales, que le indiquen qué tiene que hacer. Por otra parte, la pérdida de las tradiciones y los valores culturales de sus ancestros hace que carezca de un referente sobre cómo actuar.⁸

Así, nuestra sociedad, a diferencia de las primitivas, tiende a la abolición del sufrimiento de la forma más patológica desde el punto de vista psicológico: negando la realidad. En este contexto, el sufrimiento no tiene sentido porque, simplemente, no existe. La enfermedad terminal es un fracaso de la ciencia y, por tanto, de la sociedad en su conjunto. La consecuencia es que se crea un sentimiento de culpa y frustración colectiva, por lo que tiende a ocultarse. Hoy en día, por ejemplo, a los niños no se les enseña a morir... no ven cómo mueren los ancianos. La mayoría de nosotros se encuentra con la muerte, por primera vez, con la suya propia.

La medicina moderna se ha convertido en una empresa dirigida a hacer propaganda del desarrollo tecnológico como una guerra contra todo sufrimiento. El resultado es que destruye la capacidad de los individuos para afrontar su propia realidad y para aceptar el sufrimiento que inevitablemente acompaña a la decadencia y a la muerte.⁹

Análisis histórico

Si realizamos una lectura histórica del sentido que la humanidad ha otorgado al sufrimiento a través de los tiempos comprobamos que existen tres períodos diferenciados. En el primero, que podríamos denominar precristianismo, las dos interpretaciones principales realizadas por la especie humana han sido el sufrimiento como castigo, y su evolución posterior, el sufrimiento como prueba. El advenimiento del Cris-

tianismo da origen a concepciones más sofisticadas. El sufrimiento como inherente a la naturaleza humana, presente desde el Antiguo Testamento y desarrollado especialmente en culturas orientales pero, sobre todo, la que se podría considerar “doctrina oficial” de la Iglesia Católica,¹⁰ es decir, el sufrimiento como fuente de superación y conocimiento, de maduración espiritual. Por último, el desarrollo de la tecnología ha conducido a una visión predominante en la actualidad, que considera el sufrimiento como un fracaso de la ciencia.

Análisis psicodinámico

Un análisis psicodinámico nos permitirá comprender los presupuestos que subyacen en cada una de estas interpretaciones. En las que hemos denominado primitivas o culpabilizantes observamos que la sociedad vive un profundo *sentimiento de culpa*. Los dioses que predominan en estas religiones se han cristalizado mediante mecanismos de *identificación*. La divinidad presenta los atributos externos propios de la comunidad pero, lo que es más importante, sus sentimientos son claramente humanos, es decir, de bajo nivel moral, fácilmente dados a la irascibilidad y al castigo, y con escasa tendencia a la ecuanimidad. Ante cualquier negativa, la tribu se pregunta qué ha podido ofender a la divinidad. La relación con lo sagrado está basado en el temor, por lo que son fundamentales los *mecanismos de reparación*. Así se explican los sacrificios animales o humanos que deben realizarse regularmente para aplacar la cólera de la divinidad.

Por el contrario, en las religiones que sostienen interpretaciones humanistas o totalizadoras, no subyacen sentimientos colectivos de culpa, bien porque nunca existieron (típico de las religiones orientales) o porque la humanidad ha sido redimida (como en el cristianismo). De esta forma, el individuo se enfrenta al mundo de una forma objetiva y puede reconocer que el sufrimiento es algo inmanente a la naturaleza humana, que no es un castigo impuesto por sus acciones. La divinidad no presenta características tan decepcionantemente humanas porque, mediante un proceso de *idealización*, se le inviste de las cualidades más elevadas (bondad, justicia, misericordia...) en grado superlativo. La vida del hombre no está reducida a la existencia terrenal, sino que existe un “más allá” que los creyentes esperan alcanzar. En este contexto puede surgir la *sublimación*, con la que cualquier tipo de sufrimiento es reinterpretado

como una forma de perfeccionamiento espiritual, otorgando un sentido a lo inevitable.

Por último, la concepción como un fracaso de la ciencia parte de un contexto de agnosticismo y de *pérdida de valores morales*. La fe en el desarrollo científico ha sustituido a cualquier religión. La ciencia es idolatrada y se le confieren tintes de *omnipotencia*, considerándose que es capaz de solucionar todos los problemas de la humanidad. Sin embargo, cuando se impone la realidad y queda de manifiesto su incapacidad para resolver el sufrimiento producido por una enfermedad terminal, el individuo utiliza el mecanismo de defensa más regresivo: la *negación de la realidad*. Nuestra sociedad es la única en la historia que se ha atrevido a llegar a ese extremo.

El sufrimiento en la actualidad

Cabría preguntarse qué utilidad tiene este repaso a las diferentes interpretaciones que la humanidad ha dado al sufrimiento a través de los tiempos pero, como veremos, su importancia es extrema. Cuando un individuo toma conciencia de que padece una enfermedad letal, desarrolla un proceso de duelo que, clásicamente, incluye varias etapas.¹¹ Tras un período de choque, de breve duración, generalmente se pasa a una fase de negación en que se rechaza la posibilidad de padecer una enfermedad mortal. Posteriormente, suele aparecer una etapa en que se internaliza la ira y predominan los sentimientos de culpa. La forma en que más frecuentemente se manifiestan es mediante una pregunta repetitiva y casi obsesiva ¿por qué a mí?

En este momento, cada ser humano tiene que responderse de forma personal a la pregunta más universal de la historia del hombre, esto es, el sentido de su sufrimiento individual. Para ello no va a tener más remedio que utilizar algunas de las respuestas que la humanidad se ha dado a sí misma a través de los siglos, y la elección de una u otra explicación vendrá motivada por las circunstancias de cada paciente.

a) el sufrimiento como castigo o prueba

Esta es la interpretación más profundamente filtrada en nuestro subconsciente y la que suele aparecer en los primeros momentos. Para que surga se requieren dos circunstancias.

1. *La no resolución de las contradicciones internas.* Igual que descubriríamos que el sustrato imprescindible para esta interpretación es un sentimiento colectivo de culpa, a nivel individual se requiere que el paciente se sienta culpable por alguna de sus acciones pasadas. La enfermedad actualiza esos sentimientos reprimidos y sepultados en el olvido.

2. *La enfermedad presenta ciertos factores de riesgo en relación con hábitos de vida.* La mayoría de las enfermedades terminales, en la actualidad, presentan un componente de “estilo de vida” que puede ser modificado; piénsese en las enfermedades cardiovasculares o en ciertos tipos de cáncer. El caso más representativo es el del SIDA, en relación al cual incluso se utiliza socialmente el término “víctimas inocentes” para señalar a aquellos que han adquirido la enfermedad por transfusión sanguínea, como los hemofílicos y los recién nacidos, distinguiéndose de homosexuales o toxicómanos a los que se les considera responsables de su enfermedad y, de alguna forma, “culpables”.

El proceso se desarrolla a partir de la pregunta “¿por qué a mí?”. En ese momento, el individuo reinterpreta su pasado de forma culpabilizante, exagerando su visión negativa de los acontecimientos. El proceso no finaliza hasta encontrar algo en su vida anterior que justifique la inmensidad del castigo: una enfermedad letal.

Esta visión trae diferentes consecuencias. Sobre el paciente puede conducir a la sensación de que la enfermedad ha sido causada por su conducta anterior, pensamiento habitual en los pacientes con SIDA,¹² y de esta forma, el sufrimiento de la enfermedad se ve exacerbado por la culpa. Sobre la sociedad conduce a una visión poco empática del paciente, a un rechazo por parte de los profesionales de la medicina e incluso al deseo, consciente o subconsciente, de que no se cure y expíe su pecado.

b) Como inmanente a la naturaleza humana y como desarrollo espiritual

Ambas interpretaciones descansan sobre dos elementos.

1. *Balance positivo del pasado.* El individuo debe superar sus contradicciones internas, de manera que un incidente actual, por intenso que sea, no desencadene una interpretación negativa de su pasado.

2. *Sentido de trascendencia.* Se requiere un marco de referencia religioso o humanista, en que el individuo considere que no todo acaba con la muerte. Unos adquieren este sentido de trascendencia por su convicción de que más allá de este mundo les aguarda otra vida. Otros, aunque niegan una existencia ultraterrena, desarrollan otra forma de trascendencia, en el sentido humanista, al considerar el impacto que su vida y sus acciones producirán en todos aquellos que les han conocido y en los que les proseguirán en esta vida. De esta forma, se sienten corresponsables con la humanidad y solidarios en su destino.

Sobre estas bases, la postura que suele adoptarse es la de sublimación, entendiendo el sufrimiento como una forma de expresión de la dignidad humana o como una posibilidad de desarrollo espiritual. Por supuesto, hablamos siempre de sufrimiento inevitable. Aceptar un sufrimiento innecesario, que no viene inexorablemente marcado por el destino, sería una petulancia, una forma de masoquismo. En este sentido, el dolor no nos viene impuesto, ya que es posible apaciguarlo dentro de un amplio límite. Renunciar a narcosis o anestesia local en enfermos terminales no está al alcance de todos y, de hecho, no implica una superioridad moral.

El problema central gira en torno a la actitud con que uno se enfrenta a la enfermedad, al sufrimiento y a la muerte. Lo que importa es cómo se enfrenta el destino cuando ya no se tiene poder para evitarlo. De alguna forma implicaría plantearse que, aunque no podamos esperar ya nada de la vida, la vida todavía espera mucho de nosotros.¹³

c) Como fracaso de la ciencia

Esta última forma de interpretación del sufrimiento requiere también ciertos condicionantes previos. El principal es una filosofía básicamente agnóstica, con pérdida de los referentes morales, donde la búsqueda del placer es el principal objetivo vital.

Suele asociarse a la ausencia de experiencia previa de sufrimiento. En nuestra sociedad actual, de elevado desarrollo tecnológico y abundante protección social, un individuo puede alcanzar la madurez sin haber experimentado enfermedades importantes ni contratiempos personales de gravedad, algo inimaginable en épocas pasadas.

El hombre actual se encuentra doblemente desprotegido ya que, por una parte, no ha sido frustrado por la vida al no haber experimentado

sufrimiento; por otra, cuando al final debe encontrarse con él, no puede enmarcarlo en un referente religioso o humanista. De este modo, el impacto que produce una enfermedad letal suele ser definitivo. Habitualmente, realiza una importante regresión y suele ser incapaz de alcanzar la fase final o de aceptación,¹⁴ caracterizada por la aparición de la ecuanimidad y la dignidad que el ser humano posee de una forma innata.

Conclusión

Debemos asumir que el sufrimiento, como una experiencia consubstancial a la vida humana, fuertemente ligada a la enfermedad, va a ser una constante en el desarrollo de nuestra profesión. El sentido que cada paciente vaya a otorgar a su sufrimiento individual supone una elección personal que vendrá marcada, principalmente, por su formación moral.

La postura del médico nunca será fácil, porque, inevitablemente, en el transcurso de nuestra vida profesional, la exposición al sufrimiento ajeno nos obligará también a dar una respuesta a esta milenaria pregunta. Nuestra misión debe ser estar ahí siempre, empatizando con las circunstancias del paciente,¹⁵ aliviándole y, si es posible, ayudándole a encontrar su respuesta personal al sufrimiento.

Citas bíblicas

ANTIGUO TESTAMENTO

Génesis 3:16-19

16 A la mujer le dijo: (...) con dolor parirás a los hijos. 17 Al hombre le dijo: (...) maldito sea el suelo por tu causa: con fatiga sacarás de él el alimento todos los días de tu vida. (...) 19 con el sudor de tu rostro comerás el pan (...).

Isaías 3:10-11

10 Decid al justo que bien, que el fruto de sus acciones comerá. 11 ¡Ay del malvado! que le irá mal, que el mérito de sus manos se le dará.

Isaías 45:7

7 Yo modelo la luz y creo la tiniebla, yo hago la dicha y creo la desgracia, yo soy Yahveh, el que hago todo esto.

Job 42:10

10 Después Yahveh restauró la situación de Job, al paso que él intercedía en favor de sus amigos: y aumentó Yahveh al doble todos los bienes de Job.

Proverbios 12:21

21 Ninguna desgracia le sucede al justo, pero los malos están llenos de miserias.

NUEVO TESTAMENTO

Juan 9:1-3

1 Vio, al pasar, a un hombre ciego de nacimiento. 2. Y le preguntaron sus discípulos "Rabbi, ¿quién pecó, él o sus padres, para que haya nacido ciego?" 3 Respondió Jesús: "Ni él pecó ni sus padres; es para que se manifiesten en él las obras de Dios".

Pedro 2:19-23

19 Porque bella cosa es tolerar penas, por consideración a Dios, cuando se sufre injustamente. 20 ¿Pues qué gloria hay en soportar los golpes cuando habéis faltado? Pero si obrando el bien soportáis el sufrimiento, esto es cosa bella ante Dios.

Referencias bibliográficas

- ¹ SPAEMANN, R., *El sentido del sufrimiento*, Atlántida 1993; 4 (15):322-332.
- ² KLEINMAN, A., *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*, Berkeley: University of California Press, 1980.
- ³ GRINBERG, L., *Culpa y depresión. Estudio psicoanalítico*, Madrid, Alianza Editorial, 1988.
- ⁴ LAIN ENTRALGO, P., *Historia de la medicina*, Barcelona: Salvat, 1990.
- ⁵ JUNG, C.G., *Answer to Job*, Londres: Hodder & Stoughton, 1964.
- ⁶ RAHULA, W., *Lo que el Buddha enseñó*, Buenos Aires: Kier, 1978.
- ⁷ UNAMUNO, M., *Del sentimiento trágico de la vida*, Barcelona: Bruguera, 1983.
- ⁸ FRANKL, V., *El hombre en busca de sentido*, Barcelona: Herder, 1988.
- ⁹ ILLICH, I., *Nemesi medica*, Milano: Borghese, 1976.
- ¹⁰ CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA. *La eutanasia*. Madrid: Ediciones Paulinas, 1993.
- ¹¹ GOLDMEIER, D., *Psychological aspects of AIDS*, Br J Hosp Med 1987, 3:232-240.
- ¹² GARCIA-CAMPAYO, J., MARTINEZ, A., CAMPOS, R., *El SIDA: nuevo desafío psicosocial de una enfermedad relacionada con el cáncer*. Monografías de Psiquiatría, 1991; 3(1):23-31.
- ¹³ FRANK, V., *Ante el vacío existencial*, Barcelona: Herder, 1983.
- ¹⁴ KUBLER-ROSS, E., *Sobre la muerte y los moribundos*, Barcelona: Grijalbo, 1989.
- ¹⁵ GARCIA-CAMPAYO, J., ASEGUINOLAZA, L., LASA LABACA, G., *Empatía: la quintaesencia del arte de la medicina*, Medicina clínica, en prensa.

Dirección para correspondencia:

J. García-Campayo
Avda. Cesáreo Alierta 47, 2ºB
50.008 ZARAGOZA - ESPAÑA



Figura sedente con rasgos olmecas

Eutanasia, derecho a la vida y derecho penal

*Antonio Tarantino**

Resumen

El artículo se ubica, en el plano de la bioética, como premisa de la política del legislador. El trabajo se desenvuelve en varios momentos, unidos todos por la idea de la salvaguarda del derecho a la vida. Tras precisar el concepto de eutanasia, el autor subraya el fundamento filosófico del derecho a la vida demostrando que, aun respetando la libertad de cada hombre, existe siempre una vinculación entre el orden del principio vital humano y el orden universal como quiera que se le quiera calificar (sacral, panteísta y materialista).

De esta manera, tendría justificación el principio de la inviolabilidad del derecho a la vida, que en la concepción de la creación se vuelve principio de la sacralidad del derecho a la vida. Como consecuencia, el autor observa que el respeto de tales principios lleva a una mayor protección del derecho a la vida, fenómeno que confirma la tendencia ya observada, a nivel nacional e internacional, a poner los valores universales y los derechos humanos como fundamento de la política.

Precisamente tal tendencia lleva al autor, después de examinar la eutanasia a la luz de la Filosofía del Derecho y el Derecho Penal, a solicitar al legislador que prevea penas adecuadas para

* Catedrático de Filosofía Política y Director del centro de Bioética y Derechos Humanos de la Università degli Studi de Lecce.

quien practica la eutanasia, porque si esta es considerada como delito menor o bien si a quien lleva a cabo actos eutanásicos se le puede conceder la gracia (en constancia de juicio), como algún estudioso propuso en los años ochenta, el delito se nulifica y el derecho a la vida no está suficientemente protegido. El artículo concluye lamentando el hecho que en la Constitución italiana el derecho a la libertad política tenga una protección más específica que el derecho a la vida.

Precisión del concepto de eutanasia y su evaluación en la política general del legislador

Cuando se habla de eutanasia se entiende el fin anticipado y no natural de la vida, procurado para evitar sufrimientos a una persona que está en situación de enfermedad irreversible y en fase terminal, o bien para poner término a una existencia que por vejez o por enfermedad es intelectual y socialmente no productiva o incluso vegetativa; se entiende también la eugenesia, y a menudo, la eugenesia neonatal; otras veces se entienden formas diversas de extinción no natural de la vida. Se deriva de ello la necesidad de circunscribir el uso de este término, de manera que a él no corresponda la eugenesia o cualquier otra forma de interrupción violenta de la vida que no entra en la primera articulación del concepto ampliado de eutanasia que acabamos de recordar y que, además, es el concepto originario. Esta no es una observación de poca monta, como podría parecer a primera vista, ni de escasa influencia en la realidad, sino que tiene una gran influencia en la experiencia de la vida cotidiana además de, obviamente, en el ámbito científico. En efecto, una cosa es la teoría y la práctica de la eutanasia como muerte anticipada y no natural de una persona enferma a fin de ahorrarle ulteriores sufrimientos, y otra la teorización de la eutanasia eugénica y de su práctica, entendida como muerte anticipada y no natural de personas portadoras de discapacidad a fin de purificar la raza. Lo acertado de la precisión oportuna del concepto eutanásico se capta en toda su evidencia si se piensa que cuando

Platón en la *República* afirmaba: “así, entre tus ciudadanos, ... el arte judicial y la medicina... curarán a aquellos que estén naturalmente sanos de cuerpo y de alma. En cuanto a aquellos que no lo estén, los médicos dejarán morir a quien está físicamente enfermo, y los jueces harán dar muerte a quienes son de alma naturalmente mala e incurable. Esta es evidentemente la mejor solución, dije, sea para estos desventurados sea para el Estado”,¹ se refería no a la eutanasia sino a la eugenesia. Análogamente, cuando Aristóteles en la *Política* escribía: “en cuanto a la exposición y a la crianza de los bebés, sea de ley no criar a ningún niño deforme, mientras las disposiciones consagradas por la costumbre imponen no exponer a nadie a causa del excesivo número de hijos; se debe no obstante fijar un límite a la procreación y si algunas parejas son fecundas más allá de dicho límite, hay que procurar el aborto, antes de que en el feto se hayan desarrollado la sensibilidad y la vida, porque estas son las que determinan la culpabilidad y la no culpabilidad del acto”,² se refería a la eugenesia y no a la eutanasia. El fenómeno de la eugenesia, como he tenido modo de precisar, encuentra su justificación durante la edad clásica en el hecho que “las exigencias y los derechos de la *polis* tienen el predominio sobre los de los ciudadanos particulares, por lo que también la vida de los individuos tiene sentido sólo si se refiere y si es útil a la vida de la *polis*”.³

En la época precristiana era practicada también la eutanasia terminal, más aún, la *euthanasion*, en su pleno valor etimológico de “dulce muerte”, era practicada con objeto de procurar un fin rápido para evitar que los sufrimientos y el dolor se prolongaran. Junto a la eutanasia terminal, como acabamos de especificar, se practicaba también la interrupción violenta de la vida, personalmente o a manos de otros, cuando se debilitaban las condiciones personales y sociales que daban a la misma dignidad y calidad. Piénsese en este sentido, por ejemplo, en el suicidio de Petronio, el descarado e irónico adúlador de Nerón, que hizo que su médico le cortara las venas durante un banquete,⁴ o en el hecho de que en Marsella “se custodiaba públicamente el *veneno de Estado*, esto es, una determinada pócima de cicuta por medio de la cual estaba permitido darse muerte a quien lo solicitara con motivo”.⁵

En cambio, no se consideraba como acto eutanásico el suicidio o la muerte a manos de otro, determinados por la privación de la libertad política o, en todo caso, por causas de naturaleza política. Así, no se ha

de calificar como acto eutanásico la muerte de Catón por la incapacidad de distinguir entre causas de naturaleza personal y causas de naturaleza política que pueden llevar a la muerte, en el intento de ennoblecer la eutanasia.⁶

La necesidad de aclarar el uso del término eutanasia, especialmente en la actual experiencia histórica, se deriva del hecho que su ámbito —y aquí estoy de acuerdo con Mantovani— “ha experimentado una continua ampliación, que ha acabado por desnaturalizar su significado original. De las tesis originarias de la *muerte natural* convertida en indolora por efecto de sustancias analgésicas que alivian los sufrimientos del moribundo sin provocar o anticipar su muerte, y de la eutanasia pasiva en los casos extremos —en los que se comprueba la impotencia de los cuidados para un paciente incurable; que la muerte es inminente y que la continuación de los cuidados no serviría más que para prolongar sufrimientos inútiles—, se ha pasado a las diversas hipótesis de eutanasia activa: desde la muerte indolora de una persona afectada por una enfermedad incurable, cuando la muerte es inminente, y los medios analgésicos resultan impotentes para atenuar los sufrimientos físicos intolerables; o después, la muerte indolora para atajar los sufrimientos de una enfermedad mortal o incluso sólo incurable, aun no presentándose la muerte a corto plazo; hasta la muerte indolora de seres “monstruosos” (incluso de recién nacidos) o individuos sólo deformes y discapacitados física y mentalmente y, como tales, considerados no idóneos para una vida social integral”.⁷ Son consideraciones que Mantovani ha desarrollado en el ámbito de la *eutanasia individualista* (o llamada “piadosa”), las cuales despiertan una preocupación mayor de lo que pudiera parecer sólo si la última hipótesis (“muerte indolora de seres humanos monstruosos” o incluso... considerados como no idóneos para una vida social integral) se transporta del ámbito de la *eutanasia individualista* al de la *eutanasia colectivista*.⁸ La preocupación es que, si se llegaran a legalizar tales hipótesis, sería muy fuerte la tentación de transportarlas, en su forma legalizada, al ámbito de la eutanasia colectivista. Y no estamos hablando de una preocupación fruto de “fantasías” filosófico-políticas: en el curso de la historia de la humanidad están presentes diversos ejemplos⁹ e incluso no faltan en nuestros días.¹⁰ Es una preocupación que se basa en el fenómeno desarmante (para el progreso de la protección de los derechos) de la subordinación de los derechos humanos a los de los

Estados. Esto vuelve inútil la esperanza de los optimistas quienes, confiando en la política inspirada en el respeto de los primeros derechos humanos entre todos los personales (a la vida, a la libertad y la seguridad de la propia persona), piensan en hacer realidad la ética y la justicia, y creen en un futuro de colaboración y solidaridad social. En realidad, o no logran percibir o minimizan voluntariamente el fenómeno de las violaciones sistemáticas de los derechos humanos cometidas con el fin de reforzar y garantizar los derechos de los Estados, que en parte son la hipostización de los derechos de la diferencia, elevados a derechos primarios, rebajando los derechos de la identidad de primarios a secundarios.¹¹ Se advierte así que los derechos de los Estados prevalecen sobre los de las personas, con el consiguiente envilecimiento de la función del Estado constituido para el hombre y para satisfacer sus exigencias; de tal manera que, en las formas no democráticas que adopta en la experiencia histórica, se torna instrumento peligroso para la salvaguarda de los derechos humanos. La preocupación es que un Estado autoritario, o en todo caso no democrático, transportando la hipótesis de la eutanasia individualista que acabamos de citar al ámbito de la eutanasia colectivista, acabe por legislar teniendo presentes las exigencias propias de su naturaleza, y prevea entre sus normas, por ejemplo, la muerte “dulce” o “indolora”, como se quiera decir, de todas las personas deformes o discapacitadas física o mentalmente, y como tales consideradas no idóneas para una vida socialmente útil.

Sin duda alguna, una legislación hecha de esta manera, que hace prevalecer la protección de los derechos de la diversidad sobre los de la identidad, se contrapondría a la Declaración de los derechos de los discapacitados. Y así es, si el razonamiento se desarrolla en el plano de la vida humana como valor; pero no es así si se desarrolla en el plano de la teoría general de las formas de gobierno. Efectivamente, en este plano, una legislación semejante constituiría una incoherencia de sistema en el ámbito de un ordenamiento democrático, pero no lo sería en el ámbito de un ordenamiento no democrático, que no se inspira en la Declaración universal. En un ordenamiento que prevé la protección de tales derechos primarios de la persona, pero que de hecho se desentiende de ellos continuamente, se daría además una incoherencia sólo sustancial. Es decir, tal legislación es una incoherencia formal y sustancial en la primera de las hipótesis; no constituye incoherencia ni formal ni sustancial

en la segunda hipótesis, y sería una incoherencia sólo sustancial en la tercera hipótesis.

Por esta razón, el problema estribará en salir del ámbito de la teoría general para pasar al de la filosofía, a fin de intentar individualizar puntos comunes de partida entre las diversas hipótesis de protección de los derechos, especialmente en el plano de la “razón práctica”, esto es, de la racionalidad considerada en el contexto de la vida cotidiana, donde parece que es posible encontrar puntos de entendimiento entre los diversos Estados, entre las diversas corrientes filosóficas y, por otra parte, entre las diversas religiones, cuando menos entre las monoteístas. Son puntos de entendimiento que se articulan en torno al derecho a la vida y a la libertad, a cuya protección se debería llegar a través de diversas vías representadas por las diferentes corrientes filosóficas que constituyen el fundamento de la política de los diversos Estados, los cuales, si son considerados en su génesis efectiva —esto es, en cuanto formados por el hombre y para el hombre—, no deberían olvidar nunca que, a pesar de su naturaleza institucional y dotados por eso de derechos propios, su función es la de estar al servicio de los derechos de la persona. Entiendo que un razonamiento semejante resulta a menudo utópico, en el sentido de que en la historia no siempre prevalecen los derechos personales sobre los derechos de los Estados. Aun queriendo ser optimistas, pero con una buena dosis de desconfianza, no se puede desconocer que los Estados se comprometen a reconocer los derechos humanos y se esfuerzan en proponerse como instrumentos de protección de la dignidad de las personas, incluso cuando en el transcurso de la historia no siempre han logrado realizar ese programa. Históricamente se verifica que un determinado Estado en algunos períodos ha protegido tales derechos, mientras que en otros períodos no los protegía. Los motivos de este fenómeno político-constitucional son diversos y no es este el lugar más apropiado para su análisis. De todos modos, creo suficiente un solo ejemplo para demostrar la exactitud del carácter cíclico, o mejor dicho sinuoso, de la protección de los derechos. Me refiero a la vuelta del derecho natural inmediatamente después del segundo conflicto mundial, retorno que llevó a la Declaración Universal de los Derechos del Hombre en 1948.

Con base en las reflexiones que acabamos de exponer, y precisando ulteriormente el razonamiento sobre el problema de la eutanasia, pienso

que se puede sostener que: la certeza de la no transformación de la eutanasia individualista —en sí absolutamente y en cualquier caso no aceptable— en eutanasia colectivista es propia de los períodos de predominio de los derechos del Estado sobre los de la persona.

Sobre el fundamento filosófico de la inviolabilidad del derecho a la vida

Lo que no se debería poner en tela de juicio, en el contexto de nuestras reflexiones —cualquiera que sea la concepción o el momento de la historia de los Estados, considerada en el plano de la filosofía de la historia—, es la existencia y la inviolabilidad del derecho a la vida. Este principio debería valer tanto para quienes consideran como fundamento del derecho a la vida un Ente externo al cosmos y al mundo humano, cuanto para aquellos que consideran como fundamento de tal derecho un principio no material que da vida a la materia, presente *in re ipsa* (en la cosa misma), esto es quienes consideran a la naturaleza como conteniendo en sí al *Logos* animador de la propia realidad, la fuerza que le da vida y orden. Esto debería valer también para aquellos que formulan sus convicciones del cosmos y del mundo humano únicamente sobre el principio materialista, contexto en el que, no obstante, está siempre presente un principio de toda la realidad, un orden de naturaleza material, con un componente mecanicista más o menos presente, del cual derivaría toda forma y toda energía de las cosas del mundo.

En el universo del orden de la creación y del panteísmo, la inviolabilidad del derecho a la vida ha llevado al legislador a considerar la interrupción violenta de la vida, por causas piadosas, como delito grave. Sus consecuencias, además de recaer sobre la persona —muerte del sujeto pasivo del delito— recaen también sobre la sociedad, en el sentido de una perturbación del equilibrio de su eutritmia determinado precisamente por la interrupción violenta de la vida de uno de sus componentes, lo cual está presente también en la hipótesis en que la víctima o sus familiares hayan autorizado la consumación de tal acto. En realidad, en esta hipótesis el consentimiento puede atenuar pero no cancelar la responsabilidad. A las mismas conclusiones ha llegado o debería llegar el legislador que actúa en el contexto cultural del mate-

rialismo, en cuanto que tal cultura, a pesar del declarado ateísmo (trascendente o inmanente) contra las intenciones, “acaba por atribuir a la naturaleza y a la materia características que hacen de ella una especie de divinidad”.¹²

Debemos ahora hacer algunas reflexiones, aunque sean provisionales,¹³ para justificar lo que llevamos dicho, puesto que sobre la lógica rigurosidad de esta justificación se fundamenta la demostración de la inviolabilidad del derecho a la vida.

En la primera hipótesis, considerada en el contexto de las religiones que se basan en el concepto de Dios Creador —el judaísmo, el cristianismo, el islamismo, etcétera—, el consentimiento de la víctima no excluye la naturaleza delictuosa de la interrupción violenta de la vida, en cuanto que esta, al ser don de Dios, sólo Dios puede quitarla. Así, en las *Actas del Concilio Vaticano II* la práctica de la eutanasia es considerada como uno de los atentados “más vergonzosos” contra la dignidad de la vida humana que, “mientras menoscaban la civilización humana, envenenan más a aquellos que así se comportan que a aquellos que los padecen, y lesionan grandemente el honor del Creador”.¹⁴ Este principio, sucesivamente especificado en la *Declaración sobre la eutanasia* de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe (1980), se concreta en la sacralidad de la vida y en la consiguiente inaceptabilidad de su supresión, marco de evaluación donde el concepto de aborto y de eutanasia son decididamente condenados: “nadie puede autorizar dar muerte a un ser humano inocente, sea feto o embrión, niño o adulto, anciano enfermo incurable o agonizante. Nadie, además, puede solicitar este gesto homicida para sí mismo o para otro confiado en su responsabilidad, ni puede acceder a él explícita o implícitamente. Ninguna autoridad puede legítimamente imponerlo ni permitirlo”.¹⁵ La dignidad de la vida humana, en el contexto de ese documento, no es algo que se contempla y se vive dentro de la vida de cada quien, como si fuera el universo de una mónada incomunicable, sino algo que, si por un lado tiende a la perfección de la persona, por el otro tiende a la perfección de la vida de los demás mediante el respeto de su dignidad, precisamente como lo hace la justicia, en el sentido aristotélico de que, “el mismo comportamiento es virtud en cuanto *disposición de sí mismo* (esto es, respecto del sujeto que actúa), mientras es justicia en cuanto se refiere a los demás”: en sustancia, aun cuando virtud y justicia coinciden, “su esencia no es la misma”.¹⁶ Dig-

nidad de la propia vida y dignidad de la vida ajena. El documento que acabamos de recordar llega a afirmar que, “a falta de otros remedios, es lícito recurrir, con el consentimiento del enfermo, a los medios puestos a disposición por la medicina más avanzada, aunque estén todavía en estadio experimental y no exentos de cierto riesgo. Aceptándolos, el enfermo podrá dar también ejemplo de generosidad para el bien de la humanidad, pero —prosigue el documento— es también lícito interrumpir la aplicación de tales medios cuando los resultados desmienten las esperanzas puestas en ellos”.¹⁷

En la segunda hipótesis —cuando el fundamento del derecho a la vida se busca en el panteísmo—, esto es, cuando la génesis y la inviolabilidad de la vida (no la sacralidad) desde su inicio (la concepción) hasta su fin natural (la muerte) es considerada como algo que está *in re ipsa* (en la cosa misma), el razonamiento, en el plano de la protección del derecho a la vida, no cambia mucho. Efectivamente, incluso en esa hipótesis el aborto y la eutanasia son considerados (o, por lo menos, deberían serlo) como actos contrarios a la fuerza productiva y a la razón ordenadora que permean la naturaleza de cada hombre y la del gran cuerpo cósmico.

La inviolabilidad del derecho a la vida, incluso por parte del individuo titular del mismo, persiste incluso en esta segunda hipótesis precisamente por la vinculación existente entre el orden de todo ser y el del *Logos* universal en el cual cada cosa tiene su justificación existencial y su propia razón seminal. Más aún, es la razón seminal inmanente la que justifica la existencialidad individual. Esto es válido tanto en el caso en que el panteísmo asuma la forma acósmica por la cual el alma humana es parte del alma del mundo, entendida como unidad de la que irradian cada uno de los seres (las diversas cosas), como en el caso en que se adopte la forma pancósmica o naturalista, que afirma la naturaleza divina de toda la variedad de las manifestaciones del universo, las cuales se plantean no como algo cuya esencia es irradiada por una racionalidad superior, sino como algo que tiene en sí tal esencia, según su propia autonomía ontológica. En este segundo caso, si el elemento universal es captado en la existencia de la universalidad de la fuerza productiva y de la razón ordenadora que permean a todo el ser, el elemento particular es captado en la especificidad del principio orgánico de cada tipo particular de ser, por el que también aquí subsiste el dualismo, precisamente

entre lo universal y lo particular, sólo que no subsiste entre forma única-universal y seres en particular, sino entre el carácter de la universalidad y el de la particularidad del orden.

Son estos los motivos —es decir, la existencia de un dualismo y la vinculación entre sus elementos— que llevaron al panteísmo griego, incluso en su forma no muy elaborada, por ejemplo Hipócrates, a considerar como inviolable el derecho a la vida.

La inviolabilidad del derecho a la vida en el caso del panteísmo hipocrático, cuyo enfoque filosófico podría ser calificado como empedocliano y anaxagórico, persiste en cuanto que la naturaleza humana se manifiesta mediante su ínsita potencialidad constitutiva, la cual permite al hombre vivir su existencia cíclica al adecuarse a su decurso, en el contexto de una concepción del cosmos y del mundo humano que no tiene nada de trascendente. La vinculación entre naturaleza humana y naturaleza cósmica, en ese universo filosófico, se deduce del hecho que, si tal existencia puede ser perturbada en su decurso por un momento patológico, a veces ese trastorno es superado, independientemente de la intervención y de la explicación racional que pueda llevar a cabo la ciencia médica, por la fuerza productiva y por la razón ordenadora que posee constitutivamente la naturaleza humana. Se trata de una fuerza y de una razón que, si bien escapan a la ciencia, al método de observación, al método de individuación y de orientación de la fenomenicidad sensorial del organismo humano, no se pueden ignorar, sino que además refuerzan la hipótesis de la existencia de la naturaleza del mundo humano no como una naturaleza diferente a la de los seres humanos particulares, sino como su misma naturaleza. Llega así a tener una justificación teórica propia la defensa del derecho a la vida que está presente en el juramento de Hipócrates: “no daré a nadie fármaco mortal alguno aunque me lo pida, ni propondré un consejo semejante; igualmente no daré a las mujeres pesarios para provocar el aborto”.¹⁸

En la tercera hipótesis, la del materialismo, a pesar de su componente mecanicista más o menos presente y el declarado ateísmo trascendente e inmanente que implica, la génesis y la inviolabilidad de la vida encontrarían, o deberían encontrar, su fundamento, y deberían subsistir aun cuando toda forma y toda energía del mundo humano son consideradas como derivadas sólo de la *physis* y del interior de la sociedad. Y esto no sólo porque, en tal hipótesis, a nivel crítico, se “acaba por atribuir a la

naturaleza y a la materia caracteres que hacen de ellas una especie de divinidad”, sino especialmente porque si la naturaleza del orden de las cosas es únicamente la material, con su componente mecanicista más o menos presente, por un sentido de coherencia, se debería dar libre curso a las leyes de la naturaleza material también en el contexto del mundo humano, sin manipularlo según el propio criterio. No se debería, por esto, considerar la posibilidad de practicar el aborto o la eutanasia o cualquier otro acto violatorio del derecho a la vida, que expresara la intervención “autónoma” del hombre en el orden de la naturaleza. De hecho, si se sostiene que el fundamento de la naturaleza humana es sólo la materia, el paso de la fuerza material a la razón humana ordenadora se vuelve contradictorio, en cuanto que esa razón, precisamente por su capacidad ordenadora, se propondría como una intervención “autónoma” del hombre en el orden de la naturaleza, a pesar de que se afirmara la unicidad de la materia como fuente tanto del orden cósmico como del humano.

Los defensores convencidos del materialismo, sea cual fuere el tipo de materialismo que se considere, no deberían por tanto aceptar la intervención “autónoma” de la razón sobre la naturaleza, y por consiguiente deberían defender la inviolabilidad (no la sacralidad) de la vida humana a pesar de su ateísmo declarado. Si se comportan de otra forma, su pensamiento por lo menos no se puede calificar como se le quiere hacer aparecer, esto es, como fundado únicamente en el orden material. A decir verdad, en ese contexto cultural hay muchos estudiosos que no son coherentes con las premisas doctrinales de las que parten, pero de esto me ocuparé en otra ocasión. Un ejemplo, en cambio, de estudioso coherente con las premisas del materialismo (histórico), a pesar de la reciente moda cultural del relativismo filosófico, es ciertamente Giovanni Berlinguer que bien puede ser considerado como un defensor convencido de la inviolabilidad de la vida humana desde su inicio hasta su final. El no tiene empacho alguno en declararse ateo: “en mi orientación no tengo motivación religiosa alguna. Soy no sólo agnóstico sino ateo, en el sentido de que no creo en la existencia divina. Valoro, pues, con base en principios que intento reducir a razones de solidaridad y de convivencia humana”.¹⁹ Después, coherentemente con el orden material de las cosas y con la única fuente relativa, expresando su parecer sobre la posibilidad del aborto y de la eutanasia, se declara en pro del respeto al derecho a la

vida aunque no vincule esa decisión con las consideraciones que acabo de hacer sobre el derecho a la vida en el contexto de una *Weltanschauung* materialista. Así, escribe sobre el aborto: “la fecundación es seguramente la fase inicial y necesaria para la formación de un individuo, con características distintas de cualquier otro y de los padres mismos... Las células que componen el *nódulo embrional* (un grupito de células de las cuales se diferenciará el embrión) no tienen aún un destino específico; son, como se dice, pluripotentes... La fecundación no es por esto condición suficiente. ¿Lo es el anidamiento en el útero? Tiendo a pensar que sí”.²⁰ Y sobre la eutanasia se pronuncia de esta manera: “estoy contra cualquier reconocimiento jurídico de la eutanasia, por las arbitrariedades a que puede dar lugar en el plano práctico, y por las interrogantes morales que suscita en el plano ético... No considero que la eutanasia pueda justificarse ni como piedad ni como práctica”.²¹

Las breves reflexiones que acabo de hacer sobre el fundamento del derecho a la vida en las diversas áreas culturales clásicas indican claramente la diversa naturaleza que estas le reconocen, y especifican cómo en la concepción de la Creación el Creador es el depositario último de la vida humana; en la concepción del panteísmo, el depositario último de la vida humana es el *Logos* universal; en la concepción del materialismo, el depositario último de la vida humana es, o debería ser, el orden materialista del cual se derivaría el mundo humano. Por consiguiente, ni siquiera en esta tercera hipótesis (materialismo), el hombre que se considerara depositario último del derecho a la vida podría disponer de la misma a voluntad, en cuanto que esta, aun siendo autónoma, está vinculada con el orden humano y, por tanto, con el “metahumano” y con su existencia histórica; él es sólo una de las infinitesimales concreciones existenciales de ese orden.

Hay que precisar rápidamente, sin embargo, que la existencia de una vinculación del orden humano con el orden de la Creación (universal, trascendente y eterno) o bien con un orden “metahumano” (universal, inmanente y eterno del tipo del panteísmo o del materialismo) no significa absoluta subordinación del orden vital de cada hombre al orden universal de cualquier tipo que este sea. Tal vinculación, en efecto, repercute de manera absoluta sólo en el nacimiento y en la muerte de cada hombre, no en el modo de organización de su vida. El hombre, para ser depositario de una partícula del orden universal, la cual no es otra

cosa que su principio vital, tiene la libertad de organizar su vida adecuándola o no a los principios generales del orden universal al cual se siente vinculado. De hecho, la libertad del hombre se concreta únicamente en la posibilidad de tal opción; en esencia, otros hombres deciden por él el momento de su nacimiento. Pero, una vez nacido, las leyes propias de su principio vital habrían de ser las que decidieran no su tipo de vida sino más bien el momento de su muerte, si es que escoge adecuarse a los principios del orden universal al cual se siente vinculado. En cambio, si no se adecúa a tales principios puede decidir libremente anticipar o hacer anticipar su propia muerte. Es una posibilidad de elección que él tiene, pero también una responsabilidad respecto del orden universal al cual se siente vinculado y respecto de la especie humana de la que forma parte.²² Es decir, si la libertad es una facultad intrínseca del hombre de hacer o de no hacer algo, implica la verificación de la verdad de la conducta, la compatibilidad de las acciones con el "ambiente" y la relativa valoración ética.²³

Estas consideraciones, evidentemente, no tienen en cuenta el relativismo filosófico y sus motivaciones, hacia el cual se han orientado algunas áreas culturales clásicas; esto es, no tienen en cuenta el insistente relativismo que ha llevado a la negación de los valores humanos fundamentales, reconocidos y consolidados por la sabiduría de los siglos. No he abordado la problemática del relativismo filosófico referida al derecho a la vida no porque no logre o no quiera captar las nuevas instancias que la historia propone sino por tres motivos específicos: a) porque las insistentes propuestas doctrinales de ética sin verdad (cualquiera que sea la naturaleza de la ética compartida), aunque logren, en cierto sentido, hacerse una costumbre cultural, no han logrado traducirse aún en leyes, y mis reflexiones se desarrollan en el contexto del fundamento del derecho a la vida como hoy se presenta en el plano del *jus conditum* y no en el contexto de las propuestas legislativas; b) porque del problema del relativismo filosófico en relación con el derecho a la vida me ocuparé en un artículo de próxima aparición; c) y porque el relativismo filosófico se ha mostrado como un fenómeno cultural en vías de ser superado en cuanto que la conciencia social y política está buscando ahora puntos firmes que el hombre no pueda remover a su antojo, los cuales, dándole seguridad y tranquilidad incluso para el porvenir, le indiquen los límites dentro de los cuales puede y debe legítimamente moverse.

Hacia una mayor protección del derecho a la vida

A pesar del relativismo moral profesado por algunos representantes del materialismo, en general la política del legislador penal para calificar la muerte violenta como algo lícito o ilícito continúa teniendo como criterio la conformación o no del mismo con los principios éticos, objetivos, reconocidos como tales por la inmensa mayoría de la conciencia histórico-social, esto es, se esfuerza en elevar el orden ínsito en la naturaleza del hombre a orden ideal de su conducta. En cambio, al cuantificar la pena que se debe imponer tiene en cuenta también las costumbres y las condiciones sociales, que no siempre tienen como fundamento la naturaleza de las "cosas" humanas. De esta manera, se ha verificado una especie de incoherencia en la conducta del legislador de la época moderna. En el ámbito del programa general de la vida del país, el legislador ha tenido en la mira el fin que se ha de realizar, independientemente del punto de partida que ha asumido y de la licitud de los medios que la realización de tal fin requiere, por lo que a veces ha realizado una política sin ética, un derecho sin moral, incluso cuando se trataba de proteger el derecho a la vida.

La protección del derecho a la vida, considerada en todas sus formas, debería ser vista como un baluarte, como un deber inalienable de la política legislativa, en cuanto que *tempora y mores* (los tiempos y las costumbres) no deberían poner nunca en tela de juicio la inviolabilidad del derecho a la vida. Desafortunadamente, la protección de este derecho corre serio peligro de ceder a causa de la mal entendida concepción de la calidad de la vida, tan propagada por los medios de comunicación. La efectiva responsable de este hecho es la sociedad hedonista y consumista, la cual encuentra una de sus justificaciones en la moral reductiva de orientación benthamiana. No siempre, sin embargo, tales visiones éticas de la vida logran perturbar la concreta actuación de la razón práctica, pues una nueva tendencia, efectivamente, se va poniendo en marcha, aun cuando de ella sólo empiecen a entrecruzarse los primeros avances conceptuales. Se trata del replanteamiento de la política fundada en la ética incluso en el ámbito de esos sectores declaradamente ateos, que hasta hace unos años (como fundamento de la política del legislador) alcanzaban a ver sólo su interés ideológico. Recuerdo entre todos el caso de Gorbachov, quien expresando un juicio sobre las causas de las crisis que amenazan al mundo, decía: "el síntoma más grave de nuestro tiempo es

la *degradación moral* de la personalidad, que ha asumido proporciones trágicas. Se pierden los valores espirituales fundamentales sin los cuales es esencialmente imposible llevar una vida normal, una vida que responda a las exigencias de la naturaleza humana”.²⁴ Y refiriéndose al golpe de Estado “blanco” dado por Yeltsin (no sé hasta qué punto blanco), escribía: “la política sin contenidos morales conduce a la larga a monstruosidades tales que perjudican no sólo a quien la padece, sino también a quien la proyecta”,²⁵ tendencia que se va afirmando también en la sociedad considerada como la cuna del consumismo, los Estados Unidos. Esto hace pensar en un redimensionamiento de todas las iniciativas y las propuestas a favor de la vida de calidad. En esta nueva sensibilidad ética, tanto la eutanasia como el aborto deberían encontrar cada vez menos espacio, es decir, debería haber un consenso menor a favor de la práctica de la eutanasia. La tendencia del hombre convencido del materialismo ético, plenamente capaz de entender y de querer, tendría una menor convicción de inclinarse a solicitar que se le practicara la eutanasia cuando no tuviere ya una vida de calidad. Así, la tendencia a hacer testamentos de vida (*Living Will*) iría declinando y sólo los santos, los sabios y los héroes volverían a estar dispuestos al sacrificio total de su propia vida, con tal de obtener el respeto absoluto de la virtud, que implica la absoluta prevalencia de la razón teórica sobre la razón práctica. Considerada en el contexto de esta nueva tendencia, la muy reciente ley holandesa sobre la eutanasia se considera como el resultado socio-legislativo de la tendencia social precedente, más favorable a la eutanasia, ya socialmente superada; y la recomendación del Parlamento Europeo sobre el matrimonio de los *gay* como el acto de una clase política que, so pretexto de respetar los derechos de las minorías y/o de la diversidad (¿son derechos o pseudoderechos?),²⁶ acaba por doblegar a los mismos institutos que la sabiduría de los siglos ha construido por las instituciones fundadas en la naturaleza, debido a las cuales se instaura una insana discrasia entre esa clase política y la casi totalidad de la conducta social, fundada precisamente en la naturaleza.

La eutanasia entre Filosofía del Derecho y Derecho Penal

Estas son las motivaciones filosóficas que han inducido a la doctrina para calificar a la eutanasia activa, sea consensual o no consensual, como

acto ilícito, y son las que autorizan a calificar como ilícita también a la eutanasia pasiva no consensual, mientras han llevado a justificar la eutanasia pasiva consensual, mejor dicho, a calificarla como lícita. Esta esquematización de la relación eutanasia-Derecho Penal generalmente encuentra correspondencia en los ordenamientos jurídicos, sin embargo, no es tan pacífica como parece a primera vista. No lo es porque el modo en que el problema de la eutanasia se articula en la práctica no es tan fácil de delinear como podría parecer por la esquematización-calificación que acabamos de hacer. Para dar una idea de la compleja articulación de este problema me referiré específicamente a lo que sobre el tema han escrito Mantovani, en el ámbito del Derecho Penal²⁷ y D'Agostino en el ámbito más concreto de la Filosofía del Derecho.²⁸ Mantovani, precisamente respecto de la disciplina que profesa, simplifica la casuística eutanásica construyendo la misma sobre normas del ordenamiento jurídico que directa o indirectamente la prevén. Se deriva de ello un cuadro que va de lo general hacia lo particular: eutanasia, eutanasia individual y eutanasia colectiva, eutanasia activa y eutanasia pasiva, eutanasia activa consensual y eutanasia activa no consensual, eutanasia pasiva consensual y eutanasia pasiva no consensual. En el plano de la licitud o ilicitud de los actos eutanásicos, teniendo como punto de partida el principio de la naturaleza personal del derecho a la vida y el de su protección, comprendiendo la atribución de la disponibilidad del propio cuerpo dentro de los límites que le garantizan la fisiologíad de la vida, el cuadro que de ello se deriva es el siguiente: es ilícita cualquier forma de eutanasia activa, como lo es también la eutanasia pasiva no consensual, en cambio, se considera lícita tanto la forma de eutanasia pasiva consensual como el rechazo del ensañamiento terapéutico.

Análogamente, D'Agostino considera lícita la eutanasia pasiva consensual y el rechazo del ensañamiento terapéutico, e ilícitas todas las demás formas de eutanasia. Es evidente que también D'Agostino, a pesar de que haga sus reflexiones en el ámbito de la Filosofía del Derecho, se mueve teniendo en cuenta las normas del Derecho Penal, aun cuando como buen filósofo del Derecho, amplía la gama de las formas eutanásicas hasta tener presente el caso específico de la eutanasia lenitiva o indirecta, causada por la administración de fármacos destinados a aliviar los sufrimientos, y de la eutanasia eugénica. Además considera como eutanasia propiamente sólo la activa en el paciente que consiente,

mientras a todas las demás formas las considera como hipótesis de eutanasia impropia.

Estoy de acuerdo en líneas generales con el enfoque de D'Agostino, aunque no lo acepte totalmente. Las dificultades de la aceptación total se derivan del hecho que, a nivel de teoría de la calificación jurídica, mi posición está más cerca del institucionalismo que del relacionismo, posición que en el plano filosófico me inclina a considerar como existentes, *primeramente* a las personas en particular, con la organización armónica de sus facultades —como armónica unidad de alma y cuerpo—, y *luego* las relaciones entre las personas, las relaciones interpersonales mediante las cuales los “constitutivos” de cada uno se hacen extrínsecos, por lo que cada individuo tiene la efectiva posibilidad de realizarse. Las consecuencias de este punto de vista doctrinal se reflejan obviamente en el plano de la calificación de las diversas articulaciones eutanásicas. Dando por conocido el problema, me limito a recordar que una mayor exigencia de correspondencia entre orden intrínseco natural y orden ideal es doctrinalmente una posición más cercana al institucionalismo. En cambio, una mayor libertad interpretativa del orden intrínseco, y por tanto una menor exigencia de tal correspondencia, está más cercana al relacionismo.

Veamos ahora cuáles son las consecuencias de este enfoque en el plano de la punibilidad de las acciones que concretan las diversas articulaciones del problema de la eutanasia. A la eutanasia activa no consensual, individualista, hay que calificarla como homicidio voluntario, tanto si entra en la realización de un programa político-social como si es solicitada por motivos piadosos que reflejan la situación del enfermo, es decir, tanto si es colectivista como individualista-piadosa. En esta hipótesis, la eutanasia es un acto ilícito en cuanto que se concreta en un acto violento, mortal, sobre el sujeto pasivo, el cual es despojado de la titularidad del derecho a la vida, y otros deciden, en su lugar, si debe continuar viviendo o si, en cambio, debe morir de inmediato. Es la forma más grave de eutanasia y acertadamente se la considera como forma de eutanasia impropia. Al sujeto activo de la misma hay que aplicarle una pena ejemplar tanto por el grave hecho en sí como por el peligro de que, al imponer una pena leve, se pueda calificar a ese acto como un delito menor. Es necesario evitar que prefigure una forma de impunidad —a la que se llegaría con la concesión de atenuantes o recurriendo al pacto

(por lo menos según los códigos penales italianos)— que tendría como consecuencia un incremento vertiginoso de los homicidios por piedad o, más bien, de hacer pasar por homicidio piadoso lo que puede ser a todos los efectos un homicidio voluntario. En tal caso, el hombre titular de una armonía vital-fisiológica digna de ser vivida ve que, desde el exterior, alguien decide acerca de la continuación de su vida. Si se trata de eutanasia activa no consensual colectivista, en cambio, como la practicada por Hitler de 1939 a 1941, “en aras del principio de la supresión de existencias carentes de valor vital (*Vernichtung lebensunwerten Lebens*)”,²⁹ el problema se vuelve político-jurídico, es decir, se trataría de eugenesia políticamente programada más que de eutanasia, por lo que no debería ser la magistratura la que se interesara en ella, sino el poder legislativo. La magistratura, en cualquier caso, debe ser respetuosa de las normas del ordenamiento jurídico y nunca puede erigirse en juez de los actos llevados a cabo en conformidad con este.

La eutanasia activa consensual, forma propia de eutanasia, es una hipótesis en la cual se puede adivinar la forma individualista-piadosa; es aquella que más problemas jurídicos plantea en cuanto que puede referirse a toda la problemática del consentimiento de la víctima. Ese consentimiento, si bien no elimina la ilicitud de la acción delictuosa (supresión de una vida), justifica la atenuación de la pena relativa, por lo que, en el plano del derecho positivo en todos los Estados, generalmente es castigada con penas inferiores a las previstas para la eutanasia activa no consensual.

Su calificación como delito en los códigos penales de la mayoría de los Estados no excluye la presencia, en las relativas sociedades nacionales, de doctrinas filosóficas que la justifican, aun cuando no constituyan el sentir común de la conciencia social. Por esto, se puede decir que, aun estando presente en algunas sociedades nacionales un orden ideal no derivado directamente del orden ínsito en la naturaleza humana, sino fruto de la cultura y de la costumbre, el sentido de la defensa de la vida toca tan de cerca a cada hombre que no hay prácticamente pueblo alguno que se haya pronunciado a favor de la eutanasia, y tampoco la clase política se ha pronunciado favorablemente, a excepción de la holandesa.³⁰

Esta hipótesis eutanásica requiere particular atención en cuanto que no cabe duda de que sobre la presunta inutilidad de continuar viviendo una vida sin calidad tienen gran peso factores ajenos a la voluntad del

enfermo, por lo que el privilegio atribuido al aspecto intersubjetivo de la vida no ayuda al enfermo a hacer una opción en orden total con su propio destino existencial.

La eutanasia pasiva, sea o no consensual, se puede reducir claramente a los principios jurídicos que operan en materia de conducta omisiva, y es calificable como forma eutanásica impropia. En la hipótesis de eutanasia pasiva no consensual lo que constituye el objeto de análisis es la conducta del médico y/o de quien tiene a su cuidado a la persona enferma. No creo, a este propósito, que sea el caso reiterar la existencia de la obligación deontológica y jurídica de prestar los cuidados aun en el caso de enfermedad irreversible, cuya falta de prestación se califica como delito. Lo que hay que repetir, en cambio, es que los derechos son personales, aun cuando su violación puede comportar una mayor o menor incidencia en la eutimia social, por lo que, teniendo cada persona la titularidad del derecho a la vida, el médico no puede decidir ni por iniciativa propia ni por iniciativa de los familiares el no prestar ya los cuidados o abandonar al enfermo a sí mismo. El médico, en cambio, tiene el deber de prolongar la vida lo más posible, siempre que la misma, aun con sufrimientos, sea vivida con dignidad y alejar lo más posible la muerte. En defensa de la conducta omisiva del médico no puede aducirse la concepción socio-económica de la vida, es decir, la inutilidad de una vida no productiva, en cuanto que si la vida es referida al principio costos/beneficios ciertamente se está proponiendo una concepción reductiva de la misma, es decir, el problema es de enfoque. La vida de la persona humana debe ser considerada integralmente, esto es, como portadora tanto de los derechos de la espiritualidad como de la corporeidad considerados, obviamente, en su valor natural y en su natural relación. Esto significa que si sólo se han de ejercer los derechos de la espiritualidad, a causa de la situación patológica de la dimensión corporal del hombre, se debe continuar hablando de dignidad de la persona humana. Esta tiene igual dignidad moral en la persona de edad avanzada capaz de entender y de querer; en el anciano incapaz o parcialmente capaz; en el infante; en quien se encuentra en una situación patológica reversible o irreversible; en el recién nacido como en el anciano con cien años de edad. Lo que puede cambiar es la posibilidad de ejercer los derechos, para la cual se requiere una situación particular: la continuidad de absoluta capacidad, es decir, esta no debe estar condicionada por factores dependientes de la

edad, de la salud mental o física ni de otras condiciones sociales que pueden inducir al sujeto a ejercer sus derechos de forma diferente a como los ejercería en situaciones absolutamente normales. Entiendo que de esta manera se limita el ejercicio de los derechos de una persona en particular, en cuanto que —según la hipótesis que he presentado— un enfermo terminal no puede disponer de su propio derecho a la vida, pero considerando lo mismo desde el punto de vista de su protección, además del de su titularidad, me parece que hay que reiterar el deber de la sociedad de reconocer los derechos de los individuos en particular, y también de protegerlos de actos lesivos que su mismo titular puede llevar a cabo contra sí mismo en un momento de desaliento.

En la hipótesis de la eutanasia pasiva no consensual la omisión de cuidados por parte de quien tenga la obligación de prestarlos, factor que acarrea la anticipación de la muerte, se mantiene la validez de la máxima *voluntas aegroti suprema lex* (la voluntad del enfermo es la ley suprema), por la que nos preocupa afirmar no la impunidad de quien se deja morir, sino de quien, con el consentimiento del paciente, no presta ya los cuidados que, por su deber profesional y jurídico, debería prestar. Personalmente estoy convencido de que la eutanasia pasiva consensual es ilícita, y sostengo esto porque estoy convencido del principio ciceroniano relativo al deber de proteger al mentalmente débil de los actos insanos que puede llevar a cabo, deber que se inscribe, en la problemática contemplada en el *De Officiis*, en el contexto de la conducta que el *cives*, el ciudadano, debe llevar.³¹ No me convence, en cambio, la fundamentación de la máxima que acabo de recordar (*voluntas aegroti suprema lex*) si la misma se refiere a la voluntad de disponer del derecho a la vida. Tal máxima habría de referirse más bien a la voluntad de disponer de los propios bienes, es decir, tendría su campo de aplicación más en las sucesiones testamentarias.³² Si es referida al ámbito de los derechos estrictamente personales (derecho a la vida y derecho a la libertad) se menoscaba cualquier vinculación del orden ínsito en la vida del individuo con el orden universal trascendente o inmanente, cualquier que sea la naturaleza que a este último se quiera atribuir. Comprendo que hablando así tomo posición contra el racionalismo científico, contra el naturalismo materialista, contra la concepción que ve en el hombre al último depositario del bien y del mal, pero las reflexiones que he venido haciendo no me permiten negar la existencia de una vinculación del orden vital

humano con el orden “metahumano”, como quiera que se califique. Deriva de ello que la sociedad —respecto del enfermo grave que consiente en la eutanasia pasiva, y que, dada su condición patológica, no tiene la serena capacidad de entender y de querer— tiene el deber de continuar cuidándolo, por lo que el médico que no siga prestando sus servicios a quien no quiere ya ser atendido tiene la responsabilidad, a mi parecer, de omitir el auxilio en el plano jurídico y falta a sus deberes deontológicos. Soy consciente de la objeción que se me puede poner: muchos me recordarán la naturaleza personal del derecho a la vida, pero esa naturaleza, entendida como armónica organización del principio vital humano, no debe ser considerada en sí misma, sino que está ligada al orden universal “metahumano”, como se le quiera entender, y debe ser relacionada con el deber de la sociedad de hacer ejercer libremente los derechos personales (a la vida y a la libertad) a sus titulares sólo si los mismos tienen plena capacidad y no están condicionados en algún sentido. Si no son plenamente capaces, en cambio, la sociedad tiene la obligación de vigilar a fin de que tales derechos se ejerzan en el respeto de su adecuación al orden humano y al “metahumano”. Se puede considerar, por esto, penalmente responsable a quien no presta los cuidados a solicitud, en tal sentido de una persona que mentalmente no está tranquila debido a la enfermedad que la aflige.

Por el contrario, no se puede hablar de eutanasia pasiva no consensual, ni haber responsabilidad penal cuando, a pesar de recurrir a las técnicas más avanzadas de prolongación de la vida, se tenga la certeza de la muerte clínica de la persona. En esa hipótesis no se tiene nunca el deber de seguir atendiendo al enfermo en cuanto que el prestar cuidados sofisticados, desproporcionados a los resultados previsibles, concretaría el ensañamiento terapéutico.

De la suspensión del ensañamiento terapéutico se ha dicho que es una forma impropia de eutanasia pasiva no consensual,³³ pues consiste en la suspensión de la prestación de cuidados, aunque sean sofisticados y desproporcionados a los resultados previsibles. Se habla, en ese caso, de eutanasia impropia, pasiva y no consensual porque, si se insiste en la prestación de cuidados a una persona condenada a no tener ya posibilidad alguna de recuperación de la conciencia, no se está haciendo otra cosa que contribuir a prolongar una agonía que priva de toda dignidad a la vida de la persona considerada en el momento de su muerte. En tal caso

no se puede hablar de responsabilidad penal, ya que el rehusarse al ensañamiento terapéutico no comporta ni un debilitamiento del principio vital humano ni prejuzga la recuperación de la conciencia del enfermo terminal, al comprobarse que esta no es reversible definitivamente. En una palabra, el ensañamiento terapéutico, aunque no implicara responsabilidades penales, podría calificarse como antijurídico en el sentido de que impide morir en el tiempo previsto por la naturaleza, lesionando el derecho a morir con dignidad y sin posibles e inútiles sufrimientos.

Cierta perplejidad suscita también la forma impropia de eutanasia calificada como eutanasia lenitiva o indirecta, perplejidad que deriva de recurrir a la relación costo-riesgo en la administración de medicamentos y al uso que de tal relación puede hacer el médico con el consentimiento del enfermo, o bien, el médico sin este en los casos en que se administren medicamentos para aliviar los dolores, de otro modo intolerables, de los enfermos terminales.³⁴ Sin hipótesis en las que quien es ajeno a la titularidad del derecho de una vida decide sobre ella de una manera más o menos determinante, la eutanasia lenitiva es calificable como forma compleja en cuanto que: *a)* la “ayuda farmacológica a morir” puede ser comunicada y aceptada por un paciente consciente; *b)* puede darse al paciente consciente sin haberle informado de ello, o bien incluso *c)* puede darse a un paciente ya inconsciente. Soy del parecer que, incluso cuando se trata de una forma eutanásica estrictamente lenitiva, y no de una ayuda farmacológica “a morir”, esta se configura como acto ilícito, ya que, aunque no busque la muerte del paciente, utiliza de manera no adecuada el principio beneficios-riesgos al administrar los medicamentos (en el sentido de que —mirando más la intensidad del dolor que la naturaleza del mal— acaba por producir efectos fuertemente debilitantes en la estructura de los órganos de la persona). Además, si recordamos la posibilidad de recurrir a la científicamente comprobada y clínicamente practicada terapia del dolor, se deduce también lo inoportuno de recurrir a esa forma de eutanasia.

Por otra parte, no señalaría entre las formas eutanásicas —en el ámbito de la eutanasia propia— la eugenesia neonatal, conocida a menudo como “eutanasia eugenésica”, por haber determinado circunscribir el campo de investigación, considerando como eutanasia la muerte provocada con una acción u omisión con la sola finalidad de abreviar los tormentos a los que se ve sometido un enfermo terminal irreversible. A

esto hay que agregar que la “eutanasia eugenésica” no puede ser calificada como eutanasia en cuanto que la misma tiende a satisfacer una exigencia no de naturaleza personal, sino colectiva. Aquí habría que hablar de eugenesia que viola la paridad ontológica entre los hombres y que, en esencia, declara prevaleciente el ejercicio de los derechos de la corporeidad sobre el ejercicio de los derechos de la espiritualidad, olvidando que a la identidad del hombre la constituye no tanto su aspecto físico cuanto su fuerza espiritual. Esto último lo enseña ampliamente la leyenda ateniense sobre Tirteo.³⁵ Aceptar la “eutanasia eugenésica” es sumamente peligroso ya que si se justificara esa aceptación, con la motivación de que se está ante una vida “genéticamente tarada”, sin calidad, se podría llegar a justificar luego la eutanasia de un adulto carente de cualidades corporales, como puede ser un portador de discapacidades físicas. Entiendo que la “eutanasia eugenésica” no es algo nuevo: sé que Platón y Aristóteles, en plena sintonía con Licurgo, para el cual a los hijos no hay que referirlos a los padres sino a la sociedad, sostenían la justificación de la exposición de los nacidos deformes y el abandono a la propia muerte de los físicamente no sanos, no autosuficientes, pero, repito, conozco también la leyenda de Tirteo.

Hablando de la problemática inserta en la relación eutanasia-Derecho Penal, no he hecho referencia a este o aquel derecho penal, no he referido esta o aquella forma eutanásica, a este o aquel artículo de tal o cual código penal, sino que me he referido al sentido común de entender las normas del Derecho Penal, es decir, al Derecho Penal positivo generalmente representado en el articulado de los códigos; no me he referido al Derecho Penal natural, sino al Derecho Penal presente en la conciencia común de los pueblos, como surge de la naturaleza de la realidad personal y de la realidad social y no de la voluntad de este o aquel legislador. Es el enfoque sugerido por el orden ínsito en la naturaleza humana el que me lleva a hacer este tipo de reflexiones, esto es, a considerar que el Derecho, antes que protección de la relación entre personas, es protección de la armónica organización de sus facultades, de sus “constituyentes”. Por esto se debe reconocer que antes que las infinitas relaciones que se pueden establecer entre los derechos de las diversas personas existen las personas individuales con sus derechos. Estas reflexiones surgen de la misma naturaleza de las cosas, y suponen un tipo de derecho no caracterizado por el privilegio de los preceptos y de las normas que hay

que respetar en el tejido social, sino caracterizado por el privilegio del orden ínsito en las “cosas” personales y sociales. Es un orden que implica un conjunto de normas rigurosamente organizadas a fin de garantizar la protección del derecho a la vida y de la libertad, considerados en su momento existencial antes aún que en el de su ejercicio.

Estoy consciente de que este tipo de enfoque me ha llevado a hacer tales reflexiones teniendo como punto de partida el derecho a la vida y no el derecho a la libertad. Mejor dicho, teniendo como punto de partida antes el derecho a la vida y luego el derecho a la libertad y a la seguridad y a la dignidad de la persona. Sé también que un enfoque semejante no está en sintonía con la filosofía moderna, y muy en especial con la contemporánea. Reconozco que, por influencia de E. Kant y de la Revolución Francesa, buena parte de la doctrina y muchas constituciones, incluida la italiana, han mostrado privilegiar el derecho a la libertad, dando por descontado el derecho a la vida, argumentando incluso que se puede hablar de libertad en cuanto que antes está la vida. Pero no hay que olvidar que a menudo lo que es natural y obvio; lo que es dado por descontado y no se le pone cuidado, acaba por ser degradado a categoría subalterna aun siendo propedéutico. Tan es verdad que, insistentemente y cada vez desde más partes, sobre la vida se prefiere la vida de calidad; mejor dicho, se sostiene que la vida, si no es de calidad, debe ser calificada como indigna de ser vivida. Pero de esa manera el derecho a la vida, en vez de ser un dato cuya inviolabilidad se da por descontado, es un dato vulnerable.

El haber escogido el derecho a la vida como punto de partida de las reflexiones hechas en este trabajo me parece que ha sido oportuno no sólo porque se inscribe en el ámbito de la bioética, y porque esta ciencia tiene como punto de partida precisamente el derecho a la vida, sino también porque las doctrinas y las constituciones que privilegian el derecho a la libertad, dando por descontado la inviolabilidad del derecho a la vida, se resienten tal vez en demasía el enfoque liberal-demócrata, considerado tanto en el ámbito de la vida personal como en el de la vida socio-política. Esta concepción, a mi parecer, tuvo su punto álgido hasta la Segunda Guerra Mundial. Sucesivamente, con el proceso de Nüremberg, con el retorno al derecho natural como derecho a la existencia y a la libertad en el respeto de la dignidad natural de la persona, se hizo la propuesta filosófico-política de una vida personal y social que tiene

como punto de partida el privilegio del derecho a la vida y a la libertad aun en el contexto de las instituciones liberal-democráticas. Las diversas discusiones doctrinales sobre la manera de entender la vida que debe ser protegida, esto es, como vida naturalmente entendida o como vida de calidad, no son otra cosa que el efecto de dos diferentes maneras de entender la relación vida-libertad, la relación entre los elementos “constitutivos” esenciales de la persona: el reconocimiento de una igual dignidad de los dos términos de esa relación, necesaria para que se dé la figura del ser llamado hombre, o bien un mayor reconocimiento de la libertad en detrimento de la vida. Personalmente creo que no es casualidad que el artículo tercero de la Declaración Universal de los Derechos Humanos rece: “todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de la propia persona”, replanteando la referencia explícita al derecho a la vida, de diferente manera a como lo hizo la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano cuando, en el artículo 2, se lee: “la finalidad de toda asociación política es la conservación de los derechos naturales e imprescriptibles del hombre. Estos derechos son la libertad, la propiedad, la seguridad y la resistencia a la opresión”.

La eutanasia no puede considerarse un delito menor

Los motivos de piedad, como decíamos antes, no pueden entrar en el ámbito de la eutanasia colectivista en cuanto que la misma, considerada por motivos de utilidad público-colectiva, no consensual, no es practicada *por piedad*, sino por otras causas: para mejorar la raza (eutanasia eugénica); por motivos económicos, esto es, por la pasividad que algunas personas representan en el contexto de la relación costos-beneficios (eutanasia económica); para defender a la sociedad de sujetos socialmente peligrosos (eutanasia criminal); para el progreso médico-científico (eutanasia experimental); para la defensa social de enfermedades epidémicas (eutanasia profiláctica); para la defensa o la salud de otros sujetos (eutanasia solidaria), etcétera. En cambio, encuentran espacio en la hipótesis de eutanasia individualista, y nunca pueden eliminar el carácter antijurídico de un acto; pueden, en el caso límite, interesar la concesión de una atenuante, pero no la calificación jurídica de la acción eutanásica como no delictuosa o bien como acto no punible. Por ejem-

plo, se podría hacerla entrar en la apreciación que el juez lleva a cabo de la situación de hecho, cuando reflexiona sobre la oportunidad de conceder la atenuante de un motivo de particular valor moral y social pero, repito, no pueden ser elevados ni siquiera a elemento de una específica figura de circunstancia atenuante.

Si los actos eutanásicos no pueden ser objeto de reglamentación alguna que los justifique en el ámbito de las atenuantes,³⁶ consecuentemente no se debería pensar en la previsión de un caso específico normativo que considere como homicidio menor el consumado por motivos de piedad.³⁷ Entiendo que la doctrina y/o el legislador pueden ser solicitados en ese sentido por la hipótesis de delito, como aparece en el Código Penal (CP) italiano, del infanticidio en condiciones de abandono material y moral (578 CP), que comparado con las otras figuras de homicidio voluntario recibe una pena muy reducida,³⁸ pero una hipótesis de delito semejante hoy, época en la que las legislaciones están comprometidas a aplicar la Declaración Universal de los Derechos en todas sus especificaciones, a excepción desafortunadamente de los que van a nacer, hay que verla como un requerimiento de autorización legal a atentar contra la vida de seres inocentes e indefensos.³⁹ Por esto es considerada como una incoherencia en el marco de los ordenamientos jurídicos que se han comprometido a respetar en la Declaración Universal.

Si el legislador tuviera que prever una hipótesis de delito menor para la eutanasia individualista (piadosa), debería hacer propio el principio de la gradualidad especificada del delito de homicidio voluntario, y debería relacionar tales especificaciones con las fases de la vida del hombre, es decir, debería prefigurar tantas hipótesis de homicidio voluntario cuantas son las fases y situaciones (fisiológicas y patológicas) de la vida del hombre. La vida humana es única y siempre inviolable, en cada una de sus fases tiene valores y límites, por lo que su dignidad debe ser protegida de igual manera en cualquier período de su existencia natural.

Lo peligroso de la hipótesis de calificar la eutanasia individualista como delito menor o como susceptible del beneficio de una atenuante específica se advierte en su totalidad cuando se piensa en las dificultades de controlar la conciencia del médico que diagnostica el grado y el tipo de patología que debería permitir la muerte piadosa. De manera explícita, la preocupación es que muchas patologías reversibles, de buena o mala

fe, puedan ser calificadas como irreversibles. De esta manera, la certeza de la protección del derecho a la vida no tendría ya garantía alguna y vendría a constituirse la fatal posibilidad, para la clase médica, de situarse como dueña de la vida y de la muerte.

Eutanasia y gracia

Un aspecto interesante del problema de la eutanasia lo constituye la oportunidad o no de recurrir a la institución de la gracia para resolver las implicaciones jurídicas que comportan los actos eutanásicos.⁴⁰ Es un recurso que no me convence, sino que me incita más bien a pensar que, por una parte, es la clara indicación de la inadecuación de la legislación penal para resolver el problema jurídico de la eutanasia piadosa y, por otro lado, el intento de dar una respuesta comprensiva, casi de justificación, de aquellos casos de eutanasia piadosa que la realidad presenta. No me convence ni en el plano social ni en el jurídico. En el primero, porque la posibilidad de recurrir a tal institución, considerado el envilecimiento de la tradicional rigurosidad moral que la conciencia individual y social ha tenido en nuestra época, época de consumismo y hedonismo, inevitablemente llevaría a recurrir ilimitadamente a la práctica de actos eugenésicos; y no me convence en el plano jurídico porque así se desnaturizaría la institución de la gracia, acabando por atribuirle naturaleza y función diversas de aquellas por las que surgió y que desde siempre ha tenido. Un uso diferente de las finalidades por las cuales surgió llevaría a la institución de la gracia a una incoherencia lógica interna, en el sentido de que la causa de la ideación y de la ejecución de la supresión de la vida de una persona sería también la causa de concesión de la gracia. Así, el motivo del homicidio piadoso sería vinculado con la causa de la concesión de la gracia, y la concesión de la misma no estaría limitada a la verificación de una nueva situación después de la sentencia definitiva de condena y en el curso de la expiación de la pena. Y no creo tampoco que el recurso a la institución de la gracia pueda justificarse por la conexión que en la doctrina algunas veces se hace entre gracia y equidad.⁴¹ Puedo estar de acuerdo en que tal conexión se pueda entrever, pero a condición de que la particularidad del caso que solicita el recurso a la equidad se busque en el hecho que la continuación de la expiación

de la pena no corresponda, por ulteriores motivos, a la protección de ese bien social que es el fin último por el cual el Estado castiga al culpable. Si en cambio se pretende ubicar la particularidad del caso en la ausencia de *animus delinquendi* (el ánimo de delinquir), si la piedad como motivo del suicidio eutanásico basta para no calificarlo como delito, pienso que sería más justo declarar al imputado no culpable en la fase de comprobación de la responsabilidad y no, en cambio, condenarlo para concederle inmediatamente después la gracia. Pero incluso esta solución resulta inaceptable en cuanto que, haciendo entrar al motivo de la piedad entre las causas de exclusión de la antijuricidad, en esencia se hace de la eutanasia un hecho legal aunque no sea lícito desde la perspectiva ética. Me declaro, por esto, en desacuerdo con los que consideran el recurso a la gracia, considerada en su conexión con la equidad, como el remedio transitorio más indicado para resolver los problemas jurídicos de la eutanasia a la espera de la modificación de la normativa penal que discipline de otra manera la consumación de actos eutanásicos. Tampoco puedo estar de acuerdo con quienes quieren incluir el motivo de la piedad entre las causas de exclusión de la antijuricidad a fin de impedir que respecto de los autores de los actos eutanásicos se formule un juicio de culpabilidad, incluso porque tal impedimento, a su vez, requiere que la conciencia social acepte la prohibición de formular ese juicio aun estando comprometida, por otro lado, en la protección de los derechos humanos y especialmente de los seres humanos más débiles, como son los discapacitados. Estaríamos ante una clara aporía. Se puede sostener que comprometerse a reconocer en cada individuo el derecho de morir,⁴² a pesar de la tendencia social contraria, no significaría otra cosa que privatizar el derecho a la vida, es decir, considerarlo como un derecho real de la antigua tradición romana, y no un derecho personal vinculado con el orden "metahumano".

Me doy cuenta de que el problema de la calificación jurídica de la eutanasia no es tan simple como puede parecer por las consideraciones que he venido haciendo. Me doy cuenta principalmente de que la calificación de los actos eutanásicos debe relacionarse con el tipo de moral y de ética que una concepción jurídica considera como fundamento. Pero no puedo dejar de recordar que el derecho a la vida y el derecho a la libertad, en las constituciones de los países que se consideran civilizados, no deberían ser declarados únicamente inviolables; deberían ser

adecuadamente protegidos y en especial no deberían constituir materia de un *referendum*. La vida y la libertad no pueden constituirse en objeto de conflicto entre dos facciones (en pro o en contra del aborto, en pro o en contra de la eutanasia, etcétera). Si la inviolabilidad de un derecho debe ser decidida por *referendum* o con una votación, puede vencer una facción o la otra y el carácter de inviolabilidad de tales derechos desaparece, por lo que la vida y la libertad acaban por ser rebajadas a derechos personales no esenciales. Estos derechos, en cambio, son los constitutivos esenciales del orden de la naturaleza humana; su presencia es requerida al mismo tiempo para que pueda hablarse de persona humana. Como tales, deben ser considerados al margen de las facciones, por encima del derecho positivo. Las facciones deben existir, se debe recurrir al derecho positivo, pero para decidir las modalidades de ejercicio de los derechos y no para decidir el destino de la existencia de los derechos esenciales de la persona humana. Desafortunadamente, ocurre con frecuencia que incluso constituciones como la italiana, considerada como de las más democráticas y respetuosas de la inviolabilidad de los derechos humanos, prevén la prohibición de modificar la forma de gobierno existente para la defensa del derecho de una determinada libertad política, que en el plano de la filosofía de la historia no es justificable, pero no prevén la prohibición para el legislador ordinario de emanar leyes que atenten contra la inviolabilidad del orden ínsito en los seres humanos con vida autónoma pero vinculada con la materna,⁴³ o bien con vida independiente pero necesitada de cuidados. Por ello, creo poder concluir recordando que una época histórica o un régimen pueden reconocer o no, proteger o no el derecho a la vida en todas sus formas y durante todo el tiempo de su natural existencia, pero no pueden negar nunca su existencia. Las leyes de un Estado pueden legalizar el aborto en los tiempos y modos que consideren, pero ninguna ley humana puede hacer que una ley natural, mejor dicho el orden ínsito en un ser humano viviente, autónomo y vinculado con su madre no sea tal: ninguna ley humana puede negar que desde la concepción el ser humano viviente tiene un orden vital propio. El orden moral y político pueden no corresponder al orden ínsito en la naturaleza humana, pero ninguna costumbre, ideología u ordenamiento jurídico pueden hacer que el orden ínsito en la naturaleza humana sea diferente de como es. Nada ni nadie puede negar que tal orden natural tiene una reglamentación intrínseca autónoma,

y que, por el contrario, está vinculada a un orden “metahumano” —se considere trascendente o inmanente—, en el cual están presentes en cualquier caso las normas direccionales de la vida y de la conducta humana y, por tanto, de la protección del orden ínsito en cada uno de los seres humanos desde la concepción hasta la muerte natural.

Referencias bibliográficas

¹ PLATON, *República*, III 410. Hay que recordar igualmente lo que Platón escribió a propósito de la medicina y de los cuidados, en el mismo libro, III 407, (“¿Debe cultivarse la virtud cuando se tiene con qué vivir?”, *Dialogos*”, edición a cargo de Francisco Larroyo, Col. Sepan Cuantos, n. 13, México: Porrúa, 1989: pp. 487-488): “Digamos, pues, que ésas son las razones que han movido a Esculapio a no prescribir tratamiento alguno para aquellos que, siendo de buena complejión y llevando vida frugal, son sorprendidos por alguna enfermedad pasajera; y que se ha limitado a recomendar pociones o incisiones, sin aconsejar ningún cambio en el modo de vida acostumbrado, *para que con ello no sufriese perjuicio alguno la República*. Respecto a los cuerpos radicalmente enfermizos, no ha estimado conveniente tratar de prolongar su vida y sus sufrimientos con un régimen seguido, con remedios internos o externos aplicados adrede, ni ponerles en condiciones de que diesen al Estado súbditos que se asemejasen a ellos. Ha creído, en fin, que no debe medicinarse a aquellos que, por su mala constitución, no pueden llegar al común término de la vida señalada por la naturaleza, porque lo contrario *no sería provechoso ni para ellos mismos ni para el Estado...* En cuanto a los que están sujetos a enfermedades y a la intemperancia, *no creyeron que fuese de interés suyo ni de interés público* prolongarles la vida, ni que de hecho para la medicina, ni que hubiera que cuidarse de ellos, aun cuando fuesen más ricos que el propio Midas” (las cursivas son mías, y pretendo llamar la atención sobre la vinculación existente, en el mundo clásico griego, entre función de la vida del individuo y vida de la sociedad o del estado, vinculación que hace pensar -repito- más en la eugenia que en la eutanasia, o tal vez la “eutanasia eugénica”).

² ARISTOTELES, *Política*, VII 335 b, Bari: Laterza, 1973.

³ TARANTINO, G., *Eutanasia e diritto alla vita: problemi etico-sociali*, Medicina e Morale 1992, 2: 200. Para una bibliografía esencial sobre la eutanasia permítaseme remitir a la bibliografía que tuve presente en ese artículo.

⁴ Para mayores, aunque incompletas datos, remito a ODONE, A., *L'uccisione pietosa*, La Civiltà Cattolica 1950: I: 248; en el mundo romano véase TACITO, *Anales* XVI, 18-19.

⁵ *Ibid.*

⁶ Me refiero a SCARPELLI, U., *La bioetica: alla ricerca dei principi*, en *Studi in memoria di Giovanni Ambrosetti*, vol. I, Milán: Giuffrè, 1989: 357, donde el autor precisa que “la ética de la dignidad” le ha llevado a consentir con el Catón dantesco que, amando demasiado a la libertad, “por ella rechaza la vida”; y en general con quien, “sintiendo para sí necesaria una condición cultural y civil, no está dispuesto a sobrevivir a esa condición destruida por una barbarie sobrevenida. Me lleva a querer, procurarme o solicitar la eutanasia para el momento en que mi cuerpo sea atacado por el mal sin esperanza de recuperación, y se apague para siempre en él la inteligencia, el sentimiento y la fantasía. Teniendo estas disposiciones, percibo como acto de intolerancia negarme, partiendo de las premisas de una ética diferente, el derecho a la muerte. Intolerante por lo demás sería por mi parte pretender el auxilio eutanásico del médico, cuya

LECALDANO, M. MORI, E. PATTARO, G. PONTARA, M. PORTIGLIATTI BARBOS, G. PRODI, R. Y. SKORA.

¹⁵ SGDA. CONGREGACION PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaración sobre la Eutanasia*, II.

¹⁶ FASSO, G., *Storia della filosofia del diritto*, Bologna: Il Mulino, 1966: 84-88.

¹⁷ SGDA. CONGREGACION PARA LA DOCTRINA DE LA FE, *Declaración sobre la Eutanasia*, IV.

¹⁸ Me he referido a Hipócrates para demostrar que no sólo en el panteísmo elaborado está justificada con rigor científico la inviolabilidad del derecho a la vida, por ejemplo en el estoicismo, sino también en el panteísmo menos elaborado.

Sobre el pensamiento de Hipócrates, considerado desde el ángulo filosófico-científico, recuerdo entre todos la larga, articulada y sustanciosa *Introduzione* en VEGETTI, M. (a cargo de), *Ippocrate*, Turín: Utet, 19762. La parte del *Juramento*, citada ampliamente, se lee en la página 415 de la obra citada.

Al panteísmo, al dualismo que este implica, sobre la vinculación universal-particular, y a la inviolabilidad del derecho a la vida habría podido dar mayor espacio al estoicismo, habría podido recordar a Spinoza, Goethe, Schelling y al mismo Hegel, pero me limité a Hipócrates por lo que he dicho al principio de esta nota.

¹⁹ BERLINGUER, G., *Questioni di vita. Etica, scienza, salute*, Turín: Einaudi, 1991: 98.

²⁰ *Ibid.*, pp. 30-31. El párrafo citado entre comillas es de MONROY, A., *Considerazioni sulle manipolazioni e sulla sperimentazione su embrioni umani*; BERLINGUER lo precisa en *Questioni di vita*, p. 54.

²¹ *Ibid.*, p. 98.

²² Es precisamente la diversa naturaleza que se le reconoce al derecho a la vida en las tres áreas culturales indicadas en el texto la que lleva a los estudiosos de las mismas hacia diversas concepciones de tal derecho, aun cuando todas están ligadas entre sí por el mínimo común denominador de la inviolabilidad. Pero, repito, una cosa es la inviolabilidad de la vida en la concepción panteísta y otra es esa inviolabilidad en la concepción del naturalismo materialista. También, una cosa es hablar del embrión como ser humano con derechos que todavía no puede ejercer y otra cosa completamente diferente es hablar de *individuo en devenir* y de *derechos progresivos* (*Ibid.*, p. 20). “Se da, pues —precisa Berlinguer— en el derecho positivo, la aceptación de la existencia intrauterina de un ‘individuo en devenir’ y en consecuencia del principio jurídico de los ‘derechos progresivos’. Los procedimientos, los sujetos, las condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo están graduados, en la ley, según los tiempos evolutivos biológicos” (*Ibid.*, p. 32). Y también: “No sé si exista, en la teoría jurídica, la categoría de ‘individuo con derechos progresivos’. Si existe, sería ciertamente aplicable al embrión y al feto, en el transcurso del anidamiento hasta el nacimiento”.

Hay que reconocerle a Berlinguer el esfuerzo por proteger los derechos del que va a nacer; lo que no le ayuda en el reconocimiento clásico de la titularidad de los derechos del que va a nacer (no a su ejercicio) es el que no remita a la dicotomía titularidad-ejercicio de los derechos; pero él es médico y no jurista. Si acierto a interpretar bien su pensamiento, habla de derechos humanos progresivos situándose en la perspectiva de su ejercicio y no de su titularidad. Que exista un gradual aumento de la esfera del ejercicio de los derechos es indudable, pero no hay que olvidar que tal aumento no es otra cosa que hacer extrínsecos los potenciales que el hombre tiene desde su concepción, potenciales que, precisamente porque son de cada hombre en particular, pertenecen a él y no a otros, por lo que correctamente se dice que tales potenciales son “constitutivos” suyos, sus derechos; no aumentan ni disminuyen con el tiempo o con las

conciencia se rehusara a ello; otro médico debería intervenir moralmente preparado para llevar a cabo el gesto de la extrema solidaridad”.

El significativo pasaje que acabo de citar, y que da por resueltos definitivamente diversos problemas en el plano ético y en el jurídico, se escribió en un año en que el fenómeno de la heterodirección de las conciencias se encaminaba hacia su agotamiento y los inicios de certeza de las exigencias de la conciencia comenzaban a hacerse consistentes en el horizonte social oriental y occidental. En esencia, puede decirse que este pasaje es el análisis lúcido de un fenómeno cultural que para entonces, cuando se escribió, iba hacia su ocaso, llevado a cabo exclusivamente en el plano de la filosofía analítica como fundamento de un riguroso positivismo jurídico y que implicaba un pluralismo legal fundado en la premisa de la existencia de la validez de las diversas éticas. Lo que deseo reiterar, a propósito de este pasaje, es mi total desacuerdo sobre la calificación de la muerte de Catón como acto eutanásico, bien se tenga presente el Catón dantesco, emblema de la dignidad moral, o el Catón de la historiografía latina, emblema de la dignidad política.

⁷ MANTOVANI, F., *Aspetti giuridici della eutanasia*, Rivista trimestrale di Diritto di Procedura Penale, 1988: 449.

⁸ Sobre la eutanasia individualista y sobre la colectivista véase entre todos el citado artículo de Mantovani que al delinear la diferencia, en su carácter sintético, es muy claro.

⁹ Remito al programa eutanásico de Hitler (1939-1941) por el cual fueron eliminadas más de 70,000 personas aduciendo que se trataba de existencias carentes de valor vital. Para mayores datos sobre ese programa véase entre todos PORZIO, M., voz *Eutanasia*, en *Enciclopedia del diritto*, vol. XVI, Milán: Giuffrè, 1967: 110-112.

¹⁰ Me refiero al artículo de QUIRICO, D. aparecido en *La Stampa* del 22 de diciembre de 1993, p. 8, según el cual el gobierno chino se dispondría a preparar un programa político-legislativo eutanásico análogo al que acabamos de recordar de Hitler. Con precisión, el artículo, que lleva por título *Deng inaugura la raza pura*, y como subtítulo *La eugenética es ley, matrimonio prohibido para las parejas con riesgo*, informa sobre la política de nacimientos que tiene como principio el lema “menos nacimientos, pero de calidad”, de la prevista ley sobre la eutanasia para eliminar a los niños congénitamente anormales y del hecho de que el régimen “piensa en la eutanasia para los discapacitados”.

¹¹ Sobre el problema de los derechos, vistos en el contexto de la relación identidad-diferencia, remito a las breves alusiones contenidas en TARANTINO, A., *La Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia: riflessioni*, en COMAND, S. (a cargo de), *La protezione internazionale dei diritti del fanciullo*, Trieste: Proxima, 1993: 21-56.

Sobre la relación identidad-diferencia y sobre su origen me limito a recordar: MELCHIORRE, V. (a cargo de), *La differenza e l'origine*, Milán: Vita e Pensiero, 1987; BEIERWALTES, W., *Identità e differenza*, Milán: Vita e Pensiero, 1989; ROVATI, G., *Uguali e diversi. Problema della stratificazione sociale*, Milán: Vita e Pensiero, 1991.

¹² GUZZO, A., MATHIEU, W., voz *Panteismo*, en *Enciclopedia filosofica*, vol. VI, Novara: Epidem, 1979: 242.

¹³ Del problema volveré a ocuparme en un artículo que publicaré muy pronto.

¹⁴ CONCILIO VATICANO II, *Constitución Pastoral "Gaudium et spes"*, n. 27.

Sobre el problema del fundamento de la inviolabilidad del derecho a la vida, considerado a lo largo de todo el periodo de su existencia desde la concepción hasta la muerte natural, en el transcurso de este estudio haré sólo alusiones, aunque sustanciosas.

Como lectura interesante sobre el tema me limito a recordar el número monográfico de la *Rivista di Filosofia*, I-III de 1983, a cargo de M. MORI y U. SCARPELLI, con un preámbulo de U. SCARPELLI y con colaboraciones de S. COTTA, W. K. FRANKENA, G. KALINOWSKI, E.

circunstancias, sino que, repito, se hacen extrínsecos, y de los mismos sólo cada ser humano tiene la titularidad.

Lo que me parece oportuno reiterar una vez más es la toma de posición de Berlinguer contra cualquier forma de relativismo, es decir, la búsqueda de puntos firmes que puedan valer para todos más allá de las concepciones filosóficas y de las opiniones personales. “*Comprendo - escribe - que es justo oponerse al relativismo que amenaza con dominar las ‘cuestiones de la vida’, pero veo que en todas las legislaciones se han afirmado los derechos progresivos (por ejemplo, se distingue la licitud y los procedimientos del aborto según los meses de embarazo) que deberían implicar un compromiso común para con las acciones anticipadas y regresivas en el tiempo*” (la cursiva es mía)(*Ibid.*, p. 20).

²³ Formulando de esta manera mi pensamiento sobre la libertad humana, no deseo poner en duda la confianza de Galileo “en la razón que calcula y que controla” y amplía el poder del hombre respecto de la realidad, *ni deseo* minusvalorar el objetivo de la ciencia indicado por Bacon en el “enriquecimiento de la vida humana a través de nuevos descubrimientos y la individualización de los medios que los hacen posible” (*Novum Organum*, I Afor. 81), *sino que deseo* recordar que “la conocida distinción aristotélica entre *poiesis*, por una parte, y *praxis* por la otra pone en evidencia que, si la capacidad teórica está dirigida a formular proposiciones verdaderas, y la práctica a evaluar la calidad ética de las acciones, la capacidad poética está en cambio encaminada a la producción de una nueva cosa” PONSETTO, A., *La modernità e la sua crisi. Razionalità, crisi e recupero del logos*, Lecce: Milella, 1994: 182.

Estas consideraciones de Ponsetto refuerzan mi convencimiento sobre la necesidad de que la libertad del hombre y la libertad creativa de la comunidad científica tienen como línea de desarrollo el respeto de los derechos humanos, entendidos como “constitutivos” del hombre, a lo largo de todo el curso de la vida. Por esto diría que la *poiesis* nunca debería avalar el descubrimiento por el descubrimiento, sino el descubrimiento en relación con la protección de los derechos humanos, con la mayor posibilidad de ejercicio de los derechos según su misma naturaleza y según su congénita inclinación. Es el problema de la eticidad y de los límites de la ciencia.

Se deriva de ello que libros como *Final exit* de D. HUMPHRY (1991) cuyo título en la traducción italiana a cargo de S. STOGL reza *Eutanasia. Uscita di sicurezza* (Eutanasia. Válvula de seguridad), Turín: Eleuthera, 1993, que a mi parecer constituiría una incitación al suicidio (véanse especialmente el capítulo XIV, donde se expone la técnica del suicidio con una bolsa de plástico, y los capítulos V —la muerte mediante la ingestión de cianuro— y VII —modos extraños de morir—, etcétera) o bien libros como *Birth power. The case for surrogacy* (1989) de C. SHALEV, cuya traducción italiana, a cargo de G. AJANI Y A. MAFFIODO, Milán: Giuffrè, 1992, lleva por título *Nascere per contratto*, han traicionado no sólo el pensamiento aristotélico sino también el de Galileo y el de Bacon y en general el espíritu de la modernidad. Por esto me pregunto si se puede seguir hablando y en qué medida, en las hipótesis planteadas en esos libros, de pluralismo ético, es decir, me pregunto si no se trata más bien de anarquismo ético, basado en un criterio hedonista. Es una pregunta que se me plantea con más insistencia cuando pienso en el debate parlamentario llevado a efecto en Francia como consecuencia de la publicación, en abril de 1992, del libro de GUILON, C. y LE BONNE, Y., *Suicide, mode d'emploi. Histoire, technique, actualité*, París 1982. Es una pregunta que se vuelve a plantear cuando pienso en la ley n. 87-1133 del 31 de diciembre de 1987 del Parlamento francés “con las normas para la represión de la instigación al suicidio” y promulgada como consecuencia de ese debate (PANNAIN, B., SCLAFANI, F. y PANNAIN, M., *L'omicidio del consenziente e la questione “eutanasia”*, Nápoles: ESI, 1988: 29). Es una larga historia que presenta también un aspecto judicial para cuyos datos remito al volumen que acabo de citar de Pannain, Sclafani y

Pannain (pp. 226-227): aquí me limito sólo a recordar que “en la reciente edición italiana del libro (*Suicide, mode d'emploi...*) los autores, después de reiterar su contrariedad al suicidio pero no “a la idea de suicidio” (*Presentación*, 6), tienen que precisar (finalmente) que: “...autor y editor recibirán de buen grado correspondencia sobre testimonios u otras cosas, pero no proporcionarán mayores indicaciones sobre fármacos, al estar ya contenido en el libro todo cuanto ellos conocen” (p. 227).

Otro volumen que deseo señalar, sobre el problema de la eutanasia en nuestros días, por la abundancia de los aspectos abordados, es la compilación a cargo de C. SUSANNE, *L'euthanasie, ou la mort assistée*, Bruselas: De Boeck, 1991, con colaboraciones de P. DECONICK, E. D'HOSE, X. DIJON, Y. KENIS, J.-F. MALHERBE, M. MOULIN, M. G. PINSART, L. SCHWARZENBERG Y C. SUSANNE. Véase también CATTORINI, P., *Sotto scacco. Bioetica di fine vita*, Nápoles: Liviana Medicina, 1993.

Ahora bien, si *Suicide, mode d'emploi. Histoire, technique, actualité; Eutanasia. Uscita di sicurezza y Nascere per contratto* producen una gran perplejidad sobre la oportunidad de justificar la ética que subyace en tales libros, no pienso que se deba sostener la justificación de una ética fundada en las verdades dogmáticas, de naturaleza ideológica; las verdades de razón se deben discutir y probar y no adoptar dogmáticamente. Sería una respuesta solicitada por una especie de reacción doctrinal por la que, de la ética sin verdad (me refiero al conocido libro de SCARPELLI, U., *Etica senza verità*, Bolonia: Il Mulino, 1982), se pasaría a una ética con verdades absolutas, dogmáticas. Pienso que la ética, si se considera como la ciencia que estudia la adecuación de la conducta humana a la esencia del principio vital del hombre y a sus vinculaciones con el orden universal o en todo caso “metahumano”, tiene la obligación de discutir para proponer los caminos más adecuados para una mejor protección de los derechos humanos, protección que debe contemplar también su momento comparativo.

²⁴ GORBACHOV, M., *La crisi minaccia l'uomo*, en *La pace è possibile. Terra degli uomini invocazione a Dio*, Actas del VII Encuentro Internacional por la Paz (Milán 19-22 de septiembre de 1993), Milán: San Paolo, 1993: 34.

²⁵ ID., *La Russia dopo lo choc*, La Stampa, 29 de octubre de 1993: 1.

²⁶ Si se parte de la comprobación de que los *derechos humanos esenciales* son *facultas agendi*, esto es, facultad del hombre, sus “constitutivos”, se deduce que estos, todos juntos, tanto los del espíritu como los del cuerpo, constituyen el ser que se llama hombre. Es obvio, sin embargo, que entre tales derechos existe una relación natural que hay que referir a las funciones que los mismos desempeñan. Se deduce de ello igualmente que, si uno de tales derechos, del espíritu o del cuerpo, falta, se habla impropiaemente de hombre. Análogamente, según Croce, cuando un pseudo-concepto carece de concreción (pseudo-concepto abstracto) o del de la universalidad (pseudo-concepto empírico) se habla impropiaemente de concepto, y correctamente se debe hablar de pseudo-concepto. Igual razonamiento se ha hecho en el universo jurídico romano respecto de los casi contratos, los casi derechos y el casi usufructo; en ese universo se añadió el prefijo *quasi* a las instituciones indicadas precisamente para significar que una determinada situación *impropiaemente* se refiere a una determinada institución.

En sustancia toda “cosa” tiene una función propia la cual es la expresión fisiológica de la que proviene; si tal función falla, esa “cosa”, sea producida por la naturaleza o por la ciencia, no tiene derecho de ser indicada con el nombre que la distingue cuando desempeña su función natural. De esta manera, como en el campo filosófico se dan pseudo-conceptos, como en el jurídico se dan los casi contratos, los casi delitos, el casi usufructo, así en el campo antropológico se dan los “hombres que no son hombres” (PLATON, *República*, V, 479- b-c nota). En consecuencia, en el máximo respeto de los diversos, no se debería hablar de matrimonio en el caso de unión de dos gay o de dos lesbianas, sino de una institución análoga. Insistir en querer hablar de

matrimonio en esa hipótesis significa obstinarse en tener un comportamiento ilógico y contradictorio. El único consuelo es que la política del legislador positivo, sea nacional o “meta-nacional”, no raramente supera los límites de su función. Es esta una problemática que merece atenta reflexión, pero en este ámbito no me parece oportuno hacerlas. Ahora me limito a recordar que en la reciente *Resolución sobre la paridad de los derechos de los homosexuales en la Comunidad Europea* (5 de febrero de 1994) en el artículo 14 se lee que “la recomendación debería buscar como mínimo poner fin... a los obstáculos impuestos al matrimonio de parejas homosexuales, o bien a una institución jurídica equivalente, garantizando plenamente derechos y ventajas del matrimonio y permitiendo el registro de las uniones”. Recuerdo también que los medios de comunicación han difundido la noticia sin olvidar justamente que es una “polémica sobre las familias homosexuales”, lanzando, entre bromas y veras, la idea de que para un “desgraciado” niño sería mejor tener dos “madres lesbianas” que dos padres gay. Véase el artículo de D. DANIELE aparecido en *La Stampa* del 9 de abril de 1992: 12.

²⁷ MANTOVANI, F., *Aspetti giuridici...*

²⁸ D'AGOSTINO, F., *Diritto e eutanasia*, informe presentado en el Curso de Actualización Cultural sobre *Eutanasia e diritto alla vita* (Lecce, 30 de octubre-5 de diciembre de 1992) por iniciativa del “Centro de Bioética y Derechos Humanos”; cito de la versión mecanográfica porque las actas apenas se están publicando.

Es oportuno tener presente, entre los demás escritos también interesantes, el volumen de PANNAIN, SCLAFANI, PANNAIN, *L'omicidio del consenziente...*, que se presenta como un trabajo multidisciplinario. El subtítulo es emblemático en ese sentido: *Profili di politica criminale e legislativa*. Es un libro que abunda en la problemática y en referencias a la doctrina, a la jurisprudencia y a la legislación extranjera. Un libro cuya lectura es aconsejable para quien se interese en el problema de la eutanasia en la unidad de la articulación que presenta.

²⁹ D'AGOSTINO, F., *Eutanasia, diritto e ideologia*, en *Diritto e secolarizzazione. Pagine di filosofia giuridica e politica*, Milán: Giuffrè, 1982: 106.

³⁰ La referencia a la ley holandesa sobre la eutanasia aprobada el 9 de febrero de 1993 por la Cámara y de manera definitiva el 30 de noviembre de 1993 por el Senado. Precisamente la eutanasia en Holanda no está legalizada, sino que, como puntualiza L. GEMINAZZI en el *Avvenire* del 1 de diciembre de 1993, quien la practica no será castigado, “la medida no la legaliza formalmente, sino que establece la no punibilidad del médico que la ponga en práctica, con tal que se observen diversas condiciones”.

³¹ Escribe CICERON: “*Si gladium quis apud te sana mente deposuerit repetat insaniens, reddere peccatum sit, officium non reddere*” (Si alguien te dio a guardar con buen juicio la espada y trastornado te la vuelve a pedir, el devolvérsela sería pusilanimidad, y obligado el no devolvérsela” (*De Officiis*, III, 95). Este es un ejemplo hipotético ya presente en la *República* de Platón, I, 331, donde, a propósito de la discusión sobre si la restitución de cuanto se ha recibido de otro sea siempre justa o bien si sea unas veces justa y otras injusta, se lee: “Si uno ha recibido armas de un amigo sano de mente y si se la vuelve a pedir ese amigo enloquecido, cualquiera debería decir, a mi parecer, que no tiene que devolvérsela y que no sería justo que se la devolviera; y no lo sería ni siquiera si una persona reducida de esa manera quisiera decir toda la verdad”.

³² El inclinarme a sostener todo lo que he escrito en el texto se deriva de la consideración de que esa máxima, que no está presente en el mundo latino clásico ni en el medieval, por lo que se deduce de una breve investigación que ha llevado a cabo alguien que no es latinista como yo, podría referirse tanto a los derechos reales como a los personales. En el primer caso creo que su ubicación es más connatural, en cuanto que cumple una disposición de última voluntad, aunque no sea plenamente capaz de entender y de querer, con su acto, no pone en discusión la existencia

misma del testador, y *voluntas aegroti suprema lex correspondería a voluntas hominis ambulatoria est usque ad vitae supremum exitum* (Ulpiano. A Giur). A reforzar la posibilidad de referir esa máxima a los derechos reales es además la consideración de que el adjetivo *suprema* debe entenderse como última, extrema y no como absoluta e indiscutible, por lo que *suprema lex* sería última y, como tal, indiscutible voluntad. En el segundo caso creo que la ubicación de esa máxima es menos connatural en cuanto que el *aegrotus* (el enfermo) con su acto de voluntad pondría en discusión su misma existencia y en cualquier caso sería un acto contrario al principio sostenido por Platón y por Cicerón al cual me refería en la nota anterior. Aquí *suprema* asumiría el significado de absoluta e indiscutible que en el contexto de la máxima no tiene, como acabo de decir.

³³ Véase a D'AGOSTINO, *Diritto e eutanasia*, p. 6.

³⁴ *Ibid.*

³⁵ Sobre la leyenda de Tirteo recuerdo entre todos a PRATO, C., *Tyrtaes*, Roma: Ed. dell'Ateneo, 1968: 5. "Los elementos principales de esta leyenda aparecen por primera vez, con abundancia de particulares, en Pausanias, del cual pasaron a la historiografía y al anecdotario posterior. El los había encontrado en parte en Riano di Bene, con el cual precisamente la vida de Tirteo se coloreó con muchos rasgos novelescos y al cual quizás, más que a una parodia cómica, se debe la imagen del maestro de escuela, en parte en una tradición incluso más antigua, si es cierto que Eforo lo presentaba como cojo y que Eráclides Póntico estaba al corriente de su presunta locura". Pero leamos el pasaje de *Justino* III 5, 4-15: "*Laecedomonii de belli eventu oraculo Delphis consulto iubentur duces belli ad Atheniensibus petere. Porro Athenienses, cum responsum cognivissent, in contemptum Spartanorum Tyrtaeum, poetam claudum pedem, misere. Qui tribus proelii fusos (v.l. fusus) eo usque desperationis Spartanos adduxit, ut ad supplementum exercitus servos suos manumitterent hisque interfectorum matrimonia pollicerentur, ut non numero tantum amissorum civium sed et dignitati succederent. Sed reges Lacedaemoniorum ne contra fortunam pugnando maiora detrimenta civitati infligerent, reducere exercitum voluerunt, ni intervenisset Tyrtaeus, qui composita carmina exercitui pro contione recitavit, in quibus hortamenta virtutis, damnorum solacia, belli consilia conscripserat. Itaque tantum ardorem militibus iniecit, ut, non de salute, sed de sepultura solliciti, tesseras, insculptis suis et patrum nominibus, dextro brachio deligarent, ut si omnes adversum proelium consumpsisset et temporis spatio confusa corporis lineamenta essent, ex indicio titulorum tradi sepulturae possent. Cum sic animatum reges exercitum viderent, curant rem hostibus nuntiare; Messeniis autem non timorem res, sed aemulationem mutuum dedit. Itaque tantis animis concursus est, ut raro unquam cruentius proelium fuerit. Ad postremum tamen victoria Lacedaemoniorum fuit*".

³⁶ PORZIO, voz *Eutanasia*, p. 113.

En sentido contrario, PANNAIN, R., voz *Omicidio (Diritto Penale)*, en *Novissimo digesto italiano*, vol. XI, Turín: UTET, 1965: 883, donde se lee: "Los motivos de piedad... podrán ser apreciados a efectos de la aplicación de la atenuante del motivo de particular valor moral o social". Véase sobre el tema también a PANNAIN, SCLAFANI, PANNAIN, *L'omicidio del consenziente...*, p. 20.

³⁷ R. PANNAIN refuerza su hipótesis de la eutanasia como figura criminal de homicidio menor: citando el mismo parecer de ANTONLISEI, F., *Manuale di diritto penale*, parte especial, vol I, Milán: Giuffrè, 1956: 46-47, y ADAMO, M., *L'eutanasia nei suoi riflessi giuridici e medico-legali*, Le Corti, Bari, Lecce y Potenza, 1961: 254.

³⁸ Efectivamente, la pena prevista por el Código Penal italiano para este delito (578) va de cuatro a doce años. Ahora bien, si se considera que sujeto activo del delito puede ser un incensurado, al que se le pueden conceder las atenuantes genéricas, y por tanto la pena reducirse a otra tercera parte, partiendo del mínimo de la pena impuesta, puede llegar a no cumplir un día siquiera de

cárcel. Volviendo a la eutanasia observo que, si mañana fuera rebajada a delito menor con la pena dictada mínima dentro de los cuatro años, quienes la practicaran podrían no descontar un día siquiera de cárcel.

³⁹ Entre las Especificaciones, como nueva línea de tendencia “consistente en el paso gradual pero cada vez más acentuado hacia una ulterior determinación de los sujetos titulares del derecho” (BOBBIO, N., *L'età dei diritti*, Turín: Einaudi, 1990: 62), recuerdo: la *Declaración de los derechos del niño* (1959), con base en la cual y en la de 1924 se formuló luego la *Convención internacional de los derechos de la infancia* (1989); la *Declaración sobre la eliminación de la discriminación respecto de la mujer* (1967), y la *Declaración de los derechos del disminuido mental* (1971).

⁴⁰ Sobre la relación gracia-eutanasia, véase entre todos: ODDONE, *L'uccisione pietosa*, pp. 113-114, PORZIO, *Eutanasia*. Véanse también ZAGREBELSKY, G., voz *Grazia* (derecho constitucional), y GIANZI, G., voz *Grazia* (derecho procesal penal), en *Enciclopedia del diritto*, vol. XIX, Milán: Giuffrè, 1970; y también D'AGOSTINO, *Eutanasia, diritto e ideologia*, p. 97. Hay que precisar que Porzio, siguiendo a G. Radbruch, parecería favorable al recurso a la gracia como “juicio excepcional y extremo de equidad” sólo “en espera de la modificación legislativa, única solución compatible con el principio de la supremacía de la ley”. Si D'Agostino parece orientado a sostener la utilización de la institución de la gracia para resolver el problema de la punibilidad del homicidio por piedad, Oddone sostiene que, no pudiendo la eutanasia ser aceptada ni siquiera como excepción, no se puede recurrir a la gracia como remedio excepcional en el contexto de la política del legislador.

⁴¹ Una breve alusión a la conexión gracia-equidad está presente, por ejemplo, en FROSINI, V., *Il diritto di grazia fra regola e l'eccezione*, en *Il diritto nella società tecnologica*, Milán: Giuffrè, 1981: 110, donde se lee: “Se puede considerar, por tanto, por lo menos a mi juicio, que el poder de gracia sea ejercido por el Presidente de la República también en su calidad de supremo garante del correcto funcionamiento de la justicia... como el primer magistrado de la República, llamado a pronunciar un juicio de equidad”. La naturaleza jurídica de la gracia es la de la condonación, en todo o en parte, de la pena infligida (el recurso a la gracia supone por tanto la comprobación judicial de la responsabilidad penal); la equidad es, en cambio, la justicia en el caso concreto, la cual influye en la comprobación judicial de la responsabilidad penal y no interviene después de la verificación de tal responsabilidad.

⁴² Sobre el derecho a morir véase, entre todos, JONAS, H., *Il diritto di morire*, Génova: Il Melangolo, 1991.

⁴³ La Constitución italiana, en efecto, prevé que la forma republicana no puede ser objeto de revisión constitucional, art. 139, pero con su genericidad sobre la protección de los derechos inviolables, art. 2, ha hecho posible que se emane la ley n. 194 del 22 de mayo de 1978 por parte del Parlamento italiano, relativa precisamente a la posibilidad de la interrupción voluntaria del embarazo, y mañana tal vez de una ley que despenalice los actos eutanásicos, como, en esencia, es la citada ley holandesa, se acabará, también en Italia, por proteger además el derecho a la libertad política del derecho a la vida.

He hablado de la genericidad a propósito de la protección de los derechos inviolables en la Constitución italiana porque en la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, en cambio, los derechos esenciales de la persona están especificados en el artículo 3, donde se lee: “Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de la persona.



Máscara con mosaico de jade, cultura maya

De la literatura internacional

a cargo de A. G. Spagnolo

El uso del placebo en la experimentación farmacológica

ROTHMAN, K.J., MICHELS, K.B., *The continuing unethical use of placebo controls*, *The New England Journal of Medicine* 1994, 331 (6): 394-398.

No hay comité ético que no tenga que vérselas continuamente con protocolos de experimentación clínica de nuevos medicamentos que prevén como control el uso del placebo, es decir, de una sustancia inerte desde el punto de vista farmacológico. Tal control con placebo es requerido en cuanto que los “prejuicios”, tanto del investigador como de los mismos pacientes, podrían ser tantos como para poner en duda el valor real de los resultados de la experimentación. Así, muchas autoridades reguladoras en diversos países exigen, a fin de revalidar un nuevo medicamento y su introducción en el mercado, el control con placebo, considerándolo como el “estándar áureo” de comparación.

Sin embargo, muchas perplejidades éticas están vinculadas con este uso del placebo, sobre todo cuando es administrado en lugar de terapias estándar utilizadas corrientemente para tratar la patología para la cual se experimenta el nuevo medicamento.

Los autores, de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard en Boston, denuncian en este artículo las continuas violaciones del principio, reiterado incluso por la Declaración de Helsinki, de que “en un experimento, se le debe asegurar a todo paciente —incluidos los del grupo de control— el mejor método diagnóstico o terapéutico disponible”. Tales violaciones, afirman los autores, son llevadas a cabo con

la complicidad de las empresas farmacéuticas, de las autoridades sanitarias, de los comités éticos y, finalmente, incluso de las revistas científicas que aceptan publicar los resultados de las experimentaciones llevadas a cabo de esta manera, a pesar de que la misma declaración de Helsinki recomienda que no se publiquen.

Se citan además algunos casos, incluso bastante recientes, del uso poco ético del placebo en los experimentos. Se trata de estudios publicados en prestigiosas revistas científicas donde se advierte, concretamente, que los pacientes asignados al tratamiento con placebo, en el curso de la experimentación, fueron privados de los tratamientos disponibles para su patología. Así, por ejemplo, en 1985 se publicaron los resultados de un experimento que demostraba la eficacia del *Invermectin*, un nuevo medicamento para la oncocercosis, una grave parasitosis humana que afecta sobre todo a quien trabaja en contacto con el agua. La experimentación se llevó a cabo en marineros liberianos analfabetos (¡algunos “firmaron” el consentimiento con la huella dactilar!), los cuales fueron tratados con placebo a pesar de que los mismos experimentadores habían referido que el medicamento validado por ellos iba a sustituir a un viejo medicamento, la *dietilcarbamazina*, “que por más de treinta años había constituido la terapia estándar para esa enfermedad”.

Otro caso se refiere a la experimentación de nuevos medicamentos anti-hipertensivos. A pesar de que en la literatura se han referido muchos medicamentos eficaces para la hipertensión leve-media, se llevan a cabo continuamente experimentos en los cuales pacientes con hipertensión leve-media son asignados al control con placebo durante meses enteros.

Otros casos también se refieren a experimentos con medicamentos antidepresivos, antieméticos (como el *Ondasetrón*), medicamentos para la artritis reumatoide, para la insuficiencia cardíaca congestiva, todos controlados con placebo.

Rothman y Michels ponen de relieve que no siempre está justificada la idea de que el control con placebo es indispensable para probar la eficacia de un nuevo medicamento y que, más bien, no existe un principio científico que requiera tal control a cambio que aquel con un tratamiento activo. ¿En qué se basa entonces la importancia que se le da al placebo para validar un nuevo medicamento? Los dos autores identifican tres razones, pero ninguna resiste a un análisis cuidadoso:

a) *la necesidad de establecer un punto de referencia.* Es necesario, se dice, que haya un punto claro de confrontación que excluya cualquier interferencia, a fin de demostrar si el tratamiento es mejor que nada. Pero no es este, afirman los autores, la finalidad de la medicina, la cual debe tener en cuenta lo que ya existe y encontrar algo que sea mejor;

b) *evitar la dificultad de decidir acerca del tratamiento de contraste.* Tal decisión, en efecto, se considera muy complicada debido a las numerosas variables que son correlacionadas: efectos colaterales, costos, vías de administración, interacciones, etcétera. Para simplificar todo, el placebo es en verdad el camino más simple, pero no es justificable éticamente ya que es deber moral del experimentador tomar una decisión semejante cuando tiene ante todo una obligación con el paciente, antes aún que con la ciencia o los futuros pacientes;

c) *la mayor facilidad de demostrar la significatividad estadística de una confrontación entre dos tratamientos.* Se sabe que cuando se contrastan dos tratamientos, la posibilidad de encontrar diferencias estadísticamente significativas está ligada, por un lado, a las dimensiones de la muestra examinada y, por el otro, al número de variables que se deben considerar. Si son mayores las variables que deben ser consideradas, mayor debe ser la muestra que hay que estudiar. Pero hacer estudios a gran escala requeriría un mayor compromiso económico a cargo de las empresas farmacéuticas, por lo que, reduciendo a cero las variables —como se hace confrontando el nuevo medicamento con el placebo y no con un tratamiento estándar—, el experimento puede ser significativo incluso con una muestra más reducida (con la consiguiente reducción en costo para las empresas...). Sin embargo, la validez científica obtenida en un estudio de pequeñas dimensiones es ilusoria, según Rothmann y Michels: en un estudio más pequeño las mediciones están sujetas de por sí a un considerable error estadístico por lo que el valor real del nuevo medicamento sigue sin estar claro en el plano de la eficacia respecto de tratamientos ya disponibles.

Independientemente del valor científico, los autores concluyen que tales argumentos no pueden predominar sobre los éticos, y esto aunque el control con un medicamento activo requiera, respecto del placebo, un mayor compromiso de decisión acerca del diseño del estudio, mayores costos para realizarlo y análisis estadísticos más complicados.

También los argumentos aducidos en el plano ético son muy débiles. Dos, en particular, son esgrimidos a menudo: 1) que omitir un tratamiento activo en patologías poco graves (por ejemplo, dolores leves o náusea) y por un tiempo limitado no comportaría graves daños para el paciente; 2) que a los pacientes se les informa cuidadosamente sobre la metodología, y que estos aceptan participar plenamente conscientes del pequeño riesgo. En el primer caso, es evidente que el investigador contraviene deliberadamente su deber de dar a todos los pacientes el mejor tratamiento disponible; además, legitima el hecho de que un investigador o un comité ético tenga derecho a decidir cuánto malestar o cuánto menoscabo temporal debe soportar un paciente con fines de investigación. Acerca del segundo argumento, el presunto consentimiento informado del paciente descarga sobre este la responsabilidad ética de la decisión, pero el investigador no puede comprometer la salud o el bienestar del paciente aunque sea con su consentimiento (quedan muchas dudas de que haya una conciencia real de todas las implicaciones que comporta el placebo).

Por otra parte, hay que decir que con frecuencia muchos medicamentos que son correctamente usados no han recibido nunca, a su vez, una convalidación en un experimento controlado, de manera que sigue habiendo muchas dudas de que tales medicamentos sean realmente eficaces. A veces, esos medicamentos no tienen un significado diverso al de placebo, por lo que en tales condiciones, y sólo en esas condiciones, se podría justificar éticamente una experimentación que prevea la confrontación con placebo y no con el medicamento comunmente utilizado para aquella patología que no haya recibido nunca una confirmación científica de su eficacia.

El peso de la justificación ética de un uso semejante, recomiendan los autores como conclusión, debería correr a cargo de quien emprende el experimento, de los patrocinadores, de las autoridades reguladoras, de los comités éticos y de los directores de las revistas científicas. Esta justificación explícita del placebo, además, debería formar parte integrante del protocolo de experimentación, así como de los artículos que recogen estudios controlados con placebo.

Obviamente, las empresas farmacéuticas y las autoridades regulatorias —que, respectivamente, promueven y exigen la confrontación con placebo, justificándolo, en los experimentos que tienen por finalidad lanzar

al mercado un nuevo medicamento—deberían aceptar sacar del mercado, a mi parecer, todos aquellos medicamentos, y son muchos, cuya eficacia no se haya demostrado, pero que son utilizados corrientemente. Lo mismo vale para los médicos que aceptan llevar a cabo experimentos utilizando el placebo, pero que luego no desdeñan prescribir tales medicamentos, a menudo costosos y causantes de numerosos efectos colaterales, incluso graves.

El significado de la “autonomía” recíproca entre ciencia y ética

AGAZZI, E., *Autonomia e responsabilità nell'azione medica*, *Giornale Italiano di Cardiologia* 1994, 24: 1265-1269.

El agitado debate que se ha entablado con la bioética acerca de la licitud moral de muchas prácticas médicas ha visto también numerosas tomas de posición por parte de científicos en general, y de médicos en particular, preocupados por un posible compromiso de la autonomía de la investigación y de la práctica médica frente a las “interferencias” que pondría la ética y, más en general, las exigencias socio-políticas.

Incluso insignes científicos y premios Nobel han hecho, en la prensa, afirmaciones muy fuertes acerca del papel de la bioética, considerada como inútil y casi peligrosa para el desarrollo de la ciencia. Para esta última, reivindican la más absoluta autonomía, con la única autorregulación por parte de los mismos científicos. En particular, se insiste mucho en el concepto de neutralidad o de “independencia de los valores” que estaría en la base de la misma objetividad del conocimiento científico, el fundamento más sólido de su confiabilidad.

En este debate, sin embargo, es oportuno comprender en qué sentido debe entenderse la autonomía de la ciencia así como su independencia de los valores. Hay que aclarar, además, si es relevante para los fines de la discusión la distinción entre ciencia pura y ciencia aplicada, tema que a menudo es utilizado por los científicos cuando consideran el problema de la ética.

El conocido epistemólogo Evandro Agazzi aclara los términos de la cuestión en este editorial publicado en una revista dirigida específicamente a los cardiólogos, una categoría de médicos que, con frecuencia, se

sitúan frente a los problemas éticos de una disciplina en la cual —como las otras disciplinas médicas de avanzada— la frontera entre investigación pura y la aplicación de la investigación a menudo es indefinida (piénsese en la experimentación de nuevos medicamentos o de técnicas cruentas de diagnóstico-terapia puestas en práctica mediante cateterismo cardíaco).

El autor se apresura a precisar que ninguna acción humana —y por tanto tampoco la investigación científica— tiene lugar sin una finalidad, esto es, de un valor que inspira a la acción misma. Incluso la misma autonomía que es reivindicada por la actividad científica está implícitamente apoyada en cuanto que se le asigna un objetivo científico bien determinado. Así, el concepto de autonomía y de independencia de la ciencia de los valores no quiere decir ciertamente que carezca de valores o que los científicos actúen para nada. En vez de eso, se trata de hablar de “independencia en los criterios de juicio” que está vigente en cada uno de los ámbitos del saber y del actuar.

Por lo demás, en cuanto a la distinción entre ciencia pura y ciencia aplicada, no siempre es posible hacer una distinción exacta entre las dos en una situación concreta. Sin embargo, en el plano ideal no se puede confundir el hecho que, mientras en la ciencia pura el fin es el de conocer la verdad en el sentido de establecer “cómo están las cosas” —y en este sentido no existirían verdades moralmente prohibidas—, en la ciencia aplicada se trata de hacer realidad una cierta acción, de obtener un resultado práctico. En este segundo caso, la relevancia ética es notable al haber acciones que están moralmente prohibidas y que deben ser evitadas.

Pero sería muy apresurado, continúa Agazzi, concluir que la ciencia pura esté siempre inmune de objeciones morales con base en el carácter de su *fin* primario. En efecto, está la cuestión de los medios necesarios para lograr el objetivo del conocimiento, medios que, sobre todo en las ciencias experimentales, comportan con frecuencia la manipulación del sujeto que es sometido a investigación (el ambiente, los animales, el hombre en todos sus estadios de desarrollo, el patrimonio genético). Por consiguiente, pueden surgir problemas morales en el campo de la ciencia pura, los cuales pueden implicar restricciones de su libertad, a pesar de que su finalidad sea moralmente inobjetable.

Además de los fines y de los medios, también las *condiciones* de aplicación de la investigación científica y sus posibles *consecuencias* son elementos importantes en la discusión moral en el campo biomédico:

Agazzi relaciona con estos factores todas las cuestiones vinculadas con la relación costos/beneficios y riesgos/beneficios, con la calidad de vida y con el consentimiento informado.

Para concluir, se plantea el problema de las limitaciones y de la reglamentación ética de la actividad científica y médica, problema que surge como corolario de los argumentos antes aducidos. Después de aclarar que los criterios de tipo moral no podrían nunca interferir en los juicios de tipo interno de la ciencia —juicios que se refieren a lo que tiene valor científico, con base en los criterios de validez de los resultados científicos— el autor reitera que, simétricamente, las evaluaciones morales son independientes de toda interferencia proveniente de consideraciones científicas, y deben basarse únicamente en criterios de juicio ético. A pesar de esta oportuna “autonomía” recíproca entre la evaluación científica y la valoración ética, se mantiene el hecho que toda acción humana debe preocuparse por respetar los valores humanos que están involucrados en la acción misma. Así, es un compromiso ético garantizar a la ciencia la máxima libertad, pero esta libertad debe ser compatible con el respeto debido a los otros valores que están en juego. La libertad de la ciencia forma parte, pues, de la consideración ética sobre la ciencia.

Para armonizar estos dos aspectos, Agazzi invita a una mayor responsabilidad, participación y educación: por parte de la comunidad científica hacia los otros valores que están presentes en la sociedad; por parte de la sociedad, de los teólogos, moralistas y políticos, hacia las verdaderas cuestiones implicadas en la práctica de la investigación científica. En este sentido, una pura y simple autorregulación de la comunidad científica o médica podría resultar insuficiente y por esto sería de desear una cierta reglamentación legal que pueda expresar el resultado de esta recíproca comprensión y corresponsabilidad.

Ética en la medicina de los desastres

WORLD MEDICAL ASSEMBLY, *Statement on “Medical ethics in the event of disasters”* (Estocolmo, 1994). *Bulletin of Medical Ethics* 1994, 102: 9-11.

Los pronunciamientos de la Asociación Médica Mundial (AMM) han tenido un impacto diferente sobre el comportamiento de los médicos:

algunos, como la muy conocida Declaración de Helsinki, han asumido una gran relevancia de tal manera que, por ejemplo, en el campo de la experimentación en el hombre ningún protocolo se aparta —por lo menos teóricamente— de esos lineamientos. Otros pronunciamientos se han perdido sin dejar huella.

La reciente declaración sobre la ética de los desastres aborda un tema poco discutido todavía en la literatura, pero cuya importancia es indudable, considerando la entidad de los problemas vinculados con los desastres que frecuentemente afronta el hombre en la actualidad.

La AMM toca particularmente, por su competencia, los aspectos médico-éticos de los desastres que distingue en naturales (por ejemplo, terremotos), tecnológicos (accidentes químicos o nucleares) o accidentales (el descarrilamiento de un tren). Se trata de situaciones que requieren una intervención médica en condiciones particulares: *a)* necesidad de actuar inmediatamente; *b)* a menudo con una disponibilidad reducida de recursos diagnóstico-terapéuticos; *c)* con dificultad o peligro para llegar hasta las víctimas por la presencia de materiales o por situaciones ambientales particulares, y *d)* un peligro para la salud, de las víctimas y de los socorristas, aumentado por la presencia de contaminación o de epidemias.

Todo esto aumenta los ya numerosos problemas éticos que están vinculados con el ejercicio de la profesión médica y la AMM recomienda por esto un estándar ético para los médicos que tienen que actuar en estas situaciones.

El primer problema ético que se enfrenta es el relacionado con el llamado *triage*, es decir, la acción médica encaminada a hacer una primera clasificación de las víctimas para definir la prioridad de tratamiento, no existiendo frecuentemente la posibilidad de recursos inmediatamente disponibles para todas las víctimas. Esa clasificación, de la cual depende la vida de muchas personas, debe hacerla rápidamente el médico con base en un diagnóstico y un pronóstico, para identificar quién tiene necesidad de una intervención inmediata y quién puede esperar.

Es especialmente delicado el problema de las víctimas que se encuentran en condiciones tales que requieren intervenciones que van más allá de los recursos disponibles y frente al cual el médico se ve impotente. Por otra parte, también la asistencia humana personal frente a un paciente que no puede ser tratado sustraería la intervención médica

a otras víctimas que, en cambio, podrían aliviarse con esos pocos recursos disponibles. Y aquí la AMM subraya que la decisión del médico de “abandonar” pacientes por encima de cualquier posibilidad de intervención podría ser considerada como omisión de auxilio, al estar también obligado con las demás víctimas, de las cuales pretende salvar al mayor número posible.

Nos parece poder compartir clara y éticamente la indicación contenida en la Declaración (punto 3.4.a) de abstenerse de mantener con vida, a toda costa, a pacientes que se encuentren en condiciones por sobre toda esperanza: la justificación de tal conducta, según la AMM, no es sólo porque se utilizarían recursos limitados de los que otros se podrían beneficiar (¡lo cual sería discutible desde el punto de vista ético!), sino porque tales recursos no son ni siquiera útiles (*no avail*) para esas víctimas. Se mantiene la obligación, continúa la Declaración, de respetar en todo caso la dignidad de tales pacientes, por ejemplo, separándolos de los demás y asegurándoles sedantes y analgésicos.

El documento aborda luego los problemas éticos que surgen en la relación entre médico y víctimas: intervención sin discriminaciones, sin esperar que se le requiera sino ofreciéndolo, exclusión de cualquier toma de decisiones basada en criterios no médicos, respeto —cuando sea posible— de las tradiciones culturales y religiosas de las víctimas.

Otros puntos conciernen a las relaciones con terceras personas (autoridades, prensa), los deberes del personal paramédico, la formación universitaria y postuniversitaria de los médicos.

Utilización de tejidos fetales humanos procedentes de abortos espontáneos

TOCCI, A. et al., *Fetal tissue collection from spontaneous abortions: a report from a single center*, *Fetal Diagnosis and Therapy* 1994, 9: 204-208.

Desde hace tiempo los investigadores vienen considerando la posibilidad de utilizar tejidos procedentes de fetos humanos a fin de remediar algunas enfermedades incurables. Por ejemplo, en Suecia y en México se han llevado a cabo ciertos experimentos injertando células neuronales

fetales en pacientes afectados de la enfermedad de Parkinson, así como se ha pensado mejorar con este procedimiento patologías como el corea de Huntington y la enfermedad de Alzheimer, la diabetes mellitus, algunas anemias, leucemias o graves inmunodeficiencias.

La hipótesis científica es que los tejidos fetales, a diferencia de los del ya nacido, dan menores problemas inmunológicos de rechazo por parte del receptor. Si además este es también un feto hay muchas posibilidades de que se establezca una tolerancia a los tejidos que se le injertan. La perspectiva es alentadora si se piensa en la posibilidad de ofrecer, con estas intervenciones, una alternativa al aborto cuando se diagnostican patologías como la anemia mediterránea u otras inmunodeficiencias que un trasplante de células fetales podría corregir definitivamente.

Numerosos son, en efecto, los problemas éticos con ello vinculados, de los cuales nos hemos ocupado en otras ocasiones. Baste recordar aquí que, además de un posible incentivo para incrementar el número de abortos y la decadencia del sentido moral de la profesión médica y de la sociedad (porque se daría un significado de utilidad al aborto voluntario, casi como una especie de “compensación moral” a la decisión de abortar mediante el beneficio representado por el trasplante de tejidos fetales), es sobre todo en el plano de los procedimientos donde surge una vinculación inseparable entre quien efectúa el aborto voluntario y el que obtiene y utiliza los tejidos.

Esta es la razón de que se haya impuesto una rigurosa separación entre las dos acciones como uno de los requisitos éticos fundamentales no sólo por la moral católica (por ejemplo en el documento *Donum Vitae*, parte Y, n. 4) sino también por una serie de organismos nacionales —como por ejemplo el *National Institute of Health* (EE.UU.) o el *Comité Consultatif National d’Etique* francés— e internacionales, como el *Consejo de Europa* (Recomendación 1046/86) o la *Asociación Médica Mundial* (Declaración de Hong Kong, noviembre de 1989).

A pesar de estas recomendaciones, siguen presentándose todavía muchos elementos de duda sobre la posibilidad de ponerlos en práctica, concretamente la práctica científica, y con mucha frecuencia se denuncian procedimientos que se apartan mucho de estas recomendaciones. Por otra parte, algunas conexiones parecen claramente inevitables, como por ejemplo la necesidad de someter a la mujer que va a abortar a ciertas comprobaciones diagnósticas hechas únicamente con la finalidad de la

ulterior obtención de tejidos (por ejemplo, para evitar enfermedades infecciosas fetales, como el SIDA, la hepatitis viral, y otras) o el procedimiento mismo de conseguir el consentimiento informado de la mujer. Por ello, la convicción de muchos es que resulta imposible llevar a cabo una total separación entre obtención de tejidos fetales y aborto voluntario, y esto implica, por tanto, la inevitable complicidad formal de quien obtiene los tejidos con el aborto mismo.

De aquí el interés por encontrar una modalidad alternativa al aborto voluntario a fin de poder utilizar lícitamente tejidos fetales. Una alternativa semejante, por lo demás, haría “menos necesario” recurrir a los fetos voluntariamente abortados incluso por parte de quienes no comparten el aborto voluntario pero que, en relación con los beneficios potenciales para los pacientes, aceptarían utilizarlos.

La alternativa más practicable es la de recurrir a los abortos espontáneos; sin embargo, a menudo se la ha considerado como poco apropiada tanto por el frecuente deterioro de los tejidos fetales —al sobrevenir frecuentemente tales abortos al margen de las estructuras sanitarias— cuanto por las posibles infecciones vinculadas con la patología responsable del aborto mismo o por las anomalías cromosómicas.

Por consiguiente, sólo quedarían pocos casos de aborto espontáneo idóneos, demasiado pocos como para poder programar la investigación o las experimentaciones terapéuticas.

En realidad, diversos investigadores están trabajando desde hace tiempo en la hipótesis de utilizar tejidos fetales procedentes de abortos espontáneos, como los autores del artículo citado, que refieren los datos, retrospectivos, relativos a abortos espontáneos atendidos en el Instituto de Clínica Obstétrica y Ginecológica de la Universidad Católica del Sgdo. Corazón de Roma, en el período que abarca de enero de 1990 a julio de 1991. La finalidad es la de poner en evidencia la forma como se pueden obtener tejidos de tales fetos tanto para fines de investigación como para trasplante, postnatal o intrauterino, sobre todo de tejido hepático.

Aun cuando en estos primeros intentos los autores no han tenido éxito en el plano de la fijación de los tejidos fetales trasplantados (experimento llevado a cabo en un feto de primate) han podido demostrar la factibilidad de la obtención de tejidos de abortos espontáneos y han definido algunas condiciones a fin de que pueda haber mejores esperanzas de fijación.

Finalmente, hablan de la posibilidad de cultivar *in vitro* los pocos tejidos efectivamente obtenibles de los abortos espontáneos, permitiendo así una disponibilidad suficiente para las necesidades requeridas por la investigación.

Los autores auspician que se pueda obviar a las limitaciones presentadas por la obtención de tejidos fetales en un solo centro mediante la organización de un “banco” al que se afilien varios centros. Una estructura de este tipo, a la que se adhieran centros católicos o no católicos, se propone concretamente también en una publicación muy reciente del *Pope John Center* de Braintree (Massachusetts, EE.UU.) como conclusión de un seminario de estudio internacional sobre este problema específico (cfr. CATALDO, P.J., MORACZEWSKI, A. S., eds., *The fetal tissue issue. Medical and ethical aspects*, 1994).

Como conclusión podemos decir, por tanto, que se puede configurar un uso lícito de los tejidos fetales obtenidos de abortos espontáneos respetando algunas condiciones: 1) la obtención debe hacerse únicamente después de que se haya comprobado clínicamente la muerte del feto, y no cuando se haya hecho sólo un pronóstico de muerte, aunque sea cierta e inminente.

2) Debe darse el consentimiento informado de los padres (y en particular de la madre) acerca de la obtención y el destino de estos tejidos (si es terapéutico o experimental), como ocurre con la solicitud de consentimiento para la extracción de órganos del cadáver de familiares ya nacidos.

3) Antes de la fase de intervención en el hombre debe haberse completado, con buenos resultados, todo el curso de la experimentación en laboratorio y en animales.

4) El equipo obstétrico que se encarga de la mujer embarazada amenazada de aborto espontáneo no debería compartir interés alguno, aunque sólo fuera científico, con el equipo que se ocupa de la obtención de los tejidos, a fin de eliminar cualquier duda sobre la eficacia de los esfuerzos llevados a cabo para salvar la vida del feto amenazado de ser abortado espontáneamente. Muchos subrayan, efectivamente, la obligación moral por parte de los médicos-investigadores de profundizar en las causas del aborto “espontáneo” y en buscar los remedios oportunos. No parecen existir obstáculos, sin embargo, para configurar lícitamente un deber (eventualmente hecho obligatorio por la ley —tal como se

prevé respecto de la obtención de partes de cadáver del adulto o del niño— de informar, por parte de los médicos, a la autoridad sanitaria de la existencia de una situación de aborto espontáneo o indirecto, a fin de poner en práctica las medidas necesarias para salvaguardar la integridad funcional de los tejidos y poderlos extraer de la manera más adecuada.

Tratamiento de la infertilidad: ¿depende todo de la pareja y del médico?

JONES, JR. H.W., TONER, J.P., *The infertile couple*, The New England Journal of Medicine 1993, 329 (23): 1710-1715.

Entre el estruendo de voces que rodea al tema de la infertilidad de la pareja, de cuando en cuando se plantea el “estado de la cuestión” de las terapias disponibles como la presente revisión de Jones y Toner, del departamento de Obstetricia y Ginecología del *Jones Institute for Reproductive Medicine* de Norfolk, Virginia (EE.UU.).

Tras poner de relieve que en los últimos años los datos epidemiológicos en Estados Unidos registran un decidido aumento de mujeres con capacidad reproductiva alterada, sobre todo en la franja de edad entre los 35 y los 44 años, los autores ponen en evidencia que cerca de la mitad de las parejas infértiles que se dirigen al especialista resolvería el problema si se tomaran en consideración todas las terapias disponibles.

Sin embargo, el hecho de que cerca del 3 por ciento de las parejas con infertilidad inexplicable (en ausencia, obviamente, de obstrucción tubárica bilateral, azoospermia y amenorrea) concibe sin intervención alguna, ha inducido al *National Institute of Health* a crear una comisión a propósito que revalore en términos de eficacia y eficiencia los medios de diagnósticos y terapéuticos utilizados, no todos convalidados por rigurosos estudios clínicos controlados.

Actualmente, recuerdan los autores, se prevén dos momentos diagnósticos: en primer lugar, una evaluación inicial, que abarca una cuidadosa serie de comprobaciones que permite reconocer las causas de esterilidad en el 80 por ciento de los casos que se presentan.

El restante 20 por ciento, más las que no han respondido a la terapia “convencional”, son objeto de una *evaluación más amplia* que se vale de ulteriores investigaciones.

Las intervenciones propuestas varían según las indicaciones y van desde un primer nivel, que abarca combinaciones de inducción ovulatoria e inseminación intrauterina (con eventual donación de espermatozoides u óvulos) y terapias farmacológicas, hasta las técnicas de procreación artificial (FIVET, GIFT, ZIFT, etcétera), que permiten *bypasar* (es el término utilizado) las infertilidades, incluso las de origen desconocido.

Como conclusión de una profunda revisión de los datos aportados por la literatura, los autores registran, de todos modos, que nunca ninguna otra perspectiva terapéutica ha suscitado tantos y tales problemas éticos y sociales como la “procreática”, aun cuando haya permitido sacarle la vuelta al obstáculo de la esterilidad. Mucho quedaría por hacer, hacer en relación a ciertos aspectos: garantizar familias con la misma línea genética, mejorar los conocimientos sobre la fisiología y la conservación de los ovocitos y sobre la fisiopatología de la espermatogénesis, mejorar las estrategias para combatir las enfermedades de transmisión sexual y lograr una mayor difusión de la cultura de la infertilidad como un legítimo problema médico.

Los problemas éticos, sin embargo, no ocupan espacios relevantes y en todo caso no parecen ir más allá de los que surgen en la relación entre la pareja infértil, la sociedad y el especialista. Además, se transparenta una sensación de satisfacción por las posibilidades de que dispone la medicina afirmando que: “...por primera vez en la historia el médico es capaz de ofrecer un cierto medio para formar una familia, además de la adopción”.

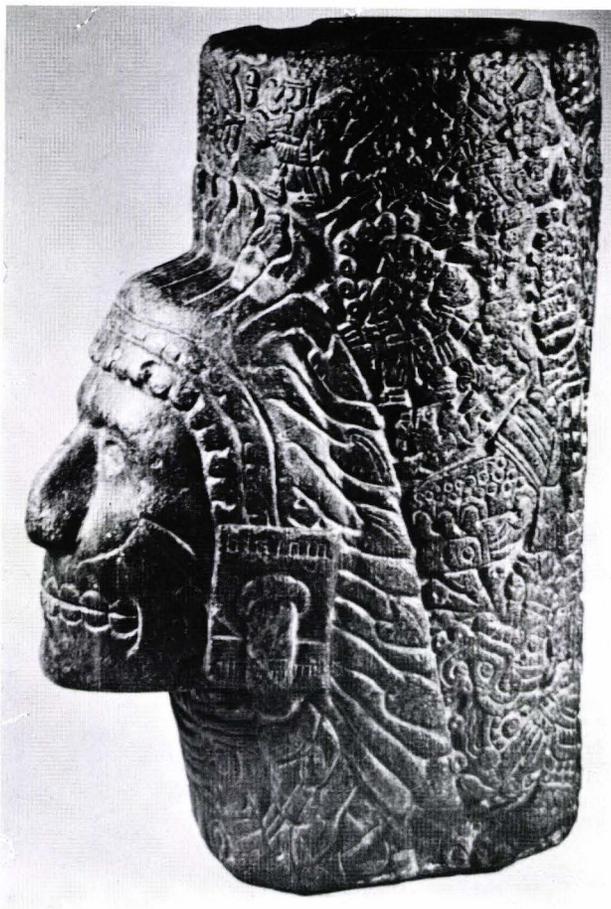
Nos parece que los problemas éticos de la fecundación artificial son confrontados solamente con las premisas de la autonomía absoluta del individuo y de la libertad de acción sin otra guía que el deseo del hijo, en el cual también el médico estaría llamado a colaborar, respaldado por una renovada fuerza “chamánica” que le viene no ya de antiguos amuletos, sino del poder de la tecnología disponible.

Desde luego, todo esto llama mucho la atención de la opinión pública, pero me parece reduccionista invocar la dignidad humana refiriéndose sólo al malestar de la pareja estéril. La “partida”, en cambio, nos parece que debe ser jugada a tres bandas: la pareja, el médico y sobre todo el individuo llamado a la existencia, cuya atención debe ser prioritaria por sobre cualquier otra razón.

En cambio, poco se habla en el artículo del problema de la pérdida de embriones que forma parte integrante e inseparable de las técnicas de fecundación artificial, de su “reducción”, de la irrupción en la pareja de terceras personas ajenas a la procreación (donación de gametos, madre sustituta), que amenazan a la unidad y estabilidad de la familia.

El hombre está llamado a localizar las soluciones más en consonancia con su propia naturaleza, cuando tiene que enfrentar un problema tan comprometedor como el de la esterilidad, teniendo como eje central el valor en sí de la persona. Todo ello, aunque la reflexión y las opciones puedan parecer difíciles.

(D. Sacchini)



Vaso ceremonial, cultura mexicana

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.

Revista Medicina y Etica

Publicación trimestral

Costos

México: \$150.00 por cuatro ejemplares al año.

América Latina: \$75 U.S. dls.

Otros países: \$85 U.S. dls.

Números Anteriores

México: \$50.00

América Latina: \$25 U.S. dls.

Otros países: \$30 U.S. dls.

Deseo recibir la revista Medicina y Etica

Nombre:

Dirección:

Colonia:

Delegación:

Ciudad:

País:

Código Postal:

Teléfono(s):

Fax:

Por favor enviar el cheque a nombre de:

INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS SUPERIORES, S.C.

Cheque No.

Banco

Cantidad

a la siguiente dirección:

Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud

Universidad Anáhuac
Lomas Anáhuac s/n Apartado Postal 10844 11000 México, D.F.

La Revista Medicina y Etica es el órgano de publicación del Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud de la Universidad Anáhuac de México.

Se publica en coedición con el Instituto de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad del Sacro Cuore, A. Gemelli de Roma.

Inició su publicación en abril de 1990, y es la primera revista publicada sobre este tema en México.

Su contenido es serio y profundo, y constituye un medio ideal para el estudio sobre temas de bioética.

Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud

UNIVERSIDAD ANAHUAC

Av. Lomas Anáhuac s/n

Apartado Postal 10844

11000, México, D.F.

Teléfono: 627 0210 Ext. 7146

328 8074 y 589 9796 (fax)

Medicina y Etica

Revista Internacional de Bioética
Deontología y Etica Médica

coeditada por:

Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud
de la Universidad Anáhuac, México
y Facoltà de Medicina e Chirurgia dell'Università
del Sacro Cuore, Roma

títulos publicados

- Meta-análisis de los datos científicos sobre GIFT.
- Identidad y estatuto del embrión humano.
- Sexualidad y persona: valores éticos.
- Anticoncepción y métodos cíclicos naturales.
- El diagnóstico genético de los trabajadores.
- Aspectos éticos del trasplante de órganos.
- Donación, comercio y explotación de órganos.
- Ética y medicina en México.
- Ética en las tecnologías instrumentales.
- Corporeidad humana.
- Sexualidad y fertilidad del lesionado medular.
- Aspectos médico-legales, normativos y éticos de las sorde-ras profesionales.
- La eutanasia y la enfermería.
- Aborto: una adecuada reglamentación jurídica.
- Diagnóstico de muerte cerebral.
- Derechos y deberes de la medicina de predicción.
- Problemas oculares ligados al empleo profesional de las terminales de computadora.
- Repercusiones de los avances tecnológicos.
- Tecnología médica en los países industrializados y en vías de desarrollo: políticas de salud y valores.
- Ética e iatrogenia; algunas consideraciones.
- Prescripción de los psicofármacos.
- Aspectos éticos de la homosexualidad.
- Calidad de vida en los últimos instantes.
- Radiaciones electroterapéuticas.
- Hospital: estructura y humanización.
- Antropología sexual cristiana.
- ¿Tiene el feto derecho a la vida?
- La fundamentación de la obligación moral en el tratamiento de los pacientes con la infección HIV.
- Ética e investigación en seres humanos.
- Aspectos bioéticos del alcoholismo.
- La cordocentesis: indicaciones, utilidad y riesgos.
- Aspectos humanos y éticos de ingeniería genética.
- Investigación clínica sobre el SIDA.
- "Pre-embrión" ¿se trata de otro embrión?
- Reflexiones éticas sobre la participación de voluntarios sanos en la investigación biomédica.

- Derecho a la salud: cooperación internacional.
- Biología y moral en la capacidad de reacción.
- Comunidad terapéutica para toxicodependientes.
- Intervención cardioquirúrgica en el toxicodependiente con endocarditis.
- Resultados psicológicos e implicaciones éticas y asistenciales en los trasplantes cardiacos.
- Infección por HIV y secreto profesional.
- Voluntariado en pacientes infectados con SIDA.
- Perinatología: convivir con los errores.
- Bioética en la pediatría de base.
- Problemas bioéticos de la medicina perinatal.
- Los antiandrogénicos en el tratamiento del comportamiento sexual violento. Reflexiones éticas.
- Bioética de los principios y de las virtudes.
- Ética de las tecnologías instrumentales.
- La protección legal de la vida humana.
- Nutrición e hidratación.
- Inducción de la ovulación en una paciente betatalasémica homocigótica.
- Bioética y medicina de las catástrofes.
- Bioética y Derechos Humanos.
- Biojurídica: ámbito y principios.
- FIV y manipulación de embriones.
- Trasplantes, derechos y bioética.
- Comunicación de la verdad al paciente.
- Problemas de la investigación clínica.
- Enfoque multidisciplinario del niño diabético.
- Pedagogía de la bioética.
- Dignidad de la muerte.
- Realidad demográfica y mundial.
- La transmisión y prevención del SIDA.
- Feto en riesgo de hiperplasia suprarrenal.
- De los Comités de bioética.
- Anticonceptivos.
- Métodos naturales de regulación de la natalidad.
- El caso de Nancy Beth Cruzan.
- Metodología de los Comités de bioética.
- Asignación de recursos en la etapa terminal.
- Ética y ecología.
- El Código Deontológico Médico de 1847.
- Transformaciones en la familia.
- Bioética y humanización de la medicina.
- Estadísticas del aborto.
- Bioética y nuevas religiones.
- Política y procreación.
- Inseminación artificial.
- Fecundación en la esterilidad.
- Fecundación artificial ante la ética.
- Comités de bioética y procreación artificial.

- Implicaciones bioéticas de los trasplantes.
- Parto de pretérmino y rechazo del tratamiento.
- Secreto profesional.
- Bioética en la investigación en seres humanos.
- Corrientes filosóficas en bioética.
- Ética en la toma de decisiones médicas.
- Ley de no-discriminación a los homosexuales.
- Utilitarismo hedonista.
- Calidad de vida: consideraciones filosóficas.
- Autonomía y consentimiento informado.
- Anticonceptivos e imperialismo cultural.
- Individuación genética y gemelación.
- Aspectos jurídicos de la procreación asistida.
- Bioética en la atención del paciente terminal.
- Abuso sexual y maltrato sexual.
- Manejo ético del paciente terminal.
- Preservativos en las escuelas públicas.
- Agenda global de bioética. Declaración de Ixtapa.
- Islam y aborto.
- Actualidad sobre la capacidad reproductiva de la mujer.
- El niño moribundo: verdad, autonomía e intereses.
- El consentimiento informado: una experiencia.
- Matrimonio y familia: doctrina del magisterio.
- La persona humana: fundamento de la bioética.
- La paz, don de Dios y tarea de todos.
- Esa intolerante tolerancia.
- El problema filosófico y epistemológico de la muerte cerebral.
- La muerte cerebral en el recién nacido y el recién nacido.
- Conductas suicidas en la adolescencia.
- Problemas actuales del consentimiento informado.
- Educación sexual y sexualidad en la persona con discapacidad mental.
- Bioética y derecho.
- Ética y ambiente.
- Apéndice. Artículos publicados en la Revista Medicina y Ética.
- Ética, ciencia y medicina.
- La distorsión en la información médica. "El papel de los avances tecnológicos médicos en la relación médico-paciente".
- La enfermedad y el sentido del sufrimiento.
- Eutanasia, derecho a la vida y derecho penal.
- Documentación. De la literatura internacional.
- ¿Cuál es el grado efectivo de protección del profiláctico contra el VIH?
- Principio de legítima defensa y anticoncepción quirúrgica.
- La reglamentación del ejercicio médico. Problemas, alcances y perspectivas.
- Dignidad humana, libertad y bioética.
- El dolor: un enfoque humanístico.
- La ética del procedimiento clínico.
- Documentación. Recensiones.